



AVISO

Informamos que houve um entendimento conjunto do Conselho Nacional de Saúde e da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, determinando o adiamento da Etapa Nacional da **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e Qualidade – superando a exclusão social**. Foi estabelecido que a data para a realização da Etapa Nacional será de **29 de julho a 1º de agosto/04**.



EIXO TEMÁTICO I: EDUCAÇÃO, CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA E DIREITO A SAÚDE

O direito à saúde, afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, foi garantido à população brasileira na Constituição Federal de 1988 através do artigo 196 que afirma que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) foram estabelecidos os princípios e diretrizes que regulamentam o sistema como a universalidade, a equidade, o controle social, integralidade das ações de saúde, descentralização.

Porém, o processo de construção e efetivação do SUS não tem sido uniforme em todo o território nacional restringindo o acesso da população a este direito social à saúde, e por outro lado, contribuindo para a explicitação da concentração de renda que determina as desigualdades sócio-econômicas e a exclusão social de grande parte da população brasileira.

Neste sentido, o papel regulador do Ministério da Saúde se faz sentir nas políticas públicas articuladas através de projetos intersetoriais norteados pela concepção de educação permanente, fundamental para a legitimação dos princípios e diretrizes do SUS na sociedade, assim a educação tem sido vista como um instrumento formador da consciência do sujeito socialmente responsável e elemento fundamental no controle da qualidade dos serviços de saúde.

A educação crítica, reflexiva e transformadora implica em enfrentamentos sociais na conquista de direitos e na conseqüente modificação do cenário social. É com este propósito que buscamos entender a saúde bucal inserida neste conjunto de lutas e conquistas, onde seja abandonado o conceito de que a odontologia para alguns é preventiva e reabilitadora e para muitos apenas mutiladora e dicotomizada das políticas de saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde têm reafirmado que a comunicação, a educação e a informação são componentes essenciais para se alcançar equidade, qualidade, humanização dos serviços e fortalecimento do controle social. Com os avanços observados no SUS os sistemas de informação em saúde brasileiros tiveram um crescimento acelerado pelo esforço conjunto principalmente dos trabalhadores nesta construção. Contudo, com a crescente demanda e múltiplos sistemas, dados coletados ainda de forma manual consomem em muito a força de trabalho, por isso é necessário padronizar os sistemas de forma que seja melhorado tanto o acesso às informações, como a sua utilização, para que possa servir de instrumento para o planejamento, monitoramento, controle, avaliação e qualificação dos sistemas de saúde.

O Ministério da Saúde vem conduzindo a construção de política de informação e informática em saúde do SUS no sentido de integrar e orientar os sistemas de informatização dos serviços dirigidos aos indivíduos e coletividades fortalecendo o controle social e divulgando iniciativas bem sucedidas em todo território nacional.

É necessária a interlocução entre governo, comunidade científica, o saber popular e a facilitação do acesso de todos à tecnologia da informação para a construção democrática do SUS.



PROPOSTAS APROVADAS NA III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL, Salvador – BA, 2004

1. Garantir o fornecimento, por parte das três esferas de governo, de material para uso na prevenção de doenças bucais, como: escova dental, creme dental e fio dental, e parceria entre Estados e municípios para criação e distribuição, em espaços coletivos, de material educativo (cartazes, folhetos, cartilhas) que respeitem a cultura e as especificidades locais;
2. Garantir o fornecimento gratuito, pelas três esferas de governo, de 03 kits (escova dental, creme dental e fio dental) por ano, a cada aluno da rede pública municipal de educação;
3. Promover a integração entre os municípios para troca de experiências em saúde bucal;
4. Promover humanização e sensibilização da equipe de saúde bucal para que exerça seu papel como promotor de saúde na comunidade;
5. Conscientização dos profissionais cirurgiões-dentistas quanto a necessidade de uma maior atuação dos Conselhos Regionais de Odontologia e, sensibilização da comunidade para o combate ao charlatanismo;
6. Realizar levantamentos epidemiológicos e ampla divulgação de seus resultados por todos os meios de mídia possíveis e, utilizá-los no planejamento local em saúde bucal;
7. Ampliar o acesso às informações de saúde no ensino fundamental, através da articulação entre ministério da saúde e da educação; devendo incluir os conteúdos relacionados à Saúde Bucal através dos temas transversais estabelecidos pelos Parâmetros Curriculares Nacionais;
8. Incentivar o envolvimento de todos os profissionais de saúde e educação em atividades de higiene bucal supervisionada realizadas em ambiente escolar e creches;
9. Ampliar a compreensão do conceito de saúde bucal como sendo resultado de políticas intersetoriais integradas;
10. Estabelecer a aproximação entre o saber popular e o científico;
11. Estabelecer, periodicamente, pesquisa de opinião pública sobre a prestação do serviço, grau de satisfação dos usuários e trabalhadores, impacto de serviços ofertados, e, utilizar as informações na formulação e definição de novas estratégias;
12. Garantir a democratização da educação em saúde bucal, através da elaboração e implementação de políticas na área de informação, comunicação em saúde e educação permanente, utilizando estratégias e recursos de divulgação de massa;
13. Incentivar a realização de atividades educativas em saúde bucal pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde;
14. Garantir recursos, das três esferas de governo, para a aquisição de material audiovisual a ser utilizado em atividades educativas pelas equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família e, pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde;
15. Incentivar a realização de atividades educativas em saúde bucal, pelas equipes de saúde, em espaços coletivos (escolas e creches comunitárias – inclusive pais, associação de moradores, igrejas, asilos, empresas públicas e privadas, ONGs e outras), com crianças, adolescentes, adultos e idosos;
16. Desenvolver campanhas de informação sobre o câncer de boca e traumatismo dentário;
17. Criar estratégias de comunicação entre a comunidade e os serviços em saúde bucal oferecidos pelo município, principalmente na zona rural;



