

# A PARTICIPAÇÃO POPULAR COMO INSTRUMENTO DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

POPULAR PARTICIPATION AS INSTRUMENT OF ORGANIZATION FOR ORAL HEALTH ASSISTANCE

**Clarice Magalhães Rodrigues dos Reis**

Dentista da Estratégia Saúde da Família do PSF do Junco em Sobral. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

**Márcia Alves Guimarães**

Dentista. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP).

## sinopse

**E**ste trabalho aborda uma proposta de organização da atenção em saúde bucal com foco na participação da comunidade. Criou-se um espaço coletivo de promoção de saúde e discussão de propostas em que foi repassada para a comunidade a dificuldade do agendamento de consultas e foram discutidas as sugestões de mudança para esta ação. A idéia principal era eliminar as filas e o modelo antigo de distribuição de fichas. As informações foram obtidas através de técnicas qualitativas e discutidas com base e referência de alguns estudiosos sobre as mudanças na atenção em saúde bucal com a implantação do SUS. Ouviram-se as críticas e sugestões da comunidade, apontando o papel estratégico da participação comunitária nos serviços de saúde. As considerações finais evidenciaram a necessidade de repensar a organização do serviço junto à comunidade, estabelecendo uma relação mais próxima entre equipe e usuário, gerando uma atenção em saúde bucal mais humanizada.

## palavras-chave

humanização, saúde bucal e organização da atenção

## abstract

**T**his study tackles an organization proposal of assistance in oral health with focus on community participation. A collective space was created for health promotion and discussion on proposals, in which the difficulty in scheduling appointments was transferred to the community and suggestions for change were discussed for this action. The main idea was to eliminate the lines and the former model of token distribution. The information was obtained through qualitative techniques and discussed based on and in reference to some scholars on the changes in oral health with SUS implantation. Suggestions and criticisms from the community were heard, pointing out the strategic role of community participation in the health services. The final considerations witnessed the need to rethink the organization of the service together with the community, establishing a closer relationship between the team and user, generating more humanized assistance in oral health.

## key words

Humanization; Oral Health; Assistance Organization.

## 1. INTRODUÇÃO

No capítulo dedicado à saúde na nossa atual Constituição Federal está determinado que: “a saúde é direito de todos e dever do estado” (art. 196). Entre outras diretrizes, a Lei que institucionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil prevê o acesso universal, integral e igualitário de cada cidadão brasileiro às ações e serviços de saúde, com descentralização de poder em cada esfera de governo e participação da comunidade, exercendo o controle social.

Com a eleição do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia estruturante da atenção básica, outras características somaram-se aos princípios norteadores do SUS a fim de melhor operacionalizá-lo. A adscrição da clientela de cada equipe de saúde, por exemplo, define claramente a população alvo de cada serviço. Além disso, a noção de território serviu de base para estruturação da própria Estratégia Saúde da Família, quando responsabilizou cada equipe por uma área e a vinculou a uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

O espaço local é o cenário estabelecido por atores sociais no desenrolar de um processo em que problemas de saúde se confrontam com serviços prestados e onde necessidades cobram ações. Representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (UNGLERT, 1999, p.222)

Essa lógica, quando bem compreendida pela equipe de saúde, leva à busca de soluções para os problemas da comunidade de sua área adscrita. Um dos problemas apresentados ainda hoje em muitos serviços de saúde do país são as filas para que o cidadão tenha acesso à saúde. A dificuldade de acesso cria insatisfação geral entre os usuários e a equipe de saúde, além de comprometer as necessidades de atenção de cada um.

Nas diretrizes da atual política nacional de saúde bucal encontramos o alerta do Ministério da Saúde para essa questão que serviu de referência para todas as nossas ações na organização do serviço: A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimento, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário. (BRASIL, 2004, p.03)

## 2. OBJETIVOS

### GERAL

- Descrever a proposta de organização da atenção em Saúde Bucal na Unidade de Saúde Dr. Estevão Ferreira da Ponte, tendo como referência a participação popular;

### ESPECÍFICOS

- Descrever a proposta da clientela que busca a UBS para tratamento odontológico;
- Relatar o primeiro impacto dessa nova proposta construída com a comunidade.

