

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE



**3.ª CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

ACESSO E QUALIDADE SUPERANDO A EXCLUSÃO SOCIAL

Brasília – DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004

Relatório Final

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2005

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 20.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, ala B, 1.º andar, sala 104

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2150 / 351 2151

E-mail: cns@saude.gov.br

Home page: <http://conselho.saude.gov.br>

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Conferência Nacional de Saúde Bucal. (3 : 2005 : Brasília, DF).

3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

148 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-0849-8

1. Saúde bucal. 2. Saúde pública. 3. Educação em saúde bucal. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WU 113

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0065

Títulos para indexação:

Em inglês: 3rd National Conference on Dental Health. Access and Quality
Overcoming the Social Exclusion. Final Report.

Em espanhol: 3.ª Conferencia Nacional de Salud Dental. Acceso y Calidad
Superando la Exclusión Social. Informe Final.

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Denise Carnib

Ricardo Bortoleto e Lilian Alves

Estagiária: Claudia Profeta

Capa e projeto gráfico: Sérgio Ferreira

SUMÁRIO

PREFÁCIO	5
APRESENTAÇÃO	7
CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: LUTAS E CONQUISTAS	11
Educação e Construção da Cidadania	17
Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal	43
Formação e Trabalho em Saúde Bucal	55
Formação e Desenvolvimento em Saúde Bucal	55
O Trabalho na Saúde Bucal	70
Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal	81
Financiamento em Saúde Bucal	81
Organização da Atenção em Saúde Bucal	113
MOÇÕES	129
INTEGRANTES DA 3. ^a CNSB	145

PREFÁCIO

O Conselho Nacional de Saúde deliberou pela realização da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, entendendo a necessidade de oportunizar a toda população brasileira a análise e participação na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal, pois já se passavam dez anos desde a realização da 2.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal.

Frente às demandas sociais e à recente conclusão do levantamento epidemiológico SB Brasil, que apontou para uma grande dívida social na área da Saúde Bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no País, deflagrou-se um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, no qual cerca de 90 mil pessoas participaram diretamente da consecução das etapas municipal, estadual e nacional da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, concluído no presente relatório, votado integralmente pelos 883 delegados e delegadas eleitos (447 usuários, 228 trabalhadores, 208 prestadores e gestores de saúde) e presentes nos três dias da etapa nacional.

As propostas votadas e aqui relatadas vêm contribuir para a superação de um grande desafio: o de construção de um Plano Nacional de Saúde que reflita os reais anseios de nossa população sobre suas condições de vida com saúde, em que a atenção em saúde bucal deve estar inserida como uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor Saúde do atual governo. Temos agora um instrumento legítimo,

amplamente respaldado pela participação dos diversos segmentos do Controle Social, que reflete a verdade das grandes diversidades de nosso imenso e corajoso Brasil, e que por sua legitimidade representativa deve, a partir de agora, balizar todas as implementações de políticas públicas na área da Saúde Bucal.

Para os participantes da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) e para o povo brasileiro, a edição deste Relatório Final significa o início da parte mais árdua da tarefa: transformá-lo em realidade. Transformá-lo em um cotidiano de soluções, em desafios vencidos, em novas perspectivas para superarmos a perversidade das diferenças de acesso para nossa população.

Ao Controle Social, permanece a tarefa de transformar o direito constitucional à saúde bucal em políticas públicas, consolidadas nesta 3.^a CNSB e na 12.^a Conferência Nacional de Saúde, bem como realizar a ampla divulgação deste Relatório Final, para a implementação do SUS que queremos, também para a Saúde Bucal.

APRESENTAÇÃO

Conhecido pela exuberância dos contrastes naturais entre as diferentes regiões, o Brasil é também marcado pela profundidade dos contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da nossa população do acesso aos mais elementares direitos sociais. Dentre eles, o direito à saúde. Ao longo dos anos desde o Descobrimento, sob dominação política de elites insensíveis ao sofrimento do povo, foram se consolidando em nosso País diferenças que, aprofundando-se, atingiram níveis de iniquidades que o País não aceita mais e quer superar.

Lutamos para deixar no passado a segregação do período da escravidão. E enfrentamos a resistência de segmentos que insistem em manter parte da Nação no período colonial. Diariamente lutamos por trabalho, educação, habitação, transporte e tantos direitos insistentemente negados. Lutamos por justiça.

Na área da Saúde, a construção do Sistema Único de Saúde é um exemplo dessa luta. No dia-a-dia de nossas cidades e na zona rural, muitas imagens expressam o quanto desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. São imagens cruéis, expressão e símbolo da chaga da exclusão social. Muitas dessas imagens são do corpo humano, dentre elas imagens de bocas e dentes.

As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de

pessoas em todo o País. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produzem efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Atingidas fortemente, dão origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República.

Identificar os principais problemas do País na área da Saúde Bucal, buscar meios e recursos e definir estratégias para superá-los foram os desafios colocados aos participantes da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), nas diferentes etapas de um amplo processo de discussões que se desenvolveu, em todo o País, no período de março a julho de 2004.

Este Relatório Final foi aprovado, em sucessivas sessões plenárias deliberativas que se estenderam por dois dias durante aproximadamente 22 horas, por 883 delegados eleitos para a etapa nacional nas Conferências de Saúde Bucal de 26 estados e do Distrito Federal. Esses delegados (447 representantes dos usuários dos serviços de saúde; 228 representando trabalhadores da saúde; e 208 representando gestores e prestadores de serviços de saúde) analisaram proposições provenientes de todo o País, resultantes das 2.542 Conferências Municipais ou Regionais de Saúde Bucal e das 27 Conferências correspondentes à etapa estadual, das quais resultou um consolidado com 147.058 palavras, distribuídas em 28.463 linhas que, em 9.570 parágrafos, ocupou 651 páginas. Desse

consolidado foi extraído o documento-referência submetido ao debate na etapa nacional. Os números finais indicam que 83.978 pessoas estiveram diretamente envolvidas em atividades das etapas municipal e regional, estadual e nacional. Desse enorme esforço coletivo de análises e proposições para a área de Saúde Bucal, inédito em nosso meio, emergiu o conjunto de propostas aqui apresentado.

A 3.^a CNSB, aberta pelo ministro de Estado da Saúde, Humberto Costa, na noite do dia 29 de julho, se estendeu até 1.^o de agosto de 2004. Além dos delegados – dentre os quais estavam vários membros do Conselho Nacional de Saúde e dirigentes de entidades odontológicas – cerca de 300 convidados oficiais e observadores acompanharam o desenvolvimento dos trabalhos e o processo deliberativo adotado na conferência. O tema central da 3.^a CNSB, “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”, foi debatido a partir de quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal.

Desse esforço de construção coletiva de novos rumos para a Política Nacional de Saúde Bucal resultou este conjunto de proposições que a 3.^a CNSB oferece à Sociedade e ao Estado brasileiro para orientar suas decisões, de modo a que possam produzir as mudanças necessárias para assegurar, a todos, acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade.

Por meio dos seus delegados à etapa nacional da 3.^a CNSB, os milhares de cidadãos que participaram desse processo assinam este documento e, assim, contribuem para que seja possível superarmos todas as formas de exclusão social.

*Brasília, 1.^o de agosto de 2004.
Comissão Organizadora da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal*

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: LUTAS E CONQUISTAS

A 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal acontece num momento decisivo para os rumos das políticas sociais no Brasil, especialmente para as políticas de saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a derrota do regime autoritário imposto ao País em 1964 e a promulgação da Constituição de 1988, o povo brasileiro busca conquistar e consolidar direitos, nos marcos de um regime democrático. Esse processo de lutas e conquistas vem sendo marcado pelas contradições decorrentes da hegemonia política das propostas neoliberais, com duros reveses ao longo dos anos, destacando-se o período do governo Collor, logo após a edição da Carta Magna. Aquele governo vetou vários artigos da Lei Orgânica da Saúde impondo restrições ao avanço da Reforma Sanitária que só agora tem sido possível superar e seguir em frente. Mas, se os primeiros anos após a criação do SUS foram de dificuldades para consolidar o novo sistema, serviram também para testar a consistência e correção do projeto SUS e fortalecer o movimento em sua defesa. Os sucessivos governos desde então deixaram, cada um a seu modo, suas marcas na história do SUS.

O período que se abriu com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva à Presidência da República colocou em outro patamar as lutas populares em defesa dos princípios da Reforma Sanitária e do ideário do SUS, construídos na difícil resistência à ditadura militar e que tiveram, na histórica 8.^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) – realizada em março de 1986 com mais de 4 mil participantes na etapa nacional –, a instância maior de deliberações e proposições que viriam a se transformar em lei por meio da Constituição de 1988.

A 8.^a CNS foi um processo amplo e democrático, em que estiveram em pauta questões gerais da saúde no Brasil e, também, abrindo-se a possibilidade de, pela primeira vez na história das conferências de saúde, abordar em profundidade temas e questões específicas que, embora relevantes, sempre estiveram à margem ou foram objeto de análise por pequenos grupos de trabalho em conferências anteriores. Tal foi o caso da saúde bucal.

Como parte do amplo processo que marcou a 8.^a CNS realizou-se, ainda em 1986, a 1.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, cuja etapa nacional — precedida por pré-conferências na maioria dos estados — ocorreu em Brasília, em outubro, com mais de 1.000 participantes e 286 delegados com direito a voz e voto. A 1.^a CNSB discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, afirmou a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação.

Esboçou um diagnóstico da situação de saúde bucal no País e apontou rumos para a inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde que, então, era apenas proposta e sonho, bem como as possibilidades de financiamento das ações. Não sem razão Volnei Garrafa, coordenador geral da 1.^a CNSB, afirmou na apresentação do *Relatório Final* que as proposições aprovadas naquele evento se constituíam no que “*de mais democrático e progressista a odontologia e a sociedade civil organizada do País produziram até esta data sobre saúde bucal*”.

A saúde bucal, como um direito de cidadania, foi o tema central da 2.^a CNSB realizada em 1993, numa conjuntura nacional marcada pela perspectiva de ampla revisão da Constituição de 1988 — inclusive com ameaças ao artigo 196, que consagra a “*saúde como direito de todos e dever do*

Estado” — e por eleições presidenciais no ano seguinte. Essa segunda conferência, específica sobre saúde bucal, esteve articulada à 9.^a Conferência Nacional de Saúde (1992), cujas discussões se voltaram principalmente para os problemas decorrentes da resistência do governo federal em efetivar a mais ampla e democrática participação da sociedade nas decisões e processos de gestão do Sistema Único de Saúde e em avançar na descentralização das ações e serviços.

A etapa nacional da 2.^a CNSB aconteceu em setembro de 1993 em Brasília. Participaram 792 delegados (388 representantes de usuários e 404 dos demais segmentos) e cerca de 300 convidados credenciados, provenientes de todas as regiões do País. Previamente, centenas de Conferências Municipais de Saúde Bucal foram realizadas elegendo-se delegados para 24 conferências estaduais.

Na apresentação do Relatório Final do evento, Swedenberger Barbosa, seu coordenador geral, assinala que a 2.^a CNSB se desenvolveu *“numa difícil conjuntura nacional”* e que os delegados e participantes *“pronunciaram-se deixando clara a sua indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil, responsável pelo desmonte do Estado, da Seguridade Social e pela piora das condições de vida”*. Caracterizando a situação da saúde bucal no País como *“iatrogênica, excludente e ineficaz”* responsabilizou por essa situação os governos *“nos diferentes níveis por serem, com raras exceções, representantes do grande capital e não terem compromisso social”*.

Na Carta da 2.^a CNSB, o texto que abre o documento com as deliberações do evento, afirmava-se que: o pensamento e a prática neoliberais modernistas, que assolam o mundo, atingem de maneira drástica o Brasil. A recessão, o desemprego, o arrocho salarial, a fome, a miséria, a falta de saneamento e moradia são resultados da política do *“Estado Mínimo”* que vem desmontando os serviços públicos e comprometendo brutalmente as garantias mínimas de cidadania.

A 2.^a CNSB aprovou diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no País, reconhecendo-a como *“direito de cidadania”*, e indicando as características de *“um novo modelo de atenção em saúde bucal”* e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, e defendendo a descentralização das ações *“com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social”*. Mas, os delegados alertaram também para a possibilidade de não se concretizarem as proposições apresentadas pela 2.^a CNSB, tendência que deveria ser revertida com muita luta. Luta junto aos Conselhos de Saúde para que absorvam as resoluções como diretrizes políticas e que, a partir daí, definam as prioridades e os programas locais; luta por meio do Ministério Público para que se cumpra a Constituição quanto ao dever do Estado de proporcionar Saúde; luta junto aos governos estaduais e municipais para que incluam a Saúde Bucal entre as ações de saúde, etc.

No período entre 1993 e 2002, foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde (a 10.^a CNS, em 1996, e a 11.^a CNS, em 2000) sem que a elas se vinculasse alguma conferência específica de saúde bucal.

Com a decisão do governo federal de convocar uma Conferência Nacional de Saúde, extraordinária, no primeiro ano da gestão sob a liderança de Luiz Inácio Lula da Silva, realizou-se, em 2003, a 12.^a CNS com o tema central *“Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos”*. Os primeiros passos na organização da 12.^a CNS, após a decisão governamental de realizá-la, foram dados sob a liderança de Sérgio Arouca, notável combatente da Reforma Sanitária brasileira, que presidira a histórica 8.^a CNS. Tendo falecido durante o processo da 12.^a CNS, Arouca não pode presenciar os mais de 3.000 delegados presentes à etapa

nacional e nas plenárias deliberativas, indo madrugada adentro para, coletivamente, “assinar” as principais teses submetidas à decisão dos representantes da sociedade brasileira. Mas, foi, com justiça, homenageado, tendo o seu nome vinculado definitivamente ao evento.

Como parte inseparável desse rico e democrático processo que caracterizou a 12.^a CNS – Sérgio Arouca, a 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal se realiza numa conjuntura marcada pelo agravamento das condições de vida do povo brasileiro, pela persistência de gravíssimos problemas sociais – em que pontificam a intensificação da violência urbana e o aumento do desemprego – e, também, pelas enormes dificuldades para fazer as mudanças reclamadas pela maioria da população, notadamente a reforma agrária e as mudanças na política econômica, libertando-a do jugo do Fundo Monetário Internacional e dos especuladores do sistema financeiro, e fazendo-a instrumento para gerar trabalho e renda e melhorar a vida de todos. A 3.^a CNSB se realiza, enfim, num contexto em que é enorme a expectativa dos brasileiros de que reivindicações históricas possam, finalmente, se concretizar, dentre elas as relacionadas à saúde e à saúde bucal.



3.ª CONFERÊNCIA

NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

ACESSO E QUALIDADE SUPERANDO A EXCLUSÃO SOCIAL

EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

No Brasil, os contextos político, econômico e social impõem transformações, com vistas à construção de um modelo de Estado que reduza o enorme déficit institucional, tendo no cidadão o foco da ação pública.

Em saúde, a incapacidade do Estado se manifesta tanto no acesso ao atendimento dado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quanto na qualidade desse atendimento, o que exige um novo perfil de atuação na formulação e implementação das políticas públicas com recursos humanos adequados, insumos compatíveis com novas tecnologias e quantidades ideais, manutenção de equipamentos e educação continuada que assegurem os direitos civis e sociais básicos à sociedade brasileira e que propiciem desenvolvimento equitativo com inclusão social.

O conceito de saúde é histórico, sujeito à influência do contexto e à compreensão da sociedade, e hoje podemos entendê-lo como qualidade de vida, acesso à educação, à moradia, ao lazer, à segurança, ao trabalho, ao saneamento básico, à saúde, ao transporte, sendo também um direito fundamental de todo ser humano. E essa concepção deve pautar, de forma definitiva, a construção do SUS no Brasil, que traz como uma das diretrizes fundamentais a garantia da participação popular na definição das políticas de saúde e na fiscalização de sua implementação.

Por isso, o SUS pressupõe a garantia da promoção, proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo, cuja implementação está normatizada na Lei Orgânica da Saúde, que efetiva a sua doutrina constitucional, portanto precisamos promover a conscientização da população para que se reconheça a *“saúde como direito de todos e dever do Estado”*, bem como o controle social como uma estratégia na conquista de uma melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, a necessidade de mudança faz da educação instrumento formador da consciência do sujeito socialmente responsável e elemento fundamental no contexto da atenção à saúde.

No contexto do SUS, a educação é construída pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo. É um instrumento de transformação social quando proporciona a formação do homem, o agente de mudança, crítico, criativo, reflexivo, capaz de assumir no conjunto das lutas sociais a sua condição de agente ativo de transformação da sociedade e de si próprio, na conquista de direitos e justiça social e na adoção de novas práticas de interlocução, participação e articulação das ações para além dos espaços institucionais.

Partindo desse contexto, educação em saúde deve tornar-se um dos instrumentos de formação para uma nova cultura política de participação popular e de exercício de cidadania, de forma individual ou coletiva, na superação das desigualdades econômicas e sociais existentes, que restringem a melhoria nos padrões de saúde em nosso País, de acordo com as diretrizes do SUS.

Da mesma forma, a educação em saúde enfatiza a importância de se identificar a saúde bucal como responsabilidade das esferas municipal, estadual e federal na formulação das políticas de formação, indissociável da saúde geral das pessoas e como um direito de cidadania, possibilitando a ação da

sociedade na formulação das políticas de saúde bucal, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, para modificar o atual modelo assistencial apenas curativo, além de mutilador, de alto custo, baixa cobertura e impacto epidemiológico, com exclusão de uma parcela significativa da população.

Devemos, portanto, afirmar categoricamente a saúde como direito humano fundamental para todos, qualificar os processos de educação como meio de fortalecimento do controle social do SUS, lutar pela adoção de políticas públicas capazes de diminuir as desigualdades sociais e econômicas do País na implementação da justiça social, dentre outras ações, com o propósito de transformar a realidade, as relações, a estrutura, a sociedade.

As políticas públicas para a construção da cidadania com inclusão social necessitam, seja no plano individual ou coletivo, de ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e pelo conjunto da sociedade. Para tanto, se faz necessária a efetiva elaboração de uma política municipal e estadual de saúde bucal baseada nos princípios e diretrizes do SUS, construída numa base de inclusão e diálogo entre os setores envolvidos, visando à promoção da saúde, educação e reabilitação. Essa política deverá ser legislada pelo poder municipal, como conquista do direito à saúde.

A articulação entre os diversos ministérios é o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária, partindo da compreensão generalizada dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes, reafirmando saúde como ausência de doença com qualidade de vida e a necessidade da ruptura do próprio modelo do conhecimento e de formação dos profissionais.

A Lei Orgânica da Saúde prevê também, para o SUS, atividades não compreendidas exclusivamente em seu campo de ação para a articulação de políticas e programas de

interesse para a saúde e que envolvem outros setores político-administrativos do governo e entidades representativas da sociedade civil.

Essa articulação está a cargo de comissões intersetoriais, de âmbito nacional, elaborada em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, junto com ministérios e órgãos competentes de governo e instituições de ensino profissional e superior, como recursos humanos e ciência e tecnologia que são atividades ligadas às universidades e aos centros de formação e especialização, à saúde do trabalhador e à saúde escolar, criando e proporcionando uma interface com os ministérios do Trabalho e Emprego e Assistência Social, dentre outras, devendo todas essas articulações serem supervisionadas pelos conselhos de saúde de cada região, junto às comissões intersetoriais nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

As desigualdades sociais, independente do indicador socioeconômico usado (renda, classe social, escolaridade ou ocupação, dentre outros), somadas ao processo de exclusão social exercem efeitos nefastos observados na saúde em geral (mortalidade, incapacidade, morbidade e/ou utilização de serviços de saúde) e por consequência na saúde bucal, sendo que indivíduos com baixa renda possuem mais problemas de saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos, quando comparados a indivíduos com maior renda, observando-se também que as melhorias ou benefícios trazidos pelos programas de saúde bucal são mais eficazes quanto mais desenvolvida é a região, significando que o enfrentamento do binômio saúde-doença está também na dependência de fatores sociais e, portanto, algumas medidas devem ser postas em prática, como, por exemplo, a democratização do acesso aos serviços e a eliminação de algumas barreiras sociais, econômicas e sobretudo políticas. Os programas de saúde devem considerar os aspectos relativos ao conhecimento e às práticas em saúde bucal, para viabilizar o processo de capacitação da população

e promover a responsabilização coletiva da promoção da saúde em todos os níveis da sociedade.

A construção de uma política de informação e comunicação para a melhoria da saúde, além de produzir informações para os cidadãos, esferas de gestão, prática profissional, geração de conhecimento e controle social, contribuirá no processo de formulação, acompanhamento e avaliação da política de saúde e nela incluída a saúde bucal, ressaltando a necessidade de divulgação por meio da imprensa e de outros meios de comunicação e para equipe interdisciplinar.

Comunicar é por em comum, entrar em relação, é um campo de troca que permite ensinar e aprender, dialogar, tornar transparente e, em saúde, deve assegurar a capacidade de gerar e trocar conhecimento que fundamente a saúde, tendo a comunicação como processo democrático que envolve informação, interlocução e outros processos culturais, como o da educação, da popularização da ciência e da promoção da saúde.

Informação é conhecimento, participação, instrução, direção. Transformar informações em conhecimentos novos e com estes conduzir o SUS em sintonia com as necessidades de saúde bucal da população é um desafio. As informações em saúde devem estar voltadas para a cidadania, ou seja, devem ser compreensíveis e estarem disponíveis para contribuir para a construção da população de maneira a comunicar dados epidemiológicos, financiamento, a situação dos serviços, recursos humanos, experiências bem-sucedidas, programas, direitos e deveres dos usuários, competências dos conselhos, etc. A informação deve ser um bem público. A informação em saúde deve dar subsídios para a elaboração de uma política de saúde resultando em planejamento, programação e orçamentos compatíveis com a resolução dos reais problemas que afligem a população.

O acesso à informação, bem como a capacitação a esse acesso, é direito do cidadão e dever das esferas municipal, estadual e federal e a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e nos anseios da população e para a programação de ações de saúde, nelas incluídas as de saúde bucal.

Promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde, garantindo a universalidade do acesso aos mais vulneráveis pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias e geração, e populações itinerantes são os desafios postos para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros, e o não cumprimento será penalizado perante as leis cabíveis.

Para alcançar esses objetivos, propõe-se:

1. Exigir das três esferas de governo o cumprimento do seu papel de mantenedor da seguridade social, entendida como uma rede de proteção social constituinte do processo de construção da cidadania em todas as fases da vida e de promotora da justiça social, da redistribuição da renda e do desenvolvimento econômico com inclusão social. Assegurar políticas sociais amplas que garantam alimentação saudável e adequada, emprego, moradia, saneamento básico, segurança, cultura, acesso à ciência, à tecnologia e a um meio ambiente saudável, à educação e ao lazer, articulando-as por meio de projetos e ações intersetoriais com as políticas de saúde, assistência e previdência social, que contemplem a eliminação das iniquidades e garantir a inclusão de propostas de atuação no eixo/diretriz intersetorialidade nos planos plurianuais de saúde das três esferas de governo, com investimentos na educação, no controle social e na qualidade dos serviços ofertados.

2. Ampliar a compreensão da saúde bucal no sentido de possibilitar uma melhor qualidade de vida, garantindo o tratamento de forma intersetorial como política de governo para a inclusão social e a construção da cidadania, seja no plano individual ou no plano coletivo, com ações convergentes de diversos setores e implementadas de forma integrada pelos governos dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União, pelas instâncias representativas do Controle Social e pelas entidades da sociedade civil organizada, por meio de trabalhos educativos para conscientizar sobre os cuidados em saúde bucal, indissociável da saúde geral e garantindo um atendimento humanizado de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal.
3. Efetivar a integralidade das ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, dirigidas a todas as fases da vida e de forma abrangente para toda a população em nível nacional, estadual e municipal, garantida por meio de políticas públicas sustentadas em adequado arcabouço legal e pelo efetivo Controle Social.
4. Promover e incentivar a construção compartilhada de conhecimentos, por meio de cursos de capacitação e atividades de educação permanente, estabelecendo aproximação e diálogo entre os diferentes campos dos saberes populares e conhecimentos científicos, fortalecendo as evidências sobre os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde, em parceria com instituições de pesquisa, universidades, organizações não-governamentais (ONGs), entidades de classe, governo, associações e movimentos sociais, garantindo ampla divulgação e acesso aos conhecimentos desenvolvidos, com o objetivo de orientar as ações em prol da qualidade de vida e saúde da população, assim como auxiliar na

construção da consciência crítica sanitária, ecológica e cidadã.