18. Estimular e sensibilizar todos os pacientes para que se tornem co-responsáveis por sua saúde bucal;
19. Identificar, capacitar e inserir as lideranças comunitárias no processo de educação criando grupos multiplicadores com o suporte das secretarias municipais de Saúde, incluindo a disponibilização de material didático;
20. Reformular o SIAB numa perspectiva de um sistema de Informação Único da Atenção Básica;
21. A Coordenação de Saúde Bucal de cada município deve auxiliar na escolha do alimento a ser utilizado na merenda escolar, considerando os riscos de uma dieta cariogênica para a saúde do indivíduo;
22. Apoiar a criação e manutenção de redes e listas eletrônicas dos coordenadores de Saúde Bucal nos diferentes níveis de competência;
23. Criar ou ampliar uma biblioteca para o Conselho Municipal de Saúde, aberto à comunidade, com material que possa ser utilizado na capacitação de conselheiros municipais de saúde;
24. Capacitar os profissionais de saúde e de educação para desenvolverem ações de promoção de saúde bucal com pacientes portadores de necessidades especiais;
25. Implementar ações que visem a construção da consciência crítica e cidadã a fim de que haja uma maior participação popular e um maior controle social; a partir das recomendações propostas na 11ª Conferência Nacional de Saúde, e ratificadas na 12ª CNS, no que se refere à educação popular;
26. Garantir e incentivar as Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal do PSF para realizarem ações de educação e cidadania no ambiente domiciliar;
27. Garantir o direito do cidadão, estabelecido na lei 6050/74, que obriga a fluoretação das águas de abastecimento (em cidades de mais de 50.000 habitantes), ampliando este direito a todos os municípios;
28. Implantar o dia da saúde bucal (25 de outubro) e criação nas escolas de concursos que estimulem a promoção de saúde (redação, desenhos, poesias sobre o tema, etc);
29. Garantir a intersetorialidade ao nível das três esferas de governo e efetivar ações concretas no âmbito municipal envolvendo não apenas os setores de saúde e educação, como também, todos os outros cujas ações tenham repercussão na qualidade de vida;
30. Garantir a atenção integral, com oferta de serviços de prótese, endodontia, cirurgia oral menor, urgência, radiologia e ortopedia para população com estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência;
31. Produzir indicadores de saúde, incluindo a qualidade do atendimento prestado, promovendo a sua ampla divulgação e facilitando o acesso aos sistemas de informação existentes, em linguagem clara e acessível a todos os níveis de conhecimento para facilitar a fiscalização e o controle por parte dos movimentos populares e sindicais em relação aos riscos sanitários e não apenas às demandas pela assistência;



EIXO TEMÁTICO II: FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

Cabe ao Sistema Único de Saúde, de acordo com o preceito constitucional regulamentado pela Lei nº 8080/90, orientar a formação dos recursos humanos na área da saúde. Além disso, o Ministério da Saúde tem papel fundamental na proposição, no acompanhamento e na execução de uma política de gestão do trabalho e de regulação profissional. Neste sentido, a formação de nível técnico, de graduação e de pós-graduação em odontologia deve ter como referência as necessidades de saúde da população e os princípios do SUS.