## 3. METODOLOGIA

Optou-se pela abordagem metodológica qualitativa, a fim de tentar-se compreender a subjetividade dos sujeitos e explicar, de forma mais aprofundada, as diferenças, na tentativa de traduzir as articulações entre o individual e o coletivo presentes no complexo saúde-doença-atenção (MINAYO e DESLANDES, 2002).

Neste estudo, buscou-se avaliar principalmente como se dá o fenômeno, evidenciando o caráter mais subjetivo e profundo das relações entre os sujeitos e o meio onde estão inseridos. Ao se obter as falas dos atores mediante entrevistas, objetivou-se,

*...A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde...*

através de um processo indutivo, analisar as abstrações construídas a partir dos dados obtidos, fundamentando as interpretações e formulando os conceitos. O significado que os entrevistados atribuem às situações vivenciadas na sua prática, na vida cotidiana, recebeu uma atenção especial. Procurou-se captar as vivências, queixas e expectativas dos usuários (cerca de 4000 famílias) atendidos no serviço odontológico da UBS Dr. Estevão Ferreira da Ponte.

Foram feitas cerca de 25 entrevistas de forma aleatória na sala de espera do atendimento odontológico. O pesquisador utilizou uma abordagem simples que permitisse a fala. Foram gravadas com prévia autorização dos entrevistados e contavam com as seguintes perguntas:

- Se havia tentado fazer o tratamento anteriormente?
- Como foi essa tentativa?
- Se gostou dessa nova abordagem?
- Se tem alguma sugestão?

A entrevista é uma técnica que se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Serve também como um meio de coleta de informações sobre determinado tema específico. Através desse procedimento, é possível coletar dados objetivos e subjetivos. (MINAYO 1996).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os meios de comunicação divulgam de diversas maneiras que a dificuldade de acesso à saúde ainda é a realidade de muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no nosso país. A realidade encontrada no serviço odontológico saúde quando conheceu-se a equipe do território referido deste trabalho foi bastante marcante. A Equipe de Saúde da Família já havia eliminado as filas em muitos grupos como: saúde da criança, atenção às gestantes, dentre outras, mas a saúde bucal continuava a ser um problema. O que fazer, então, com a pequena oferta diante da enorme procura por serviços odontológicos? Por onde começar? Quem priorizar? Torna-se importante nesse momento que a equipe tenha a clareza dos princípios do SUS para buscar alternativas de resolução desses problemas.

A realidade do setor odontológico da UBS do Junco há muito tem sido fator de discussão dentro da equipe. Somente em 2004, a lógica do tratamento completado foi incluída no serviço desta UBS e as marcações passaram a acontecer mensalmente ou bimestralmente, conforme o surgimento de novas vagas.

ao modelo anterior são referentes às filas que se formavam para atendimento e a distribuição de fichas por ordem de chegada, o que se pode observar nas seguintes falas:

*“...eu já vim 3 vezes só que eu chegava aqui atrasada e já tinha muita gente aí eram só 30 fichas, aí eu sobrava, eu sou ocupada, eu trabalho, aí eu não conseguia. Aí sempre eu vinha até que agora deu certo”.*

*“... eu acho que a fila dá muita confusão, um diz eu cheguei primeiro, sempre em todo lugar tem um que faz confusão...”*

A carência por assistência odontológica é um fato inegável, refletido no último levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, em que se pode encontrar os seguintes dados: 55% dos adolescentes com 18 anos possuem todos os dentes, mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional (todos os dentes foram extraídos ou têm sua extração indicada) em pelo menos uma arcada, três a cada quatro idosos não possuem nenhum dente funcional (BRASIL, 2004).