5. Ampliar, implementar e integrar os Sistemas de Informação, incentivando a implantação de sistemas descentralizados de geoprocessamento em saúde bucal, aumentando o número de indicadores em saúde bucal pactuados pela Programação Pactuada Integrada (PPI) e a inclusão dos dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) para avaliação dos trabalhos desenvolvidos.
6. Pesquisar e sistematizar as informações, dados estatísticos e epidemiológicos e tornar público e acessível a todos, com prazos regulares, por meio de cartilhas de educação e prevenção atualizadas, incluindo tópicos relativos à formação da cidadania, fornecidas pelos ministérios da Saúde e da Educação, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para distribuição à comunidade, profissionais de saúde e educação, que concorram para a promoção da saúde, com identificação das condições sociais (diferentes etnias, moradia, alimentação, educação, condições de vida, saúde e trabalho) e do número de pessoas atingidas pelas patologias, garantindo as ações de prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal, inclusive a todos os tipos de pacientes com necessidades especiais, com direito a intérpretes para os deficientes auditivos.
7. Reforçar junto à população, gestores, trabalhadores e conselhos de saúde a cultura da intersetorialidade, que deve se manifestar nos cotidianos e prática desses setores, nas ações técnicas e nas rotinas de trabalho, valorizando a humanização e a qualidade resolutiva no atendimento ao usuário. Para tanto, devem ocorrer mudanças no setor educacional, nos diversos níveis de ensino e da formação profissional, que resultem no desenvolvimento de informações adequadas, na melhoria da capacidade gerencial, da ação política da sociedade e

dos técnicos das diversas instituições, e introduzindo, no sistema de educação permanente dos gestores, técnicos e demais operadores dos serviços de saúde, a ênfase na intersetorialidade e na interdisciplinaridade para a difusão dos princípios da ação colaborativa e solidária.

8. Recomendar a criação de varas especializadas em Direito à Saúde com o objetivo de julgar as ações decorrentes do descumprimento das leis, de modo a assegurar dinamicamente a execução das penalidades nelas previstas, tornando dessa forma o SUS eficiente, reduzindo as impunidades, com ordem e justiça, levando os protocolos clínicos e científicos do Sistema Único de Saúde ao Poder Judiciário e ao Ministério Público, em especial os relativos aos pacientes portadores de deficiências crônico-degenerativas e de necessidades especiais, ao fornecimento de medicamentos, exames de diagnóstico, históricos de saúde ocupacional e fornecimento de órteses e próteses de qualidade, certificadas pelo órgão competente, para evitar equívocos e qualificar as decisões judiciais.
9. Implementar, nas três esferas de governo, as diretrizes de “Informação, Educação e Comunicação”, recomendadas na 11.^a Conferência Nacional de Saúde e reforçadas na 12.^a CNS, incorporando-as ao campo da educação popular em saúde, inclusive garantindo a divulgação do relatório final das conferências em audiências públicas, potencializando o efetivo Controle Social.
10. Garantir, nas três esferas de governo, financiamento específico para informação, informatização, educação e comunicação em saúde bucal, com repasse fundo a fundo, alimentando o Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (Siops) para efetivo Controle Social.
11. Respeitar as características regionais, étnicas, culturais e

as possibilidades de acesso a tecnologias por parte das entidades, do governo e dos movimentos sociais nas iniciativas na área de Informação e Comunicação em Saúde Bucal, buscando a universalidade da comunicação e a qualidade de vida, garantindo a pluralidade de expressão e a imparcialidade, melhorando a integração entre as secretarias estaduais e municipais, promovendo a intersetorialidade dessas informações nas secretarias de governo. As ações e os materiais produzidos devem ter claros os seus objetivos, a distribuição e a avaliação de resultados.

12. Definir, nos conselhos de saúde (Municipal, Estadual e Nacional), estratégias, em conjunto com os ministérios da Saúde e da Educação, para elaborar e implementar políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para os diferentes setores sociais nas três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política nacional de saúde, das ações e da utilização de recursos, visando a ampliar a participação e o controle social e atender às demandas e expectativas sociais.
13. Considerar as necessidades dos usuários, dos profissionais, dos gestores, dos prestadores de serviços, das instituições de ensino e pesquisa, como parte do exercício do controle social da produção, análise e disseminação de informação em saúde por todos os meios de comunicação, informando a realidade do sistema de referência e contra-referência a cada município.
14. Implantar e implementar um plano permanente de informação, educação e comunicação em saúde bucal, na mídia em geral, incluindo os espaços alternativos (rádios e TV comunitárias, emissoras locais, etc.), tendo como referência a educação formal e popular em saúde com garantia de espaço para a divulgação de campanhas de

conscientização e a importância da identificação precoce de lesões na mucosa oral e demais tecidos moles da boca, divulgando principalmente as diversas doenças que nela se manifestam, distribuindo os custos de produção entre as três esferas de governo, levando em conta as questões locais, considerando os aspectos culturais, geográficos e políticos, assegurando, inclusive, aos municípios com grande concentração rural a implantação de rádios comunitárias.

15. Implantar mecanismos de suspensão dos recursos financeiros específicos, caso não haja repasse dos dados ao Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), inerente ao setor público e privado, considerando os diversos instrumentos produzidos na 11.^a Conferência Nacional de Saúde e na 12.^a.
16. Efetivar e valorizar, nas três esferas do governo, a educação permanente em saúde bucal, formal e popular, em escolas, entidades religiosas, locais de trabalho e na comunidade em geral, articulando estratégias de educação a uma política de informação e comunicação permanente e continuada, além de viabilizar um projeto de integração das áreas da Saúde, da Educação e da Comunicação Social, buscando a formação de profissionais, professores e multiplicadores capacitados a atuarem conjuntamente na promoção da saúde bucal da população, empregando metodologias pedagógicas participativas, visando a melhor capacitação da equipe de saúde bucal para que se possa levar a todos os envolvidos (gestores, profissionais e usuários do SUS) a importância da educação em saúde bucal.
17. Implementar uma política editorial envolvendo a parceria das três esferas de governo, garantindo a produção, o intercâmbio, a disseminação e a avaliação dos produtos informacionais em saúde bucal, com destaque para as

pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas e com deficiências, em diversos suportes e meios, como cartilhas e folhetos em escrita braile, disquetes e fitas cassetes para deficientes visuais e elaborar programas educativos destinados aos portadores de deficiência.

18. Organizar e fortalecer os fóruns permanentes que estão sendo criados pelo Movimento de Práticas de Educação Popular em Saúde com o apoio da Associação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps) e do Ministério da Saúde, inclusive o fórum virtual coordenado pelo Conselho Nacional de Saúde.
19. Divulgar, nas três esferas do governo, de forma contínua, as políticas de saúde bucal, os dados epidemiológicos, as atividades e as atribuições das vigilâncias epidemiológica e sanitária, o financiamento, o trabalho em saúde bucal, os programas, as ações e os serviços prestados pelo SUS, por meio de parcerias com a comunidade, a sociedade civil organizada e os meios de comunicação, de forma a estimular a população e os trabalhadores em saúde para a gestão participativa na saúde bucal.
20. Garantir a socialização das informações sobre a gestão e ações da saúde bucal, melhorando sua qualidade, por meio de boletins municipais, regionais, estaduais e nacional, incluindo dados estatísticos de morbimortalidade, em linguagem clara e acessível a todos.
21. Implementar uma política de educação permanente sobre os direitos e deveres de cidadania, a legislação do SUS e o papel dos conselhos de saúde e do Ministério Público, estimulando a população a acionar esses órgãos em qualquer situação que represente risco à saúde e afronta à lei.

22. Divulgar, em todas as esferas de governo e junto aos conselhos de saúde, as experiências e práticas exitosas e inovadoras de saúde bucal, para conhecimento da população.
23. Realizar periodicamente, no mínimo duas vezes a cada gestão administrativa, por intermédio dos conselhos de saúde, pesquisa de opinião pública com os usuários e trabalhadores do SUS sobre grau de satisfação, acesso aos centros de referência e contra-referência, obtenção de medicamentos, qualidade do atendimento prestado, condições de trabalho e impacto dos serviços ofertados, objetivando a reorientação do modelo de atenção, com divulgação dos resultados e acompanhamento pelos conselhos de saúde, em conjunto com assessoria de profissionais, órgãos e institutos capacitados para esse fim, com premiação que incentive a melhoria do atendimento.
24. Garantir o cumprimento da Lei n.º 6.050/1974, que prevê a fluoretação e o tratamento das águas de abastecimento público nas esferas federal, estadual e municipal realizando campanhas de esclarecimentos à população sobre a importância do consumo de água fluoretada, tanto da rede pública como da comercializada, exigindo o demonstrativo do teor de flúor e o alvará específico da vigilância sanitária nas respectivas embalagens.
25. Repudiar e solicitar o arquivamento do Projeto de Lei n.º 510/2003, de autoria do deputado federal Carlos Souza (PFL-AM), que revoga a Lei n.º 6.050, de 24 de maio de 1974.
26. Tornar obrigatório a construção de “escovódromos” em todas as escolas públicas municipais, estaduais e federais, creches, instituições de amparo à criança e ao adolescente e de longa permanência para idosos, nas áreas urbanas

e rurais, com a orientação de equipe multidisciplinar por meio da parceria entre os ministérios da Educação e Saúde.

27. Assegurar que o estado garanta ao município não habilitado para gestão plena a integralidade das ações pela equipe de saúde, que visam à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.
28. Apoiar e acompanhar os pacientes das zonas urbana e rural que necessitem se deslocar para tratamento de saúde, assegurando o que está estabelecido nas normas de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).
29. Buscar incessantemente o princípio da universalização e integralidade em todas as especialidades odontológicas no desenvolvimento da Política de Atenção à Saúde Bucal, implementando estratégias específicas, de acordo com as necessidades de média e alta complexidade em odontologia, para grupos étnicos e socialmente vulneráveis segundo classe, gênero, condição social e ciclo de vida (idosos, gestantes, bebês, população rural e urbana, trabalhadores, pacientes com necessidades especiais, pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas) implantando ações educativas voltadas à saúde bucal do bebê, dirigidas aos pais, monitores de creche e cuidadores de crianças, incluindo ações no pré-natal.
30. Estimular a conscientização da população sobre a automedicação e seus riscos, instituindo esse tema nos ambientes escolares, respeitando e considerando os diferentes e diversos mecanismos aprovados na 1.^a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e na Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

31. Criar meios de incentivar os pais ao cumprimento da atenção primária em odontologia e, quando necessário, em fonoaudiologia, inserindo na carteira de vacinação um campo para o registro das consultas anuais, com início no primeiro ano de vida até os 3 anos de idade.
32. Implantar, num processo de articulação entre os ministérios da Saúde, da Educação e da Agricultura, uma política de segurança alimentar e nutricional, com projetos educativos sobre os hábitos alimentares e a preservação ambiental, bem como a importância da presença dos dentes para o aparelho digestivo, incluindo um selo de advertência nos rótulos dos alimentos industrializados, alertando o consumidor sobre o risco do consumo de alimentos cariogênicos, e incentivar a população ao consumo de produtos regionais de elevado valor nutritivo na sua dieta diária, sob recomendação de nutricionistas, como forma de prevenção.
33. Desenvolver programas nutricionais, junto às escolas, às creches, aos centros sociais urbanos e às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) para oferecer merendas regionalizadas, balanceadas e menos cariogênicas, com o acompanhamento do conselho de pais e mestres, sob a orientação de nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais especializados, em parceria com órgãos estaduais e municipais, proibindo a comercialização em cantinas escolares de alimentos reconhecidamente cariogênicos.
34. Estabelecer que alimentos, produtos e medicamentos que contenham sacarose devem apresentar no rótulo advertência de que o produto pode provocar cárie, sendo necessária a higiene bucal após a sua ingestão. Essa advertência deverá estar presente, inclusive, na publicidade veiculada pelos meios de comunicação.

35. Melhorar a qualidade do tratamento da água garantindo a sua fluoretação e ampliar a rede de distribuição visando à universalização do abastecimento em todos os municípios dentro das normas legais vigentes.
36. Garantir que os órgãos de vigilância sanitária controlem a qualidade da água, dos cremes dentais e de todos os produtos que contenham flúor.
37. Assegurar que o estado garanta ao município, enquanto não municipalizado, uma equipe para desenvolver as ações preventivas, curativas e educacionais em saúde bucal e que essa equipe contemple a participação de conselheiros municipais e estaduais garantido assim a participação social.
38. Incluir no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) as doenças compulsórias relacionadas à saúde bucal.
39. Apoiar a criação e manutenção de redes e listas eletrônicas dos coordenadores de saúde bucal nos diferentes níveis de competência.
40. Padronizar fichas para registro de levantamento epidemiológico a fim de proporcionar um planejamento mais consciente.
41. Garantir a implantação do cartão SUS, garantindo a integração dos diferentes sistemas de informações existentes, incluindo dados de saúde bucal.
42. Disponibilizar o banco de dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal (SB Brasil) no *site* do Departamento de Informática do SUS (Datasis) para que todos tenham acesso aos resultados.
43. Ampliar os sistemas de informação entre os setores das unidades de saúde para promover o trabalho intersetorial e interdisciplinar, bem como melhorar a divulgação/

comunicação aos usuários do SUS referente a locais e acesso aos serviços, procedimentos de atenção básica de saúde bucal disponíveis, avaliação das políticas de saúde bucal, experiências e práticas exitosas, incentivando ainda a implantação de sistemas descentralizados.

44. Melhorar o acesso da população aos serviços odontológicos com a contratação de mais profissionais.
45. Criar programas educativos de saúde bucal e fitas de vídeo e veiculá-las em aparelhos de TV nas salas de espera de todas as unidades de saúde da rede existente nos estados e municípios, com estratégia de educação/informação permanente em saúde bucal.
46. Criar comissões intersetoriais em todos os conselhos de saúde como forma de viabilizar a educação em saúde bucal e avaliar suas atividades, resguardando a autonomia de decisão de cada conselho.
47. Implantar no Programa Saúde da Família (PSF) uma política de atendimento a pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas e de deficiência e incentivar as equipes para realizarem ações de educação e cidadania no ambiente domiciliar.
48. Implementar e divulgar mecanismos eficientes de escuta do cidadão e garantir um sistema de respostas rápidas e eficientes aos usuários, permitindo uma maior transparência de gestão.
49. Garantir, pelo Ministério da Saúde, a distribuição gratuita e semestral de *kits* básicos de higiene bucal (escova, creme dental e fio/fita dental) para escolas da rede pública de ensino infantil e fundamental, prioritariamente, com orientação e supervisão do uso, bem como na rede do SUS, e às famílias cadastradas nos PSF e incluir produtos de higiene bucal na cesta básica.

50. Promover a mudança dos cenários de práticas nos cursos de graduação por meio da realização de convênios entre as instituições de ensino superior e as secretarias estaduais e municipais, possibilitando contato direto dos estudantes de odontologia com a realidade social, incluindo a prestação de serviços odontológicos, durante o período de um ano junto à comunidade carente.
51. Elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros, visando ao fortalecimento de sua atuação no controle social do SUS.
52. Criar uma Coordenadoria de Educação Popular em Saúde Bucal e Comunicação Social, articulada com o pólo de educação e com verba específica em todas as Secretarias Municipais de Saúde.
53. Instituir o Dia Nacional de Saúde Bucal no mês de outubro, promovendo campanhas preventivas com ampla divulgação e participação dos profissionais de saúde (CD, ACD, THD, ACS), agentes comunitários e agentes indígenas de saúde.
54. Organizar e fortalecer encontros anuais de educação em saúde, incluindo a prática e os movimentos de educação popular em saúde bucal, em parceria com usuários e apoiados pelas esferas governamentais e demais integrantes do SUS, com a participação da Associação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps).
55. Propor um projeto de lei para a inclusão no currículo escolar público e privado, em todos os níveis de ensino, de conceitos e práticas de saúde, saúde bucal, meio ambiente e cidadania, enquanto temas transversais, com atuação intersetorial entre os profissionais de saúde e

educação, bem como a inserção desses conteúdos nos livros didáticos, fazendo de fato do ambiente escolar um espaço promotor da saúde.

56. Incluir no currículo do curso de formação de professores uma disciplina de educação em saúde bucal para capacitá-los sobre o tema, na perspectiva de formar agentes multiplicadores, garantindo recursos provenientes de saúde e da educação, nas três esferas do governo.
57. Estabelecer a obrigatoriedade de visitas mensais das vigilâncias sanitárias e órgãos de fiscalização em todas as instituições públicas prestadoras de serviços de saúde, a fim de fiscalizar o ambiente de trabalho, bem como as condições de biossegurança do ambiente.
58. Realizar ações continuadas à população sobre os riscos e perigos do exercício ilegal da odontologia, conscientizando para a fiscalização dos profissionais não habilitados a fim de coibir a prática ilegal da profissão.
59. Promover, nos municípios e nos estados, um processo integrado de educação em que se desenvolvam atividades educativas em escolas da rede pública e equipamentos sociais das comunidades, bem como ações curativas, preventivas e promocionais com o objetivo de prevenir doenças bucais, divulgando o autocuidado com higiene bucal, consumo inteligente do açúcar e uso racional de fluoretos como medidas de controle da cárie dentária e doenças da gengiva, que visem à transformação da prática cidadã e garanta o acesso e a melhoria dos serviços de saúde bucal e atendimento odontológico com igualdade e continuidade.
60. Fazer cumprir a lei no que se refere ao atendimento do idoso.

61. Criar um prontuário de saúde bucal vinculado à unidade de saúde que atenda às necessidades das pessoas portadoras de deficiência (PPD).
62. Estimular e viabilizar a participação da odontologia e da fonoaudiologia nos encontros de gestantes, com a finalidade de esclarecer os benefícios do aleitamento materno, cuidados com a higiene bucal do bebê, a importância da dentição temporária, orientação sobre uso da chupeta, mamadeira e acréscimo de açúcar no preparo dos alimentos, além do atendimento odontológico durante a gravidez.
63. Garantir por meio das três esferas do governo a criação de material didático e lúdico, tais como, macromodelos, *banners*, recursos audiovisuais e outros, respeitando as diferenças regionais étnicas e culturais, legendadas em dialetos locais, para que profissionais de saúde bucal realizem ações educativas periódicas em instituições de ensino, centros sociais urbanos e creches, para crianças na faixa etária de 3 a 14 anos, seus pais ou responsáveis, bem como a execução de ações preventivas, buscando inclusive parcerias e convênios.
64. Promover ações efetivas de saúde preventiva com o Ministério da Saúde oferecendo subsídios (equipamentos e capacitação dos profissionais) aos municípios e estados, não restritos aos materiais de divulgação já elaborados. O conteúdo das ações deve ser organizado em conjunto com as demais esferas de governo, considerando o perfil epidemiológico, alimentar e nutricional e as realidades locais, inclusive com o uso de meios de comunicação de massa, com a participação dos conselhos locais, distritais, de saúde indígena e negra, municipais, estaduais e nacional de saúde e em parceria com a sociedade civil organizada.

65. Implementar uma política pública nacional de controle, prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, incentivando a realização do auto-exame, pelas ações continuadas e pela mobilização social de educação e prevenção em parceria com as entidades de classe e organizações civis, incluindo os meios de comunicação, comunicação de massa enfatizando o risco do tabaco para a saúde bucal e garantindo atendimento odontológico especializado para prevenção e tratamento das complicações bucais decorrentes da cancerterapia.
66. Divulgar para todos os gestores municipais, estaduais, universidades, população e entidades odontológicas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde.
67. Implantar programas e criar espaços de educação e prevenção em saúde bucal nos meios de comunicação, com o apoio do governo e empresas do setor, a fim de estimular a ação dos trabalhos educativos e de comunicação, promovendo a conscientização da população da área rural e urbana, de forma contínua e permanente, das políticas de saúde e de dados epidemiológicos, destinados à orientação de gestantes, crianças, adolescentes, idosos, trabalhadores, portadores de doenças crônico-degenerativas e de necessidades especiais.
68. Fiscalizar, sob orientação do Ministério da Saúde, a veiculação de comerciais de produtos de higiene e medicamentos, bem como coibir a veiculação de propaganda ofensiva ao SUS, tomando as medidas cabíveis e punindo os seus responsáveis.
69. Capacitar profissionais de saúde bucal para o atendimento aos usuários portadores de doenças crônico-degenerativas e usuários com necessidades especiais, bem como adequar as unidades básicas de saúde, clínicas universitárias,

hospitais universitários, hospitais do SUS e conveniados ao SUS para o referido atendimento.

70. Promover ações conjuntas do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação visando à capacitação dos professores dos cursos de odontologia para viabilizarem a implementação das novas diretrizes curriculares, promovendo assim as mudanças necessárias no modelo político pedagógico, visando ao fortalecimento do SUS e à pertinência social da educação em saúde, objetivando a formação de profissionais com perfil adequado à atenção no SUS.
71. Implementar, com base no Plano Diretor de Regionalização, Centros de Educação Continuada Permanente em Saúde Pública como parte do pólo de educação permanente e articulado a ele nas sedes das microrregiões.
72. Capacitar, além dos profissionais da rede, professores das zonas rural e urbana, ASC, THD, ACD, agentes indígenas, presidentes de comunidades, instituições parceiras, secretarias estadual e municipal de saúde e profissionais de outras áreas da Saúde, para desenvolverem ações educativas e preventivas relacionadas à saúde bucal, visando a um melhor atendimento do usuário com acolhimento e humanização, com posterior avaliação.
73. Realizar convênios e parcerias com instituições, como escolas de ensino médio, fundamental e universidades, nas três esferas do governo, para melhorar a divulgação dos serviços de saúde para a população, incluindo dados dos relatórios das conferências de saúde, por meio de cartilhas, fitas de vídeo e outros veículos, utilizando sempre linguagem simples e acessível.
74. Incentivar e consolidar a intersetorialidade e interdisciplinaridade entre órgãos formadores de ensino e na rede do SUS, para capacitar profissionais de saúde bucal,

professores, agentes comunitários, no município pólo, servindo de multiplicadores a fim de atuarem como promotores da saúde, visando ao fortalecimento das ações de saúde bucal, respeitando os conceitos éticos.

75. Garantir que o Ministério da Saúde torne obrigatória a educação continuada dos conselheiros de saúde e dos gestores, para que tenham conhecimento acerca das diretrizes da política de saúde bucal e exerçam a efetiva fiscalização, além de criar, nas unidades de saúde, um mecanismo de informação mais eficiente para que os usuários possam conhecer os serviços que prestam à população.
76. Garantir e implementar uma política de educação, informação e comunicação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), formulada e articulada com os conselhos de saúde regionais, estaduais, municipais e locais, visando a ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade. Publicar as deliberações dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, divulgando as datas e pautas de suas reuniões, especialmente as de prestação de contas.
77. Priorizar as ações de saúde nas áreas mais carentes e fiscalizar com participação dos conselhos de saúde e apresentação de relatórios.
78. Garantir a instituição das mesas permanentes de negociação, em todas as instâncias de gestão do SUS, com participação dos profissionais da saúde bucal, vinculadas aos conselhos de saúde das três esferas de governo, definindo-as como fórum privilegiado de discussão das questões relativas à gestão do trabalho e da educação na saúde.
79. Buscar, por meio de plenária com os conselhos estaduais de educação e de saúde, consenso quanto aos meios que possam direcionar gradualmente a redução de alimentos

cariogênicos nos ambientes das escolas, em especial na merenda escolar e em cantinas escolares.