Todavia, o processo histórico de estruturação da prática odontológica, voltado quase exclusivamente para o exercício profissional baseado em um modelo individual privatista aliado ao limitado papel exercido pelo Estado brasileiro na prestação de serviços de saúde bucal determinou a consolidação de um modelo formador dissociado da realidade e voltado prioritariamente para atender a minoria da população com poder de compra de serviços de alta tecnologia. Os cursos de odontologia do País são na sua maioria oferecidos por instituições privadas e concentrados nas regiões mais desenvolvidas, predominando uma lógica mercantilista e pouco efetiva no sentido da modificação do perfil epidemiológico da população. Todo este processo teve também como consequência a formação de trabalhadores de nível técnico em número insuficiente e seguindo o mesmo marco conceitual da formação dos profissionais de nível superior. Apesar de tudo isso há que se considerar o esforço empreendido por diversas instituições formadoras, notadamente as universidades públicas, no sentido da incorporação dos elementos curriculares necessários à formação de um profissional com novo perfil. Outro aspecto a ser considerado diz respeito as atividades de pesquisa que precisam ser redirecionadas de forma a contemplar os problemas mais relevantes no campo da saúde bucal e organização de serviços. No âmbito do SUS espera-se o cumprimento da sua função estratégica no que se refere a capacitação e formação dos profissionais, com redefinição do modelo de integração entre a docência e o serviço e a efetiva implantação e uma política de educação permanente.

Além da formação de profissionais com perfil adequado, as relações de trabalho constituem elemento central na efetivação dos princípios do SUS. Entretanto, nos últimos anos o que se tem observado é uma crescente precarização destas relações, com o progressivo desmonte das carreiras do serviço público e, em muitos casos, deterioração das condições de trabalho.



PROPOSTAS APROVADAS NA III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL, Salvador – BA, 2004

1. Promover a formação do profissional de saúde bucal tendo como referência a realidade social do País, desenvolvendo, também, habilidades necessárias ao trabalho no âmbito do SUS;
2. Viabilizar que os trabalhadores de saúde desenvolvam práticas em saúde bucal em conjunto com as instituições produtoras de conhecimento e formadoras dos recursos humanos buscando na interdisciplinaridade e na intersetorialidade as estratégias de consolidação do modelo de atenção proposto;
3. Promover a revisão dos currículos universitários de forma a atender as demandas da população e avaliar o funcionamento dos atuais cursos de odontologia, viabilizando a implementação plena e adequada das Diretrizes Curriculares definidas a partir da LDB;
4. Fortalecer a integração ensino e serviço através do estabelecimento de convênios entre secretarias estaduais e municipais com universidades e unidades formadoras de RH em saúde;
5. Viabilizar uma formação profissional mais humanizada e garantir o estágio obrigatório dos universitários na rede pública para conhecimento da realidade da população;
6. Integrar docência, serviço e pesquisa na perspectiva de realizar a transformação da prática alienada em uma prática consciente e comprometida;
7. Definir agendas de pesquisas em saúde bucal de modo a adequar as prioridades em pesquisa à realidade atual;
8. Garantir o pleno cumprimento da Lei 8080/90 no sentido da melhoria na formação dos trabalhadores em saúde bucal;
9. Implantar e viabilizar o financiamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde em todos os Estados, priorizando programas de educação permanente na área de odontologia;
10. Incentivar a criação de cursos em saúde coletiva com ênfase na saúde da família;
11. Fazer cumprir a legislação vigente sobre a capacitação dos profissionais da equipe de saúde como requisito para implantação do PSF e garantir, através dos Pólos de Educação Permanente, treinamento introdutório específico para os profissionais de saúde bucal;
12. Incentivar a descentralização dos cursos de THD, ACD, TPD e APD;
13. Capacitar os trabalhadores de saúde para utilização das informações como instrumento de planejamento em saúde bucal;
14. Capacitar os profissionais e equipes para trabalhar com pacientes portadores de necessidades especiais;
15. Inserir nos processos de formação e capacitação de profissionais de saúde conteúdos de modo a que possam perceber e identificar sinais e sintomas envolvendo estruturas bucais, típicas de alterações sistêmicas como doença celíaca, doenças neuro-evolutivas, autismo, HIV, assim como as repercussões sistêmicas dos procedimentos odontológicos encaminhando o paciente para adequado tratamento;
16. Tornar obrigatória a capacitação periódica de profissionais de nível superior, auxiliares e ACS das equipes de saúde da família no curso *BLS* (suporte básico de vida) sendo facultativo para a comunidade, visando o melhor atendimento às urgências e emergências nas áreas de abrangência das USFs;
17. Assegurar a capacitação em saúde bucal dos ACS, médicos, enfermeiros, e auxiliares de enfermagem, sob a supervisão técnica do cirurgião dentista;