Ainda há a cultura que para ser atendido em serviço público é necessário chegar muito cedo. Esse modelo retrata os serviços de saúde em filas intermináveis e desumanas onde o indivíduo chega de madrugada, quando não dorme nas filas, na esperança de conseguir a oportunidade de resolver seus problemas de saúde.

*“... antes a pessoa vinha cedo, era por ordem de chegada, aí dependendo da quantidade de vagas atendia as pessoas que chegavam primeiro”.*

*“... toda vida que eu chegava aqui dizia não tem mais ficha, já encerrou...”*

A distribuição de fichas além de representar baixo impacto, reflete a lógica de quem chegar primeiro a UBS terá prioridade. Assim, quem não pode chegar de madrugada por diversos fatores, inclusive dor, nunca consegue o tratamento.

Desta forma, no começo de 2005, em discussão com a preceptoria durante a residência em saúde da família, resolveu-se modificar esse dia de “marcação de consulta da odontologia”. A idéia era buscar inspiração nos princípios constitucionais do SUS, já que não existe um modelo, ou até mesmo uma receita de como se resolver esse problema da saúde bucal que é a demanda reprimida.

Resolveu-se então conversar com a comunidade. De uma certa maneira enfrentar a multidão, tentar ouvi-los e expor também as dificuldades enfrentadas pela equipe. A idéia era que a partir daquela reunião sairia a forma de agendamento ideal para aquelas pessoas.

Aproveitou-se o momento para explicar alguns pontos importantes para que o grupo pudesse decidir as prioridades: a necessidade de tratar todos os dentes para se ter saúde bucal, a importância da prevenção, a adesão ao tratamento para que se consiga resultados, entre outros. Foram feitos pactos entre a equipe e os usuários como, por exemplo, o compromisso de que não faltassem sem uma prévia justificativa e que trouxessem sempre a escova de dente para a escovação supervisionada.

Este processo de discussão gerou resultados bastante satisfatórios que foram agrupados aqui por ordem cronológica de acontecimentos com a intenção de que se possa visualizar a maneira de organização do serviço.

##### 4.1 A OPINIÃO DOS USUÁRIOS ANTES DO PROCESSO DE MUDANÇA

Está se tornando consenso que é necessário humanizar a assistência à saúde em nosso país. As principais queixas quanto

**...o acesso à saúde bucal não é conseguir chegar ao consultório odontológico para resolver a dor de dente. É ter acesso a mudanças de hábitos que vão gerar saúde bucal.**

Há algum tempo esse atendimento aos usuários acontecia através da livre demanda, ou seja, o serviço atendia aos que procuravam à unidade, ou melhor, “quem aparecesse”. Pelas falas dos usuários, notou-se que já houve outras formas de marcação até se chegar à lógica do tratamento completado.

*“...eu já tinha vindo antes e marcava para o mesmo dia, agora foi que marcou para quase um mês...”*  
*“...a gente chegava cedo aí marcava pro mesmo dia, era por ordem de chegada aí marcava para 1 hora da tarde...”*

Como já foi abordado anteriormente, o acesso à saúde bucal não é conseguir chegar ao consultório odontológico para resolver a dor de dente. É ter acesso a mudanças de hábitos que vão gerar saúde bucal. Consiste em modificar o meio bucal do paciente através da assistência, como também motivá-lo a cuidar da sua saúde, incentivando sua própria autonomia. Daí a importância do tratamento completado.

#### 4.2 O QUE MUDOU?

*“...totalmente, porque de primeiro a gente estragava os dentes tudo porque era difícil da gente conseguir, agora tá melhor da gente tratar os dentes e não estragar...”*

A marcação de consulta, com base na participação popular, vem acontecendo na UBS do Junco desde janeiro de 2005. No momento em que estamos relatando essa pesquisa, encontra-se com oito meses de implantação.

