

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Relatório Final

**BRASÍLIA
1993**

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA
II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

RELATÓRIO FINAL

DIVULGAÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DA II CNSB

MINISTÉRIO DA SAÚDE - COORD. NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

José Cados Cativo Gedeão (efetivo)
Mércio de Azevedo Ferreira (suplente)

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Swedenberger N. Barbosa (efetivo)
João Guerra (suplente)

**ENTIDADES NACIONAIS DE ODONTOLOGIA
(ABO, ABENO, ACADEMIA, CFO, FIO, FNO)**

Hosana Garcez Moreira (efetivo)
Edila Sinedino de Oliveira Maiorana (efetivo)
José Dilson de Vasconcelos (suplente)
Márcio Florentino Pereira (suplente)

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE

Gilberto Mendes de Oliveira (efetivo)
Valmir Lages Batista (suplente)

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Alaor de Oliveira Júnior (efetivo)
Déo Costa Ramos (suplente)

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Osdyr Brasileiro Matos (efetivo)
Ilza Nascimento Leite (suplente)

REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS

Maria do Amparo Vieira de Souza (efetivo) - MOPS
Antonio Sabino Santos (efetivo) - CONAM
Veridiano Custódio Brito (suplente) - Pró Central de Moradores
Eni Carajá Filho (suplente) - MOHAN

Composição e Diagramação: Fátima Peraba Roque

Arte-Final: Luiz Fernando Dümpel Cesar

IMPRESSO PELO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

APRESENTAÇÃO

A **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**, realizada de **25 a 27 de Setembro de 1993**, representou um dos mais importantes fóruns de discussão da Saúde Bucal no país. Foram 792 delegados sendo 388 de representantes de usuários e 404 dos demais segmentos (**Governo, Profissionais de Saúde e Prestadores de Serviço**), escolhidos nas suas entidades nacionais e em 24 Conferências Estaduais, estas precedidas de centenas de Conferências Municipais. Além disso mais de 300 participantes credenciados de todo o país também juntaram-se aos delegados nas discussões de grupos e no plenário.

A **II Conferência Nacional de Saúde Bucal** foi realizada como deliberação da **IX Conferência Nacional de Saúde** tendo à frente as entidades nacionais de **Odontologia**, o **Ministério da Saúde**, o **Conselho Nacional de Saúde**, **CONASS**, **CONASSEMS** e as **representações nacional de usuários**.

Numa difícil conjuntura nacional os delegados e participantes da **II Conferência Nacional de Saúde Bucal** pronunciaram-se deixando claro 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. Igualmente entenderam os presentes, que a Revisão Constitucional pela qual a maioria congressual trabalha, se concretizada, significará um duro golpe nas conquistas obtidas na atual Constituição. Situando também o agudo quadro sanitário, incluindo as doenças bucais, foram responsabilizados os Governos nos diferentes níveis por esta situação por serem, com raras exceções, representantes do grande capital e não terem compromisso social

As discussões na **II Conferência Nacional de Saúde Bucal** permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal no país, levando em conta a Saúde Bucal como direito de cidadania, um novo modelo de atenção em Saúde Bucal, os recursos humanos, o financiamento e o controle social. A efetiva inserção da Saúde Bucal no **SUS (Sistemas Único de Saúde)** deverá desmistificar modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levam em consideração a realidade concreta. Desta forma, a **II Conferência Nacional de Saúde Bucal** aprovou com muita propriedade que esta inserção se dará através de um processo sob controle da sociedade (Conselhos de Saúde), descentralizado e onde se garanta a universalidade do acesso e a equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social.

Os usuários, representantes da população organizada, deixaram claro que não abrem mão da sua cidadania em Saúde Bucal e que vão lutar por ela. A implementação das resoluções da **II Conferência Nacional de Saúde Bucal** só se dará: **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 através 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.

A **II Conferência Nacional de Saúde Bucal** é a resposta mais legítima da sociedade civil organizada, de que não aceita a atual situação da Saúde Bucal no país (iatrogênica, excludente e ineficaz). Esperamos que esta lição de cidadania que foi a **II Conferência Nacional de Saúde Bucal** contamine os gestores públicos e os prestadores de serviço. Se assim for poderemos ter uma expectativa mais positiva em Saúde Bucal para 1994, ano definido pela **OMS (Organização Mundial de Saúde)** como ano mundial da Saúde Bucal.

Os participantes da **II CNSB**, apresentam suas conclusões a sociedade brasileira em geral, às autoridades de saúde, aos profissionais e servidores de saúde, aos dirigentes municipais, estaduais e federais, às diversas instituições que compõem o Poder Público no Brasil e aos diversos organismos internacionais de Saúde.

SWEDENBERGER N. BARBOSA
Coordenador Geral da
II Conferência Nacional de Saúde Bucal

CARTA DA II CNSB

A Constituição promulgada em 1988 embora não tenha sido a ideal, foi resultado de um grande debate nacional e respalda muitas das transformações necessárias à construção de um país mais justo e igualitário.

Passados cinco anos, metade dos inúmeros artigos que necessitam de regulamentação para vigorarem plenamente, permanecem até hoje sem o dispositivo regulamentador. Outros artigos, auto aplicáveis, permanecem como letra morta, a exemplo daquele que estabelece o limite de 12% de juros reais ao ano.

O pensamento e a prática neo-liberais 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 demontando os serviços públicos e comprometendo brutalmente as garantias mínimas de cidadania.

Os investimentos globais do setor público para a saúde têm representado em média 2% do PIB, significando investimentos de apenas U\$ 50 per capita/ano, enquanto a Organização Mundial da Saúde recomenda o mínimo de U\$ 500 per capita/ano para países em desenvolvimento. Concretamente não há o menor respeito à Constituição e, no caso específico da saúde, até hoje não se cumpriram os dispositivos que impõem a implantação do Sistema Único de Saúde, cujos princípios a nação inteira proclama e reafirma.

No que se refere a Saúde Bucal a situação é profundamente preocupante. Até hoje prevalecem a falta de políticas adequadas, as péssimas condições de trabalho, os salários aviltantes, a falta de financiamento compatível com a proposta do SUS e a dignidade humana, entre outras questões não menos importantes que afetam diretamente a população, deixando os usuários à sua própria sorte, numa afronta à cidadania dos brasileiros.

Como se não bastasse o desastre social perpetrado pelo neo-liberalismo excludente à nação, as elites não satisfeitas arquitetam novo golpe travestido na proposta de revisão constitucional executada por um congresso de corruptos em pleno ano eleitoral.

No momento em que a violência institucional ou não, tira a vida de centenas de trabalhadores, crianças, aposentados e idosos, seja através do assassinato direto, seja pela falta de mecanismos adequados de proteção social, a minoria dirigente deste país busca aprofundar ainda mais o apartheid social, concentrando mais dinheiro e poder.

Diante deste quadro, a **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**, considera também que o atual Congresso não tem legitimidade para auto transformar-se em Assembléia Constituinte revisora e manifestar-se veementemente contra a revisão constitucional nos moldes em que ela se processa, denunciando-a como golpe das elites dominantes contra a imensa maioria da população que mercê do fisiologismo flagrante do Congresso Nacional, é cada vez mais expropriada.

REVISÃO CONSTITUCIONAL AGORA É GOLPE!

Brasília, 27 de Setembro de 1993.

Plenária Nacional da II CNSB

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

I - INTRODUÇÃO

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e esta relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e a informação.

O modelo de saúde bucal vigente no Brasil, caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira, Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação.

Demonstram a falência do sistema, os vergonhosos indicadores de saúde e de morbidade bucal existentes, traduzidos pelos elevados índices de mutilações, cáries dentárias, doenças periodontais, câncer bucal, má oclusão e anomalias congênitas que colocam o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal no mundo.