18. Constituir comissões paritárias (governo e trabalhadores) e garantir recursos financeiros, nas três esferas de governo, para a elaboração, implantação ou reestruturação do PCCS, com ênfase na humanização dos serviços de saúde, qualidade de vida no trabalho 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 econômicos implementados pelos governos anteriores c) isonomia salarial por escolaridade d) estímulo ao tempo integral e) incentivo aos profissionais de saúde bucal que trabalham em locais de difícil acesso f) ingresso na carreira somente por concurso público g) possibilidade de desenvolvimento profissional permanente, inclusive com acesso a curso de pós-graduação lato e stricto sensu;
19. Formalizar plano de cargos, carreira e salários para os profissionais de saúde com isonomia salarial entre as categorias observando-se o nível de atenção (básica, média e alta complexidade) no qual está inserido;
20. Garantir a contratação dos profissionais do PSF e ACS através de concurso público, em regime de CLT para todo território nacional, de acordo com a emenda constitucional no. 19, artigo 5º, de 14/06/98;
21. Implementar uma política de desprecarização do trabalho em saúde bucal no âmbito do SUS, para valorizar o trabalhador concursado, pondo fim a terceirização, aos contratos temporários e a contratação através de cargos em comissão, que não oferecem garantias ao profissional, geram insegurança e dificultam a implementação de políticas de humanização dos serviços;
22. Utilizar, no processo de concurso público, prova de títulos, prova escrita e entrevista com memorial e exigir a realização de estágio probatório;
23. Garantir a regulamentação e implementação, em todas as esferas de governo, do artigo da constituição federal que trata das aposentadorias especiais para os trabalhadores do serviço público que atuam em áreas e atividades perigosas e insalubres;
24. Estabelecer incentivo e garantir adequadas condições de trabalho para os profissionais que atuam em distritos rurais;
25. Exigir o cumprimento da lei no. 3999/61 que garante ao CD e ao médico o mesmo nível de remuneração e jornada de trabalho;
26. 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, entre outras ações, a constituição das CIPA's. Para isso devem ser viabilizadas condições de trabalho ergonomicamente corretas, desenvolvidas em ambiente adequado com a garantia de adoção das medidas de biossegurança e o fornecimento de EPI's para a realização dos procedimentos clínicos;
27. Estabelecer nova portaria do Ministério da Saúde garantindo a presença obrigatória de 1 CD e 1 ACD na equipe mínima do PSF;
28. Fazer cumprir a determinação do Ministério da Saúde quanto ao número de famílias e de indivíduos cobertos por cada ESF;
29. Incentivar a interiorização dos profissionais de saúde bucal;
30. Buscar a aprovação, na íntegra, do projeto de lei 53/93 sobre regulamentação do pessoal auxiliar;
31. Criar a carreira para o Cirurgião–Dentista do trabalho, no âmbito federal, estadual e municipal;
32. Garantir a contratação de um maior número de cirurgiões-dentistas para as unidades básicas de saúde com o objetivo de facilitar o acesso da população ao tratamento odontológico;



"ACESSO E QUALIDADE,
SUPERANDO A EXCLUSÃO SOCIAL"

33. Garantir que as instâncias gestoras do trabalho e da educação na saúde no âmbito do SUS promovam as condições necessárias para a efetivação da NOB/RH/SUS com cronograma de implantação ainda em 2004, por meio de ampla discussão com os trabalhadores e aprovação nos respectivos conselhos;
34. Implementar uma política de humanização das condições de trabalho e na atenção ao usuário, envolvendo profissionais de saúde bucal, usuários e gestores, valorizando o respeito à cidadania, observando as especificidades regionais e a diversidade cultural, e as relações de trabalho;
35. Combater o exercício ilegal da profissão;
36. Impedir a abertura de novos cursos de odontologia, subordinando, em situações especiais, a aprovação ao Conselho Nacional de Saúde.



EIXO TEMÁTICO III: CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL.

O grau de organização e mobilização social demonstrado pela sociedade brasileira na Constituinte de 1988 conseguiu definir e estabelecer no artigo 194, a Seguridade Social como o "conjunto integrado de ações dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". A construção do SUS depende da visão integrada da saúde como integrante da Seguridade Social. Para consolidação do SUS as políticas dirigidas para atenção social devem ser incluídas e planejadas com a visão integral do cidadão.