Observou-se nas falas da comunidade que muitas mudanças foram aprovadas, principalmente no que se refere ao acolhimento.

*“... gostei muito dessa vez, disseram que era para chegar às 9:00hs, eu cheguei 9:00 hs tinha muita gente mas todo mundo sentado, aí ele foi chamando, chamando até que chegou minha vez.”*

Já é observado em alguns o crédito dado ao horário. A comunidade começa a acreditar na equipe e ver que realmente não será por ordem de chegada e que a prioridade do atendimento vai ser dada pelo grupo.

*“...agora é melhor, primeiro tinha que vir cedo demais para conseguir e às vezes nem conseguia. Agora tem um horário para vir, não precisa sair de casa de madrugada, você chega na hora, não é por ordem de chegada e todo mundo é atendido...”*

Foi observado que o simples fato de ter cadeiras para que os usuários possam sentar já foi considerado um avanço, mostrando a ausência de qualquer forma de acolhimento anterior.

*“...disseram que só iam atender quando todo mundo tivesse sentado nas cadeiras...”*  
*“...todo mundo sentado, ninguém avançando...”*

Outro fator que serviu como parâmetro de qualidade foi a abordagem feita pela equipe ao tratar dos assuntos referentes ao funcionamento do serviço, como também do tratamento odontológico em si. Com uma abordagem diferente as informações chegaram de maneira diferente à comunidade.

*“...gostei muito, deu pra gente entender, passou a informação direito. Tem que informar, para a gente entender...”*

*“...é bom porque você já chega em casa com a cabeça diferente porque tem mais informação, coisas assim simples, você já volta diferente, mais consciente da necessidade do tratamento...”*

Também foi comentado o trabalho em equipe. O engajamento das Atendentes de Consultório Dentário (ACD) no processo de promoção de saúde foi de fundamental importância pra qualquer mudança na organização do serviço. Elas ficavam responsáveis pela escovação supervisionada e muitas vezes também pelo acolhimento. A seguir a opinião de um usuário sobre o trabalho das ACDs:

*“E também uma coisa que eu achei muito interessante foi a linguagem usada, porque às vezes as pessoas que vem aqui tem um grau de escolaridade muito pequeno e se você for usar uma linguagem...for dar uma palestra que não chegue ao entendimento, não vai valer de nada. Às vezes eu vejo assim, por exemplo, quando tá fazendo a escovação, como são as meninas (as ACDs) que fazem, a gente acaba se sentindo mais próximo, mais à vontade, porque tem gente que diz: eu tenho é vergonha, eu não gosto. Mas devido a linguagem que é utilizada, acaba escovando. Eu achei um trabalho interessante, bem organizado, eu gosto muito do atendimento”.*

As explicações sobre a etiologia da cárie surpreenderam a comunidade, mostrando um total desconhecimento a respeito da doença.

*... a doutora falou que cárie é uma doença, eu não sabia, eu pensei que cárie era só... aí depois ela falou que tinha bactéria que era importante escovar. Eu escovava meus dentes muito errado, agora eu tô escovando direitinho...*

Como tratar e prevenir o que muitas vezes nem é considerado doença? Como pedir a nossos pacientes que previnam a doença cárie se eles nem a consideram doença?! A falta de informação é tanta que parece que ter a cavidade de cárie faz parte da vida, até mesmo porque isso é visto na família, poucos são os idosos em nosso país que apresentam ainda sua dentição parcial que dirá completa.

