

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE RESOLUÇÃO 019/2004, DE 19 DE AGOSTO DE 2004

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde, em sua **68ª Reunião Ordinária realizada em 19/08/04**, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas por Lei Municipal 12.546, de 07/01/1998 e regulamentada pelo Decreto 38.576/99,

Resolve:

Homologar as resoluções da II Conferência Municipal de Saúde Bucal, realizada no período de 06, 07 e 08 de maio de 2004, no Hilton Hotel, sito à Avenida Ipiranga, 165 – São Paulo, tendo como tema: “Acesso e Qualidade, Superando a Exclusão Social”,

APRESENTAÇÃO

O Conselho Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, com o intuito de aprofundar a discussão sobre a política de saúde bucal da Cidade de São Paulo e seguindo as deliberações da 12º Conferência Municipal de Saúde e da 12º Conferência Nacional de Saúde, convocou, nos dias 06, 07 e 08 de Maio de 2004 a II Conferência Municipal de Saúde Bucal. Sua organização contou com decidido apoio político e material da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que criou o clima necessário para após dez anos ser possível a realização deste importante evento.

Participaram da Conferência 300 Delegados eleitos por seus pares nas plenárias regionais e 50 convidados: Os delegados estavam assim distribuídos: 150 representantes do segmento dos Usuários, 75 representantes dos Trabalhadores e 75 Gestores. A solenidade de abertura da II Conferência Municipal de Saúde Bucal foi bastante representativa e contou com representantes dos trabalhadores, usuários e das esferas de Governo, onde podemos destacar a presença do Secretário Municipal de Saúde de São Paulo, e do Coordenador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde que veio especialmente de Brasília para abertura e para proferir a palestra inicial do evento.

Nos três dias de trabalho a discussão foi intensa, nos seguintes eixos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa Saúde Bucal, 3) Formação E Trabalho Em Saúde Bucal; 4) Financiamento e Organização Da Atenção Em Saúde Bucal. A discussão destes eixos teve como base as o Texto da Coordenação Nacional de Saúde Bucal e que deu as linhas gerais de todas as Conferências Municipais e Estaduais, as discussões feitas nas 05 Pré-Conferências Municipais de Saúde Bucal e por fim a Própria Política Municipal de Saúde Bucal, que vem sofrendo um intenso processo de reorganização.

São Paulo tinha um modelo de Atenção à Saúde Bucal, consubstanciado praticamente na assistência odontológica à população infantil, e, portanto, manteve-se distante das diretrizes aprovadas na II Conferência Nacional de Saúde Bucal, que discutiu e aprovou estratégias políticas para a Saúde Bucal no país, reconhecendo-a como direito de cidadania e indicando as características de um novo modelo de atenção em saúde bucal e dos

recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, e defendendo a descentralização das ações com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção da saúde de grande impacto social.

Dados de 2004 demonstram que o sistema municipal de saúde da cidade de São Paulo está constituído por uma rede de 388 unidades básicas, além dos ambulatorios de especialidades e hospitais. Dentre essas, 327, possuem equipamentos de saúde bucal (consultórios individuais ou módulos odontológicos de três ou quatro cadeiras) e recursos humanos da área. A rede se encontra bem distribuída no território municipal, salvo algumas exceções, localizadas principalmente em áreas periféricas.

Desde o início da atual gestão na Cidade de São Paulo (2001-2004) e, de forma mais contundente no último ano, grande esforço vem sendo despendido apontando para a recuperação desses equipamentos, incluindo a troca daqueles irrecuperáveis e a instalação de módulos odontológicos nas unidades que não possuem esse recurso. Outra importante iniciativa foi à inclusão de insumos odontológicos essenciais para controle das doenças bucais, como os cimentos ionoméricos, na lista padronizada de materiais de consumo. Atualmente, 1326 dentistas prestam assistência na rede e, após concurso público, há potencialidade para incorporação de 243 novos profissionais. Destaque-se que o concurso que foi soma dos anseios da categoria somada à decisão política de organiza-lo após 12 anos do último realizado em SMS.

Nesse sentido, para enfrentar o desafio da implementação prática das conquistas legais, da Área de saúde Bucal, torna-se imperativo recorrer-se a metodologias que contemplem alta cobertura e propor medidas que priorizem a distribuição dos recursos de forma equânime. Embora, mais recursos possam ser necessários, a otimização dos existentes torna-se premente por meio de planejamento eficiente e eficaz, embasado na epidemiologia, que incorpore tecnologias inovadoras e conhecimento científico do processo saúde-doença. Algumas iniciativas, têm auxiliado a viabilização dessa reorganização tais como: a elaboração dos protocolos clínicos, capacitação profissional e realinhamento conceitual, discutidas e pactuadas nos fóruns de coordenadores de saúde e interlocutores de saúde bucal das subprefeituras e de forma prioritária, a consolidação do Controle Social na área de Saúde Bucal.