A prática do orçamento da Seguridade Social, percentual mínimo para o SUS, a destinação da CPMF e a retirada de outras fontes de financiamento do SUS, assim como a extinção do Conselho Nacional de Seguridade Social são pontos para reflexão. O controle social é uma conquista da sociedade consagrada na constituição brasileira, permitindo ao cidadão de forma organizada ou através de instituições participarem do planejamento e acompanhamento das políticas públicas. Os conselhos de saúde são instâncias permanentes de discussão e controle social se ampliando nas conferências de saúde. As conferências anteriores identificaram que as políticas na área de saúde bucal são ineficientes, restritas a alguns procedimentos ofertados a determinados grupos e dicotomizadas da real necessidade.

O SUS trouxe uma nova forma de processar, formular e controlar política pública, com envolvimento da sociedade e as instâncias governamentais. Esta é uma articulação que ao mesmo tempo em que se questiona o direito, também a sociedade assume responsabilidades pelas políticas definidas. O controle social através dos espaços institucionais de gestão compartilhada da saúde são os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. A saúde trouxe a discussão da cidadania e o exercício da cidadania será fundamental para o novo modelo de atenção. A responsabilização dos municípios pela saúde dos munícipes aproxima o gestor da sociedade, mas, ao mesmo tempo gera conflitos, quando o gestor tem que se submeter ao Conselho para tomada de decisão. Contudo ainda não contamos com Conselhos plenos de informações e deliberações o que retarda o avanço para consolidação do SUS.

As Ouvidorias ainda não atuam junto à sociedade no sentido de informar e formar cidadãos capazes de qualificar a assistência pelo controle social exercido.



PROPOSTAS APROVADAS NA 3ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL, Salvador – BA, 2004

1. Fiscalização pelos conselhos de saúde dos serviços odontológicos prestados à comunidade;
2. Garantir a capacitação continuada dos conselhos de saúde através de cursos para os conselheiros;
3. Garantir que os gestores públicos realizem as conferências de saúde bucal de 2 em 2 anos;
4. Estruturar financeiramente, fortalecendo os conselhos de saúde;
5. Fortalecer os conselhos de saúde, com independência do poder publico;
6. Fazer valer a legislação vigente para o serviço de Ouvidoria;
7. Criar comissão técnica de saúde bucal no conselho de saúde do município
8. Criar mecanismos mais ágeis entre o CMS e Ministério Publico;
9. Elaborar e implementar um plano permanente de informação, educação e comunicação em saúde bucal nos veículos de comunicação locais e Nacional com garantia de espaço para a divulgação, distribuindo os custos de produção entre as três esferas de governo
10. Alimentar o SIOPS melhorando o controle social;
11. Estabelecer periodicamente pesquisa de opinião publica sobre a prestação do serviço, grau de satisfação dos usuários e trabalhadores, sobre o impacto de serviços ofertados e a possibilidade de participação da sociedade na formulação e definição de novas estratégias;
12. Garantir a permanência e o cumprimento da emenda constitucional 29,
13. Ampliar o acesso dos conselheiros e da comunidade a informação a cerca da alocação e distribuição de recursos destinados a saúde;
14. Criar ou ampliar a biblioteca para capacitação dos conselheiros municipais, e comunidade com referencia a saúde bucal;
15. Mobilizar e difundir informações sobre o papel dos conselhos de saúde;
16. Fomentar a participação popular;
17. Que as instituições que fazem parte dos conselhos municipais sejam representativas e legais.
18. Reforçar junto a população, gestores, trabalhadores e conselhos de saúde a necessidade de repensar saúde bucal como resultado de ações intersetoriais;
19. Participação de profissional de saúde bucal através de entidades representativas da categoria nos conselhos de saúde;
20. Intensificar através dos conselhos locais de saúde a importância da educação, prevenção e promoção em saúde bucal para a comunidade e ONGs.
21. Implantação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde onde os mesmos não estejam implantados;
22. Convidar participantes da Secretaria Municipal de Educação para participar das Conferências Municipais de Saúde;
23. Parceria e vinculação periódica da Secretaria Municipal de Saúde às comunidades juntamente com as lideranças, visando identificar os reais problemas da população usuária;
24. Que seja atribuição dos Conselhos Locais, Distritais, Municipais de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde realização bimestral de reuniões ampliadas entre tais Conselhos e os Grupos Representativos dos ACS, com o objetivo de intercambiar informações da elaboração e realização das ações de Saúde Bucal na comunidade, incluindo as necessidades e descumprimento das mesmas;
25. Estruturar e fortalecer uma rede de Conselhos de Saúde, bem como uma ação sinérgica e inclusiva que incorpore os movimentos sociais organizados;
26. Impedir que as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite de assumirem as competências dos Conselhos de Saúde em seu caráter deliberativo a fim de não enfraquecer o controle social;
27. Garantir e implementar uma política de educação, informação e comunicação no CNS, formulada e articulada com os Conselhos de Saúde, visando ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade;



"ACESSO E QUALIDADE,
SUPERANDO A EXCLUSÃO SOCIAL"

28. Elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação em Saúde Bucal para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e Conselheiros, visando o fortalecimento de sua atuação no controle social do SUS;
29. Que somente sejam credenciados nas Conferências Nacionais de Saúde Delegados eleitos nas plenárias das respectivas Conferências Estaduais, não sendo aceitos delegados indicados, a fim de garantir a legitimidade das representações.