Porém, a crise do setor não pode ser entendida sem que se considere a crise atual do Estado e da sociedade como um todo. Prioritariamente é necessário que se compreenda as frágeis bases científicas, políticas e sociais em que se estrutura o modelo vigente de atenção a saúde no país.

A política recessiva adotada e o modelo de desenvolvimento imposto à nação nas últimas décadas gerou concentração de renda, drenou capitais para o exterior na forma de pagamento de dívida externa, promoveu uma acelerada e caótica urbanização, aumentou a miséria e a concentração de renda, refletindo-se drasticamente nos indicadores de vida da população; e em nome de uma suposta modernidade o aparelho do Estado foi desmantelado e os monopólios se apropriaram de empresas públicas, mesmo quando rentáveis, aprofundando o quadro preexistente da privatização do Estado.

Agravando este quadro, o Brasil defronta-se com numerosos crimes de corrupção envolvendo autoridades públicas de diferentes níveis do governo e personalidades do mundo empresarial. Situação que tende a se manter prevalente na medida em que interesses corporativos institucionais dissimulam e mascaram os gigantes da roubalheira nacional.

Por sociedade já não se tem entendido o povo brasileiro na sua totalidade, nem mesmo sua parcela mais organizada, mas os detentores do dinheiro. O que faz pensar que a sociedade foi apropriada pela economia.

A sociedade reage e age pela via do dinheiro, guia-se pela voz dos agentes econômicos, pelo equilíbrio de mercado, pelas reservas cambiais, pela base monetária, etc... É seria, moderna e produtiva e afina-se pelo diapasão da economia.

Já o Social, no conceito do governo brasileiro, indica as carências e o ônus do Estado para com o povo tem sido interpretado como perdulário, arcaico e empecilho ao progresso que aterra o governo às dificuldades, e ao imobilismo. Mais modernamente vem sendo acusado de ser a grande via da corrupção no país. Interpretação draconiana que visa dissimular a ação dos maus políticos que compõem os quadros do Poder Público Nacional.

A Sociedade passou a ser interpretada como ativa enquanto economia, e passiva enquanto vida social e temos inadvertidamente permitido que se desvincule nossa economia da nossa realidade social como se uma não implicasse a outra.

Ações importantes como o combate a fome e a miséria são arditamente escamoteadas dos compromissos obrigatórios do governo, onerando a sociedade civil que já recolhe pesada carga tributaria quase sempre instituída sob a justificativa de atender às demandas sociais que a miséria, as doenças e o analfabetismo impõem.

Como se não bastasse o desperdício de 15% da safra nacional em função da caótica política estatal de abastecimento, a participação do governo, ainda que palidamente, em ações pontuais, isoladas e irresolutivas na distribuição de cestas básicas, torna patente o estardalhaço demagógico

eleitoreiro e a exploração do paternalismo que tanto tem servido aos interesses das classes dominantes que tem seu compromisso invariavelmente centrado no capital e no lucro.

Daí a serem tratados como carência e déficit, assuntos tão importantes como saúde, educação, habitação, transporte coletivo, fome desemprego, etc. ("Problemas que somente serão eliminados quando suas vítimas tornarem-se cidadãos, quando sairmos do dispositivo da caridade (um miserável que pede, um bondoso que dá) para realizarmos o direito do homem aos meios que o capacitem a vencer a fome e a miséria") imerecidas. (Renato Janine Ribeiro).

II – SAÚDE BUCAL É DIREITO DE CIDADANIA

Educação e Saúde são uma condição e ao mesmo tempo uma conseqüência do exercício da cidadania, e portanto pressupostos básicos para o seu exercício responsável. E o modelo excludente de saúde é um fator determinante na fragilização desse exercício.

No momento que a população entender melhor a dimensão transformadora de seus direitos e deveres passará a ser mais rigorosa para consigo mesma, para com os políticos e para com os serviços, principalmente os de saúde.

Devemos como cidadãos responsáveis desenvolver ações concretas no sentido de transformar a ciência eticamente livre em outra eticamente responsável, estruturada juntamente com a substituição da democracia política técnica para a democracia social concreta.

O Poder Público não vem adotando políticas compensatórias no campo social visando reduzir os efeitos da crise. Nesta direção, as alternativas que atendam as necessidades e expectativas da maioria da população devem ser viabilizadas através de um projeto nacional que combine desenvolvimento com investimentos nos setores de saúde, educação, habitação, transporte, ciência e tecnologia e a efetiva realização da reforma agrária; além de políticas públicas descentralizadoras e democráticas, reafirmando-se a necessidade de democratização do judiciário e do exercício do controle social sobre o aparelho estatal.

A cidadania no campo da saúde e especialmente da saúde bucal será exercida permanentemente a partir do entendimento e do compromisso com uma nova ética, que inclua o campo político da legislação e os comportamentos públicos.

Assim, as políticas de saúde bucal devem favorecer a transformação da prática odontológica, através da incorporação de novas tecnologias e de recursos humanos preparados para o desenvolvimento de ações coletivas de saúde; sem as quais não será possível obter impacto na cobertura à população e nem alterar suas características epidemiológicas.

Existe uma grande discrepância entre o progresso técnico e científico da Odontologia no Brasil e os níveis de saúde bucal dos brasileiros. As razões desta realidade estão relacionadas com a formação e capacitação dos recursos humanos que é inadequada, a ineficiência dos serviços e programas públicos e a gravidade dos problemas sanitários, que fazem com que a saúde bucal tenha prioridade secundária.

É inadmissível o comportamento adotado pelo poder público quanto à fluoretação das águas de abastecimento público, condenando 70% da população brasileira a sobreviverem sem esse benefício. Ao mesmo tempo, é eticamente questionável a passividade e a apatia da classe odontológica brasileira, quanto a exigência do cumprimento da Lei 6.050/74 que determina a obrigatoriedade da fluoretação.

Os profissionais de saúde devem ter incorporadas na sua formação, condições que os habilitem trabalhar em nível comunitário buscando resgatar a cidadania dos indivíduos, com vistas à construção de um modelo de atenção que contemple a integralidade da atenção, a dignidade e a ética.

Para tanto é necessário educar e informar os indivíduos visando a transformação da sociedade no sentido da valorização positiva da vida e da saúde. Estimular a desmonopolização do saber, a discussão dos direitos universais do homem e a implementação de políticas justas e igualitárias de proteção social.

E necessário reafirmar os conceitos de universalidade e equidade no conjunto de pré-condições básicas para o exercício da cidadania e nesse sentido é fundamental a participação dos meios de comunicação que devem servir como veículos de informação dos direitos fundamentais dos cidadãos para que a sociedade se dê conta da importância da atenção integral à saúde e seja capacitada para o exercício do controle social, expressão plena da cidadania.

A transferência do conhecimento para a população deve ser uma preocupação essencial no processo de resgate da cidadania dos brasileiros, hoje negada pelo neo-liberalismo excludente que norteia a política atual do governo, principalmente no que diz respeito a distribuição de renda e ao acesso a educação.

No campo específico de saúde bucal da população de nosso país, a conquista da cidadania vai muito além da capacidade limitada e das restritas fronteiras da Odontologia, exigindo para sua concretização a co-responsabilidade da própria sociedade.

A União, os Estados e os Municípios, além do dever constitucional de atuarem como indutores, devem assegurar a implementação de políticas econômicas e sociais que possam repercutir favoravelmente sobre as condições de saúde da população. E os usuários, os trabalhadores e os prestadores de serviços devem assumir definitivamente como um dever legal e ético suas atribuições e competências no SUS, no processo de construção do modelo constitucionalmente proposto.

III - POLÍTICAS DE SAÚDE

A municipalização da saúde é uma estratégia para a construção efetiva do SUS e, a descentralização da gestão, ações e serviços, a única forma capaz de viabilizar o novo modelo de atenção à saúde, conferindo autonomia às regiões e municípios para o planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços, na aplicação de recursos e na priorização de políticas condizentes com as suas realidades, com a efetiva contribuição e participação da sociedade.

