



# A Saúde Bucal no PSF: O desafio de mudar a prática

*Antonio Dercy Silveira Filho*

*Odontólogo Coordenador da Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde SPS/DAB*

Para avançar de forma planejada na cobertura de toda a população da área adstrita, buscando paulatinamente a constituição de novos padrões de saúde bucal na comunidade

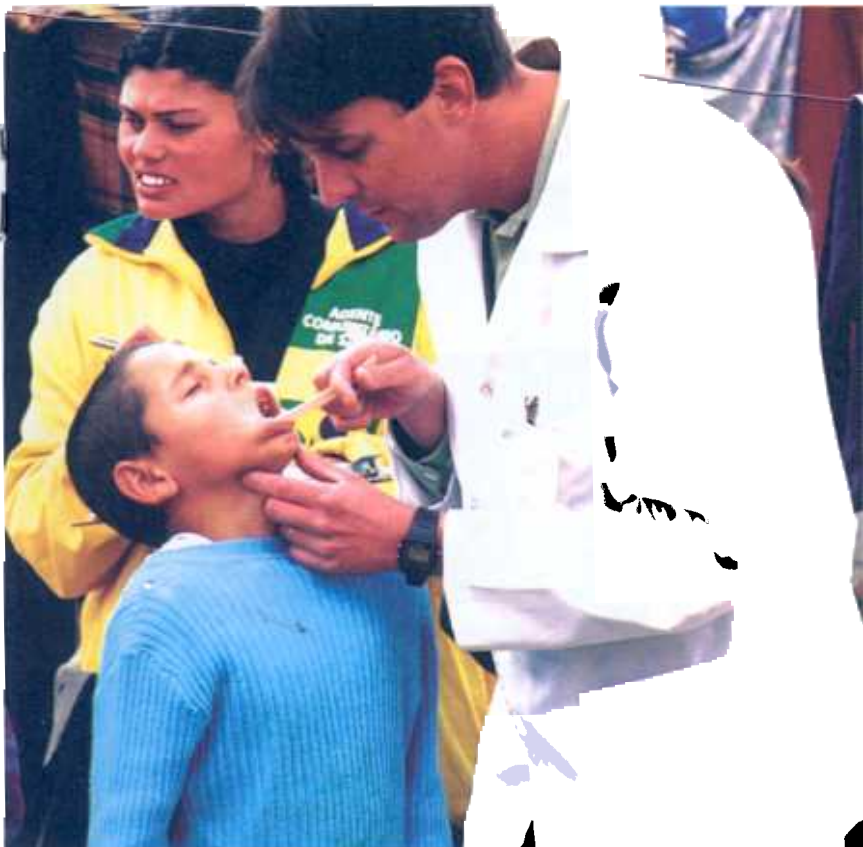
A saúde como direito tem sido uma conquista social do estado brasileiro, principalmente a partir da Constituição de 1988. A Saúde Bucal integrante do contexto saúde, cada dia mais desponta como uma preocupação, tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto assistencial.

O texto constitucional que formula o Sistema Único de Saúde (SUS), sua regulamentação, e outros textos normativos constituem as bases legais para a consolidação das ações de saúde bucal no SUS, propondo seguir os mesmos princípios que regem a dimensão macro da saúde — ou seja, um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis

de complexidade, e que esteja regulado através do controle social. Apesar desse pressuposto, percebe-se que algumas destas dimensões são ainda pouco incorporadas à atitude em saúde bucal, em boa parte dos sistemas locais de saúde.

Talvez aí resida o grande desafio à incorporação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. O desafio de tornar as ações em saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social. Um desafio anterior à própria formulação da estratégia de saúde da família, que traz nada além de uma maneira, uma forma de organizar a atenção básica à saúde, consolidando nas ações da prática em saúde bucal, no nível da atenção básica, a validação dos princípios

*A própria forma de se pensar a saúde bucal em saúde pública passa pela mudança de enfoque da Odontologia Preventiva e Social para a Saúde Bucal Coletiva.*



ROGÉRIO MACHADO/SMCS

*São inegáveis, porém ainda incipientes, os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de Equipes de Saúde Bucal no PSF*

constitucionais do SUS. Isto porque a própria forma de se pensar a saúde bucal em saúde pública passa pela mudança de enfoque da Odontologia Preventiva e Social para a Saúde Bucal Coletiva<sup>(1)</sup>. Decididamente não é apenas uma mudança semântica. Constitui-se num novo paradigma para os profissionais da saúde bucal, sendo imprescindível que no bojo de sua discussão se almeje a consolidação da cidadania brasileira.