EIXO TEMÁTICO IV: FINACIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O financiamento das ações na área da saúde vem sendo discutido desde a VIII Conferência Nacional de Saúde. Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) propõem ações descentralizadas e hierarquizadas nas diferentes esferas de gestão e ampliação do orçamento, considerando a lógica do cuidado ao cidadão e da garantia dos direitos sociais.

O financiamento do SUS só alcançará a racionalização dos recursos através da organização dos serviços com a priorização da atenção básica, articulada com os diversos níveis. A grande mudança ocorre quando se passa de um modelo de contribuição previdenciária para a participação de todos os elos da federação, suas contrapartidas, e a manutenção das fontes de forma estável a partir da aprovação da Emenda 29, que define limites mínimos de aplicação em saúde e regras de adequação para o período de 2000 a 2004. Desta forma, é necessário desenvolver a capacidade de avaliação dos serviços com o objetivo de conhecer a boa e a má utilização dos recursos, a discussão com os Conselhos sobre custeio, investimentos, atenção básica, média complexidade e a alta complexidade. Reverter os gastos baseados em convênios e emendas parlamentares para critérios baseados no planejamento e sustentados em planos diretores com ampla discussão democrática nos Conselhos de Saúde.

Embora constitucionalmente o município seja responsável pela gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS, deve contar com a cooperação técnica e financeira das demais esferas de governo. O processo de descentralização só foi possível pela mobilização dos gestores municipais que passaram a lutar pela consolidação do SUS. Esse movimento passou a exigir do gestor local competência e capacidade político-institucional, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais regional e macro regional, com garantia da integralidade da atenção e racionalização de recursos. A clareza na definição de competências, a redefinição das funções dos gestores estadual e federal e o estabelecimento de mecanismos de integração entre as esferas do SUS são necessários, assim como a revisão da discussão sobre as instâncias Comissão Intergestores Bipartite - CIB, Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselhos de Saúde, que apesar de desempenharem papel importante na intermediação dos conflitos de interesses sobre gestão e reorganização dos serviços não conseguiram o consenso da direção do sistema.

É importante que a sociedade reconheça o gestor e a sua responsabilidade pela garantia do direito à saúde e fortaleça o controle social, contribuindo para a definição das responsabilidades sanitárias e dos mecanismos de responsabilização dos gestores nas várias esferas. Deve-se ainda buscar o equacionamento dos problemas associados ao atendimento do cidadão de forma regionalizada, revisão dos mecanismos de alocação e repasse de recursos, assim como o modelo de atenção vigente.



PROPOSTAS APROVADAS NA III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL, Salvador – BA, 2004

1. Ampliar a contrapartida municipal e garantir contrapartida estadual proporcional aos incentivos financeiros federais destinados à Saúde Bucal, inclusive os destinados a procedimentos especializados;
2. Garantir o fornecimento dos equipamentos listados pelo Ministério da Saúde para os consultórios da rede pública (no mínimo: cadeira, equipo, mocho, aparelho fotopolimerizador, aparelho de raio X, autoclave, amalgamador, aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato de sódio e ultra-som e instrumentais necessários ao atendimento);
3. Incluir a Saúde Bucal no Projeto Saúde Bahia, garantindo recursos para a implantação e manutenção das Equipes de Saúde Bucal.
4. Garantir recursos financeiros destinados à saúde bucal de forma a contemplar diferenças regionais (acesso geográfico, população, perfil epidemiológico);
5. Fixar taxas para indústrias do tabaco e do álcool, criando um fundo específico para saúde bucal, e criar mecanismos para que fabricantes de produtos cariogênicos contribuam com incentivos financeiros para as campanhas de saúde bucal;
6. Ampliar o incentivo financeiro federal destinado à Saúde Bucal, inclusive aquele destinado a procedimentos especializados;
7. Implantar mecanismos de suspensão de recursos financeiros caso não ocorra alimentação dos sistemas de informação, inclusive o SIOPS;
8. Garantir recursos, das três esferas do governo, para implantação de plano de cargos, carreiras e salários, destacando a isonomia salarial;
9. Garantir financiamento para capacitação dos profissionais de saúde;
10. Estabelecer recursos financeiros para implantação de programas de atendimento domiciliar em saúde bucal;
11. Adotar a classificação hierarquizada dos procedimentos de saúde bucal, das entidades odontológicas nacionais, como parâmetros para a remuneração de honorários e procedimentos odontológicos, adaptada a realidade local;
12. Criar o controle institucional e estimular mecanismos de controle social para garantir o cumprimento da Emenda Constitucional 29 (EC 29);
13. Realizar licitação de produtos e serviços para o setor público, considerando além do preço, a qualidade dos produtos, obedecendo à Lei nº 8.666;
14. Aplicar 100% dos recursos da CPMF na saúde, aumentar os valores do Piso da Atenção Básica (PAB) e cumprir a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS);
15. Garantir o fornecimento de insumos odontológicos da atenção básica e da atenção especializada;