O desenvolvimento de políticas de saúde que possam viabilizar a municipalização deve contemplar obrigatoriamente a descentralização política, financeira e administrativa, devendo ocorrer com a respectiva desconcentração do poder e o necessário aporte de recursos financeiros, sem interferência na autonomia das unidades da federação e nos municípios.

A descentralização deve ser total e abrangente, ultrapassando a esfera do nível central das secretarias municipais de saúde, alcançando as unidades básicas de saúde e facultando a instituição dos mecanismos de gestão com adoção do planejamento e orçamentação estratégicos situacionais, ascendentes e participativos.

A SAÚDE BUCAL E O SUS

As políticas de saúde bucal devem favorecer a transformação da prática odontológica, através da incorporação de pessoal auxiliar e de novas tecnologias, e o desenvolvimento de ações coletivas de saúde, sem as quais não será possível obter impacto na cobertura a população e nem alterar suas características epidemiológicas.

Ressalte-se a não incorporação da cárie enquanto doença infecto-contagiosa, prevenível e tratável, no contexto do planejamento das ações de saúde e a ausência de programas coletivos de prevenção em saúde bucal, principalmente no interior e na zona rural.

A falta de levantamento epidemiológico das doenças bucais, com o desconhecimento da situação de cada município, tanto no aspecto sócio-econômico como na área específica da saúde bucal, e;

A insuficiência de cobertura assistencial odontológica à população, bem como a falta de oferta de horários compatíveis para atendimento ao trabalhador.

Para superar tal situação há necessidade urgente das seguintes medidas:

- Os municípios deverão criar Sistemas Locais de Saúde e formar Distritos Sanitários com mecanismos de participação popular e Controle Social efetivos, objetivando contemplar a realidade local e atender às necessidades de cada agrupamento populacional também no que diz respeito à saúde bucal;
- As Secretarias de Saúde dos estados deverão criar as coordenadorias de saúde bucal nas Diretorias Regionais de Saúde, visando um melhor suporte técnico aos municípios jurisdicionados;
- Fomentar a criação de uma comissão bipartite entre Estado e Municípios para viabilizar a imediata implantação da municipalização plena, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, e determinações da IX Conferência Nacional de Saúde;
- O enquadramento imediato dos municípios na modalidade de gestão, em que se classificam, conforme a Norma Operacional Básica – nº 01/93/MS;
- A criação imediata dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, deliberativos e paritários, conforme determinam a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a Lei 8.142/90, as deliberações da IX CNS e a Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde. O não cumprimento da Legislação deve implicar na suspensão dos repasses dos recursos financeiros do SUS e na representação junto ao Ministério Público, por parte da sociedade civil organizada e/ou do Conselho Nacional de Saúde;
- Promover encontros entre os Conselhos Municipais de uma mesma região, para a avaliação e discussão dos problemas relativos à incorporação plena da atenção odontológica nas ações básicas de saúde;
- Fazer cumprir a lei em relação aos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, tornando claro aos membros dos conselhos gestores, a forma de administração do orçamento da Saúde e, o mecanismo de controle do Tribunal de Contas;
- O cumprimento da Lei 6.050/74 que obriga a fluoretação das águas de abastecimento pelo poder público. O controle sanitário desta medida deve ser exigido como direito básico de cidadania em todos os municípios. **Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde** deverá prestar contas anualmente sobre a situação da fluoretação no país, a partir de dados coletados através de coordenações odontológicas de estados e municípios, ou órgão similar.
- Alimentos e produtos reconhecidamente cariogênicos devem conter no rótulo advertência de que o produto é potencialmente causador de cárie. Esta alusão deverá estar contida inclusive na publicidade veiculada pelos meios de comunicação e atenção especial deve ser dirigida pelo setor público de abastecimento no sentido de assegurar que a merenda escolar não contenha produtos altamente cariogênicos;
- Implementar os consórcios intermunicipais como mecanismos de gestão regionalizada.

A II CNSB aponta ainda como fatores dificultadores da efetiva implementação da Reforma Sanitária brasileira, da implantação do SUS e da incorporação plena da atenção a saúde bucal nos procedimentos básicos de atenção à saúde, entre outros, os seguintes:

- A queda do poder aquisitivo da população, desemprego, baixos salários, desigualdades sociais aumentando cada vez mais a demanda de atendimento nos serviços públicos, provocando um desajuste gritante entre as necessidades da população e a oferta de serviços;

- A desarticulação entre os três níveis de governo e indefinição de um modelo assistencial que contemple com clareza a prestação de serviços odontológicos, dentro dos princípios que norteiam o SUS;
- A existência de poucos Conselhos Municipais de Saúde em atividade; sendo que na maioria dos existentes, a representação dos diversos segmentos é quase sempre despreparada, o que facilita a cooptação pelo poder executivo relevando perigosa falta de autonomia e constituindo-se em legitimadores involuntários de práticas administrativas questionáveis;
- A falta de vontade política dos gestores para discutir amplamente os problemas de saúde com a população;
- A ausência de orientação por parte das Secretarias Estaduais de Saúde sobre o processo de municipalização, relevando um profundo "desinteresse" pela descentralização e falta, na maioria dos Estados, de uma política de regionalização e hierarquização dos serviços claramente definida, favorecendo a comercialização de planos de saúde elaborados sem qualquer relação com a realidade epidemiológica dos municípios;
- A descontinuidade dos programas de saúde, determinada pela transitoriedade dos administradores;
- O uso das instituições públicas de forma clientelista e eleitoreira, com priorização para investimentos em ações que se traduzem em resultados imediatos, gerando lucro eleitoral, em detrimento de ações que promovam benefícios na qualidade de vida da população;
- O desconhecimento por parte da maioria dos gestores municipais, da categoria odontológica, das instituições formadoras de RH e da população, das diretrizes básicas para a implantação do modelo de atenção em saúde bucal compatível com os princípios da Reforma Sanitária e do SUS;
- A monopolização dos conhecimentos em saúde pelos profissionais da área, e dentre estes a formação de elites altamente especializadas descomprometidas com o processo de construção de uma prática mais adequada e socialmente justa;
- A concentração de profissionais e prestadores nos municípios mais desenvolvidos, além do descaso e do abandono por parte dos estados, a que são submetidos os serviços e os servidores que atuam em localidades distantes ou politicamente contrárias ao governo estadual;
- A falta de integração entre as ações educativas, preventivas e curativas, com predominância das ações emergenciais e mutiladoras;
- A inobservância das normas de biossegurança, determinadas pela legislação de vigilância sanitária, expondo a riscos desnecessários os profissionais de saúde e os usuários;
- A insuficiência de serviços de atenção odontológica aos pacientes especiais, aos portadores de doenças infecto-contagiosas, bem como, às crianças desde o nascimento e inexistência dos mesmos em várias regiões no país;
- A ausência de mecanismos adequados de gerenciamento dos serviços de saúde e falta de planejamento, controle e avaliação;
- A insuficiência, inadequação e baixa qualidade da capacidade instalada e dos recursos materiais e humanos envolvidos;
- O distanciamento do aparelho formador de RH e das instituições prestadoras de serviço, da real situação de morbi-mortalidade da população;
- A inexistência de planos de carreira, cargos e salários, o que contribui para desestimular os servidores. A isonomia salarial ainda não é realidade;
- A ingerência política na transferência de RH do interior para a capital e para as cidades pólo, deixando a população desassistida, sem a necessária substituição do profissional transferido;
- A ausência de uma política que estimule a realização do trabalho através de equipes multi-profissionais, dificultando a integração dos profissionais de saúde, em função do despreparo

gerencial, da prevalência dos baixos salários, da falta de reciclagem, da má qualificação profissional e dos desvios de função, principalmente quanto ao pessoal auxiliar;