São inegáveis, porém ainda incipientes, os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF). Presencia-se um amplo debate que permeia:

1) as perspectivas de mercado de trabalho para o profissional de saúde bucal, despontando o

serviço público como uma alternativa promissora;

2) as questões trabalhistas que envolvem a contratação destes profissionais, uma vez que este mercado, diferentemente da iniciativa privada, requer um vínculo empregatício;

3) os limites de implantação trazidos pela legislação vigente, especialmente quanto à relação entre equipes;

4) uma revisão das técnicas de promoção e prevenção em saúde bucal ainda enraizadas no Modelo Incremental<sup>1</sup>, de atenção a escolares, profundamente marcada pelo preventivismo<sup>2</sup> com o conceito de "geração perdida"<sup>3</sup>, absolutamente conflitante ao princípio de equidade;

5) a necessidade de apreensão da epidemiologia social, do plane-

jamento estratégico, de compreensão dos processos sociais comunitários, do território, do funcionamento das famílias e das ferramentas apropriadas à abordagem de cada uma destas questões;

6) a revisão das ações clínicas na saúde bucal, ainda profundamente marcadas pela exodontia, pela mutilação;

7) a necessidade de se constituírem outros níveis assistenciais, aparecendo como mais urgentes as especialidades de endodontia e prótese.

Estes são alguns dos questionamentos que vêm surgindo no amplo debate entre profissionais, acadêmicos, entidades de classe e gestores. Seguramente um momento ímpar para o crescimento e o fortalecimento da saúde bucal brasileira.



Programa  
Saúde da  
Família

SAÚDE BUCAL NO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*A Área Técnica de Saúde Bucal tem buscado agregar conhecimento e ampliar a sua capacidade resolutiva, num trabalho de parceria entre representantes das diferentes instâncias governamentais, da academia e das entidades de classe.*



A Área Técnica de Saúde Bucal, num trabalho de parceria entre representantes das diferentes instâncias governamentais, da academia e das entidades de classe, tem buscado agregar conhecimento e ampliar a sua capacidade resolutiva, planejando seu trabalho em três linhas principais de atuação.

**A primeira** refere à implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF e seus desdobramentos no desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde a partir da Norma Operacional da Assistência (NOAS/2002).

**A segunda**, na vertente da epidemiologia, tem como principal projeto o Levantamento Epidemiológico Nacional SB 2000, que está

a pleno desenvolvimento. Discute também a possibilidade de desenvolvimento de campanhas de prevenção em saúde bucal a exemplo de uma Campanha Nacional de Combate e Prevenção ao Câncer Bucal; a revisão dos indicadores de avaliação de saúde bucal a partir da experiência do Monitoramento das Equipes de Saúde Bucal<sup>4</sup> no PSF e do Pacto de Indicadores da Atenção Básica<sup>5</sup>; e por fim, busca viabilizar a realização de um fórum para ampliar o debate acerca do uso adequado do flúor, para que possamos atualizar normatização e recomendações vigentes.

**A terceira** consiste numa ação articulada entre Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde (ANVISA) e setores da indústria de

produtos de interesse a saúde bucal, especialmente aos que contêm flúor em sua formulação, para melhorar a qualidade e segurança dos produtos e também para o estabelecimento de consensos quanto aos materiais educativos, de divulgação e marketing.

Nos debruçaremos na primeira questão, a implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF. Neste aspecto, dada a demanda, encontra-se em fase de elaboração um documento que visa auxiliar esta implantação, não apenas no sentido normativo da qualificação e cadastramento, mas também no aspecto organizacional, na prática cotidiana das equipes. Este documento não pretende ser uma norma, uma cartilha a ser segui-





***Ao pensarmos na equidade, nos ocorre indagar: os cidadãos que já sofreram as mazelas das patologias bucais, devem ser excluídos da nossa prioridade assistencial (“geração perdida”)?***

da à risca, e sim orientar as equipes para uma prática em saúde da família, que deverá acima de tudo estar pautada sobre a sua realidade local, sobre o conhecimento da sua comunidade adstrita, a comunidade de sua responsabilidade. Busca-se compatibilizar os princípios do SUS com os princípios de organização e exercício no nível da Atenção Básica à Saúde através da estratégia Saúde da Família, princípios estes de consenso internacional.