As resoluções da II Conferência Municipal de Saúde Bucal documentadas aqui à seguir, servirão de balizamento para as futuras ações da Área Temática de Saúde Bucal, da Cogest, da Secretaria Municipal de Saúde, de São Paulo, bem como serão instrumentos valiosos para dirigir a ação dos delegados e delegadas às Conferências Estadual de São Paulo e Nacional de Saúde Bucal. Ao final da II Conferência Municipal de saúde Bucal, a Plenária Final elegeu entre seus pares os Delegados para etapa Estadual desta Conferência: 74 Usuários, 37 Trabalhadores e 25 Gestores.

Ana Paula Marques
Relatora Final da Conferência

EIXO TEMÁTICO Nº 01: EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA.

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

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

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

4. O SUS pressupõe a garantia da promoção, proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo, cuja implementação está normalizada na Lei Orgânica da Saúde, que efetiva a sua doutrina constitucional, embora a grande parte da população - ainda em processo de conscientização desses direitos - não reconheça a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, bem como o controle social atuando como estratégia política na conquista de uma melhor qualidade de vida.

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

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

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

8. Da mesma forma, a educação em saúde enfatiza a importância de se identificar a saúde bucal como responsabilidade do Estado (poder público), indissociável da saúde geral e como um direito de cidadania, possibilitando a ação da sociedade na formulação das políticas de saúde bucal, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, para modificar o atual modelo assistencial apenas curativo, além de mutilador, de alto custo, baixa cobertura e impacto epidemiológico, com exclusão de uma parcela significativa da população.

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

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

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

12. A Lei Orgânica da Saúde prevê também para o SUS, atividades não compreendidas exclusivamente em seu campo de ação para a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde e que envolvem outros setores político-administrativos do governo e entidades representativas da sociedade civil.

13. Esta articulação está a cargo de comissões intersetoriais, de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, junto com Ministérios e órgãos competentes de governo e instituições de ensino profissional e

superior, como recursos humanos e ciência e tecnologia que são atividades ligadas às universidades e centros de formação e especialização, saúde do trabalhador e a saúde escolar onde existe uma interface com os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social, dentre outras, devendo todas estas articulações serem supervisionadas pelos conselhos de saúde de cada região, junto às comissões intersetoriais nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

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

1.1. INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO.

15. A construção de uma política de informação e comunicação para a melhoria da saúde, além de produzir informações de fácil acesso e entendimento para os cidadãos, esferas de gestão, profissionais de saúde, gerar conhecimento e controle social, contribuirá no processo de formulação, acompanhamento e avaliação da política de saúde e nela incluída a saúde bucal, ressaltando a necessidade de divulgação por meio da imprensa e outros meios de comunicação e para equipe multidisciplinar.

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

17. Informação é conhecimento, participação, instrução, direção. Transformar informações em conhecimentos novos e com estes conduzir o SUS em sintonia com as necessidades de saúde bucal da população, é um

desafio. As informações em saúde devem estar voltadas para a cidadania, ou seja, devem ser compreensíveis e estarem disponíveis para contribuir para a construção da população de maneira a comunicar dados epidemiológicos, financiamento, a situação dos serviços, recursos humanos, experiências bem sucedidas, programas, os direitos dos usuários, competências dos conselhos etc. A informação deve ser um bem público. A informação em saúde deve dar subsídios para a elaboração de uma política de saúde resultando em um planejamento, programação e orçamentos compatíveis com a resolução dos reais problemas que afligem a população.

18. O acesso à informação, bem como a capacitação a esse acesso, é direito do cidadão e dever do Estado e a disponibilidade destas informações devem se dá, através de Boletins Oficiais da Secretaria Municipal de saúde para as Coordenadorias de Saúde, Unidades de Saúde e respectivos Conselhos Locais de Saúde e a posteriori disponibilizar também estas informações, em outros meios de comunicação como: por internet, reconhecimento e legalização das rádios comunitárias, grande imprensa, jornais de bairro, TV abertas e emissoras do governo, assim como, tudo que possa envolver o controle social. Estas informações devem, sempre, estar apoiadas em dados válidos e confiáveis - condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e nos anseios da população e para a programação de ações de saúde, nelas incluídas as de saúde bucal.

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

PROPOSTAS:

A. Capacitar todos os trabalhadores da educação, inclusive membros integrados (conselheiros) para a importância da saúde bucal, chamando a atenção para a prática da prevenção e promoção da saúde, com a supervisão e acompanhamento das equipes de saúde bucal.