80. Assegurar a participação efetiva da comunidade, principalmente por meio dos conselhos de saúde, na definição das diretrizes do atendimento e das políticas direcionadoras da prestação de serviços na área de Saúde Bucal, levando em consideração as agendas de prioridades, apresentadas no perfil epidemiológico, já apontadas nos seus níveis de representação, considerando as conferências de Saúde Bucal, Saúde e Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde.
81. Possibilitar a quebra de todas as patentes dos medicamentos e insumos odontológicos na formulação de produtos genéricos ou similares, visando à redução dos custos na atenção em saúde bucal, facilitando o financiamento orçamentário nas esferas dos governos municipais, estaduais e federal, com resolutividade nas ações em busca do favorecimento do acesso ao atendimento da maioria da população menos favorecida, mediante política de implantação com incentivos financeiros e fiscais no fomento de produção dos insumos para higiene bucal, materiais e produtos odontológicos, dentro do controle ambiental e com responsabilidade social atendendo e respeitando as normas de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
82. Revisar as normas da Anvisa relativas aos produtos que podem causar problemas de saúde bucal e geral, como chupeta e mamadeira, escovas de cerdas duras e cabeças grandes, além de informações adequadas sobre a utilização adequada do creme dental.
83. Garantir que o Ministério da Saúde determine, em caráter urgente urgentíssimo, a implantação obrigatória e a manutenção contínua de um *software* capaz de controlar

os estoques de medicamentos comprados e distribuídos pela União, estados e municípios, de forma analítica e sintética, para todos os registros individuais de entrega de medicamentos, de todas as unidades públicas e/ou parceiras que praticarem essa modalidade de serviço, pessoa por pessoa, programa este cujos módulos de acesso e de relatórios estejam na sua íntegra e totalidade, disponíveis na rede informatizada de computadores internet e intranet, e concomitantemente sejam esses dados franqueados e ao dispor de monitores do Controle Social, Ministério Público, técnicos dos Tribunais de Contas e, em caso de não cumprimento das normas em comento por parte do Poder Executivo, seja ele, por meio da pessoa de seu representante legal, penalizado perante as leis cabíveis.



3.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

ACESSO E QUALIDADE SUPERANDO A EXCLUSÃO SOCIAL

CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL

O Sistema Único de Saúde, balizado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade das ações e serviços de saúde, tem como diretrizes enunciadas, no texto constitucional, a sua organização de forma descentralizada e com a participação da comunidade.

O Controle Social é, portanto, uma conquista da sociedade consagrada na Constituição Brasileira e normatizado pela Lei n.º 8.142/90. A participação do cidadão pode se dar por meio de organizações representativas com a função de formulação das políticas públicas e no controle da execução das ações dos administradores públicos, especialmente nas chamadas políticas sociais. A participação popular, como exercício do poder político, é efetivada por meio das Conferências de Saúde e dos órgãos colegiados decisórios, como os conselhos de saúde ou somando-se a isso a atuação no âmbito judicial, como o Ministério Público com as ações civis públicas ou de improbidade administrativa, ampliando o processo de democratização do Sistema. Outra parte aliada do Controle Social é a informação veiculada pelos diferentes meios de comunicação.

Os conselhos de saúde, expressos nas três esferas de governo e exercendo as mesmas funções em cada uma delas, têm caráter deliberativo e fiscalizador, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde

na instância correspondente (federal, estadual ou municipal). Têm como função, também, observar e fiscalizar os aspectos econômicos e financeiros na execução das ações de saúde na esfera de governo correspondente.

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo. Embora, em princípio, todos sejam potencialmente usuários do sistema de saúde, a referida lei caracteriza os segmentos da sociedade que compõem esse colegiado em: usuários, profissionais de saúde, governo e prestadores de serviço, respeitando-se o princípio da paridade entre o número de representantes dos usuários e o do conjunto dos demais segmentos, nos termos da Resolução CNS n.º 333/2003. É por meio dessa participação que, no Estado Democrático de Direito, a sociedade pode, em relação aos agentes políticos, exercer o seu poder político, ou seja, o direito de formular políticas de saúde, aprovando ou rejeitando, explicando, denunciando, opinando na tomada de decisão, como ator do processo na busca da prevalência dos interesses sociais e controlando, posteriormente, os atos praticados pelos administradores.

O princípio da participação da comunidade, no entanto, se completa a partir do embasamento legal, com as Conferências de Saúde, estas como espaço de Controle Social com o papel de formular as diretrizes da política de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. Para isso, é importante que sejam precedidas pelas conferências municipais e estaduais e estas devem propiciar que a sociedade diga como está vendo a política de saúde e quais são os grandes desafios. As Conferências Nacionais de Saúde, apesar de criadas por lei em 1937, tiveram sua primeira edição só em 1941 e, acompanhando as transformações políticas do País, mudaram muito ao longo de seus 60 anos, tornando-se hoje um dos mais importantes foros nacionais de discussão sobre os rumos da saúde.

Os participantes da 11.^a Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2000, entenderam que, dentro das políticas específicas, a assistência à saúde bucal é insuficiente e restrita a poucos procedimentos ofertados a determinados grupos, o que não contempla as reais necessidades de promoção da saúde bucal da população brasileira, e propuseram a implementação no SUS de um Programa de Saúde Bucal focado nos municípios com garantia do atendimento médico-odontológico para pacientes especiais e da política de fluoretação das águas de abastecimento e dentifrícios, tendo também aprovado a realização de uma conferência nacional específica de saúde bucal.

Essa citação é oportuna, tanto pela natureza deste evento quanto pelo momento político que nós vivemos, o que chama à responsabilidade social que cada um de nós tem de analisar os avanços alcançados na construção do SUS. Dentre esses avanços destaca-se a inclusão da odontologia no PSF, o fortalecimento da atenção básica, o SB Brasil (SB-2000), saúde bucal para comunidades indígenas, etc. No entanto, ainda é necessário buscar a materialização das deliberações registradas tanto na Legislação Constitucional, nas leis complementares, medidas provisórias e nos diferentes instrumentos legais pertinentes à saúde, quanto nas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal e em outros documentos aprovados pelo Controle Social.

Nesse sentido propõe-se:

1. Estruturar, qualificar e fortalecer uma rede de conselhos de saúde em todas as esferas, implementando uma política de educação, informação e comunicação articulada, bem como desenvolver uma ação sinérgica e inclusiva que incorpore os movimentos sociais organizados, visando a ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade.
2. Criar e implementar mecanismos eficientes de escuta dos usuários, dos profissionais de saúde e da população em

geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo prazos para respostas às denúncias feitas, permitindo maior publicidade e transparência dos mecanismos de prestação de contas, dos relatórios de gestão e de avaliação dos serviços.

3. Fortalecer a gestão participativa criando, em cada instituição do Sistema Único de Saúde, mecanismos de ampliação da participação dos gestores, trabalhadores e usuários, gerando ambientes solidários e novas possibilidades de vínculos nas instituições.
4. Garantir o cumprimento das propostas das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Bucal em todos os níveis, exigindo a prestação de contas e implementação de suas deliberações pelos gestores, por meio da articulação e do acompanhamento pelo Ministério Público, Ministério da Saúde e Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde.
5. Garantir a participação de delegados nacionais, estaduais e municipais nas respectivas Conferências de Saúde, com suas despesas de transporte, alimentação e hospedagem assumidas pelos executivos em suas respectivas esferas de governo, observando o direito a voto apenas aos delegados natos e/ou delegados eleitos nas conferências, abolindo a condição de delegado indicado, de modo que os convidados e observadores tenham direito apenas a voz e garantir legalmente o empenho de despesas indistintamente a todos os delegados, independentemente de vínculo com o serviço público, punindo o gestor que não garantir a participação dos delegados eleitos.
6. Propor aos conselhos, nas três esferas de governo, discussão e posicionamento sobre o cumprimento e regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, a

fiscalização na aplicação dos recursos da saúde, assim como cobrar dos legisladores para que o Projeto de Lei n.º 01/2003, da Câmara Federal, seja agilizado e encaminhado para que tenhamos políticas sobre aplicação da Emenda Constitucional n.º 29 definidas em 2005.

7. Articular as diversas instâncias do Controle Social na mobilização da sociedade pela reivindicação de serviços de saúde com qualidade e dignidade, humanização, acompanhamento e avaliação do desempenho ético e funcional de seus trabalhadores.
8. Garantir na pauta das reuniões dos conselhos de saúde a discussão sobre captação e alocação de recursos com base no perfil epidemiológico da população, instituindo um sistema de levantamento de necessidades que possibilite a utilização de recursos para a saúde segundo critérios de impacto nos indicadores de saúde.
9. Garantir os instrumentos de informação do financiamento, orçamento público em saúde e prestação de contas (Lei de Responsabilidade Fiscal, Emenda Constitucional n.º 29, Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde – Siops) utilizando uma linguagem clara e acessível, permitindo ao cidadão a fiscalização dos recursos financeiros da saúde.
10. Realizar Conferências Municipais e/ou Regionais, Estaduais e Nacional de Saúde Bucal, a cada quatro anos, precedendo sempre as Conferências Nacionais de Saúde, com efetiva participação dos segmentos, garantindo-se o critério de paridade na composição das comissões organizadoras e recursos orçamentários suficientes para a realização.
11. Garantir que os conselheiros de saúde informem as suas respectivas entidades de representação sobre as discussões, pautas e ações dos conselhos, democratizando

as decisões, a fiscalização do processo eleitoral do Conselho de Saúde e a rotatividade dos conselheiros, de acordo com o previsto na Resolução n.º 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e na 12.ª Conferência Nacional de Saúde.

12. Acionar o Ministério Público quando da não observância e cumprimento, pelas três esferas de governo, da legislação do SUS, devendo as portarias do Ministério da Saúde serem referências para implementação da legislação do SUS.
13. Assegurar a criação e implantação dos Conselhos Locais de Saúde, vinculados ao Conselho Municipal de Saúde, garantindo-se a paridade, de acordo com a Resolução n.º 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).
14. Exigir que a vigilância sanitária fiscalize e faça cumprir as leis que regulam o tratamento e a fluoretação da água de abastecimento público e privado e das águas engarrafadas ditas minerais, estimulando o heterocontrole e a parceria com entidades da sociedade civil organizada e de ensino e pesquisa. É preciso também garantir a qualidade da água e a manutenção do nível ótimo de flúor, não somente nas áreas urbanas, mas também nas comunidades rurais que não são assistidas pelas estações de tratamento de água, com emissão de relatórios regulares, por parte dos gestores, aos órgãos competentes, inclusive aos conselhos de saúde. E que a vigilância sanitária exija a manutenção e quantidade exata de flúor dos cremes dentais, não ultrapassando os limites máximos permitidos pela OMS.
15. Inserir na agenda propositiva do Controle Social campanhas informativas e esclarecedoras sobre os riscos e perigos do exercício ilegal da odontologia, com envolvimento dos órgãos de fiscalização competentes, prevendo a punição dos infratores.

16. Organizar e fortalecer os fóruns permanentes criados pelo movimento de práticas de educação popular em saúde, movimentos sindicais e outros organizados pela sociedade civil, incluindo a discussão da saúde bucal na agenda política desses movimentos.
17. Criar fóruns regionais de conselhos de saúde.
18. Construir estratégias para dar visibilidade às informações de saúde, nos moldes das salas de situação, em todos os espaços sociais, permitindo que a comunidade local se aproprie das informações relativas a sua realidade.
19. Garantir que o conselho de saúde participe, junto aos profissionais de saúde bucal e gestores, na definição de estratégias para a ampliação do número de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família.
20. Incentivar e fiscalizar, por meio dos conselhos de saúde, a criação de programas na área da Saúde Bucal, inclusive para atendimento específico aos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e de necessidades especiais, capacitando os profissionais da rede pública para essas ações, bem como adequando, se necessário, o espaço físico para essas ações.
21. Criar e manter fóruns de saúde bucal indígena nos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, para os quais sejam eleitos delegados representantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), assentamentos rurais e comunidades quilombolas, garantindo sua participação nas Conferências de Saúde Bucal.
22. Promover a articulação, nas três esferas de governo, entre os conselhos de saúde e demais conselhos de políticas públicas, particularmente da área social, incluindo os movimentos sociais, com vistas à elaboração de uma agenda intersetorial pactuada que oriente ações

conjuntas para a promoção do Controle Social, buscando conscientizar gestores, conselhos de saúde, trabalhadores e a população da necessidade de pensar a saúde bucal como resultado de ações intersetoriais.

23. Criar Fóruns de Políticas Intersetoriais, envolvendo educação, saúde e ação social.
24. Criar a Comissão Intersetorial de Saúde Bucal nos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, composta por representações de todos os segmentos, estimulando a participação efetiva da comunidade e dos profissionais de saúde na elaboração, na implantação e no controle dos programas de saúde bucal, em todas as esferas.
25. Garantir a educação continuada e permanente, o aprimoramento dos conselheiros, gestores, profissionais, entidades, lideranças sindicais e movimentos sociais de forma descentralizada e regionalizada e abrangendo todos os municípios com a disponibilidade de recursos financeiros e infra-estrutura nas três esferas de governo, envolvendo a comunidade na discussão de seus problemas de saúde e, mais especificamente, de saúde bucal.
26. Criar condições para que, no exercício de suas funções constitucionais em defesa dos princípios e diretrizes do SUS, os conselhos de saúde, nas três esferas de governo, promovam permanente articulação com o Ministério Público, solicitando seu envolvimento com as questões da saúde por meio da formalização de denúncias, buscando o cumprimento dos princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei n.º 8.080/90 e de todas as portarias ministeriais.
27. Garantir o pleno funcionamento das instâncias de Controle Social, com autonomia política e financeira dos conselhos de saúde em relação ao Poder Executivo, nas três esferas de governo, incluindo os conselhos dos

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), garantindo dotação e execução orçamentária própria, estimulando sua articulação com a sociedade organizada, a fim de melhorar a relação entre a população e os serviços de saúde.

28. Garantir que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite não assumam as competências dos conselhos de saúde, em seu caráter deliberativo, fortalecendo o Controle Social, e que suas pactuações sejam apreciadas pelos respectivos conselhos de saúde.
29. Garantir dotação orçamentária específica e suficiente para incentivar a criação de espaços nos veículos de comunicação social, com edição regular, divulgando os objetivos, as atividades e as deliberações dos conselhos de saúde nas três esferas de governo, garantindo informação dirigida aos respectivos segmentos, incluindo a divulgação da eleição dos seus representantes.
30. Tornar públicas as informações e os dados estatísticos e epidemiológicos em saúde bucal para a promoção da saúde, identificando as diferentes condições de vida e trabalho, exigindo a ampla divulgação nos meios de comunicação, inclusive canais de concessão pública, dos resultados atualizados dos levantamentos em saúde bucal.
31. Priorizar na Política Nacional de Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, a implementação de Centros de Especialidades Odontológicas.
32. Propor nos conselhos de saúde a discussão de políticas de recursos humanos no SUS.
33. Fortalecer a integralidade na proposição de diretrizes políticas do SUS, concentrando os diferentes temas numa única Conferência de Saúde (Nacional, Estadual e

Municipal), conforme Lei Orgânica do SUS. A setorização do processo de deliberação de diretrizes políticas no SUS tem pulverizado o debate, desgastando a mobilização popular, fragmentando o campo da saúde e dificultando a visão da integralidade.

34. Articular ações conjuntas entre conselhos de saúde, conselhos tutelares, conselho dos direitos da criança e do adolescente, conselho de segurança alimentar, entidades como Pastoral da Criança, SOS Criança, Varas de Infância e Adolescência e outras, nas três esferas de governo, com o objetivo de comprometer os pais ou responsáveis sobre os cuidados em saúde com suas crianças, criando mecanismos de vinculação, apoio ou suporte social que permitam acompanhar a família com crianças, especialmente em situação de risco, e pessoas portadoras de necessidades especiais.
35. Definir, nos conselhos de saúde, diretrizes relacionadas ao consumo de produtos cariogênicos nos estabelecimentos de ensino e arredores, e mobilizar o Legislativo Nacional para a formulação de legislação sobre o tema.
36. Garantir a participação de entidades de cirurgiões-dentistas nas mesas de negociações permanentes do SUS.
37. Definir diretrizes, nos conselhos de saúde, para campanhas permanentes de caráter educativo nos meios de comunicação social, escolas e creches com informações nutricionais e de risco de doenças bucais referentes à frequência no consumo de açúcar.
38. Incluir e disponibilizar, para os conselheiros de saúde, informações e avaliações de saúde bucal nos sistemas gerenciais em saúde já existentes (Sistema de Informação em Saúde – SIS, Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab, Sistema de Informação da Gestão da Atenção Básica – Sigab, Sistema de Informações Ambulatoriais

– SIA/SUS), estabelecendo, efetivando e consolidando a comunicação entre as unidades de saúde, os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e a população, contribuindo para a melhoria do diagnóstico, planejamento, controle e avaliação da política de saúde bucal.

39. Assegurar aos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, dotação orçamentária própria, comissões técnicas assessoras autônomas, e infra-estrutura administrativa, jurídica e de comunicação social, de modo que todos, inclusive assentamentos rurais e comunidades remanescentes de quilombos, dos DSEI e do Distrito Federal, tenham autonomia política em relação ao Poder Executivo.
40. Cumprir a Resolução n.º 333/2003 do CNS e regulamentar em lei para o serviço público e privado, a dispensa do trabalho para os conselheiros de saúde, tendo em vista a relevância pública de sua atuação.
41. Definir, no âmbito dos conselhos de saúde, diretrizes quanto à necessidade dos gestores contratarem profissionais por meio de concursos públicos.
42. Cumprir a Resolução n.º 333/2003 do CNS, que versa sobre a eleição dos presidentes dos conselhos de saúde, a fim de promover a alternância do cargo entre os segmentos que compõem os conselhos.
43. Garantir a participação de técnicos de saúde bucal na definição das especificações dos processos de licitação realizados pelo SUS com o acompanhamento dos conselhos de saúde.
44. Mobilizar a sociedade para exigir do Estado sua responsabilidade na promoção de políticas públicas afirmativas, que incorporem as questões de gênero, etnia e geracionais na saúde bucal.

45. Instituir a eleição dos gerentes dos serviços de saúde pública pelos profissionais e usuários de saúde, acompanhados pelo conselho municipal de saúde, garantindo uma gestão colegiada.
46. Criar mecanismos de Controle Social dentro dos conselhos de odontologia e dos demais conselhos de classe, como forma de melhorar o seu desempenho na construção de uma saúde bucal voltada para a sociedade.
47. Garantir o Controle Social sobre as empresas concessionárias de serviço público na área de Saúde Bucal para que cumpram a sua destinação pública.
48. Definir mecanismos de proteção à interferência de políticas partidárias nas questões técnicas de saúde.
49. Criar ou ampliar uma biblioteca, aberta à comunidade, com material que possa ser utilizado na capacitação de conselheiros de saúde.
50. Criar um controle eletrônico de presença para as conferências nacionais nas plenárias temáticas e na plenária final para garantir a paridade e a legitimidade nas discussões e nas aprovações de propostas.



3.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

ACESSO E QUALIDADE SUPERANDO A EXCLUSÃO SOCIAL

FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

Formação e Desenvolvimento em Saúde Bucal

O sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da saúde bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio para a saúde e das associações de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. Dessa forma, se cristalizam barreiras para o SUS exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços de saúde.

A causa principal desse quadro é que o modelo formador do País está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população.

O Brasil conta, no início de 2004, com 161 cursos de graduação em odontologia, na sua maioria de propriedade

particular e concentrados nas regiões mais desenvolvidas do País, fazendo com que na última década houvesse um alto incremento no número de profissionais habilitados para o exercício profissional. Não se dispõe de estudos criteriosos avaliando o que esse aumento tem significado na modificação do quadro de morbidade bucal dos brasileiros e para o acesso aos serviços odontológicos.

Ainda que se observem alguns esforços pontuais para mudar esse quadro, o sistema de ensino superior está, de maneira geral, quase que totalmente alienado da realidade socioepidemiológica da população brasileira, inclusive com a convivência dos dirigentes e docentes da área.

A pós-graduação em saúde bucal reproduz o quadro descrito para a graduação. Dá-se ênfase a especializações que confirmam e aprofundam o modelo mercantilista e elitista da odontologia no País. A pós-graduação em nível de mestrado e doutorado, em quase todos os casos, tende a especializar mais o especialista no mesmo marco conceitual pedagógico, ratificando um tipo de prática há muito ultrapassada e cada vez mais alienada da realidade nacional.

A formação dos profissionais de nível médio em saúde bucal tende a utilizar o mesmo marco conceitual pedagógico do nível universitário.

Não obstante vários estudos analíticos apontarem para um diagnóstico de alienação perniciosa do ensino odontológico na formação de recursos humanos em saúde bucal, muito pouco tem sido feito para a transformação dessa realidade.

Constatam-se inadequadas fragmentação e desarticulação entre as instituições públicas e particulares, inclusive as escolas de aperfeiçoamento profissional mantidas por entidades odontológicas, em relação às instituições de formação e prestação de serviços vinculadas ao SUS. É estratégico superar esse distanciamento e buscar a potencialização de recursos e

esforços, tanto na educação permanente do pessoal de nível universitário quanto na formação de profissionais de nível médio na área odontológica. Tal aproximação é decisiva para o desenvolvimento das equipes de saúde bucal, pois possibilita o intercâmbio entre os serviços de saúde, as universidades e as escolas de ensino superior, cumprindo o estabelecido na Lei n.º 8.080/90, que dispõe sobre a obrigatoriedade das instituições públicas e privadas de ensino superior e os serviços de saúde promoverem, de maneira articulada, as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos diversos níveis de atenção à saúde da população.

Somente profundos avanços nos serviços, com a municipalização da saúde e uma profunda ampliação do acesso em saúde bucal, sob efetivo Controle Social, poderão impulsionar as transformações necessárias no perfil dos profissionais da área.

O preceito constitucional, regulamentado pela Lei n.º 8.080/90, de que cabe ao SUS orientar a formação dos recursos humanos na área da Saúde, tanto na graduação como na pós-graduação, tem que se efetivar de forma concreta e imediata, em que haja a participação efetiva da população nos conselhos das universidades.

Para tanto, não só a esfera federal por intermédio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mas também as estaduais e municipais, por intermédio de seus conselhos correspondentes, têm um papel definitivo na observância e aplicação dos dispositivos legais.

Com base nesse diagnóstico propõe-se:

1. Redefinir o modelo de formação de recursos humanos dos cursos da área da Saúde, tendo como referência a realidade social do País, desenvolvendo, também, habilidades necessárias ao trabalho no âmbito do SUS, sendo necessário um trabalho conjunto dos ministérios da

Saúde e da Educação, com Controle Social, na definição da política global de educação na área de Saúde.

2. Implementar fórum de discussão sobre o currículo dos cursos da área da Saúde, com participação das instituições formadoras, prestadoras de serviços e entidades de classe (conselhos, associações e sindicatos) e garantindo-se a presença e participação efetiva de representação legítima dos estudantes de odontologia, trabalhadores, gestores e conselho de saúde nos processos de reformulação curricular.
3. Estruturar mecanismos de acompanhamento e monitoramento, tornando obrigatória a reformulação periódica dos currículos acadêmicos de todos os cursos relacionados à área da Saúde, direcionando-os para a melhoria da qualidade da atenção básica, com ênfase no modelo de promoção da saúde, no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, nos princípios éticos, na intersetorialidade, na competência e habilidade técnica para atuar na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da humanização da atenção à saúde bucal.
4. Requerer mudanças no setor educacional nos diversos níveis de ensino e da formação profissional, que resultem no desenvolvimento de informações adequadas para a melhoria de capacidade gerencial da ação política na sociedade e dos técnicos das diversas instituições, e introduzir saúde bucal como tema transversal, nos currículos escolares, públicos e privados, e em todos os níveis de formação profissional, a partir de um comprometimento dos órgãos de educação em saúde como um atributo para as práticas de saúde e de promoção de saúde bucal.