Os princípios do SUS são amplamente conhecidos. O primeiro deles é a Universalidade, ou seja, deve constituir-se de maneira acessível a todos os cidadãos brasileiros. Da maneira como habitualmente pensamos organizar a clínica odontológica, as ações coletivas em saúde bucal; geralmente voltadas apenas para crianças em fase escolar, algumas vezes atendendo às gestantes, outras vezes oferecendo às demais faixas etárias acesso apenas a serviços de urgência e emergência.

Estamos cumprindo este princípio? Nos parece que não.

Mas, como garantir o acesso universal, atender a todos, tamanha a demanda que se acumula em nossos serviços? Daí a necessidade de organizarmos nossa Atenção em Saúde Bucal, através de ferramentas do planejamento estratégico que, utilizando-se de critérios para priorização, permitam realizar a gestão da clínica<sup>(III)</sup>.

Quando os serviços conseguem apropriar-se desta tecnologia, e priorizarem de maneira compartilhada com a comunidade suas prioridades, todos se beneficiam.

Estamos fazendo valer, também, outros dois princípios do SUS: o da equidade, que consiste em priorizar os recursos disponíveis para aqueles que mais necessitam de atenção; e o do Controle Social, que refere a participação popular na gestão dos serviços.

Ao pensarmos na equidade, outra reflexão importante nos ocorre: Será que ainda nos cabe o entendimento de que os cidadãos que já sofreram as mazelas das patologias bucais, devem ser excluídos da nossa prioridade assistencial (“geração perdida”)? Será que devemos realmente incluir nas nossas prioridades apenas aquelas crianças que, por não terem tido nenhuma experiência anterior de cárie, terão a possibilidade de serem adultos saudáveis (“geração saudável”)?

Vemos que esta atitude hoje deve ser inversa, pelas experiências acumuladas nos diversos sistemas de saúde e a ampliação dos conhecimentos na área social, as teorias das desigualdades e da produção social das doenças<sup>(IV)</sup>. Configurar um sistema de saúde com equidade é priorizar as ações em saúde bucal aos mais necessitados; sejam ações de recuperação ou de promoção e prevenção à saúde.

Observa-se nitidamente uma tendência decrescente da incidência da cárie dental em crianças, em todo o mundo. Se analisarmos o indicador CPO-D aos 12 anos, no Brasil, em 1986 este indicador apresentava 6,67 dentes cariados, restaurados, extraídos ou com extração indicada, quando em 1996 o mesmo indicador apresenta um valor de 3,06. Sabemos que indi-

cadores que retratam valores medianos podem esconder valores extremos entre os pólos positivo e negativo, porém eles são importantes para apontar tendências crescentes ou decrescentes.

Por outro lado, a incidência de câncer bucal tem demonstrado uma tendência crescente nos últimos anos, sendo o Brasil um dos países com elevados índices de câncer em lábios, bochechas, glândula salivar e língua. Estas inversões epidemiológicas devem nortear nossa prática em saúde, especialmente na atenção básica a saúde que propõe ser a porta de entrada ao acesso nos demais níveis de assistência.

Diante do que vimos, não se faz tão importante quanto o desenvolvimento de ações que visem à redução de indicadores de cárie na população infantil, a inclusão de ações que possibilitem a prevenção dos diversos tipos de câncer bucal e a detecção precoce de lesões suspeitas de câncer bucal?

Mas, como fazer isto? Organizando sua agenda de maneira a compatibilizar estas ações intra e extra-clínicas, nos diferentes turnos de trabalho da equipe.

Adentramos num importante aspecto da organização da atenção básica em saúde através da estratégia saúde da família<sup>(V), (VI)</sup>, o vínculo entre profissionais e equipe. Falar em vínculo é muito mais que simplesmente conhecer os moradores de sua área. É saber identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho, de comunidade. É conhecer suas atividades, sua exposição ao estresse, seu padrão alimentar, enfim, é conhecer os



fatores que possam estar interferindo na sua qualidade de vida. É percebê-los como cidadãos capazes de mudarem seus hábitos, de apreenderem novas atitudes mais saudáveis; sempre respeitando seus padrões culturais e jamais impondo nosso padrão higienista, nossos crivos do que está certo e errado, numa atitude de detentores do saber; é estar presente como ator social da comunidade e através de sucessivas aproximações.