B. Garantir acesso à atenção em saúde bucal a todos, independente da faixa etária, colocando em prática o princípio da universalidade e equidade.

C. Garantir acesso a toda população do município de São Paulo à água tratada e fluoretada.

D. Retomar as ações coletivas nos espaços sociais (escolas, associações de bairro, familiares, creches, domicílios, unidades de saúde, etc.) e implementar efetiva integração entre as Secretarias da Saúde e Educação no desenvolvimento dessas ações.

E. Garantir insumos e material educativo para desenvolvimento das ações coletivas que possibilite acesso de toda população à informação.

F. Promover programas com temas específicos para a saúde bucal, incluindo a prevenção do câncer bucal.

G. Inserir no currículo das escolas, em todos os seus níveis de ensino, conceitos e práticas de prevenção e promoção em saúde bucal, supervisionado pela equipe de saúde bucal.

H. Inserir nos grandes meios de comunicação de massa, rádios comunitárias e jornais de bairro, informações sobre prevenção e autocuidados em saúde bucal.

J. Estabelecer que alimentos e produtos reconhecidamente cariogênicos, devem conter no rótulo, advertência de que o produto é potencial causador de cárie.

K. Capacitar cuidadores de creches, EMEIs (Escolas Municipais de Ensino Infantil), EMFs,(Escolas Municipais de Ensino Fundamental),Centros de Convivência (idosos e adolescentes), CEUS, para que esses possam fazer a educação em saúde bucal de sua população.

L. Garantir que todas as UBS,(Unidades Básicas de Saúde) tenham equipes de saúde bucal e que estas equipes capacitem seus agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e demais profissionais, para educação em saúde bucal, a fim de agirem como multiplicadores da informação e que essa chegue continuamente à população.

M. Alocar recursos humanos com formação acadêmica em educação e outras, a fim de que interdisciplinarmente e multiprofissionalmente, haja uma adequação das práticas educativas em saúde e especificamente em saúde bucal, no âmbito das coordenadorias de saúde e unidades básicas.

N. Prover as unidades básicas de saúde e todos os espaços sociais onde se desenvolvam ações coletivas em saúde bucal de insumos necessários para o desenvolvimento destas. (creme dental, escova, fio dental, macromodelos, etc.).

P. Uma efetiva articulação entre os ministérios da educação e saúde visando controlar a abertura de novos cursos de graduação para dentistas, adotando uma política que incentive a integração das faculdades com os serviços, através de estágios supervisionados, bem como uma reforma curricular que objetive a qualidade do ensino e a adequada formação de profissionais, frente as necessidades de saúde bucal da sociedade brasileira.

Q. Garantir a participação das equipes odontológicas e dos conselhos gestores na elaboração e orientação de ações de atenção da saúde bucal.

R. Considerar os imensos e significativos avanços da população brasileira, na conquista da democracia participativa direta, dos direitos da humanidade, do SUS, garantindo os mecanismos de controle social, adequando conforme as Leis da saúde (C.F. - artigo 196/lei 8080 19/07/90 e 8142 28/12/90) e garantindo caráter deliberativo dos gestores, trabalhadores e usuários na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde bucal.

S. Oficialização por parte do Ministério da Saúde da campanha de prevenção de câncer bucal na mídia, durante a campanha de vacinação do idoso.

T. Sugerir o oferecimento, em creches e escolas de ensino fundamental e médio de uma merenda balanceada contendo frutas, leite, verduras, proteínas e carboidratos como forma de reforçar o processo educativo sobre uma dieta saudável com a participação do conselho de pais e mestres neste acompanhamento.

U. Promover educação dos profissionais em saúde bucal, enfatizando a humanização do atendimento, estreitando o laço entre profissional e usuário.

EIXO TEMÁTICO Nº 2: CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL.

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

21. O Controle Social é, portanto, uma conquista da sociedade, consagrada na Constituição Brasileira, e normalizado pela Lei 8142/90. A participação do cidadão, pode se dar por meio de organizações representativas, com a função de formulação das políticas públicas, e no controle da execução das ações dos administradores públicos, especialmente nas chamadas políticas sociais. A participação popular, como exercício do poder político, é efetivada através das conferências de saúde e dos órgãos colegiados decisórios, como os conselhos de saúde ou somando-se a isto a atuação no âmbito judicial, do Ministério Público, com as ações civis públicas ou de improbidade administrativa, ampliando o processo de democratização do Sistema. Outra parte importante do controle social e de participação popular é a informação veiculada, inclusive de âmbito local, sobre a saúde pública e o SUS, nos diferentes meios de comunicação: rádios, jornais comunitários, meios eletrônicos e boletins oficiais do MS, SES e SMS, democratizando o conhecimento junto à população, e denunciando as distorções dos grandes grupos econômicos na saúde.