16. Promover amplo debate nacional de modo a construir coletivamente um conceito de “investimento em saúde”, tornando-o claro para todos e, se necessário, fixando o seu conteúdo em lei;
17. Apoiar o veto ao artigo 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 exigir a aplicação, pelas três esferas de governo, da EC 29 e da resolução 322/03 do Conselho Nacional de Saúde, para que os recursos de saúde sejam aplicados em ações e serviços específicos da saúde;
18. Repassar integralmente os recursos oriundos de multas e taxações da fiscalização sanitária, aos fundos de saúde da esfera do governo correspondente ao recolhimento, viabilizando a elaboração e implantação do código de política administrativa;
19. Garantir fontes permanentes e específicas de financiamento, com rubrica própria para execução das ações em saúde bucal e rubrica própria, visando a implementação de políticas e programas nacional, estadual e municipal de saúde bucal;
20. Alocar recursos financeiros nas três esferas de governo, para implantação de uma política de aquisição, conservação e reposição dos equipamentos e insumos de uso odontológico conforme especificações da área técnica e as normas e padrões estabelecidos pela vigilância sanitária;
21. Reajustar periodicamente os valores da tabela de procedimentos do SIA/SUS e garantir a inserção de novos procedimentos, anteriormente não contemplados;
22. Garantir incentivos destinados a consultórios volantes e itinerantes;
23. Estabelecer incentivos financeiros para aquisição de veículos específicos para a equipe de saúde bucal, como acontece com as vigilâncias sanitária e epidemiológica;
24. Elevar o investimento das três esferas de governo para um patamar mínimo, a ser definido em discussão com os vários segmentos da sociedade;
25. Garantir a isenção de impostos na compra de insumos odontológicos pelas prefeituras municipais;
26. Manter o disposto no inciso 2º do artigo 59 da LDO/2001, que proíbe o contingenciamento dos recursos de saúde;
27. Alocar recursos nas três esferas de governo para a implantação dos Centros Especializados de Odontologia (CEO), conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), assegurando o atendimento aos portadores de necessidades especiais;
28. Alocar recursos para campanhas educativas em saúde bucal nos meios de comunicação;
29. Prover as unidades de saúde com os insumos necessários para suporte básico de vida;
30. Garantir pactuação entre as esferas de governo para alocação de recursos com o propósito de implantar assistência odontológica nos Hospitais Psiquiátricos;
31. Efetivar a política de saúde bucal para atendimento de urgência e emergência em todos os hospitais;



"ACESSO E QUALIDADE,
SUPERANDO A EXCLUSÃO SOCIAL"

32. Garantir referência e contra-referência para as especialidades de Odontologia;
33. Implantar centros de atendimento 24h de odontologia, assegurando seu funcionamento inclusive nos finais de semana.

Obs: A proposta "Prover os cargos de gerência em saúde bucal com cirurgiões-dentistas, de preferência, com cursos de saúde pública ou equivalente, e/ou viabilizar cursos de especialização para os profissionais que não o possuírem", aprovada com mais de 70% no eixo temático IV – Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal, foi suprimida após votação na plenária final, decorrente do seu encaminhamento pelo eixo temático II – Formação e trabalho em saúde bucal.