- A inexistência de critérios claramente definidos para ocupação de cargos administrativos e falta de estímulo à equipe odontológica, precárias condições de trabalho e inexistência de capacitação técnica e planos de ascensão funcional;
- As dificuldades encontradas pelos municípios em assumir o pagamento dos servidores estaduais de saúde, atendendo exigência feita pela maioria dos estados que tentam com essa manobra diminuir seus ônus com a folha de pagamento e viabilizar a descentralização de forma parcial e apenas até o nível estadual;
- A insuficiência de recursos financeiros oriundos do SUS, agravada pelo descompromisso da maioria das prefeituras em aplicá-los na melhoria e ampliação dos serviços de saúde bucal;
- A sonegação de impostos e má aplicação das verbas públicas;
- A monetarização do planejamento em saúde;
- A ausência de participação dos Estados no financiamento da saúde, bem como a retenção e apropriação, no âmbito dos Estados, dos recursos da União destinados aos municípios;
- A centralização da arrecadação dos recursos financeiros nos níveis federal e estadual e, pulverização dos mesmos em todos os níveis com a destinação da maioria dos recursos da saúde para a compra de serviços privados;
- O desconhecimento por parte dos profissionais de saúde e da população, do fluxo financeiro das instituições de governo, bem como dos mecanismos de geração de recursos;
- A forma inadequada de repasse dos recursos financeiros da União para os municípios, que além de permitirem a sua apropriação pelos estados, baseiam-se exclusivamente na produtividade dos serviços e não no planejamento que contemple o perfil epidemiológico e a qualidade dos serviços prestados;
- A resistência de prefeitos e governadores à criação dos Fundos de Saúde e ao repasse dos recursos financeiros destinados à saúde para os mesmos;
- O atraso sistemático no repasse das verbas para os Municípios, sem o devido reajuste, impedindo com isso o desenvolvimento e a implementação dos programas de saúde.

IV - MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O modelo de atenção à saúde bucal desenvolvido sob a égide da reforma sanitária e das leis específicas somente terá materialidade se possuir caráter essencialmente público.

Buscar a reversão do atual modelo cirúrgico restaurador, ineficiente e ineficaz, monopolizador, de tecnologia densa e de alto custo, elitista e mutilador em favor de um modelo de atenção integral em saúde bucal que leve em conta as necessidades de comunidade assistida de acordo com o perfil epidemiológico de cada grupamento populacional, demanda recriar a estrutura de funcionamento, os métodos e os processos com os quais se construiu a frágil e caótica saúde bucal da população brasileira, redefinindo o papel da União, dos Estados e dos Municípios no processo de atenção.

A viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento concreto de um modelo de atenção à saúde bucal que incorpore os compromissos da reforma sanitária e aponte para a construção de um novo modelo de atenção orientando pelas propostas da universalidade do acesso, da integralidade e resolutividade das ações, com a inclusão de especialidades segundo o perfil epidemiológico da população, tendo

como pré-requisito básico a efetivação do processo de municipalização da saúde, na construção do Sistema Único de Saúde.

A responsabilidade da Odontologia e da sociedade civil organizada na recriação de um modelo de atenção justo e igualitário baseia-se na sua colaboração na implantação dos Distritos Sanitários entendidos como os micro-espços sociais de construção da saúde bucal, onde serão evidenciados os problemas e definidas as ações de saúde para enfrentá-los.

Outra forma de contribuir na construção do modelo ideal é através do exercício dos mecanismos de pressão social sobre os poderes públicos.

O modelo de atenção proposto pela reforma sanitária deverá contemplar o planejamento estratégico situacional ascendente, com a ativa participação da comunidade na elaboração dos planos de saúde que deverão ser compatibilizados às diferentes realidades de cada município, incorporando propostas específicas de atenção odontológica, garantindo a assistência integral a saúde em todos os níveis e faixas etárias, levando-se em conta entre outros parâmetros, a epidemiologia e as realidades locais para o estabelecimento das prioridades.

A rede de serviços deverá ser hierarquizada segundo o nível de complexidade dos problemas e regionalizada de acordo com distribuição populacional.

A atenção primária em saúde bucal deverá ser realizada pela rede básica de saúde de cada município, cabendo às UBS's a implementação de ações individuais e coletivas em saúde bucal no interior dos espaços sociais (centros comunitários, creches, escolas, fábricas, agrovilas, domicílios e outros).

A assistência odontológica individual, na atenção primária, deverá assegurar a consulta de urgência à toda população e a consulta programada para a realização de procedimentos preventivos e cirúrgico-restauradores a grupos sociais definidos segundo cada realidade local.

A programação da assistência odontológica individual em cada UBS's, em todos os turnos de trabalho, deverá estar integrada aos programas de saúde, e utilizar critérios sociais e epidemiológicos com a participação da comunidade para o estabelecimento de prioridades, que não impliquem em exclusão social.

A fim de assegurar a promoção da saúde bucal e a extensão da cobertura associada a métodos preventivos coletivos, a prestação de serviço odontológico deverá ser realizada por equipes multi-profissionais de saúde bucal compostas basicamente por cirurgião-dentista, auxiliar de cirurgião-dentista, técnico em higiene dental, técnico em prótese dentária, agente comunitário de saúde e técnico em manutenção de equipamentos odontológicos.

Em reformas ou projetos de UBS's deverá ser prevista a edificação de ambientes compatíveis com a instalação de equipamentos segundo critérios ergonômicos e de racionalização do trabalho odontológico, no sentido da modernização do sistema de trabalho no SUS, bem como a sua adequação às necessidades de locomoção, uso e acesso dos portadores de deficiência de qualquer ordem.

Os gerentes de saúde deverão conhecer crítica e criativamente as condições de saúde no contexto da realidade, como as práticas populares em relação a saúde.

A desmonopolização do saber, a transferência do conhecimento para a população e a correta informação sobre os serviços de saúde oferecidos deverão ser uma preocupação essencial no modelo de atenção a saúde bucal.

Garantir o cumprimento da Lei 6.050/74 que estabelece a obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público.

Na impossibilidade de adoção dessa medida, em situações localizadas, métodos preventivos sistêmicos alternativos e conflitantes com a fluoretação das águas de abastecimento público deverão ser definidos segundo a realidade de cada município ou região envolvidos; e só poderão ser implantados após a realização de estudos epidemiológicos circunscritos e localizados, ampla

discussão com a população local, prévia autorização do respectivo Conselho de Saúde e sob rígido controle de qualidade e monitoração pela vigilância sanitária.

A implementação de ações de saúde bucal junto às populações indígenas deverão ser amplamente discutidas com as suas organizações afim de garantir-se o estabelecimento de um programa de atendimento não mutilador, integral e que considere as experiências e os valores culturais relacionados às suas práticas higiênicas e dietéticas

Ainda com relação ao modelo de atenção em saúde bucal a II CNSB propõe:

- Enfatizar a necessidade de implementação dos procedimentos coletivos que deverão ser realizados pela equipe de saúde bucal, desenvolvidos em estudos epidemiológicos periódicos e com base na associação de métodos preventivos e estendidos a todo local onde haja grupo de indivíduos e aplicados desde o seu nascimento;
- Assegurar os insumos básicos para a realização dos procedimentos coletivos, além de materiais informativos e de uso educativo;
- Garantir que os municípios que não possuem estrutura de saúde suficiente para o atendimento especializado em saúde bucal, realizem consórcios entre si para viabilizar a resolução dos mesmos;
- Garantir o atendimento odontológico especializado em ambulatórios de especialidades através de um sistema de referência e contra-referência;
- Garantir que os portadores de deficiência física, mental, motora ou múltiplas, ou de doenças infecto-contagiosas e crônico degenerativas tenham o seu atendimento básico executado em qualquer Unidade Básica de Saúde da rede SUS que deverá contar com concepção arquitetônica adequada, normas e rotinas de biossegurança, e recursos humanos devidamente capacitados para tal fim;
- Criar mecanismos de integração e cooperação técnica entre Estados e Municípios, para que os profissionais, no nível municipal, possam iniciar e dar prosseguimento aos processos de formação dos Distritos Sanitários e de produção de informações em saúde bucal;
- Garantir que as Secretarias de Saúde assumam a questão ocupacional dos seus profissionais, incluindo-os nos programas de saúde do trabalhador, tratando o problema como de saúde e não como questão administrativa; dando as condições ergonômicas corretas e necessárias à criação de um adequado ambiente de trabalho, inclusive estimulando entre outras ações a constituição das CIPA's;
- Democratizar a escolha dos dirigentes dos serviços de saúde que deverão ser eleitos pelos profissionais e usuários através dos Conselhos Gestores Locais da área de abrangência da unidade;
- Criar em cada Secretaria de Saúde ou Distrito Sanitário, uma coordenação de Odontologia, com serviço de manutenção permanente dos equipamentos, assegurando condições técnicas de trabalho, bem como condições básicas indispensáveis à biossegurança dos servidores e usuários;
- Enfatizar um controle rigoroso nas licitações para compra de materiais pelo SUS, com a fiscalização efetiva pelos Conselhos de Saúde;
- Promover intercâmbio de experiência realizadas na Saúde e na Educação;
- Estimular a celebração de convênios entre as universidades e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, garantindo que a integração docente assistencial 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;
- Garantir que os Estados assumam a responsabilidade pela oferta e qualificação dos recursos humanos de nível médio destinados ao SUS, instalados nos municípios de melhor infra-estrutura do interior, pólos regionais descentralizados de formação, treinamento e reciclagem de mão-de-obra especializada, devidamente enquadrados na lei de diretrizes e bases da educação e nas normas do CFE;

- Desmonopolizar as técnicas de prevenção com a atuação de THD's, ACD's e Agentes de Saúde, priorizando os cuidados de promoção da saúde nos diversos espaços sociais, e buscar, através de recursos didáticos apropriados, a conscientização dos indivíduos e a sua cooperação na manutenção da própria saúde;
- Garantir espaços institucionais em todos os meios de comunicação de massa para a inserção de programas de educação em saúde, bem como, informações sobre o SUS, Distritos Sanitários, reforma sanitária, municipalização e controle social;
- Garantir a socialização de informações adequadas à população e a proteção à saúde bucal;
- Implantar um Sistema de Informações com tratamento estatístico dos dados epidemiológicos para o diagnóstico, controle e planejamento das ações em saúde bucal, padronizando sempre que possível, os procedimentos de atenção e divulgando-os para a população;
- Restringir o estabelecimento de novos credenciamentos, contratos e convênios para a compra de serviços em detrimento do investimento na rede pública e, maior fiscalização e reavaliação por parte do poder público e Conselhos de Saúde em relação aos já existentes;
- Garantir a implantação de estruturas gerenciais eficientes e harmonizadas com os objetivos do SUS, definidas a partir de critérios técnicos e não político-clientelistas;
- Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e de 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 a referência para sua solução nas diferentes instâncias do SUS;
- Implementar medidas que visem a redução gradual de alimentos cariogênicos nos ambientes escolares e em especial na merenda escolar;
- Assegurar o cumprimento das normas de biossegurança e controle da infecção nas unidades de saúde públicas e privadas;
- Implementar a obrigatoriedade da coleta e disposição especiais do lixo odontológico;
- Elaborar e difundir programas educativos e de caráter contínuo, envolvendo todos os meios de comunicação de massa, levando-se em conta as culturas locais alavancando mudanças positivas no comportamento da população quanto aos cuidados pessoais com a saúde;
- Realizar eventos, visando a integração entre as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Educação, na busca de uma linha de ação conjunta, que assegure a integração adequada das ações educativas, e de promoção da saúde;
- Viabilizar um projeto de integração da área da saúde, da educação e da comunicação social, buscando a formação de profissionais, professores e multiplicadores, capacitados para atuarem conjuntamente na promoção de saúde bucal da população;
- Criar e/ou incentivar práticas comunitárias que possibilitem o crescimento da consciência sanitária e a mobilização da sociedade civil em torno das questões de saúde bucal;
- Inserir no currículo escolar das escolas de primeiro e segundo grau, conceitos e práticas de saúde bucal, incluindo educação sobre nutrição e dietas adequadas;
- Estabelecer metas de atendimento que propiciem condições para o desenvolvimento das atividades de educação em saúde, pelos profissionais da equipe de saúde bucal, enfatizando e estimulando estas práticas no cotidiano das atividades do SUS;
- Implementar programas junto às escolas e representações comunitárias, no sentido de promover a educação e assistência em saúde bucal, garantindo-se a continuidade dos mesmos através de mecanismos de controle social;
- Implantar a nível nacional um sistema de avaliação dos processos de municipalização da saúde bucal, aproveitando as informações para divulgar os avanços no processo de distritalização;
- Definir indicadores de qualidade de vida com ênfase à vigilância a saúde;

- Criar uma coordenadoria de assessoria técnica nos Estados que possa atuar como referencial da política de saúde bucal nas macro-regiões e nos consórcios intermunicipais;
- Assegurar a participação popular no planejamento, avaliação, fiscalização e controle das políticas de saúde bucal e dos processos de operacionalização dos procedimentos em todos os níveis de gestão do SUS.

V - DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO

O desenvolvimento tecnológico das práticas de saúde bucal deve ser visto como parte fundamental do processo de democratização do saber odontológico e deve compreender não apenas os insumos materiais necessários à realização da consulta e dos procedimentos odontológicos, mas deve englobar as tecnologias do cuidado, as tecnologias de espaço físico, as de formação e as de organização do trabalho, na perspectiva de que este desenvolvimento vise tornar apropriadas essas tecnologias e assim serem disponibilizadas à população usuária com melhoria na qualidade do atendimento.

Reitera-se que a produção do conhecimento deve estar voltada para a realidade do país de forma prioritária, sem que se despreze a pesquisa básica e a de ponta, a fim de que se possa romper com a dependência que ainda hoje existe nas relações entre o Brasil e os países desenvolvidos.

Ainda com relação ao desenvolvimento tecnológico em saúde bucal é necessário atender às seguintes propostas:

- O conjunto dos bens e serviços que a Odontologia é capaz de produzir, devem ser integralmente colocados à disposição da população na medida das suas necessidades, sem o que não se rode pensar na democratização e equidade da atenção bucal;
- Buscar a padronização e a utilização de equipamentos resistentes, simples e de fácil manutenção e que o instrumental utilizado, seja adequado em quantidade e qualidade respeitando os princípios de racionalização;
- Viabilizar um projeto de incentivos que vise a redução do custo dos medicamentos, materiais e insumos utilizados em Odontologia com ênfase aos produtos básicos e de prevenção e, adoção de providências com vistas ao estabelecimento das articulações necessárias à sua aprovação nos fóruns competentes;
- Implantar uma política nacional de pesquisa e desenvolvimento tecnológico voltada para produção de equipamentos e produtos necessários à prática odontológica, bem como a pesquisa sobre os determinantes gerais do processo saúde-doença bucal. Institutos de Pesquisa e Universidades, em parceria com os municípios, devem desenvolver tecnologias para produção, em laboratórios públicos, de insumos utilizados na atenção básica em saúde bucal nas áreas de alopatia, homeopatia e fitoterapia.

VI - FINANCIAMENTO

O país atravessa um dos momentos mais críticos em relação ao financiamento das ações de saúde. Fontes específicas de financiamento para o setor foram canceladas, interrompidas ou estão “sub-júdice. O custeio dos serviços prestados pelas redes pública e privada depende hoje de soluções emergenciais dadas à última hora pelo governo, e a retração crescente na inversão dos recursos da União e dos Estados ter criado uma sobrecarga no orçamento dos municípios que exauridos, não conseguem dar cobertura às demandas.