22. Os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo e em todas as suas instâncias, exercendo, as mesmas funções, em cada uma delas, têm caráter deliberativo e fiscalizador, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde da sua instância correspondente (Federal, Estadual e Municipal), Conselhos de Coordenadorias e Unidades Básicas. Tem como função, também, observar os aspectos econômicos e financeiros, com a aceleração do cadastramento e efetivação do cartão SUS, na execução das ações de saúde sendo, portanto, integrante da estrutura básica dos organismos de governo e uma inovação no padrão de deliberação e resolução de conflitos.

23. Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e, embora, em princípio, todos sejamos potencialmente usuários do sistema de saúde, a referida lei caracteriza os segmentos da sociedade que compõem esse colegiado em: usuários, profissionais de saúde, governo e prestadores de serviço, respeitando o princípio da paridade entre eles. É por meio dessa participação, que no Estado Democrático de Direito, a sociedade pode em relação aos agentes políticos, exercer o seu poder político, ou seja, o direito de formular políticas de saúde, aprovando ou rejeitando, explicando, denunciando, opinando na tomada de decisão, como ator do processo, na busca da prevalência dos interesses sociais e controlando, posteriormente, os atos praticados pelos administradores.

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

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

26. Essa citação é oportuna, tanto pela natureza deste evento, quanto

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

PROPOSTAS:

A. Construir um modelo de Saúde Bucal nos níveis primário, secundário e terciário para o município, deixando claro os princípios do SUS, sem limitação de faixas etárias e ressaltando que cada coordenadoria de saúde deverá adequar o modelo frente às prioridades e necessidades da região.

B. Garantir maior investimento nos serviços já existentes.

C. Manutenção do atendimento odontológico nos P.A. (Pronto Atendimento) e P.S.(Prontos Socorros) todos os dias da semana, 24 horas por dia, melhorando e garantindo a qualidade do serviço, integrado ao novo modelo de atenção.

D. Viabilizar maior envolvimento das Coordenadorias de Saúde com os conselhos gestores, na priorização dos problemas de saúde bucal.

E. Garantir a participação dos conselhos gestores, para que conheçam as dificuldades e lutem pelas necessidades da saúde bucal (RH, manutenção, equipamentos e suprimentos).

F. Incluir a discussão da Saúde Bucal na agenda política dos movimentos populares de saúde, movimento sindical e outros movimentos da sociedade civil, para fortalecimento da Política Municipal de Saúde Bucal.

G. Garantir melhor direcionamento das compras de equipamentos odontológicos, assim como sua manutenção.

H. Buscar parceiros que trabalhem para ações de melhoria do RH, equipamentos, manutenção e ações propostas em saúde bucal.

I. Capacitar os conselhos gestores sobre direitos, deveres, áreas de atuação e atribuições da Saúde Bucal.

J. Possibilitar que o conselho gestor das Coordenadorias e Unidades de tomem parte do processo da relação do município com os atuais parceiros, para gerenciamento dos recursos em saúde bucal dentro do PSF.

K. Promover profundo debate sobre a estrutura do controle social no município, de modo a adequá-la a nova realidade político-administrativa, consubstanciada com a implementação das 31 subprefeituras.

L. Fortalecer conquistas importantes, em nível do controle social, que foram viabilizadas por meio de intensa mobilização e forte pressão política, exercida sobre a União e o Congresso Nacional.

M. A organização dos serviços de Saúde Bucal deverá ter como base o número de habitantes da região de abrangência , acrescido ao número de moradores em situação de rua, permitindo o acesso universal por parte de toda a população às Unidades de Saúde.

N. Garantir maior abertura nos Conselhos Gestores das unidades básicas, aos diversos movimentos sociais locais. Na perspectiva de garantir a representatividade de interesses sociais diversos, na mesma comunidade, por meio de ampla divulgação, nas áreas das subprefeituras e respectivos distritos e bairros.

Eixo Temático nº 3. FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

3.1. FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE BUCAL

27. O sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel, na formação de profissionais, comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da Saúde Bucal, não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em Saúde Bucal. É conduzida sem debate, com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das Universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de recursos humanos auxiliares para a saúde, e das Sociedades de Especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. Dessa forma, se cristalizam barreiras para o SUS ,exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o sistema, e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços de saúde. Uma vez que, muito pouco tem sido feito para a transformação da realidade da população quanto às necessidades odontológicas no país, sugere-se que o acadêmico, após a formação pelas universidades públicas e privadas exerçam o trabalho remunerado em zonas rurais e urbanas, onde houver necessidade e não que não tenha profissional concursado aguardando vaga, com toda infra estrutura ,de recursos humanos e materiais, por um período mínimo a ser decidido pela União.