O vínculo nos dá uma nova perspectiva na atitude frente a determinados problemas de saúde. Possibilita que trabalhem na perspectiva do auto-cuidado das patologias bucais; assim como um hipertenso adquire condições de, sozinho, controlar sua patologia, de perceber seus limites para uma vida saudável. Nos possibilita repensar a necessidade de acompanhamento periódico dos pacientes que passaram por tratamento restaurador, desde que estes se encontrem aptos a controlar suas patologias bucais para que possam desenvolver uma vida saudável e, sempre que necessário, tenham a possibilidade de acessar um dos membros da equipe de saúde bucal.

Este vínculo só se estabelece por meio do acompanhamento longitudinal das famílias, da relação de confiança conquistada através do tempo em que se atua na comunidade adstrita ao território de responsabilidade. A visita domiciliar passa a ter um caráter tão importante quanto a realização do diagnóstico clínico das patologias. Não serve apenas para que se identifiquem as condições sociais das famílias, mas é uma

estratégia de intervenção terapêutica, onde ora se atua através de ações de promoção e prevenção, ora através de intervenções clínicas factíveis, ora estabelecendo-se como suporte às mudanças comportamentais das famílias.

Retrata-se então outra importante e decisiva dimensão da estratégia saúde da família, a dimensão do cuidado. Cuidar é mais que vigiar, portanto é ampliar o conceito de vigilância à saúde. É perceber as nuances e possibilidades de cada uma das suas famílias; é buscar parceiros, governamentais ou não, para a superação dos problemas mais comuns; é fomentar a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.

Percebemos que o sucesso da estratégia saúde da família é, antes de tudo, resultante de uma mudança na atitude dos profissionais de saúde bucal que atuem na atenção básica.

### **Atividades de planejamento, atividades clínicas**

Na organização do trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Família <sup>(VII)</sup>, propomos que a implantação se dê em três momentos não estanques, nem tampouco fragmentadas ou obrigatoriamente seqüenciais. Esta implantação será diferente a cada território, a cada comunidade que pode ou não já ter algum acesso à Saúde Bucal, variará quanto ao nível de organização social, terá diferentes problemas prioritários, terá diferentes formas de especialização destes problemas. Acreditamos porém que seja possível pautar todas as ações através da ferramenta do planejamento estratégico. Por isso, para cada momento sugerido, estamos dividindo (apenas didaticamente) as atividades em atividades de planejamento e atividades clínicas, conforme quadro abaixo.

	Atividades de Planejamento	Atividades Clínicas
Momento 1	1. Apropriação do Território	1. Ações de Prevenção e Promoção à Saúde 2. Atendimento Odontológico à Demanda
Momento 2	2. Espacialização das Desigualdades e Diferenças entre as Microáreas 3. Identificação dos Inscritos nos Grupos Prioritários para Atenção	3. Estabilização das Patologias Bucais
Momento 3	4. Cuidado Longitudinal às Famílias	4. Atenção Clínica Restauradora às Famílias

***Cuidar é mais que vigiar, é ampliar o conceito de vigilância à saúde. É buscar parceiros, governamentais ou não, para a superação dos problemas mais comuns.***



***Como principais Atividades de Planejamento, a serem desenvolvidas em cada um dos momentos, destacamos:***

#### **MOMENTO 1**

Apropriação do Território

- Visitas de reconhecimento das condições espaciais, sociais, econômicas e das famílias;
- Identificar informantes-chave e atores sociais, possíveis parceiros para o fomento da qualidade de vida na comunidade;
- Identificar as áreas analisando os determinantes de risco à saúde, comuns para todas as patologias (saneamento, nutrição, habitação, etc.);
- Executar levantamento de atividades de doenças bucais às famílias das áreas de risco, com vistas ao planejamento e priorização das ações de saúde bucal;
- Acompanhar o desenvolvimento de políticas locais de qualidade da água de abastecimento público, para que incluam a fluoretação e desenvolvam-se as ações de vigilância do flúor;
- Realizar ações de Educação em Saúde Geral e em Saúde Bucal nas famílias, abrangendo temas como dieta, higiene, hábitos saudáveis de vida, hábitos bucais e outros;
- Realizar Bochechos com Solução Fluoretada às famílias ou grupos prioritários, quando necessário, mediante identificação do risco;
- Orientar Escovação com fornecimento de suporte instrumental (escova e fio dental) quando necessário.