Três a cada quatro idosos não possuem nenhum dente funcional, segundo dados do último levantamento das condições de saúde bucal do brasileiro. (BRASIL, 2004)

Como também não adianta que o doutor, detentor do saber, mande o paciente escovar os dentes se não fica claro para ele o porquê disso. O texto constitucional é muito claro quanto ao “acesso universal e igualitário” (art. 196) a cada cidadão brasileiro. Porém infelizmente ainda é comum o profissional de saúde que vê no serviço público uma “ponta” do seu orçamento no final do mês. Essa falta de consciência sanitária de alguns leva às distorções no sistema que dificilmente são entendidas

**Três a cada quatro idosos não possuem nenhum dente funcional, segundo dados do último levantamento das condições de saúde bucal do brasileiro.**

*bom, apesar da gente não tá pagando, dinheiro assim... tá certo que a pessoa recebe mas só que a senhora sabe que é diferente de quem tem dinheiro, mas eu gostei muito do tratamento.”*

O conceito de entrar em tratamento parece também que foi bem aceito. A importância de se tratar todos os dentes para se ter saúde foi compreendido para evitar que o dentista só seja procurado por motivo de dor novamente.

*“...é bem melhor, a gente pode vir quantas vezes precisar até terminar... antes tinha que vir pra cá 5:00hs e vir de novo pra marcar...”*

*“...achei bom, a primeira vez eu cheguei cedo aí tem a palestra, conversou com a gente, aí eu obturei meu dente e agora vou fazer o tratamento dos outros”.*

*“... não é só uma vez, você extrai e vai embora é um tratamento do que você precisar. É muito melhor agora do que tempos atrás [...] é todo um tratamento, eu marquei uma vez, tive que vir só uma vez, agora*

*venho só para o tratamento. Não tenho que vir todo dia, esperar até o dia da marcação para marcar de novo...”*

**“...é bom porque você já chega em casa com a cabeça diferente porque tem mais informação, coisas assim simples, você já volta diferente, mais consciente da necessidade do tratamento...”**

#### 4.3 SUGESTÕES DA COMUNIDADE

A lei 8.080 que regulamenta o SUS fala em *igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie*, introduzindo o termo de equidade que é diferente de igualdade. A equidade torna-se uma questão de cidadania quando a própria comunidade prioriza certos grupos para o atendimento.

*“...ela perguntava se era bom começar logo pelos idosos, pelas crianças, aí as pessoas que decidiram, um plano muito bem feito, uma coisa muito maravilhosa”.*

*“...mas no dia eu gostei ela foi colocando primeiro quem estava com criança, depois quem estava com adolescente, quem estava precisando mesmo que estava com dor de dente, não teve aquele negócio eu cheguei primeiro, eu cheguei mais cedo, não, ela foi colocando as pessoas assim, nem todo mundo entende mas eu gostei”.*

A cada reunião o grupo decidia como seria. Notou-se que a escolha em todos os dias foi que os profissionais fizessem uma triagem dos mais necessitados, priorizando alguns grupos como crianças, idosos ou mesmo urgências odontológicas, demonstrando que a comunidade entende bem o conceito de equidade, até melhor do que muitos profissionais do setor.

“...dessa vez, eu acho até que acaba funcionando melhor porque agora você chega, não precisa madrugar que é desgastante e faz uma triagem. Nessa triagem pega quem tem mais necessidade, às vezes tem pessoas que reclamam: porque eu tenho pouca necessidade eu não vou ser atendido! Mas aí tem o outro lado que é muita gente para pouca vaga”.

“...disseram vamos dar prioridade a quem está com criança, nem todo lugar é assim...”

“...primeiro dava prioridade as crianças, os jovens, as pessoas mais velhas...”

“...é melhor porque é menos desgastante e acaba atendendo quem mais precisa...”

Faz toda a diferença quando se explica o porquê de um não em qualquer processo educativo. A falta de esclarecimento gera revolta que pode ser manifestada ou velada, que é muito pior. Quando se diz à comunidade que naquele momento não dá para tratar todo mundo e a convida a decidir quem será primeiro, assegurando que cada um terá a sua vez, tudo muda e a compreensão é imediata.

Outro fator citado como sugestivo de melhorias foi a questão da prevenção. A busca da integralidade das ações já começa a ser sentida pelos usuários.