Os governos municipais tem oferecido resistência à municipalização da saúde porque além da indisponibilidade de recursos e das incertezas que permeiam o processo de efetiva descentralização, grandes indefinições cercam a questão do financiamento.

Para as ações de saúde bucal as incertezas são ainda maiores, pois além de não contar com dotações próprias, esta área não está identificada com clareza nos orçamentos em qualquer nível do SUS, ficando na dependência de sobras ou da boa vontade dos que manejam as verbas da saúde.

Portanto o atual sistema de pagamento ao setor público por procedimentos deve ser extinto, uma vez que contraria o processo de descentralização e se contrapõe às diretrizes do SUS.

O repasse dos recursos financeiros deve seguir a lógica do SUS, ou seja, sem destinação específica, para permitir a sua administração de acordo com as necessidades definidas pelos órgãos colegiados e deverão obrigatoriamente viabilizar a execução dos planos de saúde da esfera a que se destinam.

A saúde integral incluindo a saúde bucal de um indivíduo é componente do exercício pleno de liberdade, não podendo portanto ser mercantilizada como objeto de consumo.

Para superar as dificuldades no campo do financiamento, a II CNSB entende que há necessidade de:

- Que se proceda com urgência Reforma Fiscal que contemple o financiamento adequado do SUS e que se regule o art.35 da Lei 8.080/80, fortalecendo o papel dos municípios na gestão e implementação das ações de saúde;
- Fortalecer a rede de serviços públicos, conferindo-lhe prioridade na obtenção de recursos;
- Garantir uma participação permanente da receita Líquida de contribuições sobre a folha de salários para o setor saúde;
- Incluir a obrigatoriedade de alocação mínima de 10% do orçamento fiscal da União, dos Estados e dos Municípios, para a saúde, facilitando a compatibilização dos recursos financeiros com as necessidades epidemiológicas e programáticas das ações de saúde;
- Destinar parte do F.P.M. (Fundo de Participação dos Municípios para o F.M.S. (Fundo Municipal de Saúde);
- Identificar com clareza e transparência os recursos para a manutenção e desenvolvimento dos serviços de saúde bucal nos orçamentos do SUS, no âmbito da União, dos Estados e dos Municípios;
- Destinar recursos prioritariamente para os programas locais estruturados em bases epidemiológicas e de cobertura clínico/ preventivas definidas;
- Estabelecer critérios para repasse dos recursos, enfatizando a população adstrita, o quadro epidemiológico local, a cobertura preventiva e a capacidade instalada (recursos humanos, equipamentos e resolutividade).
- Credenciar o setor privado de assistência em saúde bucal somente em caráter complementar e após aproveitamento pleno da capacidade instalada no setor público, ou no caso de ações de nível secundário e terciário inexecutáveis pelo setor público;
- Estabelecer novo modelo de remuneração de serviços preventivos, destinando recursos para programas coletivos ao contrário de pagar cada ato preventivo;
- Assegurar participação setorial na receita dos concursos de prognósticos;
- Garantir a obtenção de recursos provenientes das folhas de salários, separando as alíquotas de contribuição de empregados e de patrões, estabelecendo que não menos 20% devem destinar-se à manutenção de serviços de saúde, sendo diretamente recolhidos aos fundos de saúde correspondentes;
- Criar linhas de financiamento para o desenvolvimento de tecnologias, pesquisas e produção de insumos em Saúde Bucal;

- Promover a recuperação dos gastos públicos feitos com pacientes cobertos por seguro-saúde;
- Denunciar como prejudiciais ao setor e à nação, quaisquer isenções tributárias pretendidas ou concedidas à instituições, filantrópicas ou não, que trabalhem com planos de medicina complementar;
- Extinguir a Tabela SIA, 'SUS;
- Destinar os impostos que incidem sobre a fabricação de medicamentos ao desenvolvimento científico e tecnológico da saúde;
- Garantir o repasse de no mínimo 30% do orçamento da Seguridade Social para a Saúde;
- Estabelecer mecanismos mais ágeis para a liberação de recursos para a área de saúde, desburocratizando o sistema, com previsão de correção monetária pelo atraso nos repasses;
- Suspender gradualmente os recursos destinados ao setor privado, direcionando a aplicação dos mesmos na ampliação, melhoria e aparelhamento dos serviços públicos;
- Isentar de taxas e impostos de importação, os materiais odontológicos e os produtos para sua fabricação vinculando esta isenção a igual redução no preço final no produto,
- Manter os recursos da Seguridade Social exclusivamente para o financiamento da Previdência, da Saúde e da Assistência Social, proibindo por lei o desvio desses recursos para outros órgãos ou atividades;
- Destinar parte aos taxas que incidem sobre determinados produtos industrializados como materiais bélicos, bebidas, agrotóxicos, fumo e outros produtos que envolvem riscos a saúde para comporem as fontes alternativas do Fundo Nacional de Saúde;
- Repassar integralmente os recursos oriundos das multas e taxações da fiscalização sanitária, aos Fundos de Saúde da Esfera correspondente ao recolhimento;
- Subordinar definitivamente as decisões financeiras e a destinação de verbas para as ações e programas de saúde aos Conselhos de Saúde;
- Repudiar as UCA's e AIH's como forma de financiamento para o setor conforme lá aprovado na IX Conferência Nacional de Saúde;
- Modificar os parâmetros que prevêm meia consulta/habitante/ano para planejamento e orçamentação integrados;
- Estabelecer orçamento suficiente e adequado, às necessidades apontadas por levantamento epidemiológico, com definição clara e igualmente criteriosa de percentual a ser direcionado a saúde bucal;
- Instituir um sistema de levantamento das necessidades de custeio, por municípios, que possibilite a verificação do resultado da alocação dos recursos para a saúde, segundo critérios de impacto nos indicadores de saúde da população adstrita, com supervisão dos conselhos estaduais de saúde.

VII - RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE BUCAL

Embora tenha havido significativa redução na oferta de empregos na área federal, na década de 1980, verifica-se que o setor público foi quem ofereceu maior número de empregos, aos profissionais de saúde bucal, cujas vagas foram abertas principalmente na esfera aos municípios. Constata-se também que a maioria dos profissionais de Odontologia que compõem os serviços públicos de saúde em todas as esferas de governo desenvolvem uma prática tradicional em que o modelo privado de atenção é transferido acriticamente para a prática pública.

A razão principal deste paradoxo se explica ao fato de que o modelo formador do país está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população.

O Brasil conta hoje com 86 cursos de formação em nível de graduação na sua maioria privados e concentrados nas regiões mais desenvolvidas do país, fazendo com que na última década houvesse um incremento ao 51% no número de profissionais habilitados para o exercício profissional sem que este aumento na oferta de recursos humanos impactasse modificações significativas na prevalência do quadro de morbidade bucal dos brasileiros.

Reconhece-se alguns esforços pontuais para tanto, mas de maneira geral a universidade brasileira está quase que totalmente alienada da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira, inclusive com a convivência dos dirigentes e docentes da área.

Paralelamente existem mais de 50 cursos de mestrado e de doutorado, concentrados nas regiões de maior desenvolvimento econômico e cada vez é mais restrito o acesso dos brasileiros aos avanços tecnológicos oriundos destas super-especializações oferecidas quase sempre por universidades públicas.

A pós-graduação para a saúde bucal confirma a estrutura acima descrita. Dá-se ênfase a especializações que confirmam o modelo mercantilista e elitista da Odontologia no país. A pós-graduação em nível de mestrado o doutorado em quase todos os casos tende a especializar mais o especialista no mesmo marco conceitual pedagógico, ratificando um tipo de prática já há muito demandada e cada vez mais alienada da realidade nacional.

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

Um exemplo é o fato de que apesar do alto custo na atenção e da baixa produtividade dos serviços realizados apenas por profissionais de nível superior, a formação de profissionais auxiliares de nível médio (TPD e THD) de nível elementar (ACD) correspondem apenas a 12% dos recursos humanos habilitados na área de saúde bucal e há uma indefinição persistente quanto a responsabilidade pela formação destes profissionais.