28. A causa principal deste quadro, é que o modelo formador do país está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população, portanto, faz-se necessário, que a formação da equipe de saúde bucal seja coerente com os princípios do SUS e deve-se exigir, efetivamente, um maior controle social nesse processo.

29. O Brasil conta, no início de 2004, com 161 cursos de graduação em odontologia, na sua maioria de propriedade particular, e concentrados nas regiões mais desenvolvidas do país, fazendo com que na última década ,houvesse um alto incremento no número de profissionais habilitados para o exercício profissional. Não se dispõe de estudos criteriosos, avaliando o que este aumento tem significado na modificação do quadro de morbidade bucal dos brasileiros e para o acesso aos serviços odontológicos. Faz-se necessária uma política de estado subordinada ao SUS, que determine onde, quantos, e com que perfil ,deverá ser formado o profissional para promover impacto positivo, no quadro epidemiológico com aumento real da oferta de serviços.

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

31. A pós-graduação, em saúde bucal, reproduz o quadro descrito para a graduação. Os cursos de mestrado e doutorado, via de regra, tendem a especializar mais o especialista, no mesmo marco conceitual pedagógico, ratificando um tipo de prática há muito ultrapassada, e cada vez mais alienada da realidade nacional. Dá-se ênfase a especializações que confirmam e aprofundam o modelo mercantilista e elitista da Odontologia no país.

32. A formação dos recursos humanos auxiliares em saúde bucal, nas escolas privadas, tende a utilizar o mesmo marco conceitual pedagógico acima descrito.

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

34. Constatam-se inadequadas, a fragmentação e desarticulação entre as instituições públicas e particulares, inclusive as escolas de aperfeiçoamento profissional mantidas por entidades odontológicas, em relação às instituições de formação e prestação de serviços vinculados ao SUS. É estratégico superar esse distanciamento e buscar a potencialização de recursos e esforços, tanto na educação permanente do pessoal de nível universitário, quanto na formação de pessoal auxiliar odontológico. Tal aproximação é decisiva para o

desenvolvimento das equipes de saúde bucal, pois possibilita o intercâmbio entre os serviços de saúde, as universidades e escolas de ensino superior, cumprindo o estabelecido na lei 8.080/90 que dispõe sobre a obrigatoriedade das instituições públicas e privadas de ensino superior e os serviços de saúde promoverem, de maneira articulada, as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos diversos níveis de atenção à saúde da população.

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

36. 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, pessoal auxiliar e técnicos tem que se efetivar de forma concreta e imediata.

37. Para tanto, não só a esfera federal por intermédio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mas também as estaduais e municipais, por intermédio de seus conselhos correspondentes, têm um papel definitivo na observância e aplicação dos dispositivos legais, visto que a saúde bucal não tem sido tratada, até o momento, como uma prioridade do SUS.

3.2. O TRABALHO NA SAÚDE BUCAL

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

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

40. O avanço na descentralização do SUS, trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão. A expansão das equipes de Saúde da Família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS. Os componentes técnicos da educação na graduação e pós-graduação em saúde, geralmente não estão voltados para as

necessidades de saúde da população, nem para o emprego ou criação de tecnologias assistenciais inovadoras - como as requeridas no âmbito da saúde da família - e o SUS deve suprir as deficiências desses processos de formação, por meio de capacitações e outras estratégias de desenvolvimento dos recursos humanos, segundo seus preceitos.

41. A constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, fruto da articulação interinstitucional, que devem ser avaliados pelo Conselho Municipal de Saúde, é um passo significativo no sentido de propor e formular uma política de educação permanente em saúde, levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação, a produção de conhecimento e a recomposição das práticas da atenção, gestão, ensino e controle social no setor da Saúde Bucal. Além dos pólos de capacitação, deverá haver apoio e incentivo para capacitação individual na área pública ou privada para exercê-la no SUS.

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

PROPOSTAS:

A. Incluir de forma obrigatória, conteúdos de saúde coletiva, durante a formação acadêmica, nos cursos de graduação e pós-graduação, discutindo e sensibilizando os alunos, para a prática em saúde coletiva, com ênfase para os princípios e diretrizes do SUS adequada à realidade social

B. Estimular e otimizar parcerias com faculdades de odontologia, encaminhando propostas à comissão de ética em pesquisa, da Secretaria Municipal de Saúde, no que se refere aos estágios de Saúde Bucal em todos os níveis de atenção a saúde.