***Faz toda a diferença quando se explica o porquê de um NÃO em qualquer processo educativo. A falta de esclarecimento gera revolta que pode ser manifestada ou velada, que é muito pior. Quando se diz à comunidade que naquele momento não dá para tratar todo mundo e a convida a decidir quem será primeiro, assegurando que cada um terá a sua vez, tudo muda e a compreensão é imediata.***

***É muito interessante perceber que muitas vezes a comunidade tem mais clareza dos conceitos que os próprios profissionais. Se é Programa de Saúde da Família tem que ser centrado na família.***

“...a questão da prevenção é o mais importante [...] eu sempre deixei meus dentes de lado, ou por medo, sei lá... e cria na gente aquela mensagem que se prevenir vai sofrer menos depois”.

O conceito de humanização envolve a individualização de cada usuário que busca no serviço de saúde a resolução para os seus problemas como sujeitos de direito. A tendência a massificar as condutas no serviço público vai de encontro a esse princípio de que cada usuário tem uma rotina de vida diferente. As UBS precisam levar isso em questão que muitos trabalham e não podem estar disponíveis para ações em qualquer horário. Esse fato foi observado nas falas.

“...naquela época qualquer pessoa podia marcar para uma pessoa da família aí quem vinha era a minha mãe, agora só pode ser atendido se a pessoa vier, aí fica mais difícil...”

“...eu acho que as pessoas que trabalham tinham que ser atendidas logo, mas depois das crianças, dos idosos aí o pessoal que trabalha”.

A necessidade de uma maior atenção com o trabalhador, já é uma preocupação do próprio Ministério da Saúde. Essas pessoas têm pouco tempo e a burocracia ou pouca resolutividade dos serviços acaba deixando esse grupo à parte do PSF.

Outra questão interessante que apareceu nas falas foi a noção de atendimento por alavancagem de famílias que é uma técnica já desenvolvida em algumas universidades e que centra a família como núcleo do espaço de promoção de saúde.

“...nós estava até ali conversando... que fosse assim: eu fui atendida com esse cartão, aí eu acho que podia ser para família toda, eu terminei o tratamento, aí serviria pro meu esposo, meus filhos, pra não ter mais essa demora, essa

*espera...se é programa pra família devia ser pra família toda”.*

É muito interessante perceber que muitas vezes a comunidade tem mais clareza dos conceitos que os próprios profissionais. Se é Programa de Saúde da Família tem que ser centrado na família.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a experiência vivida durante esse semestre algumas observações podem ser feitas. É notório o desconhecimento da população quanto à doença cárie e conseqüentemente não há um apoderamento desse saber. Assim fica muito difícil promover saúde bucal que nada mais é que mudanças de hábitos. É importante que a ESB acredite que o usuário que concluiu o tratamento não voltará ao consultório porque aprendeu a prevenir novas lesões, ou seja, adquiriu saúde. E esse tratamento não alcança resultados efetivos se não houver uma adesão do indivíduo ao seu plano de tratamento.

Tudo começa com o desejo de se ter saúde bucal. Ao reunir esses usuários que vão a UBS num determinado dia para tentar conseguir o tratamento, cria-se um grupo. Diversas experiências, inclusive no PSF, vêm demonstrando a efetividade de se trabalhar em grupos. Com o grupo de pessoas interessadas em satisfazer suas necessidades de saúde bucal, propõe-se uma conversa sobre o tema em questão. Nesse momento é importante informá-los sobre o serviço, explicar o que é o PSF, a doença cárie, a necessidade de se tratar todos os dentes e também a dificuldade que encontramos na organização do serviço, já que a demanda é muito grande para poucas ESB. Essa conscientização é de suma importância para evitar que esses usuários voltem pouco tempo depois, ocupando o lugar de uma nova vaga. A limitação no número de vagas tem que ser explicada e a ordem de prioridades para o agendamento deve ser decidida pelo grupo. Ou os cirurgiões-dentistas se convencem que para mudar o quadro de saúde bucal do seu território precisam envolver a população nesse processo ou não irá se alcançar resultados efetivos.