No entanto, já se pode identificar nos últimos anos, algumas melhorias graças principalmente a adoção de um modelo ao gerenciamento mais adequado aos princípios do SUS, embora em muitas regiões os serviços ainda não contem com um esquema de capacitação eficaz para adaptar os profissionais à realidade da saúde bucal.

Apesar das conquistas que aconteceram nos últimos anos nos referenciais conceituais e teóricos, a transferência do conhecimento para a população continua sendo uma preocupação essencial por ser indispensável ao processo de resgate da cidadania dos brasileiros, hoje negada pelo neo-liberalismo excludente que norteia a política atual do governo, principalmente no que diz respeito ao acesso à educação e à participação no processo político de construção do país.

Coerentemente com o processo da conquista da cidadania e da democratização da sociedade, impõe-se o controle social também sobre o setor de formação dos recursos humanos na área da saúde, tanto pública como privada.

Somente profundos avanços nos serviços, com a municipalização da saúde e com o efetivo exercício do controle social, poderão alavancar as transformações necessárias no perfil dos profissionais da área.

O preceito constitucional regulamentado pela Lei nº 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.

Para tanto não só a esfera federal por intermédio do CNS, mas também as estaduais e municipais por intermédio de seus conselhos correspondentes, têm um papel definitivo na observância e aplicação dos dispositivos legais. É também importante a participação das entidades de representação dos profissionais que compõem a equipe de saúde bucal, abandonando necessariamente as práticas corporativistas tão comuns quanto ineficazes.

Quanto aos componentes da prática profissional e aos recursos humanos da saúde bucal a II CNSB diagnóstica e recomenda:

- A integração docência/serviço/pesquisa é capaz de estratégica e taticamente realizar a transformação da prática alienada para uma prática conseqüente, visando a melhoria e a 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;
- A prática profissional na Odontologia é composta pela produção de conhecimento, produção de serviços e desenvolvimento de recursos humanos. Somente a atuação transformadora nestas três áreas poderá produzir modificações benéficas na atual prática de saúde bucal;
- A produção de conhecimento deve estar voltada para a realidade do país de forma prioritária. É necessário que se proceda a revisão do currículo mínimo dos cursos de graduação em Odontologia, comprometendo o ensino, a pesquisa e a extensão universitária com a realidade social e epidemiológica do país e com os princípios do SUS, sem que para tanto se despreze a pesquisa básica e a de ponta, a fim de que se possa romper com a dependência que hoje nos coloca como menos consumidores de tecnologias desenvolvidas no exterior;
- A produção de serviços deve estar de acordo com os princípios constitucionais do SUS, utilizando estratégias de atenção primária dentro do espaço dos Sistemas Locais de Saúde como processo social na busca do paradigma da promoção de saúde com todos os componentes que o constituem;
- O desenvolvimento de recursos humanos deve estar em consonância com a possibilidade de solução dos problemas de saúde da população na sua integralidade, dentro do contexto que saúde bucal faz parte da saúde geral;
- Os recursos humanos devem ser preparados ao mesmo tempo para os compromissos políticos e os sociais, sendo capacitados a desenvolver técnicas e atividades que permitam a politização e a educação permanentes dos usuários, dentro dos princípios da reforma sanitária brasileira,
- A prática da saúde bucal pela equipe odontológica deve buscar na interdisciplinariedade e na intersetorialidade, as estratégias de consolidação do modelo de atenção proposto. Esta integração exigirá decisões comprometidas tanto de parte dos serviços, quanto das instituições produtoras do conhecimento e dos recursos humanos.

Em relação às profissões emergentes da equipe odontológica a II CNSB recomenda:

- A aprovação na íntegra do Projeto de Lei 53/93 que trata da regulamentação das profissões de THD e ACD;
- Enquanto Lei 53/93 não for aprovada, a incorporação do THD e ao ACD aos serviços, deve garantir o exercício pleno de suas funções de acordo com a Resolução CFO 157/87;
- Alterar a legislação que cria e rege o funcionamento dos Conselhos de Odontologia (Lei 4.324/64), introduzindo modificações regimentais que permitam a participação democrática dos THD's, TPD's, APD's e ACD's nas diretorias do CFO e dos CRO's garantindo-lhes o direito de votarem e de serem votados;

- A real valorização do papel do THD e do ACD quanto às suas atribuições, assegurando o adequado equilíbrio entre os procedimentos de atenção individual, de prevenção e de educação em saúde;
- A inclusão das funções de THD, TPD, APD, ACD e Agentes de Saúde, nos quadros de carreira do SUS;
- Que as Escolas de Odontologia mantenham permanentemente cursos de formação de formação na área das profissões emergentes da equipe odontológica;
- A garantia de que os candidatos a concursos públicos para os cargos de FHD, ACD, TPD e APD comprovem, no ato da inscrição, o seu registro no Conselho Regional de Odontologia, na respectiva categoria;
- Que os cursos de Odontologia mantenham obrigatoriamente, ACDs e THD's contratados em número suficiente, e atuando em equipe com os acadêmicos durante as aulas de prática clínica, para garantir que a formação do CD se faça na perspectiva da atenção integral à saúde;
- Que os Agentes de Saúde sejam preferencialmente oriundos da comunidade onde irão exercer suas funções e quando possível, recebam treinamento em escolas de saúde pública;

Quanto a valorização do trabalhador de saúde bucal no Sistema Único de Saúde, e em respeito ao usuário, a II CNSB recomenda:

- A aprovação do Projeto de Lei 59/93 que trata do piso salarial de médicos e cirurgiões-dentistas;
- A contratação de Recursos Humanos para o SUS deve-se dar exclusivamente através de concurso público;
- A necessidade de garantir aos profissionais de saúde, um Plano de Cargos, Carreira e Salários que dignifique a profissão, proporcionando satisfação profissional e melhoria na qualidade dos serviços prestados;
- Assegurar o direito de sindicalização e greve, preservando a manutenção dos serviços essenciais à população;
- O estímulo ao trabalho em tempo integral e à dedicação exclusiva;
- Garantir os princípios de biossegurança, otimização das condições de trabalho, fornecimento de equipamentos de proteção individual e coletiva aos profissionais de saúde bucal e a realização de exames periódicos de acuidade visual, auditiva, de controle químico do mercúrio, monitoração à exposição frente as radiações ionizantes, bem como de todas as doenças relacionadas com o exercício profissional;
- Que os cargos de gerência na área de saúde bucal sejam ocupados por cirurgiões-dentistas, de preferência com formação em Saúde Pública ou equivalente;
- Que a equipe odontológica participe da discussão, formulação, implementação, execução, controle e avaliação do modelo assistencial a ser desenvolvido em conjunto com a comunidade;
- Que seja garantida a isonomia salarial, por nível de formação, entre os serviços do SUS nas diversas esferas de governo,
- Valorizar o CD com formação em Saúde Pública, ou equivalente, no plano de ascensão funcional do serviço público;
- Garantir a manutenção da estabilidade funcional, nos termos da Constituição Federal de 1988;
- Criar um sistema de avaliação de desempenho de funções, que seja previsto no PCCS com mecanismos claros de ascensão funcional por méritos, dedicação e competência, com a supervisão do Conselho de Saúde e de uma Comissão de Representantes dos Servidores, que a elegem anualmente;
- A implantação de um regime jurídico único, nos estados e municípios que ainda não o implantaram garantindo-se a contemplação dos direitos já adquiridos pelo trabalhador;

- Que sejam criados mecanismos para que os profissionais, servidores do SUS, possam se atualizar e se especializar, em função do interesse dos serviços, sem prejuízo de seus vencimentos;
- A garantia de que a questão da saúde ocupacional dos profissionais seja incluída nos programas de saúde do trabalhador e não tratada como uma questão administrativa.