5. Estimular a discussão do projeto político-pedagógico dos cursos formadores de recursos humanos em saúde, para então partir para a reformulação curricular com vistas à construção do SUS, com o conteúdo de saúde coletiva presente transversalmente nos cursos, de maneira que estes se tornem participantes efetivos na transformação social necessária, tendo como parâmetros a saúde baseada em evidências científicas e os levantamentos epidemiológicos locais e regionais.
6. Reestruturar e valorizar as disciplinas universitárias que tratam de saúde pública e coletiva, oferecendo uma atenção especial na formação em saúde da família.
7. Sugerir a inserção de conteúdos de saúde bucal na formação de todos os profissionais da área da Saúde, reforçando a importância dos cuidados para pacientes hospitalizados. Inserir no contexto hospitalar o profissional de odontologia para acompanhar a saúde bucal do paciente hospitalizado nos diferentes setores de tratamento.
8. Encaminhar ao Congresso Nacional um projeto de lei tornando obrigatório que as instituições sem fins lucrativos, tanto de ensino como de saúde, retribuam em serviços à população o que elas deixam de recolher com alguns impostos e contribuições sociais, além de potencializar os serviços de saúde bucal já existentes nessas instituições (universidades, faculdades).
9. Regulamentar o art. 200, incisos III e IV, da Constituição Federal, por meio de projeto de lei que o governo deve encaminhar ao Congresso Nacional no prazo máximo de três meses após a 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal.
10. Viabilizar um projeto de integração das áreas de Saúde, Educação e Comunicação Social, buscando a formação de profissionais, professores e multiplicadores capacitados

para atuarem conjuntamente na promoção de saúde bucal da população, criando condições para que se incremente a visão multiprofissional por meio da integração com as demais instituições formadoras de recursos humanos em saúde.

11. Estimular a celebração de convênios entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, garantindo que a integração docência-serviço se processe em consonância com as metas dos planos municipais de saúde aprovados pelos conselhos respectivos e proporcionando o contato direto dos estudantes da área de Saúde com a realidade social.
12. Realizar parcerias com as instituições formadoras para capacitar os profissionais de saúde, por meio das escolas técnicas do SUS, universidades da região e outros centros formadores.
13. Adequar a qualidade dos cursos de graduação existentes tendo em vista que o modelo formador do País está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população, integrando a docência, serviços de saúde e pesquisa na perspectiva de realizar a transformação de prática de saúde alienada para uma prática consciente e humanizada, visando à melhoria e à capacitação dos serviços, a adequação da formação de recursos humanos em saúde bucal e a produção de conhecimento em consonância com as realidades e necessidades da população.
14. Regulamentar e incentivar programas de extensão que incluam estágios de alunos dos cursos de odontologia e de fonoaudiologia, por meio de convênio, nas cidades em que não haja esses cursos superiores, entre as prefeituras e/ou associação de moradores com as IES. Os planos

de cursos da área de Saúde, inclusive de graduação em odontologia e fonoaudiologia, devem prever estágios de internato rural, com atividades teórico-práticas, carga horária definida e respeitando as realidades locais e as vocações das IES.

15. Recomendar a celebração de convênios entre as IES e os municípios para desenvolvimento de estágios de estudantes da área da Saúde, em ações coletivas de saúde bucal. Para isso, os órgãos do SUS devem garantir e ampliar a oferta de estágios na rede do SUS, no que diz respeito às áreas técnicas, administrativas e de controle social.
16. Ampliar a integração das instituições de ensino superior com os serviços de saúde e, por intermédio dos pólos de educação permanente em saúde, viabilizar que o SUS realize parceria com as universidades para a capacitação permanente dos profissionais.
17. Viabilizar a implementação plena e adequada das diretrizes curriculares definidas a partir da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), estabelecendo que a carga horária mínima dos cursos de graduação em odontologia não poderá ser inferior a 4.000 horas, realizada no mínimo em quatro anos.
18. Propor a inclusão da disciplina de Odontologia do Trabalho no curso de graduação em odontologia, já que a especialidade é reconhecida.
19. Organizar os planos de cursos de odontologia de modo que as necessidades especiais dos pacientes (situações epidêmicas, crônico-degenerativas, deficiências genéticas, nutricionais, físicas, mentais e outras) sejam abordadas na sua integralidade.

20. Reformular o conteúdo programático da disciplina de Odontologia Preventiva e Social, enfatizando o aprofundamento do estudo da Saúde Pública, na teoria e na prática, incluindo a estratégia de saúde da família.
21. Estabelecer, por meio de legislação específica, a obrigatoriedade da prestação de serviço ao SUS, por período pré-determinado, por profissionais de saúde formados em IES, públicas ou bolsistas de IES privadas, priorizando áreas ou regiões onde há carência de atendimento de saúde, visando a promover a equidade da atenção em saúde bucal.
22. Garantir política afirmativa que promova a permanência de alunos que entram nas instituições de ensino superior pelo sistema de cotas.
23. Garantir que o cumprimento do papel social e a adequação ao SUS sejam considerados no processo de avaliação do funcionamento dos atuais cursos de odontologia, estabelecendo critérios para descredenciar os cursos que não atinjam o perfil satisfatório de avaliação.
24. Impedir a aprovação de novos cursos de odontologia e avaliar os cursos existentes nas universidades de acordo com as normas de cumprimento do papel social e adequação ao SUS e, após tal avaliação, subordinar a aprovação e o início de novos cursos ao Conselho Nacional de Saúde e ao Conselho Federal de Odontologia, devendo o processo ser instruído por parecer técnico da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, levando em consideração o crescimento demográfico de cada região.
25. Implantar e ampliar os Pólos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados, com o objetivo de discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal, da educação permanente, da formação técnica, de graduação e pós-graduação dos trabalhadores, gestores

e agentes de saúde, para que atendam às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS, agilizando a formação de equipes de saúde bucal, conforme a realidade municipal. Para isso, é necessário garantir a existência de recursos humanos, físicos e financeiros e cooperação técnica entre as três esferas de governo, com Controle Social. Criar Pólos de Educação Permanente em Saúde nas macrorregiões e ampliar os Pólos de Educação Permanente em Saúde para viabilizar, de forma multidisciplinar e intersetorial, cursos de formação e capacitação dos profissionais de saúde, inclusive os das áreas de Saúde Bucal (CD, THD, ACD, TPD, APD), fonoaudiólogos, nutricionistas e agentes de saúde, em conjunto com a Pastoral da Criança, professores, e movimentos populares em saúde. Nesse processo de formação de recursos humanos, envolvendo as três esferas de governo e com Controle Social, o profissional deve assinar um termo de compromisso para continuar atuando no SUS, por um período mínimo de dois anos, ou obrigando-se ao ressarcimento do investimento realizado pelo setor público.

26. Elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros, visando ao fortalecimento de sua atuação no Controle Social do SUS.
27. Exigir curso introdutório para todos os componentes da Equipe de Saúde da Família, antes do início do trabalho no PSF, e realizar educação permanente com toda equipe do PSF.
28. Inserção da equipe de saúde bucal na equipe mínima de PSF, permitindo assim que todos os componentes da equipe de saúde da família sejam veiculadores de informações em saúde bucal.

29. Inserir nos processos de formação e qualificação dos profissionais de saúde, conteúdos que os capacitem para a identificação de sinais e sintomas, envolvendo estruturas bucais, relacionados a alterações sistêmicas, bem como de doenças próprias da boca, e encaminhar para o adequado tratamento, garantindo a visão de integralidade e promovendo melhor interação entre profissionais de diferentes áreas. Manter atividades de educação permanente de modo a atualizar técnica e cientificamente profissionais de saúde para que possam identificar lesões que sejam manifestações bucais de doenças sistêmicas.
30. Tornar permanente a capacitação do profissional efetivo no setor público, por intermédio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, oferecendo oportunidades para a aquisição de conhecimentos em inovações tecnológicas, biossegurança, informática, sistemas de informação em saúde, biotecnologia, gestão planejada do trabalho em equipe e atendimento ao público.
31. Estimular a capacitação permanente de recursos humanos em saúde bucal de forma descentralizada e regionalizada, priorizando a formação das profissões de nível médio com ênfase para o atendimento à saúde.
32. Conscientizar a equipe de saúde bucal quanto aos princípios e às diretrizes do SUS, bem como as normas e leis que regem a saúde pública.
33. Capacitar profissionais para o trabalho em equipe multiprofissional e preparar, por meio de cursos específicos na área de Saúde Bucal Coletiva, os recursos humanos inseridos na atenção à saúde.
34. Capacitar os profissionais de saúde bucal com orientações pedagógicas, para facilitar o processo de ensino-aprendizagem às diversas faixas etárias (crianças e idosos),

formando multiplicadores de conhecimento na lógica da educação permanente.

35. Qualificar adequadamente os profissionais a fim de diminuir a distância entre o discurso e a atitude educativo-preventiva, com a correta padronização de conceitos e condutas pela equipe de saúde bucal, como a classificação dos riscos de doenças bucais.
36. Promover a realização de capacitação dos servidores públicos municipais para realizarem os procedimentos de controle da qualidade da água, por meio de parcerias/contratos/convênios com outros órgãos especializados.
37. Capacitar profissionais para o atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais e portadores de deficiências e transtornos mentais, usuários de álcool e drogas, incluindo o atendimento odontológico nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), pois na Portaria n.º 336 não constam os cirurgiões-dentistas. Capacitar profissionais para prevenção, diagnóstico precoce e encaminhamento para tratamento do câncer de boca e garantir que esses procedimentos, além da reabilitação física, funcional e social do paciente pós-tratamento, sejam executados dentro da rede de serviços de saúde bucal, sendo o mesmo aplicado para outras doenças sistêmicas com manifestações bucais. Capacitar os profissionais da rede básica para atendimento ao idoso e aos portadores de deficiência e necessidades especiais.
38. Oferecer curso de capacitação aos cirurgiões-dentistas para agirem em situações de emergências, em níveis ambulatorial e hospitalar, além de garantir a presença de equipamentos e medicamentos necessários.
39. Garantir a formação permanente dos profissionais da área de Saúde Bucal em cursos de pós-graduação

em saúde pública/coletiva, a cargo de Instituições de Ensino Superior, centros formadores do SUS e entidades odontológicas, segundo as necessidades locais. Exigir incentivos dos governos municipal, estadual e federal para educação continuada dos servidores públicos. Garantir bolsa de estudo integral para os cursos de especialização para o cirurgião-dentista engajado no SUS. Especializar os cirurgiões-dentistas em saúde bucal coletiva por meio de um programa semelhante ao Programa de Interiorização dos Trabalhadores da Saúde (PITS).

40. Garantir aos centros formadores do SUS recursos financeiros, técnicos e humanos para cumprir dignamente sua finalidade.
41. Proporcionar a constante atualização da equipe de saúde bucal, por meio de cursos e treinamentos, participações em congressos e seminários e promover encontros entre profissionais de saúde vinculados ao SUS para atualização e trocas de experiências. Preparar os recursos humanos para os compromissos políticos e sociais, sendo capacitados a desenvolver técnicas e atividades que permitam a politização e a educação em saúde dos usuários, de acordo com os princípios da Reforma Sanitária brasileira.
42. Capacitar todos os membros da equipe de saúde bucal, habilitando-os ao exercício da educação popular em saúde bucal, de acordo com suas atribuições, visando a um tratamento humanizado. Promover a construção compartilhada de conhecimentos, estabelecendo o diálogo entre os diferentes campos de saberes populares e conhecimentos científicos. Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para fazerem orientações sobre higiene bucal nos domicílios.

43. Respeitar as necessidades dos usuários, dos profissionais de saúde, dos gestores, dos prestadores de serviços, das instituições de pesquisa e ensino, como exercício de Controle Social na produção, análise e disseminação de informação em saúde.
44. Recomendar que os cursos de odontologia ofereçam estágios para ACD e THD em número suficiente e atuando em equipe com os acadêmicos durante as aulas de prática clínica, contribuindo para que a formação de todos se faça na perspectiva da atenção integral à saúde.
45. Rejeitar o projeto do Conselho Nacional de Educação que institui diretrizes básicas para educação profissional de nível tecnológico (tecnólogo) na área de Saúde Bucal, uma vez que os níveis de formação existentes (THD, ACD, TPD, APD) contemplam o modelo de atenção em saúde bucal proposto pelo SUS.
46. Estabelecer mecanismos de cooperação técnica e financeira fomentando a formação de profissionais de nível médio, para possibilitar a implantação imediata das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. A formação e a qualificação dos trabalhadores da saúde bucal devem receber aprovação em colegiado do Pólo de Educação Permanente, quando existente.
47. Reformular as portarias que regulamentam o colegiado dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, incluindo os usuários e trabalhadores do SUS.
48. Criar cursos de formação para THD, ACD, TPD, APD, obedecendo à legislação vigente, incluindo as escolas técnicas, as universidades públicas e as entidades da categoria odontológica no processo de capacitação dos trabalhadores em saúde bucal.

49. Ampliar os cursos de formação para trabalhadores em saúde bucal no nível técnico e auxiliar de odontologia, instituindo convênios que estimulem a participação de universidades privadas, não deixando descobertas áreas nas quais não existam universidades públicas.
50. Exigir do Ministério de Educação o reconhecimento do curso de Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD).
51. Incentivar a descentralização e interiorização dos cursos de THD, ACD, TPD e APD, assegurando financiamento e recursos para esses cursos. A formação dos trabalhadores de nível médio em saúde bucal para o SUS deve ser feita preferencialmente pelas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS – Centros Formadores), favorecendo assim uma ligação mais estreita entre os serviços de saúde e educação. As escolas técnicas devem selecionar profissionais devidamente capacitados para atuarem como docentes nos cursos profissionalizantes de nível médio da área de Saúde Bucal. A capacitação técnica e pedagógica deve ser fomentada pelos ministérios da Saúde e Educação.
52. Ampliar o projeto de formação dos profissionais de nível médio da área de Enfermagem, viabilizado pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), para outras categorias, oportunizando a todos os trabalhadores da rede de saúde o acesso à formação na sua área específica.
53. Implantar, imediatamente, a residência odontológica, com financiamento pelos ministérios da Educação e da Saúde.
54. Definir uma agenda de prioridades para pesquisa em saúde bucal que contemple a vulnerabilidade social e os determinantes do processo saúde-doença, numa visão de base populacional e clínica. Essa agenda deve considerar

as iniquidades sociais e as dificuldades de acesso aos serviços assistenciais em todos os níveis de atenção. As prioridades devem apontar para os problemas de saúde-doença-cuidado que acometem a população, em uma perspectiva de equidade, contemplando: políticas de saúde, epidemiologia das doenças transmissíveis e não-transmissíveis, medicamentos, imunizantes e fármacos, saúde ocupacional e ambiental, alimentação e nutrição, avaliação, desenvolvimento e aplicação de tecnologias.

55. Possibilitar o acesso aos centros de pesquisa em odontologia e às suas inovações, e estimular parcerias com universidades e instituições públicas e privadas de ensino e pesquisa para estabelecer políticas de ciência e tecnologia para a saúde.
56. Garantir mais recursos para pesquisas, bolsas e projetos, relacionados com a área de Saúde Bucal Coletiva, junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes) e Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde, de acordo com uma agenda prioritária de ações voltadas para o desenvolvimento do SUS, em todos os níveis.
57. Implantar, manter e desenvolver, nas instituições de ensino, pesquisa e prestação de serviços de saúde bucal, bibliotecas atualizadas e ligadas à rede mundial de computadores (internet), nos cursos de graduação em odontologia, bem como nos cursos de formação de Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD).

O trabalho na Saúde Bucal

A gestão do trabalho e da educação para o trabalho na saúde é uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Cabe ao Ministério da Saúde, levando em conta os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS), propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde junto com os segmentos do governo e dos trabalhadores, e o incentivo à estruturação de uma política de gestão do trabalho nas esferas estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS.

Nos últimos dez anos, foi incentivado o estabelecimento de relações precárias de trabalho, que burlam o valor social do servidor público como agente do Estado Democrático para a proteção social da população, assim como os direitos conquistados pelos trabalhadores na Constituição de 1988, alguns retirados na reforma administrativa (Emenda Constitucional n.º 19).

O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão. A expansão das equipes de Saúde da Família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS. Os componentes técnicos da educação na graduação e pós-graduação em saúde geralmente não estão voltados para as necessidades de saúde da população nem para o emprego ou criação de tecnologias assistenciais inovadoras – é responsabilidade do SUS superar as deformações e deficiências da formação dos recursos humanos por meio do investimento em qualificação profissional e educação permanente.

A constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, fruto da articulação interinstitucional, é um passo significativo

no sentido de propor e formular uma política de educação permanente em saúde, levando em conta as relações entre educação e trabalho, as mudanças na formação e na produção de conhecimentos e a recomposição das práticas da atenção, gestão, ensino e controle social no setor Saúde.

Por conseguinte, viabilizar essa política implica um firme compromisso financeiro das três esferas de governo (União, estados e municípios) para ampliar os gastos públicos em saúde.

Nesse sentido propõe-se:

1. Definir uma política de financiamento para a gestão do trabalho em saúde bucal, que amplie os recursos das três esferas de governo, buscando a valorização dos trabalhadores das áreas assistencial e gerencial.
2. Garantir que as instâncias gestoras do trabalho e da educação na saúde no âmbito do SUS promovam as condições necessárias para a efetivação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB-RH/SUS) com cronograma de implantação em caráter emergencial, por meio de ampla discussão com os trabalhadores e aprovação nos respectivos conselhos.
3. Garantir a instituição das mesas permanentes de negociação do SUS, com participação dos trabalhadores de saúde bucal, vinculadas aos conselhos de saúde das três esferas de governo, definindo-as como fórum privilegiado de discussão das questões relativas à gestão do trabalho e da educação na saúde em todas as instâncias de gestão do SUS.
4. Garantir e valorizar a qualidade do ensino e dos serviços de saúde bucal, estabelecendo critérios de caráter qualitativo, como, por exemplo, indicadores de satisfação de usuários e de trabalhadores de saúde.

5. Implementar uma política de humanização das condições de trabalho e da atenção ao usuário, envolvendo profissionais de saúde bucal, usuários e gestores, valorizando o exercício da cidadania e respeitando as especificidades regionais, a diversidade cultural e as relações de trabalho.
6. Implementar políticas que garantam suprimento de material de consumo e de instrumentos, a conservação, a manutenção e a reposição dos equipamentos odontológicos, que assegurem condições adequadas de trabalho e ensino. É indispensável, nesse aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
7. Constituir comissões paritárias (governo e trabalhadores) e garantir recursos financeiros, nas três esferas de governo, para a elaboração, implantação ou reestruturação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), para todos os trabalhadores de saúde, com ênfase na humanização dos serviços de saúde, qualidade de vida do trabalhador e caráter multiprofissional do trabalho na saúde, com destaque para os seguintes aspectos: a) consideração do currículo e do tempo de serviço; b) política salarial que recomponha as perdas sofridas em decorrência dos planos de política econômica implementados pelos governos anteriores e vigentes; c) isonomia na remuneração salarial, por nível de escolaridade, independente do tipo de vínculo empregatício; d) estímulo ao tempo integral e dedicação exclusiva; e) incentivo aos profissionais de saúde que trabalham em locais de difícil acesso; f) ingresso na carreira somente por concurso público; g) possibilidades de desenvolvimento profissional permanente, inclusive com acesso a cursos de pós-graduação *lato e stricto sensu*.

8. Criar um sistema de avaliação de desempenho de funções, que seja previsto nos PCCS, com mecanismos claros de ascensão funcional por mérito, dedicação e competência, com supervisão dos conselhos municipais de saúde e de comissão de representantes dos servidores, eleitos anualmente.
9. Implementar política de combate à precarização do trabalho odontológico, tanto no setor privado como no setor público. No âmbito do SUS, valorizar os servidores concursados com um vínculo empregatício, oriundos das esferas municipal, estadual ou federal, exigindo-se o cumprimento da obrigatoriedade de concurso público para contratação de profissional e pondo fim à terceirização, aos contratos temporários e à contratação por meio de cargos em comissão e de parcerias público-privado, que não oferecem garantias ao profissional, geram insegurança no trabalhador e contribuem para dificultar as políticas de humanização nos serviços.
10. Reafirmar o concurso público como o único meio de seleção e contratação de trabalhadores em saúde bucal para o Programa Saúde da Família (PSF), com jornada de trabalho de 40 horas semanais e isonomia salarial, conforme preconiza a NOB-RH, sendo acompanhado e fiscalizado pelos conselhos de saúde em todas as suas etapas, e garantir os direitos trabalhistas para as equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família, após a inclusão e aproveitamento dos recursos humanos existentes na rede do SUS.
11. Definir regras para concursos públicos na área de Saúde Pública, garantindo processos adequados e de qualidade por meio de provas de conhecimento e de titulação específica para o cargo, análise curricular e perfil psicológico voltados para os princípios e diretrizes do SUS. A definição de critérios de conteúdos das

provas, constante nos respectivos editais, e a avaliação posterior da adequação dos conteúdos às normas devem ser realizadas pelos órgãos competentes – universidade, conselhos de saúde e conselhos profissionais de saúde. Deve-se exigir o cumprimento de avaliação do estágio probatório.

12. Incluir no conteúdo das provas, nos concursos públicos, temas sobre as leis que regem a política pública de saúde.
13. Apoiar a aprovação do Projeto de Lei Complementar (PLC) n.º 24/1998, que trata do Piso Salarial dos Médicos e Cirurgiões-Dentistas e profissionais auxiliares, e apoiar o Projeto de Lei n.º 3.250/2000 que estabelece a carga horária de 20 horas semanais para cirurgiões-dentistas do Serviço Público Federal.
14. Garantir igualdade de jornada de trabalho e remuneração entre médicos e cirurgiões-dentistas, tanto no setor público quanto no setor privado, conforme determinam os artigos 8.º e 22, ambos da Lei Federal n.º 3.999/1961, e a jurisprudência do Tribunal Superior do Trabalho, por meio do enunciado número 143.
15. Garantir a correção monetária do piso salarial da categoria cirurgião-dentista em vigor desde 1961.
16. Incentivar e promover a interiorização e fixação dos profissionais de saúde bucal, por meio da articulação entre os ministérios da Saúde e da Educação, tendo por base as diretrizes do SUS, garantindo boa remuneração e adequadas condições de trabalho para os profissionais que atuam em distritos rurais e regiões carentes.
17. Garantir incentivo do governo federal para outras regiões com a finalidade de proporcionar a emigração de profissionais dos grandes centros. A interiorização do

profissional de saúde bucal deve ser estimulada por meio de iniciativas como a do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

18. Garantir a regulamentação e implementação, em todas as esferas de governo, do artigo da Constituição Federal que trata das aposentadorias especiais de 25 anos para os trabalhadores do serviço público que atuam em áreas e atividades perigosas, insalubres e penosas.
19. Garantir reajuste anual, piso salarial e incentivo financeiro para quem trabalha exposto a riscos inerentes à profissão em saúde bucal.
20. Mudar a referência do adicional de insalubridade para que incida sobre o salário-base de cada categoria profissional (na proporção de 40%) e não sobre o salário mínimo federal, devendo o trabalho odontológico ser considerado grau máximo de insalubridade.
21. Cumprir a Portaria n.º 518, de 4/4/2003, que regulamenta o adicional de periculosidade para profissionais expostos às radiações ionizantes ou às substâncias radioativas e estender os direitos a esse adicional para todos os trabalhadores da equipe odontológica.
22. Garantir o número de cargos nos serviços públicos de saúde, nas três esferas de governo, para trabalhadores de saúde bucal (CD, ACD, THD, TPD, APD e profissionais técnicos em manutenção de equipamentos e em radiologia), inclusive para especialistas, de acordo com as necessidades epidemiológicas da população, com vistas à ampliação do acesso da população aos serviços odontológicos, bem como para a atuação dos profissionais nas áreas de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental).