É importante, entretanto, estar atento para o princípio da universalidade do SUS, para que em nome da equidade, o direito à saúde não seja de grupos entendidos como mais necessitados pela equipe de saúde. Dessa maneira, corre-se o risco de deturpar as raízes do SUS e continuar a ser excludente como em um passado não muito distante.

Falar em acesso saúde bucal não é o mesmo de acesso à assistência odontológica. Acesso em saúde bucal inclui mudanças de hábitos, autonomia e acima de tudo responsabilidade sobre seu próprio corpo. Acredita-se que quando se distribui o saber, desmonopolizando das mãos do dentista é mais fácil se conseguir isso. A busca da integralidade (promoção/ assistência/ reabilitação) na saúde bucal envolve toda a equipe. O apoio da preceptoria foi de fundamental importância, como também o apoio das ACD, por inexistir técnico de higiene dental (THD) e o contato com os ACS ainda apresentar barreiras. Delegar funções, pedir sugestões, explicar para elas o porquê de estarem desempenhando aquela função é a melhor maneira de envolvê-las no processo. É importante lembrar que por diversas razões (culturais, abordagem, etc.) elas ainda estão mais próximas da comunidade do que os cirurgiões-dentistas.

Um problema enfrentado para a organização de qualquer serviço no setor público envolve o planejamento em nível de gestão e da compra de materiais para a assistência odontológica. Acredita-se que seja necessário elaborar um planejamento programado a fim de otimizar a organização do serviço.

Uma outra questão que merece atenção é a descrença da população nos serviços prestados pelo SUS conseqüência, muitas vezes, da maneira desigual que muitos profissionais de saúde tratam seus pacientes, dependendo da origem de seus honorários. Problema, sem dúvida alguma, de ética profissional, mas que gerou na comunidade uma desconfiança e conseqüentemente opressão ao único serviço que ela pode vir a ter acesso.

As filas e o atendimento por ordem de chegada (as famosas fichas) envolvem, na sua problemática, questões culturais devido ao fato de muitas vezes ter sido essa a maneira de acesso aos serviços públicos do país. A população desconfia de novas maneiras, e ainda insiste em chegar de madrugada. Essa credibilidade só virá com o tempo, com a conquista de uma aproximação maior entre usuário e equipe de saúde.

*Falar em acesso saúde bucal não é o mesmo de acesso à assistência odontológica. Acesso em saúde bucal inclui mudanças de hábitos, autonomia e acima de tudo responsabilidade sobre seu próprio corpo.*

Dentre os enormes desafios que ficam, pode-se incluir o de trabalhar com famílias. Acreditar que é na família onde os principais hábitos são formados. Talvez esse seja o maior desafio para a Saúde Bucal no PSF: ver a família como o principal espaço social para se promover saúde e as escolas como mais um ambiente, e não o principal, que deve ser trabalhado no território. Tarefa difícil que não se encontra em livro nenhum como fazer, até mesmo porque cada município, cada território, guarda suas peculiaridades. Com a clareza dos princípios do SUS, ouvindo a comunidade e trabalhando em equipe já é um bom começo para se tentar criar novas maneiras de organizar a atenção em saúde bucal, centrada no usuário e de forma humanizada.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília, 2004. 28p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Informe da Atenção Básica. SB Brasil - levantamento das condições de Saúde bucal da população brasileira*. Brasília, ano V, julho/ agosto, 2004.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1998.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: HUCITEC, 1996. 269 p. (Saúde em Debate, 46).

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. org. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 379 p. (Coleção Criança Mulher e Saúde).

UNGLET, C.V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. 4 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1999. Cap. 5. p. 221-235.