DELEGADOS USUÁRIOS ELEITOS

TITULARES	SUPLENTE
Macro Nordeste	
Ademir de Oliveira Santos	Agnaldo Porfírio da Cruz
Cleide Cristina de Oliveira Avelino	Avany Costa Araújo
Oslindete Pardo Xavier	Josemary Mamédio Lima
Carlos Eduardo Rodrigues Queiroz	
Humberto Costa	
Vera Lúcia Brandão Borges	
Valquíria Ferreira de Souza	
Luciene Silva Brandão	
Mônica Dolores Oliveira Silva Malaquias	
Antônio Bispo Barreto	
Edison Ferreira	
José Néias Rodrigues dos Santos	
Givaldo Brito da Silva	
Marli Eleotério da Conceição	
Macro Centro Leste	
Aparecida de Cássia Campos Ribeiro	Cristina Batista Porto
Enoque Menezes Silva	
Possidônio Joaquim de Oliveira Filho	
Edson Mendes dos Santos	
Edson Marcelo dos Santos	
Tiana Tavares de Souza	
Macro Sul	
Ricardo Rocha Santos	José Fernando Costa
José Francisco dos Santos	Glauber Alexandre Bispo
Aline Almeida dos Santos	
Sofia Noélia Guimarães dos Santos	
Macro Sudoeste	
Deusdete de Jesus Oliveira	Irailza Souza dos Santos
Sebastião da Silva Leite	
Marivaldo Rocha Machado	
Jailton Fernandes Chagas	
Macro Norte	
Josiel Araújo dos Santos	Shirley Tatiane da Silva
Pedro Militão Filho	
Macro Oeste	
Terezinha Lopes Brito	Avilmar Ribeiro de Souza
Almiro Aurora da Silva	
Macro Extremo Sul	
Veruschka Tavares Carneiro	Aurelina Conceição Sacramento
Maria Dajuda Rosa Cardoso	



DELEGADOS TRABALHADORES ELEITOS

TITULARES	SUPLENTE
Macro Nordeste	
Josenildo de Souza Alves	Márcia Guimarães Ribeiro
Carlos Alberto Lima da Silva	Wellington Souza da Conceição
Luzia dos Reis Lima	Hamilton Gomes Filho
Marcelo Torres Peixoto	Antônio Fernando Meireles
William Viriato Sampaio	Maria das Graças Souza Santos
Renata Freire Alcântara	Antônia Maria Britto de Jesus
Cátia Maria Guanaes Silva	Luciana Coutinho Simões Wanderley
	Eliana Alvarez Santos
	Mônica Santos Nascimento
	Maria da Conceição dos Santos Sanches
Macro Centro Leste	
Joildo Guimarães Santos	
Julita Maria Freitas Coelho	
Karina Raquel Matos Santos	
Macro Sul	
Luciano Tavares	Luzinete Lino de Oliveira
Claudine Cruz de Oliveira	
Macro Sudoeste	
Maurício Borba Freire	Maria Lúcia Caíres Silva
Alina Paulette Barros Rodrigues	
Macro Norte	
Maria Bernadete C. de Albuquerque Rocha	
Macro Oeste	
Sérgio Ricardo Florentino Souza	
Macro Extremo Sul	
Eliana Rosa Ramos	



DELEGADOS PRESTADORES ELEITOS

TITULARES	SUPLENTES
Macro Nordeste	
Maria Auxiliadora Costa Galvão	Leila Santana Monteiro
Maria Amélia Matos Brito	
Daniel Rocha Barbosa	
Macro Centro Leste	
Enalzia Rodrigues T. de Souza	Genilsa Aragão Guerra e Guerra
Julieta Santos Santiago Souza	
Macro Sul	
Lílian Leal Sampaio	Everaldo Gomes Lima
Bolívar de Oliveira Landi	
Macro Sudoeste	
Soraya de Matos T. Pereira	Paulo Roberto Pereira Ferraz
Macro Norte	
Iamashirio Lousan Alves Brito	Francisco Walber Lins Pinheiro
Macro Oeste	
Lorena Lima Marcula	Márcia Regina Coelho Simões
Macro Extremo Sul	
Missimária Gomes Noronha	Alex Serapião de Souza



DELEGADOS GESTORES ELEITOS

TITULARES	SUPLENTES
Macro Nordeste	
José Paulo Macedo	Zildete Veloso
Mércia Maria Reis Almeida	Celso Guimarães
Naura Caldas Coelho Matos	
Jaqueline de Azevedo	
Macro Centro Leste	
Raimunda Camilo da Hora	
Macro Sudoeste	
Suzana Cristina Ribeiro	Carla Juliana Braga dos Reis

DELEGADOS OBSERVADORES ELEITOS

TITULARES	SUPLENTES
Ana Paula Pitanga Barbuda de Souza	Natasha Lemos Lucena
Cássia Oliveira Andrade	
Luiz Cláudio Barreto	
Sandra Costa Neves Almeida	