23. Garantir, por intermédio dos instrumentos de lei, a inserção da equipe de saúde bucal na composição da equipe mínima do PSF na proporção de um para um.
24. Assegurar que os cargos de gerência ou coordenação de saúde bucal sejam ocupados por cirurgião-dentista com formação em saúde pública, gestão em saúde e/ou odontologia coletiva, com aprovação pelo respectivo conselho de saúde.
25. Estabelecer critérios para ocupação das vagas das novas clínicas de atenção secundária em saúde bucal, valorizando os profissionais que já trabalham na rede pública, considerando experiência mínima de dois anos, especialidade na área e tempo de serviço no SUS.
26. Inserir a atenção odontológica nos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos e assegurando aos trabalhadores a pesquisa donexo causal entre o processo de trabalho e o aparecimento de doenças bucais, estabelecendo-se a referência para sua solução nas diferentes instâncias do SUS.
27. Criar cargo e carreira do Cirurgião-Dentista do Trabalho no serviço público no âmbito federal, estadual e municipal, objetivando integrar a atenção odontológica às ações de saúde do trabalhador e segurança no trabalho.
28. Reformular a Norma Regulamentadora n.º 7 (NR7), acrescentando-se a obrigatoriedade do exame odontológico admissional, periódico e demissional, que deverá ser realizado por um cirurgião-dentista, preferencialmente especializado, obedecendo à regulamentação e atribuições definidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), devendo ser assegurado, legalmente, que tal exame não se constitua critério ou ato de não-admissão para o contrato de trabalho, o que viria aumentar ainda mais a exclusão

social advinda das dificuldades de acesso e da precária assistência odontológica de grande parte da população trabalhadora brasileira.

29. Garantir que as Secretarias de Saúde assumam a saúde ocupacional dos seus profissionais, incluindo-os nos programas de saúde do trabalhador e não tratando o tema como mera questão administrativa, estimulando, inclusive, dentre outras ações, a constituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa). Para isso, devem ser viabilizadas condições de trabalho ergonomicamente corretas, desenvolvidas em ambiente adequado com garantia de adoção das medidas de biossegurança e o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para realização dos procedimentos clínicos.
30. Promover campanha de vacinação contra hepatite B, pneumonia, *influenza*, tétano, bem como garantir e incentivar exames de pesquisa de HIV, VDRL e HPV para os profissionais de saúde bucal.
31. Lutar contra a aprovação do Projeto de Lei (PL) n.º 25/2002 que regula o ato médico. Esse projeto de lei viola direitos, invade competências de outros profissionais de saúde e se constitui em proposta estreita e antagônica à construção do Sistema Único de Saúde.
32. Desencadear amplo processo de discussão com a categoria acerca da Lei n.º 5.081, de 24/8/1966, que regulamenta a profissão de Cirurgião-Dentista, no Brasil, com vistas à sua reformulação e atualização.
33. Lutar pela regulamentação, em lei, das profissões de Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário, na perspectiva de uma maior produtividade, otimização dos serviços e solução para o grave quadro de saúde bucal da população brasileira com definição de seu piso salarial.

34. Garantir o cumprimento da Portaria do Conselho Federal de Odontologia (Decisão CFO n.º 47/2003) que regulamenta a inscrição do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). É necessário que o CFO sistematize uma forma de organizar a substituição da carteira profissional provisória do ACD por carteira profissional definitiva, com notificação e estímulo à formação.
35. Exigir obrigatoriedade de apresentação de certificado de conclusão de curso ou registro comprovado no CRO para nomeação em cargos públicos de Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou Técnico em Higiene Dental (THD), enquanto não for aprovado o Projeto de Lei n.º 1.140/2003.
36. Instituir nos quadros de carreira do SUS as categorias de Técnico em Higiene Dental, Técnico em Prótese Dentária, Auxiliar de Prótese Dentária e Auxiliar de Consultório Dentário, regularizando a situação desses profissionais, com contratação no serviço público somente por meio de concurso público.
37. Incentivar e garantir a contratação de pessoal de nível médio em odontologia (Auxiliar de Consultório Dentário) pelos hospitais para atuação junto ao profissional buco-maxilo-facial.
38. Equiparar a jornada de trabalho e a remuneração do Técnico em Higiene Dental com a do Técnico em Enfermagem, bem como a do Auxiliar de Consultório Dentário com a do Auxiliar de Enfermagem.
39. Criar fórum para discussão do processo de trabalho da equipe de saúde bucal – Técnico em Higiene Dental, Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário, Técnico em Prótese Dentária e Auxiliar de Prótese Dentária nas diversas estratégias de organização da saúde bucal no SUS: na atenção básica e na média e alta complexidade.

40. Criar duas Câmaras Técnicas de Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal, sendo uma para Técnico em Prótese Dentária e Auxiliar de Prótese Dentária e uma para Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário, com direito à voz e voto nos CRO e no CFO, a serem eleitos juntamente com os cirurgiões-dentistas no CRO e CFO, fazendo parte das respectivas chapas que concorram aos pleitos.
41. Instituir incentivo financeiro para os Agentes Comunitários de Saúde que trabalham em Unidades Docente-Assistenciais e acompanham estudantes universitários.
42. Coibir a prática ilegal das profissões odontológicas por meio da fiscalização pelos órgãos competentes.
43. Conclamar à luta pelo cumprimento da Constituição de 1988 e apoiar o CNS na defesa do vínculo dos profissionais do PSF e Pacs às instituições do SUS, desencadeando grande mobilização e articulação junto aos conselhos estaduais de saúde e ao Congresso Nacional, sindicatos e entidades profissionais, no sentido de garantir direitos profissionais e trabalhistas.



3.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

ACESSO E QUALIDADE SUPERANDO A EXCLUSÃO SOCIAL

FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Financiamento em Saúde Bucal

Os constrangimentos oriundos da forma de inserção do Brasil na nova ordem econômica mundial, balizada pelo Consenso de Washington, em particular, o endividamento pela falta de poupança interna e a enorme dependência do País da poupança externa, bem como a priorização dos contratos externos (exportação de capitais – pagamento de dívidas e remessas de capitais), têm privilegiado mais a “saúde” do sistema financeiro nacional globalizado e dos seus poucos investidores, do que propriamente a “saúde”, enquanto qualidade de vida, da maioria dos brasileiros.

A estabilidade financeira e as metas orçamentárias de superávit primário implicam uma política de juros altos, de dupla perversidade: faz com que, por um lado, ocorra a depressão do dinamismo econômico na produção de riquezas, com conseqüente “encolhimento” do mercado interno e toda sorte de exclusão daí decorrente e, por outro lado, faz com que aumente a pressão fiscal sob essa mesma base tributável em “encolhimento”, dado o endividamento interno crescente do governo.

A dependência para com o cumprimento de metas firmadas com o Fundo Monetário Internacional (FMI), as pressões por uma inclusão incondicional do Brasil no Acordo de Livre Comércio nas Américas (Alca), nos termos ditados pelos Estados

Unidos (EUA), o plantio de transgênicos e o uso de biotecnologia são questões que, dentre outras, impactam na capacidade produtiva brasileira e nas características de autonomia do mercado interno. Porém, ainda que essas questões sejam importantíssimas para a vida econômica cotidiana de cada brasileiro, sua discussão e encaminhamento não têm implicado um processo social suficientemente amplo.

Nesse cenário de administração macroeconômica da economia brasileira, pautas políticas essenciais a uma agenda de governo incluyente, referentes à democratização do acesso às condições mínimas de produção (tal como as propostas de reforma agrária), consumo (política de renda mínima) e poupança (política habitacional), estão contingenciadas.

Lamentavelmente, mantém-se no País a absurda, histórica e secular falta de democracia na definição estratégica e estrutural dos rumos da economia brasileira. As escolhas “maiores” do ordenamento econômico brasileiro continuam sendo feitas por uma minoria de técnicos e políticos encastelados nos mais altos escalões da administração pública. E a distância, na falta de democracia participativa em economia, é praticamente impossível para um pequeno grupo dirigente, sozinho, romper com uma série de compromissos alinhavados por séculos entre as elites econômicas nacionais (egoístas, possessivas, não solidárias e maximizadoras) e as elites internacionais. Certamente, não só a saúde e o particular da saúde bucal necessitam de espaços institucionais de Controle Social: o País também carece de uma Conferência Nacional de Macroeconomia, com etapas municipais, estaduais, federal; setoriais e global. Isso seria um desafio democrático inovador e sem precedentes mundiais, um exemplo para o mundo, de enfrentamento nacional responsável ao neoliberalismo especulador e globalizante.

A manutenção dessa opção de política macroeconômica pela administração federal custa ao País, dentre outras coisas,

a escassez de recursos para a consolidação e o avanço do nosso Sistema Nacional de Saúde (o SUS). A contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se, nos últimos anos, na dificuldade de se obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do sistema público de saúde, fazendo-se necessário efetivar mudanças no modelo econômico brasileiro, no sentido de efetivar o Sistema Único de Saúde garantindo melhores esclarecimentos das condições de financiamento para a saúde.

Os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, integralidade e humanização da atenção só podem ser viabilizados com a construção de um modelo de financiamento flexível para oferecer agilidade no uso dos recursos, com sistemas de informação orientados para a sua transparência, expresso em leis e atos normativos que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis e que possibilite o Controle Social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação.

A instituição do Piso de Atenção Básica (PAB) representou um avanço face ao desafio de se desfazer do espólio que a ditadura militar legou ao SUS em termos de financiamento (financiar só quem já tinha capacidade produtiva operacional). O PAB se tornou o instrumento da transição do modelo de financiamento, ou seja, constituiu-se no primeiro grande mecanismo de construção de um modelo de financiamento próprio do SUS. Com ele, ocorreu o avanço da lógica de repasse fundo a fundo, com destinações de recursos às ações e aos serviços básicos, mediante critério populacional. Assim, com ele foi introduzido o primeiro grande elemento de redução de desigualdades na distribuição dos recursos federais, com o qual foi possível aos gestores iniciar um processo de reorganização da rede de serviços.

Hoje, porém, o PAB é um instrumento “além da transição, aquém da imaginação”. Vencidos oito anos de sua criação, com os avanços institucionais do SUS, o PAB fixo pode ser considerado como mais um elemento de “produção” das desigualdades na distribuição de recursos federais, já que os custos *per capita* de uma atenção básica digna variam de região para região, estado para estado, quando não, de município para município. Daí, não é eqüitativo tratar desiguais de forma igualitária uma vez que, quem precisa mais, necessita ser tratado de forma diferenciada. Essa necessária discriminação positiva, o PAB, em seu desenho atual, é incapaz de fazer.

Há também a parte variável do PAB, os chamados incentivos, em especial o incentivo para a saúde bucal no Programa Saúde da Família. Ele também representa um avanço significativo quando institui, em mecanismos de financiamento, a diretriz da 7.^a Conferência Nacional de Saúde (1980) que ressalta a saúde bucal como parte integrante da atenção básica. No dia-a-dia do sistema, o incentivo à saúde bucal é importante porque busca compensar possíveis impactos da instituição do PAB fixo sobre o financiamento específico da saúde bucal do SUS, em especial, quanto à suposta redução nacional da oferta de procedimentos coletivos, bem como sobre a redução da oferta de assistência e tudo que representam essas perdas para a integralidade da atenção.

Porém, lamentavelmente, o incentivo da saúde bucal no PSF pautou a instituição de duas modalidades de Equipe de Saúde Bucal. Gerou-se assim, uma perda de sentido na concepção de equipe única e a operação de expedientes inequitativos de financiamento da expansão da oferta. Isso porque, o município que opta por implantar equipes na modalidade 1 (equipe sem THD e repasses anuais menores) só o faz porque suas condições iniciais de oferta são desfavoráveis, dada a impossibilidade imediata local de se trabalhar com THD. Assim, perversamente, a ausência de THD para saúde bucal na Equipe de Saúde

da Família não se dá porque os municípios não possuem condições iniciais favoráveis (de oferta ou de demanda) a ponto de dispensar esse recurso humano auxiliar; mas quase sempre porque os municípios não têm qualquer possibilidade de escolha, dadas as suas más condições iniciais nas questões de recursos humanos auxiliares.

É fato que nos últimos anos algumas conquistas importantes foram alcançadas, como resultado das intensas mobilizações e forte pressão política exercida sobre a União e o Congresso Nacional.

Em 2000, a conquista da aprovação da Emenda Constitucional n.º 29, ainda que não tenha representado a forma ideal desejada pelo setor, criou horizontes mais favoráveis quanto aos montantes destinados à saúde e colocou desafios para o Controle Social quanto ao melhor e mais adequado destino dos recursos acrescidos.

As principais restrições à Emenda Constitucional n.º 29 estão associadas ao fato de não vir acompanhada de uma regulamentação imediata que garanta um significativo aumento dos recursos na área de Saúde, principalmente pelas indefinições sobre o que será admitido como gastos em “ações e serviços de saúde”. A desvinculação de receitas também tem sido uma temática permanente do debate nacional atual, e em particular da pauta dos governadores com o governo federal. Ela se tornou um problema para a estruturação do SUS. Todavia, a vinculação traz maior segurança em relação ao volume de recursos para o setor e compromete as três esferas de governo no financiamento da saúde. É necessário garantir a aplicação da Emenda Constitucional n.º 29 nas três esferas de governo para que os recursos adicionais ajudem a constituir a garantia do acesso, da qualidade e da humanização da atenção e a busca da equidade.

Nesse sentido propõe-se:

1. Promover ação vigorosa na defesa da retomada do desenvolvimento social econômico, ambientalmente saudável e socialmente justo.
2. Regular e cumprir integralmente a Emenda Constitucional n.º 29, em todas as esferas da administração (federal, estadual e municipal) criando os meios para punição da esfera descumpridora com o corte temporário de verbas e:
 - a) Criar o controle institucional e estimular mecanismos de Controle Social para garantir o cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29;
 - b) Promover amplo debate nacional de modo a construir coletivamente um conceito de “gasto em saúde”, para torná-lo claro a todos e, se necessário, fixar o seu conteúdo em lei, assegurando a prestação de contas aos conselhos municipais e estaduais de saúde mediante notas fiscais originais;
 - c) Solicitar judicialmente a notificação de todas as autoridades públicas em caso de descumprimento dessa lei;
 - d) Apoiar o veto ao artigo n.º 96 da Reforma Tributária, que trata da Desvinculação de Receitas da União (DRU), assim como rejeitar possíveis iniciativas de Desvinculação de Receitas de Estados e Municípios (DRE e DRM);
 - e) Fazer com que a legislação regulamentadora e as portarias administrativas do Poder Executivo observem a resolução n.º 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, inclusive quanto às sanções aos gestores que não as cumprirem;
 - f) Atualizar os índices da Emenda Constitucional n.º 29;

- g) Estimular que todas as esferas (União, estados e municípios) não trabalhem somente nos percentuais mínimos estabelecidos pela Emenda Constitucional n.º 29, bem como proporcionar que estes percentuais sejam cumpridos de forma mensal ou trimestral e não anualmente.
3. Manter o disposto no parágrafo 2.º do art. n.º 59 da LDO/2001, que proíbe o contingenciamento dos recursos de saúde, e nas LDO subsequentes.
4. Aprovar o Substitutivo do Projeto de Lei Complementar n.º 01/2003 que define e limita o conceito de gasto com saúde, a partir de 2005, que propõe um percentual mínimo de 10% das receitas correntes da União para as ações de serviços públicos de saúde e mantém a mesma definição da Emenda Constitucional n.º 29 para estados (12%) e municípios (15%). Não comprometer o orçamento da saúde com a liberação de recursos federais aos municípios que auxiliam famílias carentes com saneamento básico e ações de responsabilidade no núcleo de promoção social;
5. Regulamentar o art. n.º 30 da Constituição Federal que trata da transferência de “recursos financeiros de acordo com o número de habitantes”.
6. Incrementar a participação do orçamento público no financiamento do setor Saúde, nas três esferas de governo e:
- a) Elevar para um patamar mínimo, a ser definido em discussão com os vários segmentos da sociedade;
- b) Assegurar supervisão dos respectivos conselhos de saúde e o acompanhamento do Ministério Público;
- c) Instituir rubrica própria para a execução de ações e serviços públicos de saúde, de acordo com seus respectivos planos de saúde;

- d) Definir fontes permanentes e específicas;
 - e) Implementar mecanismos de repasses contínuos dos recursos;
 - f) Garantir gerência dos recursos orçamentários municipais pelas Secretarias Municipais de Saúde e as estruturas do SUS;
7. Buscar novas fontes para os fundos (federal, estaduais e municipais) de saúde e assegurar sua destinação na área e:
- a) Reverter integralmente o Fundo Social das Telecomunicações (FST) para a saúde;
 - b) Destinar parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), de caráter fundo a fundo, diretamente, sem os descontos dos encargos devidos do município para o estado;
 - c) Utilizar verbas do Fundo de Desenvolvimento da Educação Fundamental (Fundef) para financiar os programas educativos intersetoriais, preventivos (inclusive, quanto a material didático e construção de “escovódromos” nas escolas municipais e creches) e curativos, do ensino fundamental, previamente definidos por grupo de trabalho composto por representantes das três esferas de governo mediante a parceria da educação e saúde, e na divulgação de campanhas e outras atividades da saúde;
 - d) Destinar parte dos recursos fiscais e outras taxas que incidem sobre determinados produtos industrializados que geram agressão ao meio ambiente e à saúde, para comporem as fontes adicionais do Fundo Nacional de Saúde;
 - e) Repassar integralmente os recursos oriundos das multas e taxas da fiscalização sanitária, aos Fundos de Saúde da esfera de governo correspondente ao recolhimento, mediante um código de política administrativa;

- f) Destinar 1% dos impostos arrecadados pelo poder público das indústrias do açúcar para campanhas de prevenção e recuperação das doenças causadas pelo uso do açúcar;
 - g) Destinar parte dos recursos fiscais e outras taxas que incidem sobre determinados produtos industrializados como produtos cariogênicos, materiais bélicos, bebidas, agrotóxicos, fumo entre outros que envolvam riscos à saúde, e implicam despesas no âmbito do SUS, para comporem as fontes adicionais do Fundo Nacional de Saúde.
8. Garantir que os recursos oriundos da CPMF sejam realmente transferidos e utilizados exclusivamente para a área de Saúde e:
- a) Notificar judicialmente as autoridades públicas competentes quanto à obrigatoriedade de se fazer cumprir a lei de repasse da CPMF para a saúde;
 - b) Garantir que os recursos da CPMF sejam retidos no município em que são gerados;
 - c) Garantir que os recursos da CPMF sejam repassados exclusivamente para programas e ações em saúde pública;
 - d) Fomentar a mobilização popular ao envolver os conselhos de saúde, parlamentares, sindicatos e entidades de classe, de forma a garantir a aplicação da CPMF na área de Saúde, na busca de retornar esta contribuição à sua função original.
9. Revisar imediatamente o teto financeiro dos municípios, com a finalidade de adequar seus valores.
10. Efetivar as auditorias em todas as esferas de governo, obrigando-as a realizar auditoria no mínimo uma vez por ano nas contas da saúde.

11. Fazer o controle do orçamento, por meio dos conselhos de saúde e ministério público, mediante definição, fiscalização e acompanhamento da execução das verbas públicas nas três esferas do governo e:
- a) Mobilizar a população frente aos governos federal, estaduais e municipais, para garantir a aplicação das verbas nas ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do município;
 - b) Garantir recursos financeiros para a educação continuada dos conselheiros;
 - c) Garantir que as Secretarias Municipais e Estaduais e o Ministério da Saúde assegurem a infra-estrutura e a autonomia financeira, jurídica e orçamentária dos conselhos;
 - d) Assegurar aos membros de todos os conselhos informações sobre a administração do orçamento da saúde e os mecanismos de controle do Tribunal de Contas;
 - e) Reforçar a comissão fiscalizadora dos recursos financeiros da saúde;
 - f) Aperfeiçoar os instrumentos de informação e garantir a divulgação, nas três esferas de governo, da política de financiamento, do volume de recursos, gastos e investimentos na saúde, com linguagem acessível para a população, bem como a divulgação do endereço eletrônico do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) como instrumento de Controle Social, ao manter todas as informações *on-line*, a fim de permitir ao cidadão a fiscalização dos recursos financeiros da saúde.

12. Buscar mudanças na legislação que permitam promover a recuperação dos gastos públicos realizados para atender pacientes cobertos por diferentes operadoras de planos e seguros de saúde e:
 - a) Proibir a propaganda e comercialização de planos de saúde bucal privados dentro de qualquer órgão público, especialmente aqueles vinculados ao SUS;
 - b) Definir na lei de planos de saúde a adoção da classificação hierarquizada dos procedimentos em saúde bucal, das entidades odontológicas nacionais, como parâmetro para a remuneração de honorários e procedimentos odontológicos, adaptada à realidade local, revisada anualmente;
 - c) Atribuir ao Ministério da Saúde, junto à ANS, a fiscalização dos planos odontológicos para que cumpram os valores referências regionais para procedimentos odontológicos elaborados pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos.
13. Assegurar recursos para a ciência e o desenvolvimento tecnológico em saúde, e:
 - a) Assegurar financiamento pelo BNDES de programas de pesquisa de materiais e produtos odontológicos acessíveis aos programas de saúde bucal;
 - b) Direcionar o fundo de infra-estrutura, gerido pelo Ministério da Ciência e Tecnologia e operado pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), destinado ao fortalecimento da infra-estrutura de pesquisa em instituições públicas para, prioritariamente, buscar o impacto nos indicadores regionais e naqueles referentes aos diferentes grupos sociais em cada região;

- c) Assegurar recursos do Fundo Nacional de Saúde para projetos e pesquisas em saúde bucal;
- d) Fixar taxas para as indústrias do tabaco e do álcool (e outras atividades insalubres, seja no processo de produção ou nos produtos gerados) e criar um outro fundo, específico, para financiar pesquisas em saúde, tendo em vista suas implicações éticas e as repercussões socioeconômicas e epidemiológicas. Assegurar uma fração para a saúde bucal;
- e) Criar linhas de financiamento, nos Ministérios de Ciência e Tecnologia e da Saúde, para apoiar o desenvolvimento de pesquisas científicas, tecnológicas e estimular inovações na produção de insumos e equipamentos em saúde bucal, socialmente sustentáveis, e alicerçados em estudos de impacto epidemiológico;
- f) Assegurar recursos federais e estaduais para a pesquisa em saúde bucal em parceria com universidades, mediante estabelecimento de prioridades da população;
- g) Destinar recursos para desenvolvimento de novas tecnologias voltadas para otimização do atendimento público ambulatorial, mediante convênios multilaterais que articulem municípios com universidades e/ou entidades odontológicas;
- h) Incentivar financeiramente as instituições de ensino superior, no sentido de pesquisar insumos e produtos odontológicos com qualidade compatível ou superior e preço inferior aos similares no mercado.