C. Promover cursos de capacitação, atualização e sensibilização de forma contínua, de todos os profissionais da rede, específicos para as necessidades locais da população.

D. Regulamentar o plano de cargos e carreiras dos profissionais e garantir isonomia salarial por nível de escolaridade, dentro de uma mesma carga horária, entre os servidores das diversas instâncias administrativas.

E. Estimular a especialização do profissional conforme as necessidades locais da região, incluindo “bolsa de estudo”, tendo como contrapartida, à garantia que o mesmo trabalhe na rede pública de saúde, como especialista, por um período não inferior a dois anos, bem como valorizar e priorizar os profissionais especialistas já existentes na rede pública de saúde.

F. Agilizar os sistemas de comunicação e informação entre as diversas

instâncias do SUS e os de caráter interno, como a comunicação entre os diversos setores da Secretaria da saúde e Unidades básicas.

G. Regular pela Legislação Federal, as carreiras do THD, ACD e APD.

H. Ampliar os cursos de formação de pessoal auxiliar (ACD e THD), inserindo esses profissionais no sistema de saúde, bem como o TPD e APD.

I. Criar cargos para profissionais da saúde bucal (CD, THD, TPD, ACD e APD) e lotá-los por concurso público, mesmo em caso de parcerias, caracterizando cada ESB em seu local de trabalho, suficientes para as necessidades de cada uma das subprefeituras, melhorando, dessa forma, a relação equipes de saúde bucal (ESB) por habitantes.

J. Articular, interdisciplinarmente, as ações da saúde geral com a saúde bucal nas três esferas de governo.

K. Implementar e ampliar o número das equipes de saúde bucal no PSF (urgente).

L. Re-articular e implementar novos ambulatórios de especialidades no município, incluindo a instalação de laboratórios de prótese.

M. Garantir manutenção mensal, continuada, preventiva e corretiva para os equipamentos odontológicos e periféricos.

N. Promover capacitações em ações educativas de saúde bucal aos usuários / voluntários nas Unidades Básicas de Saúde.

O. Por meio do poder público que as instituições sem fins lucrativos, tanto de ensino como de saúde retribuem em serviços preventivos, clínicos, cirúrgicos, etc., o atendimento odontológico à população sem cobrar pelos serviços, pois elas já deixam de arrecadar alguns impostos. Além de potencializar os serviços de Saúde Bucal já existentes nestas instituições (Universidades, Faculdades).

P. Realizar o controle de agentes nocivos no ambiente de trabalho e nas equipes de saúde bucal: medição dos níveis de mercúrio, medição de radiação dos aparelhos de R-X (laudo radiométrico e controle de qualidade) e outros.

Q. Inserir e incluir no organograma das subprefeituras a escola técnica do SUS.

R. Ampliar os cursos de formação pessoal auxiliar (ACD e THD), inserindo esses profissionais no sistema de saúde, bem como o TPD e APD.

S. Os espaços de trabalho de atendimento clínico ou seja as salas clínicas devem ser montadas e mantidas de acordo com as diretrizes específicas da Vigilância Sanitária, para tal devem ser regularmente avaliadas garantindo a

Biossegurança.

T. Garantir e otimizar a aquisição, com maior controle, dos instrumentais e materiais odontológicos nas UBS e Centros Especializados.

U. Garantir educação continuada em Saúde envolvendo a equipe multiprofissional das Unidades de Saúde, promovendo ações integradas e melhoria no acolhimento e atendimento às necessidades locais da população.

V. Inserir nos cursos de capacitação / formação do SUS a participação obrigatória de docentes dos cursos de graduação e pós-graduação em Odontologia (abrangendo todos os departamentos da Unidade), com a finalidade de obtenção de maiores conhecimentos relacionados às necessidades de Saúde Bucal da população e funcionamento do SUS, voltando assim ao ensino de graduação uma formação coletiva e de encontro ao serviço público.

X. Garantir disciplinas obrigatórias de Saúde Pública e Coletiva, além de Metodologia de Ensino nos cursos de pós-graduação, mestrado e doutorado.

Z. Incluir a obrigatoriedade de Interlocutores de Saúde Bucal em todas as coordenadorias.

Eixo Temático nº 4: FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

4.1. FINANCIAMENTO EM SAÚDE BUCAL

43. A contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se, nos últimos anos, na dificuldade de se obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do Sistema Público de Saúde, fazendo-se necessário efetuar mudanças no modelo econômico brasileiro no sentido de efetivar o Sistema Único de Saúde, garantindo melhores esclarecimentos das condições de financiamento para a saúde.