Outras recomendações da II CNSB relacionadas aos recursos humanos:

- A interiorização dos profissionais de saúde bucal, promovendo melhor remuneração em especial para aqueles que exerçam suas atividades na zona rural, através de incentivos assegurados pelos planos de cargos, carreiras e salários;
- A não aprovação de novos cursos de odontologia, até que se faça um estudo pelas entidades odontológicas e pelo Conselho Nacional de Saúde e se analise o funcionamento dos atuais cursos: o papel social dos mesmos; a adequação do SUS e demais diretrizes do CNS.

VIII. CONTROLE SOCIAL

A **II CNSB** ratifica o diagnóstico da necessidade de resgatar o caráter público do Estado e assegurar a autonomia dos movimentos populares, entendendo que a única estratégia para esta conquista é o Controle Social.

A cidadania é um direito a conquistar, através do exercício sistemático da democracia e da mobilização da sociedade. Para tanto é imprescindível criar e incentivar práticas comunitárias que possibilitem o crescimento da consciência sanitária e a mobilização da sociedade civil em torno das questões de saúde. A implementação definitiva do SUS é um processo de luta social que deve envolver não só os Conselhos de Saúde, mas toda a sociedade, impactando sempre a melhoria da qualidade de vida de todos os indivíduos através das transformações necessárias do ambiente e da participação digna no processo de trabalho.

Neste sentido é importante o controle social na conquista dos direitos de cidadania em relação a saúde. Por isso a participação popular nos diversos níveis de gestão do SUS deve ser resultante da iniciativa dos indivíduos e da sociedade organizada, cabendo todavia aos governos a responsabilidade pela garantia dos meios que assegurem e viabilizem a sua concretização.

Apesar das conquistas do movimento sanitário brasileiro terem sido consolidadas parcialmente na atual Constituição, na prática estas conquistas não têm sido concretizadas na melhoria de qualidade de vida da população brasileira e por oportunismo existe uma tendência por parte dos setores contrários ao SUS de apontar estes preceitos constitucionais como responsáveis pela atual realidade de saúde do país.

No entanto não haverá saúde bucal sem cidadania e o maior desafio que se coloca para a prática profissional da Odontologia (produção de conhecimento, produção de serviços e desenvolvimento de recursos humanos) brasileira hoje, é uma prática ética baseada no estabelecimento de uma atuação responsável na luta pela conquista dos objetivos que incluem a plena liberdade e os direitos e deveres individuais e coletivos visando alcançar a máxima plenitude de qualidade de vida.

Realçar o papel fiscalizador e normatizador dos Conselhos de Saúde na exigência do cumprimento dos deveres dos profissionais de saúde que devem atuar responsável e conjuntamente visando a melhoria das condições de vida da população.

O controle social, através dos Conselhos de Saúde, deve ser exercido na forma de deliberações, acompanhamento, avaliação e fiscalização, se necessário com apoio de comissões ou órgãos técnicos, sobre toda a política de saúde do governo e a sua importância em todas as esferas de gestão do SUS, enquanto poder deliberativo deve ser de conhecimento de toda a sociedade civil brasileira.

Para tanto existe a necessidade de uma ampla divulgação de sua competência legal, como também de suas atividades, deliberações, decisões e, como estratégia viabilizadora do controle

social deve-se buscar a universalização das informações sobre os direitos dos cidadãos quanto à sua participação na fiscalização das ações do governo, bem como dos mecanismos de constituição e formas de participação dos cidadãos nos conselhos, e conferências, cuidando para que profissionais de saúde não assumam a representação de usuários.

Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem buscar legitimidade para exercer sua função transformadora. Para tanto é importante que os mesmos tenham representações autênticas da sociedade, respeitando o processo de luta dos movimentos populares.

Para assegurar a legitimidade é fundamental que na composição dos conselhos sejam respeitados os preceitos legais existentes, cabendo aos setores organizados da sociedade formular denúncias quando isto não acontecer, e por último, deve ser exigido das várias esferas governamentais as condições de infra-estrutura para o funcionamento adequado dos Conselhos que devem se capacitar para agir competentemente no controle dos recursos financeiros orçamentados para a saúde, na fiscalização rigorosa da sua aplicação, bem como nos demais recursos alocados ao Fundo de Saúde.

Além de buscar relacionamento com as Secretarias da área social da esfera Estadual e Municipal a fim de desenvolver atividades conjuntas principalmente na promoção, educação e prevenção da saúde bucal.

Os mecanismos de Controle Social exercidos pelos Conselhos de Saúde devem contemplar inclusive o acompanhamento do trabalho desenvolvido pelas Universidades, no sentido de induzir a formação de recursos humanos coerentes com as necessidades do modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

Também é fundamental que os Conselhos discutam, formulem e aprovem os planos municipais de saúde, recusando planos padronizados elaborados por empresas públicas e/ou privadas que atuem apenas como instrumentos de captação de recursos públicos.

A municipalização de fato e de direito é imprescindível para que haja o efetivo controle social. Além disso o exercício deste controle sobre as políticas de saúde pressupõe também a extensão do mesmo sobre o conjunto das políticas nos municípios, nos estados e no país. Para isso a II CNSB recomenda:

- A realização de seminários, simpósios e até cursos com a finalidade de oferecer subsídios científicos e técnicos sobre temas relativos à saúde, para os membros dos Conselhos de Saúde;
- A discussão periódica sobre planejamento, orçamentação, aplicação de recursos e prestações de contas, envolvendo gestores, legislativo e Ministério Público, Tribunal de Contas e Conselhos de Saúde, abertas à participação de entidades representativas na sociedade organizada, e que sejam de domínio público as informações sobre receitas e despesas, inclusive com a especificação das fontes e a destinação dos recursos
- Garantir à comunidade, todas as informações e etapas do processo local de municipalização e do trabalho desenvolvido para tal, bem como, das dificuldades encontradas pelos respectivos Conselhos de Saúde na busca da descentralização e da autonomia;
- Criar mecanismos que impeçam a manipulação dos Conselhos Municipais de Saúde por Prefeitos, Secretários, Vereadores e Partidos Políticos;
- Reforçar as representações formais e informais locais, com a participação popular efetiva na consolidação da reforma sanitária e implantação ao SUS; estimulando a criação dos Conselhos Comunitários, Conselhos Locais, Conselhos Distritais e Municipais de Saúde, onde eles ainda não houverem sido criados, e denunciar ao Ministério Público as instâncias que não cumprirem a Lei 8.142/90;
- Exigir a criação e regulamentação dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde, nos moldes da Lei 8.142/90;
- Mobilizar a sociedade organizada para reivindicar qualidade nos serviços e dignidade na atenção à saúde presta à população;

- Garantir a participação da comunidade e da equipe multi-profissional de saúde na elaboração, implementação, avaliação e controle dos programas de saúde bucal, em todos os níveis;
- Que os Consumos Municipais de Saúde desenvolvam suas atividades vinculados e articulados aos Conselhos Locais de Saúde;
- A divulgação em todos os espaços comunitários das informações sobre o processo saúde/doença o seus determinantes biológicos, políticos e sociais; viabilizando farta produção de material para educação em saúde;
- Que os Conselhos de Saúde dêem especial atenção ao cumprimento da lei de fluoretação das água de abastecimento público, valendo-se dos dados fornecidos pelo Sistema de Vigilância Sanitária, para exercer rigorosa fiscalização;
- Que em cada nível de administração pública, todo o processo ao discussão, formulação e avaliação dos modelos assistenciais em Saúde Bucal, estimule e propicie o acesso e a participação dos segmentos da sociedade civil organizada segundo a legislação vigente;
- Que o Controle Social se dê também e de forma ampla por intermédio das Conferências de Saúde nos vários níveis;
- Que a convocação dessas Conferências respeite o mínimo, a periodicidade determinada pela Lei 8.142/90;
- Que as deliberações e decisões das Conferências de Saúde dos vários níveis sejam amplamente divulgadas para a população.