14. Reinstaurar o PAB, atualmente inequívico, para que ele se transforme em um “PAB equívico, situacional e orientado a resultados” (realização de metas pactuadas), e:
- a) Direcionar verbas a partir do princípio da equidade;
 - b) Pactuar transferências mediante a definição e realização de metas com municípios que alcancem avanços na reorganização da atenção básica, segundo critérios;
 - c) Instituir um sistema de levantamento das necessidades de investimentos e custeio, por sistema local de saúde, que possibilite a verificação do resultado da alocação dos recursos para a saúde, segundo critérios;
 - d) Implementar a utilização do Siops, por municípios, que possibilite a verificação do resultado da alocação dos recursos para a saúde;
 - e) Revisar, melhorar e consolidar novos critérios e indicadores utilizados na pactuação do PAB, bem como na alocação e transferência de recursos (federais e estaduais) aos municípios com saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família;
 - f) Definir critérios mediante Controle Social, sob supervisão dos respectivos conselhos de saúde;
 - g) Definir critérios mediante justificativa técnica, ampla cooperação técnica e observação de parâmetros técnicos válidos e situacionais;
 - h) Adotar critérios epidemiológicos, de oferta e de impacto na melhoria da qualidade de vida da população;
 - i) Atualizar os dados populacionais para repasses dos recursos financeiros da atenção básica, conforme os registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e do IBGE para o ano em curso;

- j) Adotar como critério, ser município que recebe fluxos migratórios, inclusive os fluxos em determinados períodos do ano (sazonais);
 - k) Adotar como critério, ser localidade ou município remoto (zona rural), ter dificuldades de acesso e de contratação de profissionais;
 - l) Adotar como critério, a cobertura de grupos vulneráveis e especiais, tais como indígenas, idosos e pessoas portadoras de deficiências, doenças crônico-degenerativas e necessidades especiais;
 - m) Adotar como critério, ser município que está em áreas de mananciais, para minimizar as perdas de arrecadação;
 - n) Adotar como critério, ser município em situação de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH);
 - o) Adotar como critério, ser município em área de fronteira;
 - p) Aumentar o valor do PAB de acordo com critérios como IDH, áreas de difícil acesso e particularidades regionais;
 - q) Aumentar os valores do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo.
15. Garantir nas três esferas de governo fontes de financiamento permanentes e específicas, para a implementação das políticas nacional, estadual e municipal de saúde bucal.
16. Definir uma política de financiamento da gestão em saúde bucal para:
- a) Redefinir, garantir e ampliar os recursos para as três esferas do governo para saúde bucal;

- b) Determinar no orçamento anual das três esferas de governo, dotação específica, ao distinguir com clareza e transparência os recursos para ações em saúde bucal;
- c) Coibir a interferência político-partidária, mediante a instituição de instrumentos legais e mecanismos técnico-administrativos transparentes, definidos nacionalmente mediante critérios técnicos válidos e submetidos à aprovação do Controle Social, incentivando monetariamente os municípios a fazerem média complexidade para dar resolutividade aos casos oriundos da atenção básica;
- d) Garantir o cumprimento da legislação;
- e) Assegurar repasses contínuos;
- f) Fazer as transferências entre esferas de governo, fundo a fundo;
- g) Contemplar diferenças regionais (acesso geográfico, população, perfil epidemiológico);
- h) Implementar as políticas de saúde bucal, inclusive as de saúde do trabalhador;
- i) Reajustar as transferências federais, inclusive o PAB variável;
- j) Destinar as transferências federais especificamente aos programas de saúde bucal, na qual se faça a distinção, fixação e ênfase da promoção e prevenção, e resolutividade dos programas de saúde bucal;
- k) Desenvolver e trabalhar indicadores que permitam justificar, acompanhar, controlar e avaliar a gestão dos recursos financeiros em saúde bucal;
- l) Exigir a certificação da existência de condições mínimas de oferta de serviços odontológicos na

habilitação dos sistemas municipais de atenção à saúde bucal junto ao Ministério da Saúde;

- m) Garantir transparência e fiscalização na transferência e gestão dos recursos de saúde bucal;
- n) Criar a pactuação da saúde bucal, com teto financeiro próprio e direcionamento específico de verbas;
- o) Assegurar recursos para ampla informação, informatização, educação e comunicação;
- p) Fazer a gestão dos recursos financeiros da saúde bucal de acordo com os respectivos planos de saúde, nas três esferas;
- q) Assegurar que as verbas destinadas à saúde bucal estejam disponíveis imediatamente, quando da abertura dos processos em que esses recursos serão utilizados;
- r) Assegurar que as coordenações de saúde bucal, em cada esfera, tenham conhecimento pleno da totalidade das verbas para a saúde bucal;
- s) Tornar obrigatória a participação do cirurgião-dentista, coordenador de saúde bucal, na gestão dos recursos destinados à sua área;
- t) Definir o papel regulador dos estados no planejamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação, ao fixar com clareza as diretrizes políticas e ações executadas pelas Coordenações Estaduais de Saúde Bucal;
- u) Criar um plano emergencial em saúde bucal com verbas específicas do governo federal;
- v) Ampliar os recursos e garantir o financiamento para o estabelecimento de uma política de vigilância à saúde que contemple os três grandes componentes:

- a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, e a vigilância ambiental;
- w) Destinar para campanhas educativas em saúde bucal nos meios de comunicação, os recursos fiscais e outras taxas que venham a incidir sobre produtos industrializados cariogênicos;
 - x) Assegurar uma infra-estrutura suficiente para gerar um atendimento clínico básico de qualidade para a população;
 - y) Garantir uma maior disponibilidade de recursos para as unidades básicas;
 - z) Garantir recursos suficientes para a implantação das ações de prevenção, detecção precoce, assistência, recuperação e reinserção social de pacientes acometidos pelo câncer bucal, sob a coordenação da saúde bucal.
17. Suspender credenciamentos, contratações e convênios com os serviços privados odontológicos, e fortalecer a rede de serviços públicos e conferir a ela prioridade na obtenção de recursos, ao ampliar gradativamente os recursos do setor público em relação ao setor privado.
18. Proibir a terceirização da saúde bucal financiada pelo SUS.
19. Considerar de forma relevante a saúde bucal nos planos municipais de saúde (PPA – ações/financiamento).
20. Aumentar os recursos do PAB/PABA para as ações básicas em saúde bucal e:
- a) Garantir, nas três esferas de governo, mínimos *per capita* para saúde bucal;
 - b) Estabelecer valores compatíveis com as despesas nas ações de saúde bucal, para ações básicas e de média complexidade;

- c) Aumentar os recursos do PAB variável para a ampliação do acesso e integralidade dos serviços de saúde bucal.
21. Destinar mais recursos financeiros aos municípios, para implantação e custeio do atendimento domiciliar em saúde bucal.
22. Aumentar os valores do Piso da Atenção Básica variável, em especial o “incentivo” para custeio da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF), e:
- a) Indexar os valores para correção automática;
 - b) Criar mecanismos para adequar, aumentar e flexibilizar os recursos destinados à saúde bucal, com vista a uma maior autonomia da esfera municipal na implementação das ações e medidas, ao privilegiar o planejamento local;
 - c) Garantir que os recursos do PAB variável, específicos para saúde bucal, sejam aplicados exclusivamente em saúde bucal;
 - d) Definir critérios técnicos para o cálculo do repasse dos recursos da rubrica de saúde bucal, que considere, dentre outros, a população adscrita, o quadro epidemiológico local, a cobertura preventiva, a capacidade instalada (recursos humanos, equipamentos), o potencial produtivo e o volume efetivado de Tratamentos Completados (TC), assim como sua ampliação para uma total cobertura e resolutividade;
 - e) Assegurar os recursos financeiros mensais destinados à saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família;
 - f) Não destinar os recursos do PAB exclusivamente para a assistência curativa em saúde bucal, ao fixar porcentagens sobre os valores do PAB, para que esses serviços desenvolvam ações preventivas e promocionais que comprovadamente produzam

- alterações epidemiológicas da saúde da população, inclusive a bucal;
- g) Garantir o número de profissionais de saúde bucal (Cirurgião-Dentista, Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário) na estratégia do PSF, com a elevação do valor de incentivo mensal, nas três esferas de governo;
 - h) Assegurar recursos que permitam a implantação da Modalidade II (equipe com Técnico em Higiene Dental –THD);
 - i) Assegurar recursos que permitam a efetiva cobertura da zona rural;
 - j) Equiparar no SUS os recursos financeiros repassados para a equipe de saúde bucal e a equipe médica, ao criar condições para a isonomia salarial por nível de escolaridade, em conformidade com a NOB-RH;
 - k) Garantir um incentivo financeiro para a interiorização dos profissionais da saúde bucal no SUS;
 - l) Realizar as transferências de recursos somente com a certeza do pagamento regular, pelos municípios, dos profissionais das equipes;
 - m) Ampliar o elenco de procedimentos odontológicos e acompanhar o aumento dos valores dos incentivos;
 - n) Destinar mais recursos financeiros aos municípios, na implantação de programas de atendimento domiciliar em saúde bucal, para pacientes com dificuldades de acesso ao sistema de saúde, em especial para aqueles com dificuldades de locomoção/acamados;
 - o) Implantar um programa para pacientes portadores de doença renal crônica e transplantados que garanta, por meio do acompanhamento de uma equipe

interdisciplinar, o controle de doenças bucais que ocorram durante as terapias a que esses pacientes são submetidos.

23. Assegurar recursos específicos para a consolidação de um sistema de informação em saúde bucal eficaz e efetivo, e:
- a) Produzir novos indicadores de saúde e aperfeiçoar os instrumentos de informação existentes;
 - b) Registrar a qualidade do atendimento prestado;
 - c) Integrar e facilitar o acesso aos sistemas de informação existentes;
 - d) Utilizar linguagem clara e acessível a todos os níveis de instrução;
 - e) Divulgar amplamente os dados;
 - f) Privilegiar o Controle Social ao estabelecer, efetivar e consolidar fluxos de informação e comunicação entre as unidades de saúde, os serviços do SUS (inclusive o sistema de referência e contra-referência), os conselhos de saúde e demais instâncias gestoras nas esferas federal, estadual e municipal;
 - g) Facilitar a fiscalização e o controle por parte dos movimentos populares, entidades de classe da área de Saúde e movimentos sindicais em relação aos riscos sanitários e não apenas às demandas pela assistência;
 - h) Assegurar a informatização do gerenciamento da saúde bucal nos municípios de Gestão Plena do Sistema;
 - i) Instituir o sistema de informação, também para servir à educação em saúde bucal;
 - j) Articular mecanismos de suspensão dos recursos

financeiros específicos, inclusive da vigilância sanitária, caso não haja alimentação dos dados ao sistema de informação e o descumprimento das ações de saúde bucal determinadas pelo SUS.

24. Estabelecer diretrizes para uma política nacional que garanta instalações, insumos, instrumentos e equipamentos odontológicos (alocação de recursos, padronização, aquisição, distribuição, manutenção, conservação e reposição) necessários à atenção básica e especializada, considerando a necessidade de:
 - a) Introduzir na política industrial nacional e de ciência e tecnologia definições para a produção de insumos e equipamentos odontológicos de qualidade, capazes tanto de atender à demanda interna do País (pública e privada) quanto de competir no mercado mundial;
 - b) Garantir a isenção de impostos por parte da União, estados e municípios, na compra de insumos e equipamentos odontológicos, bem como de escovas, fios e cremes dentais, desde que considerados estratégicos para a saúde bucal da população pelos conselhos de saúde;
 - c) Aprimorar a gestão de insumos, instrumentos e equipamentos odontológicos nos processos de licitação, estocagem e distribuição. Garantir a qualidade dos produtos e exigir o máximo de prazos de garantia;
 - d) Observar nos processos de licitação, além do menor preço, a qualidade dos insumos, equipamentos e serviços odontológicos adquiridos, em obediência à Lei n.º 8.666;

- e) Incluir critérios técnicos e a participação de profissional da área odontológica e conselheiro usuário na comissão de licitação;
- f) Observar especificações definidas pela área técnica de saúde bucal, bem como normas e padrões estabelecidos pela vigilância sanitária;
- g) Garantir a inclusão e manutenção de oferta de medicamentos e materiais necessários aos tratamentos em saúde bucal, bem como de *kit* de saúde bucal (escova, creme dental e fio dental) na farmácia básica e disponibilizar nas unidades de saúde, mediante orientação técnica dos profissionais de assistência farmacêutica e de saúde bucal;
- h) Mudar a classificação creme e escova dental, para deixarem de ser tipificados como cosméticos, e assim possibilitar a Vigilância Sanitária;
- i) Garantir aos municípios e regiões a ampliação da capacidade instalada da rede, necessária ao atendimento das necessidades assistenciais;
- j) Viabilizar recursos para adequar o acesso, o espaço físico dos consultórios odontológicos e os equipamentos necessários às necessidades dos pacientes portadores de deficiência física, portadores de doenças crônico-degenerativas e necessidades especiais;
- k) Padronizar *kits* básicos periódicos de insumos odontológicos para redução dos custos de aquisição e garantia do abastecimento;
- l) Ampliar recursos para a aquisição de equipamentos odontológicos, móveis e/ou portáteis, de acordo com as características do município (perfil epidemiológico e geografia das áreas de zona rural, dificuldade de acesso) e dos grupos específicos assistidos;

- m) Assegurar financiamento, por parte do Ministério da Saúde, para aquisição de unidades móveis de saúde bucal para atendimentos volantes e itinerantes;
 - n) Garantir capacidade instalada odontológica em todas as unidades de urgência e emergência;
 - o) Garantir veículos para transporte dos profissionais da saúde bucal, inclusive os da zona rural, quando for esgotada a possibilidade da contratação de profissionais domiciliados na própria localidade;
 - p) Equipar as unidades móveis fluviais com consultório odontológico;
 - q) Prover todo município (ou região) de uma central de manutenção dos equipamentos odontológicos, com recursos assegurados e próprios do SUS, para evitar sucateamento e reduzir perdas nos serviços;
 - r) Garantir que os recursos destinados à instalação de consultórios odontológicos sejam realmente usados para este propósito;
 - s) Instituir incentivo financeiro para os municípios, na aquisição de bombas dosadoras de flúor;
 - t) Garantir a aquisição de Equipamento de Proteção Individual (EPI) (luva, avental de manga comprida e descartável, máscara, gorro e protetor ocular), para prática segura da assistência odontológica individual.
25. Equipar os estabelecimentos odontológicos com aparelhos de raios X, de acordo com a estratégia de regionalização dos serviços e necessidades locais.
26. Assegurar recursos do SUS para atendimento integral em saúde bucal, capazes de ampliar a oferta de atenção preventivo-promocional e de atendimento na atenção

básica e especializada (de urgência-emergência, livre demanda e programática), e:

- a) Oferecer condições para ações integradas e sustentáveis na saúde bucal, com controle e monitoramento formal, com vistas a avanços e melhoria nos perfis epidemiológicos;
- b) Inserir exame anátomo-patológico, estomatológico e de diagnóstico bucal na tabela SIA/SUS e viabilizar que os exames anátomo-patológicos das doenças bucais sejam encaminhados a laboratórios qualificados em patologia bucal;
- c) Incluir atendimento ao portador de necessidades especiais e doenças crônico-degenerativas;
- d) Fazer cumprir o plano nacional de saúde bucal, com investimento específico para atenção integral, inclusive para procedimentos especializados.

27. Privilegiar o Controle Social ao alocar recursos para efetivar e consolidar fluxos de informação e comunicação entre sistemas locais distintos, bem como entre as unidades de saúde do mesmo sistema local e com os demais serviços do SUS, os conselhos de saúde e as instâncias gestoras nas esferas federal, estadual e municipal e:

- a) Definir, em cada sistema local de saúde, as responsabilidades de cada uma das instituições que o integram, montando adequados sistemas de referência e contra-referência;
- b) Agilizar a implantação do cartão SUS e garantir o repasse de verbas referentes ao atendimento prestado aos usuários de outros municípios, com base na programação pactuada e integrada;

28. Prover a ficha de informação do Siab de uma área específica, para inserção dos procedimentos em odontologia, para que o município possa observar a realização desses procedimentos e reverter parte dos incentivos ao PSF para a melhoria dos serviços de saúde bucal e registro da produção odontológica do município, com a qual se possa assegurar os percentuais de recursos financeiros alocados na saúde bucal.
29. Elevar o orçamento destinado à Vigilância à Saúde.
30. Garantir recursos financeiros para a promoção da saúde bucal, assegurar, em todas as esferas de governo, financiamento específico (verba carimbada), com ampla divulgação e repasse fundo a fundo, para a realização dos procedimentos coletivos, educativos, preventivos, curativos e informativos em saúde bucal, nas unidades básicas, nos espaços sociais e nas visitas domiciliares.
31. Assegurar recursos financeiros, nas três esferas de governo, para prover capacidade instalada e insumos básicos necessários à realização dos procedimentos coletivos, além de materiais informativos e educativos (cartazes, cartilhas, fitas de vídeo, álbum seriado e folhetos), e:
 - a) Alcançar todas as equipes de saúde bucal, das Unidades Básicas de Saúde e de programas para grupos específicos, com incentivo financeiro para a instalação de equipes de saúde bucal no PSF;
 - b) Assegurar condições para reforçar as ações preventivas e promocionais, inclusive no PSF;
 - c) Fazer cumprir a distribuição do *kit* de saúde bucal (escova, creme e fio dental, dentre outros), para cada pessoa das famílias cobertas pela assistência municipal de saúde bucal, para ações rotineiras de prevenção, na zona urbana e rural, em quantidades

suficientes para a demanda, de acordo com critérios de morbidade de doenças bucais;

- d) Garantir para cada aluno da rede de escolas e pré-escolas (creches) quatro *kits* de saúde bucal por ano;
- e) Garantir para cada pessoa das famílias de baixa renda coberta pelo PSF, quatro *kits* de saúde bucal por ano;
- f) Garantir recursos para a construção de “escovódromos” em todas as unidades básicas de saúde, escolas públicas de educação infantil e ensino fundamental, creches e demais locais públicos de realização dos procedimentos coletivos;
- g) Manter a execução dos recursos sob a responsabilidade das secretarias municipais de saúde, com fiscalização dos conselhos municipais de saúde;
- h) Determinar que o material educativo respeite a cultura e as especificidades locais.

32. Transferir recursos mediante a revisão dos critérios da Noas 01/2002 em relação aos procedimentos coletivos, em especial à fluoroterapia, a fim de que eles tenham justificção epidemiológica e aprovação nos conselhos municipais de saúde, e assegurar recursos para aquisição de flúor (gel ou em pó) para aplicações tópicas em procedimentos coletivos, desde que epidemiologicamente justificados.

33. Garantir dotação orçamentária específica, nas três esferas de governo, para uma política de comunicação social em saúde bucal que ordene a veiculação de informações e promova a conscientização da importância e a valorização da saúde bucal nas populações, e:

- a) Veicular informações gerais sobre o SUS;
 - b) Veicular informações sobre a lei que repassa os recursos oriundos de multas e taxas da fiscalização sanitária, aos fundos de saúde da esfera de governo correspondente ao recolhimento;
 - c) Veicular informações sobre programas de promoção e de educação em saúde bucal;
 - d) Veicular informações sobre a educação em saúde bucal nas escolas;
 - e) Veicular informações que alcancem tanto os profissionais quanto a população;
 - f) Criar grupos de educação em saúde bucal, multiprofissionais, com participação popular, para elaborar e difundir informações educativas, e dos serviços de saúde de forma contínua, levando em conta as culturas locais;
 - g) Veicular informações com a respectiva fiscalização dos conselhos de saúde.
34. Garantir, nas três esferas de governo, fontes de financiamento permanentes e específicas para informação, educação, formação e capacitação de gestores, prestadores e representantes dos usuários;
35. Garantir, nas três esferas de governo, fontes de financiamento permanentes e específicas para formação e capacitação de trabalhadores de saúde, e:
- a) Formar agentes comunitários de saúde com qualificação em saúde bucal, THD, ACD, TPD e APD, com visão voltada para atenção aos usuários do SUS;
 - b) Assegurar a educação continuada de profissionais de saúde bucal em cursos de pós-graduação em saúde da família e saúde coletiva;

- c) Assegurar a educação permanente de profissionais de saúde bucal em saúde bucal coletiva;
- d) Assegurar a educação continuada de profissionais de saúde bucal (nível superior, médio e elementar) em cursos, congressos, jornadas, seminários, treinamentos e outros, considerados importantes para os serviços, financiada pelos governos municipais, estaduais, e federal;
- e) Realizar a capacitação adequada à realidade local dos profissionais efetivos recém-admitidos na rede;
- f) Realizar a capacitação adequada às necessidades de atenção dos pacientes portadores de deficiência física, necessidades especiais e portadores de doenças crônico-degenerativas;
- g) Celebrar convênios entre as instituições de ensino superior e as secretarias estaduais e municipais de saúde;
- h) Criar cursos de especialização, na forma de residência odontológica, por meio de convênios com as universidades e entidades, inclusive para ampliar o atendimento aos pacientes das unidades de saúde.

36. Fixar lei, nas três esferas de governo, que defina recursos para o financiamento da capacitação e da realização da educação em saúde bucal, nas escolas, nas universidades, nas associações e nas indústrias, de forma a contemplar todos os grupos populacionais utilizando os pólos de capacitação como meio facilitador desse processo, e elevar o repasse dos recursos por parte da União e dos estados para o desenvolvimento de programas de saúde bucal, realizados nas instituições públicas de ensino.
37. Criar incentivo financeiro para municípios que realizem atendimento no horário noturno (terceiro turno) ou alter-

nativo, para atendimento aos usuários que trabalham em horário comercial, capaz de viabilizar a assistência à saúde do trabalhador.

38. Ampliar os investimentos nos serviços públicos de média e alta complexidade em odontologia, nas três esferas de governo, para garantir o acesso universal a esses serviços, e:
- a) Aumentar o teto financeiro dos procedimentos de média complexidade;
 - b) Ampliar a tabela de procedimentos do SUS para atendimento de média e alta complexidade;
 - c) Tornar a Fração Assistencial Especializada (FAE), que faz parte do Teto Financeiro para a assistência do município, conforme a NOB SUS 1996, sob gestão do estado, um instrumento mais flexível, inclusive ao se definir rubrica própria para a saúde bucal;
 - d) Assegurar aos conselhos nas respectivas esferas de governo, a definição do percentual dos gastos em saúde destinados às ações especializadas em odontologia;
 - e) Discutir com os profissionais, gestores e a população, nas três esferas de governo;
 - f) Considerar as prioridades de cada região;
 - g) Investir em cidades-pólo;
 - h) Efetuar imediatamente a micro e macrorregionalização da saúde nos termos da Noas/PDR;
 - i) Formar consórcios intermunicipais;
 - j) Fortalecer a referência regional;

- k) Pactuar na PPI regional o incentivo de custeio a ser repassado mensalmente para o município sede da referência, em conformidade com a sua condição de gestão nos termos da Noas-2002;
 - l) Aprovar nas Comissões Intergestores Bipartite e nos Conselhos Estaduais de Saúde;
 - m) Articular com outros serviços regionais de média e alta complexidade em saúde;
 - n) Permitir que serviços de maior complexidade em odontologia, quando possível, sejam oferecidos nos próprios municípios por profissionais habilitados contratados pelo SUS;
 - o) Criar incentivos financeiros para que os municípios possam absorver as demandas por especialidades odontológicas (endodontia, próteses, cirurgias de pequeno porte, exames histopatológicos para diagnóstico diferencial, periodontia, etc.), inclusive as geradas pelo Programa Saúde da Família;
 - p) Garantir a referência e contra-referência no sistema, independente do Programa Saúde da Família;
 - q) Criar ou ampliar o acesso à prótese dentária, endodontia, radiologia, periodontia, e demais especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), de acordo com a real necessidade, levando-se em conta o princípio da equidade;
 - r) Incluir reabilitação oral em todas as faixas etárias.
39. Disponibilizar recursos e definir critérios que facilitem o acesso ao serviço de prótese, e:
- a) Implantar e garantir incentivo financeiro à assistência de prótese;
 - b) Assegurar financiamento mensal;

- c) Criar recurso extrateto para qualquer tipo de prótese e revisar a tabela SIA/SUS;
 - d) Assegurar o financiamento de prótese parcial removível.
40. Superar a lógica de pagamento por tabela de procedimento odontológico, e ampliar o teto financeiro e os parâmetros para custeio das ações especializadas em saúde bucal, e:
- a) Adequar as ações especializadas à lógica da atenção integral à saúde bucal, ao articulá-la à atenção básica (inclusive atenção domiciliar) e aos diferentes níveis de complexidade;
 - b) Reajustar periodicamente os valores da tabela de procedimentos do SIA/SUS e garantir a inserção de novos procedimentos, anteriormente não contemplados;
 - c) Estabelecer códigos de procedimentos e valores na tabela SIA/SUS específicos para cobrir atendimentos odontológicos do nível ambulatorial realizados em pacientes internados em hospitais.
41. Garantir incentivo específico permanente, das três esferas de governo, para a implantação e custeio de Centros de Especialidades Odontológicas e aprovar incentivos financeiros do governo federal para os Centros Especializados de Odontologia nas Comissões Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde.
42. Garantir recursos para a assistência odontológica hospitalar para portadores de necessidades especiais, portadores de doenças crônico-degenerativas, e para os casos de urgência e emergência, de acordo com a Portaria n.º 74 de 29/1/04.