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

45. A instituição do Piso de Atenção Básica permitiu o repasse fundo a fundo de recursos destinados às ações e serviços básicos, com critérios assentados em bases populacionais, introduzindo um importante elemento de redução de desigualdades na distribuição dos recursos federais tornando possível aos gestores iniciar um processo de reorganização da rede de serviços.

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

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

48. As principais restrições à EC29 estão associadas ao fato de não vir acompanhada de uma regulamentação imediata que garanta um significativo aumento dos recursos na área da saúde, principalmente pelas indefinições sobre o que será admitido como gastos em ações e serviços de saúde. A desvinculação de receitas também tem sido uma temática permanente do debate nacional atual, e em particular da pauta de governadores com o Governo Federal, tornando-se um problema para a estruturação do SUS. Todavia, a vinculação traz maior segurança em relação ao volume de recursos para o setor e compromete as três esferas de governo no financiamento da saúde. É necessário garantir formas efetivas de que os recursos adicionais ajudem a constituir a garantia do acesso, da qualidade e da humanização da atenção e a busca da equidade.

4.2. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

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

50. A conquista da equidade é o objetivo estratégico principal, que perpassa todos os outros desafios, e envolve o diagnóstico das desigualdades no âmbito de microterritórios, a discriminação positiva com aporte de recursos e ações diferenciadas, a intersetorialidade das ações de promoção e proteção da

saúde, a humanização do atendimento e a elevação da qualidade da atenção à saúde.

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

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

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

54. Na Odontologia a viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento de um modelo de atenção em Saúde Bucal orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade e caracterizado pela resolutividade das ações que realiza. Para viabilização dos princípios do SUS em saúde bucal é necessária a alocação de recursos próprios.

55. Buscar um modelo de atenção integral em saúde bucal que leve em conta as necessidades de cada comunidade, de acordo com seu perfil epidemiológico; reorganizar a estrutura de funcionamento, os métodos e os processos com os quais se construiu a atenção em saúde bucal da população brasileira, redefinindo o papel da União, dos Estados e dos Municípios no processo da atenção. A organização da atenção em saúde bucal, em nível regional, deve ser discutida de forma democrática, com participação dos

gestores, trabalhadores, entidades representativas e usuários.

56. Neste sentido é necessário que esta Conferência Municipal de Saúde Bucal, debata e aprove propostas que tornem realidade a atenção em saúde bucal da população paulistana.

57. Garantir uma porcentagem mínima de aplicação de recursos da SMS em saúde bucal. Essa porcentagem deve ser estabelecida no CMS, na comissão de políticas públicas que formaria uma equipe técnica para auxiliar os trabalhos.

58. Esse percentual destinado à saúde bucal deverá ser definido de forma clara e transparente e se aplicará às três esferas de Governo (Municipal, Estadual e Federal).

59. Esses recursos poderão ser usados para compras (insumos, equipamentos, manutenção e conservação), reforma das instalações físicas do espaço destinado à atenção à saúde bucal; poderá ainda ser usado para implementação de ações e programas de promoção, vigilância e recuperação da saúde bucal, para capacitação e treinamento dos recursos humanos específicos da saúde bucal, dentro do plano de capacitação de recursos humanos para o SUS. As despesas com recursos humanos deverão ser supridas por outros recursos financeiros, que não esses.

60. O uso dos recursos específicos para a saúde bucal será fiscalizado e submetido à avaliação do Conselho Municipal e dos Conselhos Gestores de Saúde das coordenadorias de saúde.

61. As ações complementares, necessárias para recuperar a saúde bucal, deverão se submeter e se vincular ao SUS.

62. As verbas destinadas à saúde bucal deverão estar disponíveis imediatamente, quando da abertura dos processos onde esses recursos serão utilizados.

63. A utilização de verbas (extras), complementares, que forem destinadas à saúde bucal, deverá seguir critérios de prioridade transparentes que serão definidos por técnicos da área e submetidos à aprovação do controle social.

64. Deve-se criar uma comissão para fazer a revisão da tabela "SIA/SUS" (retirar ou complementar procedimentos e rever valores pagos).

PROPOSTAS:

A. Implementar as clínicas de saúde bucal em todas as unidades básicas, oferecendo os serviços em todos os períodos.

B. Aumentar o número de equipamentos, profissionais e material didático para um trabalho preventivo e educativo junto à população.