43. Garantir a pactuação entre as esferas de governo para a alocação de recursos, com o propósito de implantar ações de atenção em saúde bucal para pacientes com transtornos mentais, de acordo com os serviços disponibilizados na área de saúde mental de cada município.
44. Definir uma política de financiamento para a gestão do trabalho em saúde bucal ao ampliar os recursos das três esferas de governo, com vistas à valorização dos trabalhadores das áreas assistencial e gerencial, e criar estímulos à produtividade que acrescentem ganhos salariais significativos aos profissionais.
45. Alocar recursos para a contratação de profissionais de saúde bucal, a saber: cirurgião-dentista, técnico em higiene dental, auxiliar de consultório dentário, fonoaudiólogo e protético quando implantada a equipe de saúde bucal, e:
 - a) Instituir a isonomia salarial em conformidade com a NOB-RH;
 - b) Contratar mediante a realização de concurso público;
 - c) (Re)estruturar o quadro funcional em todas as Secretarias Municipais de Saúde;
 - d) Contratar para todas as ações e serviços do SUS, inclusive o PSF;
 - e) Promover a interiorização, com o repasse de verbas pelo ministério.
46. Recompôr o piso salarial dos cirurgiões-dentistas e orientá-los no princípio de isonomia salarial por nível de escolaridade. Tornar o piso compatível com a carga horária proposta pelo Ministério da Saúde. Fazer a correção monetária do piso salarial dos cirurgiões-dentistas, e recuperar os níveis de remuneração da categoria, aos patamares de quando da sua instituição.

47. Garantir recursos orçamentários, das três esferas de governo, para elaboração, reestruturação ou implantação de plano de cargos, carreiras e salários dos trabalhadores do grupo saúde, observando o princípio de isonomia e constituindo comissões paritárias (governo e trabalhadores).
48. Rever tabela de procedimentos, em especial os valores dos procedimentos, a clareza de suas definições e a redefinição do Procedimento Coletivo (PC), considerando para tanto, a atualização dos conceitos e os problemas detectáveis na análise dos registros efetuados.

Organização da Atenção em Saúde Bucal

O entendimento sobre saúde bucal aprovado na 1.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986 enfatizava a determinação do processo saúde-doença, a partir das condições socioeconômicas prevalentes na sociedade. O quadro de deterioração social de nossa sociedade se agravou nesse período, com a expansão da concentração de renda, do aumento dos índices de desemprego e dos trabalhos escravos e infantil, da queda da renda dos trabalhadores e o crescimento dos índices de violência, criminalidade, fome, prostituição e consumo de drogas, dentre outros, que determinam um quadro extremo de exclusão e miserabilidade.

A manutenção das opções macroeconômicas definidas pelas gestões federais nos anos 90 tem privilegiado o cumprimento das metas de ajuste fiscal destinadas ao pagamento dos juros da dívida pública, em detrimento da aplicação dos recursos orçamentários disponíveis para a expansão, implementação e qualificação de políticas públicas voltadas para a área social. A mudança dos rumos dessa política econômica é fundamental para o avanço da luta pela construção da cidadania plena e superação da exclusão social identificada na atualidade.

A intensa mobilização por preservar o Sistema Único de Saúde das investidas das reformas neoliberais não foi suficiente, até o momento, diante das fortes restrições financeiras decorrentes do aprofundamento da dependência, para mudar substancialmente o modelo de atenção à saúde, de modo a viabilizar a concretização dos princípios e as diretrizes de universalidade, integralidade, equidade e descentralização, com Controle Social. O movimento da Reforma Sanitária deu importante sustentação e fez avançar o SUS, porém, não conseguiu realizar as radicais mudanças necessárias no “modo de se fazer saúde”. Esse é o maior desafio no presente momento: implementar o direito à saúde no cotidiano dos serviços de saúde garantindo a todo cidadão acesso às ações de atenção e assistência.

A realização dos princípios constitucionais do SUS implica conquistas na organização do sistema em toda a sua complexidade, sem prejuízo de qualquer princípio, em especial, universalidade, equidade e integralidade. A conquista da equidade perpassa todos os outros desafios e envolve o diagnóstico das desigualdades no âmbito de microterritórios, a discriminação positiva com aporte de recursos e ações diferenciadas, a intersetorialidade das ações de promoção e proteção da saúde, a humanização do atendimento e a elevação da qualidade da atenção à saúde.

Os pressupostos da organização dos serviços devem ser o estabelecimento de processos e práticas que garantam a universalidade do acesso e do acolhimento aos usuários, a responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população, a integralidade na atenção, considerando as diversidades raciais, étnicas e culturais, o aumento da resolutividade e a democratização, com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão. Além disso, deve-se observar a estratégia da hierarquização e regionalização conformando redes de serviços, a descentralização e a melhoria da gestão pública com adequação às realidades locais.

O modelo de atenção para o SUS deve buscar respostas para enfrentar as atuais necessidades de saúde, levando também em consideração os problemas futuros agravados pela contínua transição demográfica, epidemiológica e pelas evidências que apontam para uma sociedade mais violenta, com mais idosos e menos jovens. É importante considerar também, os desafios para a saúde, relacionados ao risco do consumo de produtos, a exposição à insegurança alimentar e nutricional, a fatores ambientais de risco e, particularmente, às condições inadequadas de habitação e saneamento básico.

Para a organização de modelos de atenção capazes de responder a essa complexidade, é necessária a articulação entre as três esferas de governo na estruturação e implementação de uma rede de serviços de saúde que inclua a promoção e a proteção da saúde, as atividades de controle de risco e de regulação do mercado produtivo de saúde, bem como as ações voltadas ao controle e ao monitoramento das práticas, resultando em indicadores que traduzam a melhoria da qualidade de vida.

Na odontologia, a viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento de um modelo de atenção em saúde bucal orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade e caracterizado pela resolutividade das ações que realiza.

A banalização da situação de exclusão social no Brasil dificulta a explicitação pública como questão política, da absurda falta de garantias de acesso à atenção em saúde bucal. Há que se denunciar, com indignação, essa enorme dificuldade de acesso à atenção em saúde bucal, independentemente do modelo em que essa atenção atualmente se pauta. É preciso reverter o atual modelo (cirúrgico, restaurador, ineficiente, monopolizador, de tecnologia densa, de alto custo e elitista) em favor de um modelo de atenção integral em saúde bucal,

que leve em conta as necessidades de cada comunidade, de acordo com seu perfil epidemiológico e reorganizar a estrutura de funcionamento, os métodos e os processos com os quais se construiu a atenção em saúde bucal da população brasileira, redefinindo os papéis da União, dos estados e dos municípios no processo da atenção.

Nessa perspectiva, propõe-se:

1. Reafirmar o princípio de construção do modelo de atenção em saúde, incluindo a saúde bucal, referenciado na compreensão da saúde na sociedade, de acordo com o conceito ampliado de saúde expresso na legislação relativa ao SUS.
2. Ampliar a compreensão da saúde bucal no sentido da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial como política de governo. Nesse sentido, para a inclusão social e a construção da cidadania, seja no plano individual ou no plano coletivo, são necessárias ações convergentes de diversos setores, implementadas de forma integrada pelos governos dos municípios, dos estados e da União, pelas instâncias representativas do Controle Social e pelas entidades da sociedade civil organizada.
3. Definir a política de humanização da atenção à saúde bucal como eixo estruturante da atenção e da gestão da saúde, nas três esferas de governo.
4. Assegurar e ampliar o acesso às ações integrais de saúde bucal em todo o SUS, estendendo-a a todas as faixas etárias, segundo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), levando-se em conta os dados epidemiológicos regionais.
5. Ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico, garantindo serviços odontológicos em todas as unidades

básicas de saúde, incluindo áreas rurais de difícil acesso, e de fronteiras nacionais. Esses serviços devem realizar atendimentos em horários que possibilitem o acesso de adultos e trabalhadores à assistência odontológica.

6. Implantar serviços de prótese dentária total e parcial nas unidades básicas de saúde e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), garantidos por meio de verbas específicas e assegurar, quando necessário, o atendimento fonoaudiológico para reabilitação das funções de mastigação, deglutição, fala e respiração. Incentivar a inclusão do serviço de fonoaudiologia nos CEO para reabilitação e readaptação das funções orofaciais.
7. Compreender o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia, e não apenas como mais um programa verticalizado, focalizado, reducionista e compartimentalizado. A estratégia do Saúde da Família deve ser entendida como a aplicação plena dos princípios do SUS, notadamente os da universalidade, da equidade, integralidade e do Controle Social. É preciso reconhecer que o PSF não é a única modalidade de organização da Atenção Básica, mas que, se aplicado em consonância com as diretrizes do SUS, pode contribuir para uma melhor organização do sistema de saúde brasileiro. Nesse contexto, as práticas de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família, devem se processar no sentido da atenção integral, dentro da perspectiva dos ciclos de vida da família, num processo de construção de novas práticas de saúde coletiva.
8. Ampliar as equipes de saúde bucal nos PSF e implantar ações de saúde bucal no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), capacitando os agentes para tais ações.
9. Garantir a autonomia da esfera municipal para definir a composição necessária das equipes de saúde e definição

da abrangência do número de famílias das equipes de saúde bucal e do Pacs. Dessa forma, é proposta a inclusão de outros profissionais no Programa Saúde da Família, estabelecendo responsabilidades das três esferas de governo com mecanismos de cooperação técnica e financeira para sua efetivação.

10. Incorporar as modalidades I ou II na equipe mínima do PSF, tornando-se assim, equipe ampliada e única.
11. Garantir que as equipes de saúde bucal na atenção básica possam ser contempladas nas modalidades: 1. cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário; 2. cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dentária, com isonomia salarial em conformidade com a Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, mediante a realização de concurso público para seleção e contratação dos profissionais, em todos os âmbitos do SUS, trabalhando em tempo integral (40/h semanais), podendo incluir mais profissionais nas equipes, de acordo com critérios epidemiológicos.
12. Estabelecer que cada equipe do PSF conte com CD, ACD, e quando a realidade local permitir, com THD, trabalhando em tempo integral (40/h semanais).
13. Garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos, em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto-socorro e hospital).
14. Efetivar uma política de saúde bucal para atendimento de urgência e emergência em todos os hospitais públicos ou filantrópicos.
15. Garantir atendimento clínico na atenção primária, secundária e terciária, sob anestesia geral, quando necessário, em nível hospitalar para as pessoas com

deficiências físicas, pacientes portadores de necessidades especiais e/ou doenças crônico-degenerativas, infectocontagiosas e transplantados, para agilizar o atendimento neste nível de atenção, dos pacientes com patologias diagnosticadas que representem risco de vida e que demandem tratamento imediato. Garantir inserção destes procedimentos na tabela SIH-SUS.

16. Inserir profissionais de saúde bucal nos hospitais para realização de procedimentos de cirurgia e traumatologia buco-maxilofacial e estomatologia, bem como para a promoção e recuperação da saúde bucal dos pacientes internados e em tratamento médico nesses serviços. Definir critérios claros para a indicação de tratamento odontológico e especializado em nível hospitalar, levando em conta a complexidade da doença do paciente referenciado e/ou a gravidade da doença de origem odontológica que o acomete.
17. Garantir o atendimento integral, em especial, no que tange ao acesso aos serviços de referência e contra-referência, incentivando as três esferas de governo a aumentar a capacidade instalada, oferecendo um modelo de atenção integral à saúde bucal, com a inclusão de centros de especialidades, conforme preconiza a Norma da Assistência à Saúde (Noas).
18. Definir os critérios para distribuição dos CEO, que levem em consideração não somente o número de habitantes, mas a realidade socioeconômica e as necessidades epidemiológicas das regiões, seguindo o princípio de equidade do SUS, garantindo o acesso da população não coberta pelas equipes de saúde bucal do PSF. Estimular a formação de parceria entre municípios vizinhos para a criação de centros de referência em odontologia em conformidade com os princípios do SUS. Estabelecer critérios e cotas para distribuição dos CEO, respeitando

as características específicas de cada microrregião, de acordo com critérios como perfil epidemiológico, localização geográfica e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

19. Garantir um cirurgião-dentista especialista em Odontologia do Trabalho nos centros de referência do SUS, visando a diagnosticar, acompanhar e elaborar plano de trabalho e orientação para as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho do complexo buco-maxilofacial ou com repercussão no mesmo.
20. Implantar e otimizar laboratórios de próteses dentárias, pelo setor público, de âmbito regional ou municipal.
21. Planejar a aquisição e instalação de novos consultórios e equipamentos odontológicos, fixos ou móveis, e criar políticas de manutenção desses bens.
22. Estabelecer uma política de vigilância em saúde, que contemple seus três grandes componentes: a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e a vigilância ambiental, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador, de forma a propiciar a melhoria das condições de saúde bucal da população, com garantia de financiamento nos atuais sistemas de gestão do Sistema Único de Saúde.
23. Organizar e desenvolver, a partir dos sistemas de informações em saúde e de dados específicos complementares, um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal, articulado ao Sistema de Vigilância em Saúde, incluindo saúde do trabalhador, que facilite a realização de levantamentos epidemiológicos, tanto nacionais quanto em nível locorregional, e contribua para melhorar a qualidade das informações sobre saúde bucal no País.

24. Estabelecer protocolos cientificamente validados para padronização dos procedimentos de atenção e assistência em saúde bucal, inclusive de inspeção sanitária, que contemplem os aspectos relacionados à biossegurança dos serviços odontológicos públicos e privados, e a produção de insumos odontológicos no que tange aos seus registros, produção e comercialização e ao controle da fluoretação das águas, com a divisão de responsabilidades e recursos financeiros nas três esferas de governo.
25. Incorporar como responsabilidade intersetorial do SUS, em parceria com os diversos ministérios, o controle da qualidade da água, com ações de vigilância sanitária e ambiental, desde as fontes de abastecimento até os processos de tratamento, de distribuição e de acesso, conforme estabelecido na legislação vigente (Portaria GM/MS n.º 518/2004). Entende-se que a água é um direito universal de cidadania e um bem público que deve ser acessível a todos, sem desperdício. Essas ações devem ser realizadas pelas três esferas de governo, mediante políticas integradas, com Controle Social e participação popular. Os programas de saneamento desenvolvidos no âmbito do SUS deverão priorizar ações de fomento e de cooperação técnica junto aos prestadores dos serviços de abastecimento de água (sistema coletivo e solução alternativa) e outras estruturas de governo, visando à melhoria dos procedimentos de controle de qualidade da água, viabilizando a implementação da Portaria GM/MS n.º 518/2004, criando padronização dos procedimentos universais para fluoretação da água, como garantia de exercício de cidadania, viabilizando a implementação do Siságua com a disponibilização das informações para toda população brasileira e de alternativas viáveis para os casos de fluorose.

26. Garantir o cumprimento da Lei n.º 6.050/74, que estabelece a obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público, por parte das empresas de saneamento públicas ou privadas. Recomenda-se a adoção da fluoretação das águas de todos os poços de uso público.
27. Defender a fluoretação das águas de abastecimento e das pastas de dente como bens públicos essenciais para a promoção da saúde bucal. É preciso também que os órgãos de vigilância sanitária controlem a qualidade da água, dos cremes dentais e de todos os produtos que contenham flúor.
28. Alterar as normas de vigilância para a coleta de amostras da água tratada, tornando a frequência das coletas quinzenais para mensais, e a definição dos pontos de coleta por segmento íntegro de rede de abastecimento público de água (hoje populacional).
29. Garantir acesso sistemático ao flúor tópico, para os residentes em locais onde não há água fluoretada (como cidades não fluoretadas e áreas rurais), por meio de programas organizados, contínuos e de ampla cobertura.
30. Garantir o cumprimento das normas de biossegurança, incluindo o recolhimento gratuito do lixo, a reciclagem de materiais odontológicos e a inativação de resíduos químicos e biológicos e o controle da infecção nas unidades de saúde, assegurando que a Vigilância Sanitária fiscalize e faça cumprir esta adequação nos serviços públicos e privados.
31. Rever a Norma Operacional de Atenção à Saúde (Noas) em relação aos procedimentos coletivos, com critérios definidos com base epidemiológica e aprovados nos conselhos municipais de saúde.

32. Lutar pelo arquivamento do Projeto de Lei n.º 510/2003, que revoga a Lei n.º 6.050/74. Interromper a fluoretação de águas no Brasil ou impedir a ampliação desta medida representa um injustificável retrocesso dos benefícios proporcionados à saúde bucal da população brasileira além de ser considerada uma atitude juridicamente ilegal, cientificamente insustentável e socialmente injusta.
33. Garantir que todos os estabelecimentos de saúde bucal, integrantes do SUS tenham licença de funcionamento, com revalidação periódica, expedida pelo respectivo órgão de vigilância sanitária.
34. Manter o sistema de vigilância permanente nos equipamentos e produtos odontológicos, garantindo qualidade na sua aquisição, distribuição e utilização pela exigência de certificação pública nas licitações.
35. Estabelecer, efetivar e consolidar fluxos de informação e comunicação entre as unidades de saúde, os serviços do SUS (incluindo o sistema de referência e contra-referência), os conselhos de saúde e demais instâncias gestoras nas esferas federal, estadual e municipal, privilegiando o debate da agenda de saúde bucal, sob Controle Social.
36. Inserir no currículo escolar do ensino fundamental e médio, conceitos e práticas de saúde bucal, incluindo educação sobre nutrição e dieta adequadas. Tal inserção não corresponde à presença de matérias ou disciplinas específicas de saúde ou de saúde bucal nos planos de cursos, mas significa enfatizar o cuidado à saúde como um tema transversal, cujos conteúdos podem fazer parte de qualquer matéria ou disciplina, e que estes gastos possam ser viabilizados dos recursos provenientes da educação, uma vez que se trata de temas transversais.

37. Implementar medidas que visem a redução gradual de alimentos cariogênicos nos ambientes escolares, em especial, na merenda escolar, como parte dos processos de educação alimentar e nutricional. Proibir a comercialização de balas, chicletes e petiscos nos ambientes escolares.
38. Estabelecer que alimentos e produtos reconhecidamente cariogênicos devam conter no seu rótulo a advertência de que o produto é potencial causador de cárie. Essa alusão deverá estar contida inclusive na publicidade veiculada pelos meios de comunicação.
39. Integrar as ações das unidades básicas de saúde e das escolas, inclusive nas comunidades indígenas, quilombolas e assentamentos rurais, implantando uma política de segurança alimentar e nutricional, com projetos educativos sobre os hábitos alimentares, hábitos orais e preservação ambiental, sob a orientação de nutricionistas, cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e outros profissionais especializados, em parceria com as secretarias de agricultura, da educação, da assistência social e outros órgãos afins, das esferas estaduais e municipais.
40. Viabilizar um projeto de integração das áreas de Saúde, Educação e Comunicação Social, buscando a formação de profissionais, professores e multiplicadores, capacitados para atuarem conjuntamente na promoção de saúde bucal da população.
41. Implantar “escovódromos” em todas as escolas, unidades de saúde e creches, a partir dos projetos de novas construções desses espaços sociais ou adequando as estruturas nas unidades já existentes. Programar parcerias com o setor da Educação para a aplicação de verbas na construção dos mesmos.

42. Garantir espaços institucionais em todos os meios de comunicação de massa para veicular informação útil, em linguagem popular, para o desenvolvimento dos programas de educação em saúde bucal, bem como informações sobre o SUS.
43. Assegurar que a Anvisa regule e controle a qualidade dos medicamentos, materiais e insumos odontológicos, com a quebra das patentes, de forma irrestrita, dos produtos que dependam de importação.
44. Garantir que exista uma coordenação de saúde bucal, exercida por cirurgião-dentista, em cada Secretaria Estadual de Saúde, inclusive em suas instâncias regionais, e nas Secretarias Municipais de Saúde, assegurando recursos para o adequado desenvolvimento dessas ações.
45. Garantir que os usuários portadores de deficiência física, mental, motora, múltipla, de doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas, tenham o seu atendimento preventivo-promocional por meio de procedimentos coletivos, nos grupos programáticos com entrega de *kits* contendo escova, pasta e fio dental, assim como, atenção curativa individual executada na esfera do SUS regional. Essas unidades deverão dispor de concepção arquitetônica adequada, adotar normas e rotinas de biossegurança e ser dotadas de recursos humanos devidamente capacitados para tal fim, inclusive quebra de barreiras de comunicação.
46. Implementar a política de saúde do idoso, nas três esferas de governo, em consonância com os dispositivos do Estatuto do Idoso, com orientações preventivas aos agravos inerentes à terceira idade, respeitando as questões étnicas, de gênero e de orientação sexual.

47. Garantir que a rede de assistência municipal realize a atenção à saúde do trabalhador, prevenindo as manifestações bucais específicas decorrentes de doenças ocupacionais.
48. Implementar ações de saúde bucal junto às populações indígenas e remanescentes de quilombos, após ampla discussão com as suas organizações, a fim de se garantir o estabelecimento de um programa de atendimento de caráter não-mutilador, universal, integral e com equidade, e que considere as experiências e os valores culturais relacionados às práticas higiênicas e dietéticas de cada povo indígena ou quilombola.
49. Estimular o diálogo e a pactuação entre prefeituras, organizações da sociedade civil e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a fim de garantir a melhoria dos serviços odontológicos prestados à população indígena.
50. Garantir a participação da equipe de saúde bucal na equipe multidisciplinar de referência para portadores de HIV e aids e de doenças crônico-degenerativas.
51. Implantar terapias complementares aplicadas à odontologia como acupuntura, homeopatia e fitoterapia nos serviços de saúde bucal.
52. Assegurar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) amplie os direitos dos titulares de planos e seguros de saúde, garantindo atenção em saúde bucal, na lógica da integralidade.
53. Divulgar as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde para todos os gestores municipais, estaduais, universidades, população e entidades odontológicas.
54. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a

existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos, construídos de forma pactuada entre as três esferas de governo, sob Controle Social.

55. Utilizar estes indicadores de saúde bucal, incluindo a qualidade do atendimento prestado, e promover a sua ampla divulgação, em linguagem clara e acessível a todos. Tal medida visa a facilitar o planejamento, a fiscalização e o controle por parte dos movimentos populares, associações de classe da área de Saúde e movimentos sindicais em relação aos riscos sanitários e não apenas às demandas pela assistência.
56. Pesquisar, sistematizar e tornar públicos e acessíveis a todos, as informações gerenciais e os dados estatísticos e epidemiológicos, em prazos regulares, com identificação dos condicionantes do processo saúde-doença, em especial das diferentes etnias, por meio da construção de um sistema nacional de informação em saúde bucal.
57. Agilizar a implantação de um sistema nacional de informações, com a necessária informatização, integrando programas e sistemas já existentes, e no qual serão incluídos os profissionais e as ações da equipe de saúde bucal (CD-ACD-THD).
58. Incluir informações de saúde bucal nos cartões utilizados pelo SUS.
59. Avaliar periodicamente os indicadores de saúde bucal, contemplados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada Integrada (PPI).
60. Promover a habilitação dos recursos humanos de saúde bucal na atenção a pacientes sistematicamente comprometidos em estomatologia, viabilizando a identificação precoce de lesões de câncer, estabelecendo protocolos e fluxos de atendimento na atenção primária,

secundária e terciária, em rede hierarquizada nas três esferas de governo, com o efetivo apoio laboratorial.

61. Garantir atendimento e acompanhamento dos pacientes portadores de necessidades especiais e de fissuras lábio-palatais, por meio de serviços em pólos regionais, com equipe multidisciplinar.
62. Criar sistema nacional de cooperação técnica, integrando fóruns municipais, regionais e estaduais, de modo a promover a cooperação, divulgação e troca de informações em saúde bucal.
63. Criar um Sistema Nacional de Avaliação e Acompanhamento das Condições Municipais de Oferta em Saúde Bucal, com competências para certificar a existência de condições mínimas da oferta para a habilitação dos sistemas municipais de atenção à saúde bucal, com certificação periódica a cada quatro anos, e para estabelecer acreditação das condições de qualidade da oferta nos sistemas municipais de saúde.
64. Estabelecer políticas de auditorias permanentes nas unidades e serviços de saúde.
65. Implantar Central de Regulação para tratamentos e exames especializados em odontologia.

MOÇÕES

APROVADAS NA PLENÁRIA FINAL DA 3.^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

(apresentadas nos termos em que foram redigidas pelos proponentes)

MOÇÃO DAS ÁGUAS

AO MINISTÉRIO DAS MINAS E ENERGIA,
AO MINISTÉRIO DAS CIDADES,
AO MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO REGIONAL,
AO MINISTÉRIO DA SAÚDE,
À CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA.

Os delegados da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal – usuários, gestores e trabalhadores da saúde bucal, ao término dos trabalhos decidem manifestar publicamente que:

- 1) a água é bem público e essencial à existência, não apenas de seres humanos, mas de todas as formas de vida, animais e vegetais;
- 2) é dever de todos os movimentos sociais, homens e mulheres de consciência democrática, fazer uso racional e preservá-la em nome de todos os seres vivos;
- 3) como bem público e essencial, o acesso à água de boa qualidade deve ser garantido a toda população, independente de classe social, renda, sexo, etnia ou lugar de moradia, e esse acesso não pode ser afetado por interesses mercantis;

- 4) como recurso natural esgotável, todavia, sua exploração vem sendo objeto de interesse de grandes corporações multinacionais, nos quatros cantos do mundo e também no Brasil;
- 5) como bem público e essencial, não pode ser tratada como mercadoria, e esta Conferência rejeita qualquer perspectiva de privatização, seja na forma de terceirização ou de outros subterfúgios, como o sistema de cartão pré-pago, em operações experimental em muitas cidades na América Latina e também no Brasil, pelas conseqüências que poderão acarretar à saúde das pessoas, sobretudo dos grupos sociais menos favorecidos;
- 6) coerentemente, afirmam que a luta pela fluoretação das águas de abastecimento público deve estar associada a luta pela preservação das fontes, mananciais, rios, lagos, e depósitos subterrâneos, e que essas fontes devem permanecer sob controle público e estatal;
- 7) finalmente, solicitam a comissão organizadora que encaminhe a presente moção ao Ministério das Minas e Energia, ao Ministério das Cidades, ao Ministério da Integração Regional, ao Ministério da Saúde e à Casa Civil da Presidência da República.

MOÇÃO DE REPÚDIO À IMPRENSA

Considerando que um evento de importância tamanha para o País realizado com recursos do governo federal;

Considerando que tal evento ocorre em diversos dias;

Considerando que os resultados deverão ser seguidos pelo País, nas suas diversas esferas de governo;

Considerando, inclusive que um dos temas trata de educação em saúde;

Repudiamos:

1 – A falta de uma assessoria de comunicação efetiva, que trabalhe no sentido de divulgar este evento nos meios de comunicação de massa (rádio, TV, jornais...).

2 – Os meios de comunicação de massa que não pautaram a cobertura de imprensa sobre o evento.

MOÇÃO DE REPÚDIO AO ATO MÉDICO

Os delegados reunidos em Brasília, na 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal repudiam o Projeto de Lei do Senado n.º 25, de 2002 que regulamenta o Ato Médico, em virtude de sua interferência nas ações das demais profissões da área de Saúde e por estar na contramão da construção do Sistema Único de Saúde.

MOÇÃO DE REPÚDIO À HOSPEDAGEM OFERECIDA PELA COMISSÃO ORGANIZADORA DA 3.^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Venho por meio desta, informar nossa insatisfação em relação a hospedagem que nos foi concedida, no hotel Monumental Bittar para a delegação, usuários e trabalhadores. Estamos indignados com o mau atendimento de recepção do referido hotel, em que as condições de alojamento são precárias, ficando muito a desejar, fizemos viagens longas, dando preferência para este determinado hotel, do qual colocam seus hóspedes para dormir em colchões no chão, quartos em condições de mofo e forte cheiro de esgoto, falta

de travesseiro e de insumos básicos de higiene pessoal. Não é a primeira vez que isso acontece com a delegação de S. Paulo. Solicitamos que na próxima vez não façam cotação junto a esta rede de hotéis, pois o pagamento realizado às conferências são participações dos direitos dos cidadãos.

Sem mais, agradecemos a atenção.

*Delegação de todos os estados
Representantes dos usuários e trabalhadores*

MOÇÃO DE REPÚDIO AO TRANSPORTE DOS CONFERENCISTAS OFERTADO PELO GOVERNADOR DE PERNAMBUCO, JARBAS VASCONCELOS, E DO MATO GROSSO DO SUL

Nós Delegados, usuários e trabalhadores em saúde da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal repudiamos o tratamento que foi dado às delegações, em especial, do Estado de Pernambuco referente às passagens, causando grande constrangimento aos delegados, nos seus deslocamentos de Recife à Brasília.

O Governo do Estado de Pernambuco ofereceu ônibus de 5.^a categoria, afetando a saúde de alguns delegados pelo odor fétido do sanitário, ar-condicionado quebrado, estradas cheias de buracos, oferecendo risco de morte aos delegados, quando na verdade, deveriam oferecer a todas delegações passagens de avião.

Estamos nos sentindo discriminados, pois quando os governadores, secretários e gestores viajam para seus congressos e conferências com o dinheiro dos nossos impostos têm um tratamento diferenciado. Os delegados do Estado de Mato Grosso do Sul passou pelos constrangimentos dos irmãos pernambucanos. Por isso, fazemos coro com nossa indignação e repudiamos esse tratamento desumano.

MOÇÃO CONTRA A GUERRA, PELA VIDA E PELA PAZ

À CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA,
AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA,
AO MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES,
À REPRESENTAÇÃO DIPLOMÁTICA DA PALESTINA,
À EMBAIXADA DE ISRAEL,
À ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS.

Os delegados da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal – usuários, gestores e trabalhadores da saúde bucal – ao término dos trabalhos, decidem manifestar publicamente seu irrestrito apoio à paz e a todas as formas de convivência pacífica entre os povos e as nações do mundo, em conformidade com os princípios da não ingerência e de respeito ao pluralismo e às diferenças culturais e, ao mesmo tempo, declaram seu mais firme repúdio à escalada da violência internacional fomentada pelas grandes potências, que desejam dominar cada vez mais em nome dos seus interesses econômicos, cujo resultado se traduz pela violação crescente dos direitos dos povos e pelo ataque à soberania das nações, não apenas por meio da guerra e outras formas de violência, mas também pela imposição de uma ordem mundial neoliberalista que só faz aumentar a exploração, a miséria e a morte precoce de milhões de pessoas.

Declaram, finalmente, que apóiam as deliberações da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os direitos do povo palestino e apelam ao Governo de Israel para que interrompa a construção do “Muro do Ódio” que separam povos irmãos.

Esta moção deve ser enviada à Casa Civil da Presidência da República, ao Ministério da Justiça, ao Ministério das Relações Exteriores, à Representação Diplomática da Palestina, à Embaixada de Israel e à Organização das Nações Unidas.

MOÇÃO DE APOIO À PARTICIPAÇÃO DO MOVIMENTO ESTUDANTIL NA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Pela participação do movimento estudantil de odontologia nas próximas Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde Bucal, tendo em vista que o segmento é uma representação legítima da coletividade dos estudantes de odontologia, sendo co-responsável pela formação de sujeitos críticos e comprometidos com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Pelo exposto, nós delegados participantes da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, abaixo assinamos confirmando o nosso apoio.

MOÇÃO DE REPÚDIO AO PROJETO REFERENTE À FLUORETAÇÃO DA ÁGUA

Nós delegados da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, por intermédio deste documento, expressamos nosso repúdio referente ao projeto de Lei n.º 510/2003 de autoria do deputado federal Carlos Souza (PFL/AM), que revoga a Lei n.º 6.050, de 24 de maio de 1974, que prevê a fluoretação e o tratamento das águas de abastecimento público nas esferas municipais, estaduais e federais.

MOÇÃO DE APOIO PARA A REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29

Nós, delegados da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal defendemos e apoiamos a Emenda Constitucional n.º 29 e exigimos que os deputados regulamentem em caráter de urgência essa, para que possamos exigir o seu cumprimento para melhoria da saúde.

MOÇÃO DE REPÚDIO À ANVISA

Nós, delegados da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal apresentamos nossa indignação e total repúdio com a determinação da prática regulamentar da Anvisa, que proíbe ao cirurgião-dentista (Buco-Maxilofacial) solicitar hemotransfusão de pacientes, visto que os cirurgiões Buco-Maxilofacial, exercem a especialidade em hospitais de emergência, prestando atendimento a pacientes politraumatizados, que muitas vezes têm a indicação da transfusão sangüínea, para a realização do tratamento (redução das fraturas). Para tanto, solicitamos urgentes providências legais, no sentido de revisar a referida conduta da Anvisa.

MOÇÃO DE APOIO

AO MINISTRO DA SAÚDE, DR. HUMBERTO COSTA.

Nós, delegados e delegadas da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida em Brasília, entre os dias 29 de julho e 1.^o de agosto de 2004, declaramos o nosso irrestrito apoio ao Ministro da Saúde, Humberto Costa, parabenizando-o por sua postura firme e intransigente no combate à corrupção promovida por pessoas físicas e jurídicas, no âmbito do Ministério da Saúde, bem como no enfrentamento das tentativas de colocar os interesses do capital acima das necessidades de saúde da população.

Prova disso, tem sido a sucessão de fatos que teve início com o episódio do Instituto Nacional do Câncer (Inca), no Rio de Janeiro, posteriormente a máfia do sangue (os vampiros) e, mais recentemente, a queda de braço com os planos de saúde privados.

MOÇÃO DE REPÚDIO À OFERTA DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR INADEQUADA E CARIOGÊNICA

Os delegados abaixo assinados repudiam a oferta de alimentos inadequados à saúde e nutrição infantil e juvenil, com alimentos cariogênicos no ambiente escolar, sem controle de profissional competente, para garantia sanitária dos alimentos, sem controle efetivo das diferentes esferas governamentais.

MOÇÃO DE REPÚDIO À POLÍTICA MACROECONÔMICA DO GOVERNO FEDERAL

A Política Macroeconômica do governo federal que privilegia acordos econômicos com as instituições financeiras internacionais (FMI, BIRD), obrigando o pagamento de 143,2 bilhões de reais em 2003 só de juros da dívida externa, impossibilitando financiamento de ações estruturantes na saúde, na educação, no lazer, na cultura, na moradia e na implantação da reforma agrária.

Exigimos uma política econômica voltada para o crescimento da qualidade de vida da população brasileira.

MOÇÃO DE REPÚDIO À FALTA DE COMPROMISSO COM A SAÚDE DE PERNAMBUCO/HOSPITAL NAZARÉ DA MATA

Nós, delegados da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, repudiamos a falta de compromisso com a saúde do Estado de Pernambuco, em especial, ao hospital Ermirio Coutinho de Nazaré da Mata, que desde o ano de 2002, foi derrubado e até hoje não foi retomado sua obra de construção. Seu atendimento foi transferido para o posto municipal, em que está acontecendo apenas o procedimento de pronto atendimento, em situação constrangedora e de forma inadequada. Queremos que o Ministério da Saúde tome providências referentes a esse descaso.

MOÇÃO DE APOIO À REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, PLANO DE CARREIRA E VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

Os delegados e delegadas da 3.^a Conferência Nacional da Saúde Bucal ressaltam a importância da regulamentação da profissão dos Agentes Comunitários de Saúde, a inclusão dessa categoria nos planos de carreira e concursos, pelo fato de impactarem na valorização e condições de vida e trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

MOÇÃO DE REPÚDIO À FALTA DE UMA POLÍTICA DE COMBATE AO CÂNCER BUCAL POR PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA)

O Instituto Nacional do Câncer (Inca) vem se caracterizando, historicamente, pela total ausência de uma política efetiva de combate ao câncer bucal. Pelo contrário, tem pautado suas ações no desinteresse por parte de seus profissionais, já que em seus quadros responsáveis por tais ações, não apresenta sequer um profissional com capacitação adequada na prevenção e detecção precoce dessa importante doença. Embora o câncer bucal seja caracterizado pela grande morbimortalidade, o Inca o define como uma doença rara e de nenhuma prioridade em sua política. Nesse sentido, resolveu internamente, e sem consultar sequer uma entidade odontológica, “dividir” a boca em partes menores, eliminando algumas das suas estruturas anatômicas, como língua, glândulas salivares e outras, levando a uma grande perda de índices epidemiológicos. Conseqüentemente, justifica com isso, a sua inoperância nessa política.

MOÇÃO DE REPÚDIO À FALTA DE DIVULGAÇÃO

A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia lastima a falta de maior divulgação tanto da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, como das demais conferências por meio dos veículos de comunicação de massa, por acreditar que a ampla comunicação e divulgação desses fóruns poderiam potencializar ainda mais a participação dos movimentos sociais.

MOÇÃO DE PESAR E RECONHECIMENTO

Pelo falecimento da delegada Maria Lúcia Cardoso, da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (Cobap), e de Idosos, e conselheira recém-empossada do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – MG, ocorrido no dia 27 de julho de 2004.

MOÇÃO DE APOIO AO PROJETO DE LEI N.º 1.140/2003

AOS LÍDERES DAS BANCADAS NO CONGRESSO NACIONAL.

Moção de apoio ao Projeto de Lei n.º 1.140/2003, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário, que seja encaminhada aos líderes das bancadas no Congresso Nacional.

MOÇÃO DE APOIO À REALIZAÇÃO DE PROGRAMAS EDUCATIVOS SOBRE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL

Apoiar e garantir a realização de programas educativos específicos para o atendimento de pacientes, com patologias crônicas como diabetes, hipertensão, hemofilia, anemias, esclerose múltipla e outras, voltados para os profissionais de saúde bucal.

Esses programas deverão ser organizados por meio de parcerias com associações de portadores de patologias qualificadas e incluir informações básicas para identificação e prevenção dessas doenças.

MOÇÃO DE REPÚDIO AO TIPO DE HOSPEDAGEM

A delegação dos delegados do Estado do Paraná, presentes à 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, no período de 29 de julho a 1.^o de agosto de 2004, em Brasília, vem manifestar moção de repúdio ao tratamento dispensado na hospedagem dos delegados de inúmeras delegações, além da nossa, que deixou muito a desejar nas instalações hoteleiras, em que os colchões eram colocados sobre o chão, sem travesseiro, com cobertores insuficientes ou sem cobertores, sendo que camas de casal eram divididas entre delegados, instalações sanitárias insatisfatórias (vazamento de água que levou a faltar água, chuveiros sem água quente em pleno inverno, mau cheiro nos banheiros), portas dos apartamentos que não fechavam, lâmpadas queimadas. Serviços esses, inadequados que não podem se repetir em todas e quaisquer Conferências Nacionais.

Queremos ser tratados como humanos e com dignidade!

MOÇÃO DE REPÚDIO À FALTA DE REPASSE DOS RECURSOS PARA OS HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS

O Conselho Municipal de Saúde do Jaboaão dos Guararapes – PE vem por meio desta manifestar sua grande preocupação com a situação financeira apresentada pelos hospitais públicos brasileiros que como exemplo citamos: Hospital Geral do Jaboaão e o Memorial Guararapes, no Município de Jaboaão dos Guararapes – PE, que em 1.º de setembro irá fechar seus serviços de pronto atendimento e clínica obstétrica, deixando de atender 66% da população do município, que sem atendimento, irão migrar para outras cidades.

Repudiamos a falta de repasse dos recursos nas três esferas de governo para esses hospitais públicos e privados brasileiros. Dessa forma, solicitamos ao Sr. Ministro da Saúde de Estado Brasileiro, Dr. Humberto Costa, as devidas providências no sentido de solucionar os problemas de saúde do povo brasileiro.

MOÇÃO DE REPÚDIO A NÃO IMPLEMENTAÇÃO DO FATOR AMAZÔNICO

A delegação do Pará, assim como os demais delegados que assinaram esta moção de repúdio, solicitam uma urgente posição do Ministério da Saúde, acerca da morosidade na implementação do Fator Amazônico.

Esse fator que seria compensador aos estados amazônicos na divisão dos incentivos financeiros do SUS, compensando o aumento dos custos de implementação das ações de saúde, visto que esses estados possuem comunidades em regiões de difícil acesso, como ribeirinhos, tribos indígenas, comunidades quilombolas, etc.

Assim sendo, exigimos a imediata execução da proposta aprovada e referendada na 12.^a Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2003, visto que as populações dos estados amazônicos estão sendo prejudicadas na atenção à saúde.

Pelo exposto, nós delegados participantes da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, assinamos confirmando nosso repúdio.

MOÇÃO DE APOIO À PUBLICAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS

Essa moção tem como objetivo apoiar o Ministério da Saúde para a publicação e implementação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH). Esse documento foi construído com base nos princípios e diretrizes do SUS por meio de ampla discussão com a sociedade civil organizada, tendo como objetivo principal a busca de estratégia para combater a precarização do trabalho em saúde e resgate da carreira pública no SUS.

MOÇÃO DE REPÚDIO AO TRANSPORTE INADEQUADO PARA OS DELEGADOS

Repudiamos os governadores dos estados que não ofereceram transporte aéreo para seus delegados. Disponibilizaram apenas transportes inadequados e em precárias condições, desencadeando desistência de delegados, diminuindo as representações, além do desrespeito com que foram tratados, e solicitamos aprovação da moção.

MOÇÃO DE APOIO À IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIAS ODONTOLÓGICOS

Os delegados e delegadas da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, ressaltam a importância da implantação dos Centros de Referências Odontológicas (CEO), no cumprimento da medida aprovada no dia 29/7/2004, pelo excelentíssimo Ministro da Saúde, Sr. Humberto Costa, na abertura da 3.^a CNSB.

MOÇÃO DE APOIO À PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE RESENHA ESPECÍFICA PARA A SAÚDE BUCAL

A delegação do Pará, assim como os demais delegados que assinaram esta moção de apoio à proposta de criação de uma resenha no orçamento do SUS, destinados especificamente à execução de ações na área de Saúde Bucal, nos estados e municípios.

Pelo exposto, nós delegados participantes da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, assinamos confirmando nosso apoio.

MOÇÃO DE APOIO À CRIAÇÃO DE UMA DISCIPLINA EM SAÚDE OBRIGATÓRIA NOS CURRÍCULOS ESCOLARES

Inclusão da saúde como disciplina obrigatória nos currículos escolares, em todos os níveis de ensino de forma gradativa, com objetivo de:

- a) Adquirir e aprofundar o conhecimento pessoal e coletivo sobre saúde;
- b) Formar laços de comprometimento com a defesa da saúde como bem público;

- c) Propiciar condições para que o cidadão contribua para o continuado aperfeiçoamento do SUS;
- d) Implementar de forma mais abrangente a prevenção e a promoção da saúde fundamentada no conhecimento e cooperação consciente do cidadão na dimensão do sujeito.

MOÇÃO DE REPÚDIO À REFORMA UNIVERSITÁRIA PROPOSTA PELO MEC

AO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO.

A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia (Deneo), presente na 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, repudia a Reforma Universitária elaborada pelo MEC, que foi construída de forma arbitrária, sem a participação dos estudantes, professores, técnicos-administrativos e demais movimentos sociais. Essa Reforma Universitária atingirá em cheio a formação de novos profissionais comprometidos com a melhoria do SUS, isso porque a independência na produção do conhecimento estará ameaçada pelo teor dessa reforma.

Pelo exposto, nós delegados participantes da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, assinamos concordando com a moção de repúdio e pedimos que a mesma seja encaminhada ao MEC depois de aprovada.

MOÇÃO DE REPÚDIO AO CRITÉRIO NA ESCOLHA DE DELEGADOS CONVIDADOS PELO CONASS

AO ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DO CONASS,
À COMISSÃO ORGANIZADORA DA 3.^a CNSB.

A delegação do Estado do Rio de Janeiro na 3.^a CNSB, vem demonstrar seu repúdio ao fato do Conass ter convidado como delegado especial os cidadãos: Salomão Samuel Levy e Renato Codeceira Lopes Gonçalves, representantes respectivamente dos segmentos gestor e prestador de serviço, considerando-se o fato da nossa construção democrática onde realizamos as etapas municipais e estadual, respeitando os critérios estabelecidos pelo CNS para a eleição dos delegados. Entendemos que os cidadãos em questão não participaram do nosso processo, e portanto, desconhecem a luta coletiva dessa delegação.

Acreditamos que para o fortalecimento da construção do SUS e do Controle Social, reivindicamos no futuro, participarmos da discussão dos critérios para escolha dos convidados especiais por parte das entidades com direito a cotas, assim como, que estes participem das conferências, não como delegados e sim como convidados com direito a voz e não a voto.

INTEGRANTES DA 3.^a CNSB

Ministro de Estado da Saúde

Humberto Costa

Conselho Nacional de Saúde

(Secretária-Executiva)

Eliane Aparecida da Cruz

Coordenador Geral

Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Coordenador Adjunto

José Felipe Riani Costa

Relator Geral

Paulo Capel Narvai

Relator Adjunto

Gysélle Saddi Tannous

Comissão Organizadora

Ana Estela Haddad

Cleuza Carvalho Miguel

Cristiano Cláudio Torres

Eduardo Santos Rodrigues

Gilson Irênio Magalhães

Graciara Matos Azevedo

Leni Lucia Leal Nobre

Luiz Fernando Correa Silva

Luiz Roberto Craveiro Campos

Maria Irene M. Magalhães

Marisa Fúria Silva

Nildes de Oliveira Andrade

Rozângela Fernandes Camapum

Rui Barbosa da Silva
Uliana Borges de Figueiredo de Azevedo
Vera Lúcia Marques de Vita

Comissão Executiva

Gilberto Alfredo Pucca Júnior
José Carrijo Brom
José Felipe Riani Costa
Marcos Azeredo Furquim Werneck

Comissão de Relatoria

Alexandro Rodrigues Pinto
Ana Paula Pinto de Souza
Ângela Carvalho Vieira da Cunha
Carlo Henrique Goretti Zanetti
Cassius C. Torres Pereira
Celso Zilbovicius
Christian Mendez de Alcântara
Clóvis Bouffleur
Cristiano Oliveira de Melo
Elizabete Cristina Fagundes de Souza
Fabiana Raynal
Geraldo Vasconcelos Alves
Helenita Corrêa Ely
José Antônio Abreu Oliveira
Kátia Teresa Cesa
Lana Bleicher
Lavínia Uchoa Azevedo de Araújo
Lizaldo Andrade Maia
Marcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos
Marco Antônio Manfredini
Maria Maruza Carlesso
Nilce Emy Tomita
Paulo Frazão São Pedro
Raquel Terada
Rosany Laurentina Santos de Carvalho
Sonia Maria Beltrame

Apoio à Relatoria

Artur Custódio Moreira de Souza
Carlos Alberto Ebeling Duarte
Cecile Soriano Rodrigues
Fausto Ribeiro Tancredi
Graciara Matos Azevedo
Leni Lucia Leal Nobre
Marco Aurélio Peres
Maria Isabel Pereira Vianna

Comissão de Infra-Estrutura

Bartiria Perpetua Lima da Costa
Gilson Silva
Ronan Lemos de Andrade
Sérgio Ricardo Schierholt

Comissão de Articulação e Mobilização

Adalgiza Balsemão Araújo
Alessandra Ximenes da Silva
Alexandre de Oliveira Fraga
Andréia de Oliveira
Augusto Tadeu Ribeiro Santana
Benedito Alexandre Lisboa
Eliane Aparecida da Cruz
Eni Carajá Filho
Gleisse de Castro
Jesus Francisco Garcia
Joaquim Guilherme Vilanova Cerqueira
José Teófilo Cavalcante
Júlio César das Neves
Laércio Vilela Barros
Lúcia Maria Costa Figueiredo
Maria de Lourdes Afonso Ribeiro
Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos
Maria Natividade G. S. T. Santana
Nilo Celso Pires
Olympio Távora Derze Corrêa
Paulo Roberto Venâncio de Carvalho
Pedro Gonçalves de Oliveira

Verbena Lúcia de Melo Gonçalves
Raimundo Nonato Soares
Wanderli Machado
Wellington Moreira Mello

Comissão de Comunicação

Eduardo Carlos de Peixoto Santos
Geraldo Adão dos Santos
Maria Carmem Araújo Melo Jardim
Sávio Marcelo Leite Moreira da Silva

Assessoria de Organização

Adinan Sidnei Trovo
Cristiane Vasconcelos Cruz
Eisenhower Bonfim Pereira
Fabrício Rocha Gangana
Idiana Luvison
João Batista Giovaninni
Marylene Rocha de Souza (Coordenação)
Paulo Ricardo Ornellas

Supervisão Editorial

Silvia Maria Alves

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão e editoração)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, janeiro de 2005

OS 0065/2005