C. Aplicar concursos públicos regionais para contratação de pessoal da área de saúde bucal.

D. Apoiar o veto ao artigo 96 da Reforma Tributária, que trata da desvinculação de receitas da União, assim como rejeitar possíveis iniciativas de desvinculação de receitas de estados e municípios e exigir a aplicação, pelas três esferas de governo, da Emenda Constitucional 29 e da resolução 322/03 do Conselho Nacional de Saúde, com punição dos gestores que não as cumprirem. Dessa forma, os recursos do orçamento da saúde serão aplicados em ações e serviços específicos da saúde e não em condicionantes e determinantes (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais) que devem ser financiados por outras fontes.

E. Garantir o atendimento integral, em especial no que tange ao acesso à atenção secundária e terciária, incentivando a criação de centros de referência de especialidades. Para isso, é imprescindível aumentar a capacidade instalada da rede pública e definir, em cada sistema local de saúde, as responsabilidades de cada uma das instituições que integram, montando adequados sistemas de referência e contra-referência.

F. Garantir tratamento integral em saúde bucal para todas as faixas etárias, como recomenda o SUS.

G2. Garantir isonomia salarial entre dentistas e médicos.

H. Equiparar os salários em todos os níveis das categorias do SUS, independente de seu vínculo de trabalho, tendo como base sempre o maior salário.

I. Garantir o direito de plano de carreira para ACD, THD, APD e TPD para que se possa ter salários dignos e justos, equiparando vencimentos independente de vínculo e sempre pelo maior salário.

J. Garantir a atenção odontológica, em nível regional, por meio da criação de cargos de CD, ACD, THD, TPD e APD em número suficiente para atendimento da população da área de abrangência/influência das unidades.

K. Criar equipes de saúde bucal com carga horária de 40 horas semanais, incorporadas ao PSF, em número suficiente para atendimento da população cadastrada, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, ou seja, uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família.

L. Garantir um novo modelo de atenção integral em saúde bucal, que leve em

conta as necessidades de cada comunidade, de acordo com seu perfil epidemiológico, social e demográfico, reorganizando a estrutura dos serviços e o papel da equipe de saúde bucal.

M. Conscientizar a população sobre os investimentos em saúde bucal para que haja maior equidade de acordo com as necessidades locais.

N. Cumprir de imediato as leis e normas vigentes, relativas ao financiamento da saúde, com acompanhamento e fiscalização dos conselhos gestores.

O. Criar mecanismos que permitam transparência no repasse dos recursos da CPMF para a saúde.

P. Implementar os 21 ambulatórios de especialidades em saúde bucal, conforme proposta do Ministério da Saúde, com compra de serviço de laboratório de prótese, para que a produção seja agilizada e não sujeita à quebra de equipamentos.

Q. Manter o funcionamento das clínicas odontológicas já instaladas, bem como sua ampliação, contemplando todas as especialidades que já estão disponíveis para a população.

R. Assegurar atendimento odontológico nas unidades de saúde à população adulta, idosos e pessoas com deficiência.

S. Garantir equipes de saúde bucal para atendimento das populações indígenas nas comunidades e aldeias onde vivem, em todas as faixas etárias, respeitando sua cultura, crença e costume.

T. A contratação da equipe de saúde bucal deverá ser sempre por concurso público ou seleção pública incluindo os serviços com os parceiros

U. Criação e manutenção de incentivos do Ministério da Saúde para saúde bucal, garantindo a referência e contra referência no sistema, independente do Programa de Saúde Família

V. Garantir assistência odontológica e dimensionamento de RH em saúde bucal baseadas não só em população SUS dependente residente, mas contemplar a população em situação de rua (já excluída socialmente) e população que trabalha na região, visto que a mesma não é atendida em sua região de origem pela restrição do horário de funcionamento das unidades de saúde locais.

X. Implantação do plano de cargos, carreiras e salários do SUS nos municípios (carga horária igual, regime único, ingresso por concurso público).

W. Garantir processo de remoção zerada dos profissionais de saúde bucal de SMS com critérios transparentes ,dentro da legalidade, amplamente e

previamente discutidos com categorias envolvidas (CD, THD, ACD) junto ao CRH-G, Conselho Municipal de Saúde com contagem de tempo líquido na função no momento adequado e satisfatório para que os processos sejam democraticamente justos.

Y. Os novos concursados se nomeados antes da remoção, deverão escolher vagas em caráter provisório.

Z. As vagas das novas clínicas, de atenção secundária em saúde bucal , serão oferecidos para os profissionais da rede pública com os seguintes critérios: experiência (mínima de 2 anos) ou especialidade na área e tempo de serviço na rede.

Homologo a Resolução 019/2004, de 19/08/04, nos termos da legislação vigente.

Ass) – Gonzalo Vecina Neto
Secretario Municipal de Saúde