#### **MOMENTO 2**

Espacialização das Desigualdades e Diferenças entre as Microáreas

- Analisar os indicadores de saúde, das contradições sócio-econômicas e riscos da população adstrita, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família (ESF), de maneira compartilhada à comunidade;
- Identificar as diferenças entre as comunidades no mesmo território, buscando classificá-las em diferentes graus de risco à saúde, do maior para o menor, a partir dos determinantes sociais comuns a todas as doenças;
- Construir e/ou compartilhar com a comunidade esta classificação hierárquica das microáreas;
- Construir mapa descritivo da classificação hierárquica das microáreas, identificando todos os elementos determinantes das condições de risco; localizar informantes-chave, os possíveis parceiros no desenvolvimento de ações de saúde;
- localizar os demais equipamentos sociais e outros recursos disponíveis para o fomento da qualidade de vida desta comunidade.

#### **MOMENTO 3**

Identificação dos Inscritos nos Grupos Prioritários para Atenção

- Identificar os indivíduos de grupos prioritários para atenção, em conjunto com a ESF, de forma compartilhada com a comunidade. Estes grupos poderão ser obtidos a partir da análise territorial, priorizando-se as áreas de maior risco, ou através de suas patologias de base (hipertensos, diabéticos, gestantes, etc.)

- Realizar visitas domiciliares quando necessário ou quando solicitado pela ESF e/ou ACS;
- Construir mapa de identificação das famílias que compõem as áreas e/ou os grupos prioritários da atenção, através da ordem estabelecida para a priorização da demanda.

#### **MOMENTO 4**

Cuidado Longitudinal às Famílias

- Organizar a agenda de visitas domiciliares dos ACS e dos demais componentes da ESB, quando necessário;
- Identificar as situações/casos-problema, que exigirão maior cuidado pelas ESB, quando se necessita de um acompanhamento mais próximo para o manejo do caso;
- Discutir situações/casos-problema com ESF e ACS que culminem no planejamento das ações necessárias para o melhor manejo da situação. Podendo ser desenvolvidas pela própria ESB, e/ou integradas a ESF e/ou a outras instituições, governamentais ou não.

***Como principais Atividades Clínicas, a serem desenvolvidas em cada um dos momentos, destacamos:***

#### **MOMENTO 1**

**Ações de Prevenção e Promoção à Saúde** – Atenção voltada a todos os moradores da área adstrita, através da demanda organizada por busca ativa da ESB, com programação de agenda. São ações que podem ser executadas na própria





Programa  
Saúde da  
Família

SAÚDE BUCAL NO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Clínica Odontológica da Unidade Básica de Saúde da Família, nos Domicílios ou nas Sedes Comunitárias (escolas, creches, associações de moradores, clubes, fábricas, empresas e outros).

- Educação em saúde;
- Escovação orientada e/ou supervisionada;
- Controle da placa bacteriana com evidenciador;
- Aplicação Terapêutica intensiva com flúor;
- Aplicação de carióstático;
- Aplicação de selante;
- Orientação dietética;
- Detecção precoce de lesões de mucosa e tecidos moles;
- Minimização de riscos ao trauma bucal nos domicílios e demais espaços comunitários (escolas, creches, empresas, etc).

**Atendimento Odontológico à Demanda** – Atenção voltada a todos os moradores da área adstrita, através da demanda espontânea. São ações que podem ser executadas na própria Clínica Odontológica da Unidade Básica de Saúde da Família, nos Domicílios ou nas Sedes Comunitárias (escolas, creches, associações de moradores, clubes, fábricas, empresas e outros).

- Consulta e atendimento;
- Atividades clínicas restauradoras;
- Atividades clínicas de periodontia;
- Atividades clínicas cirúrgicas;
- Atividades clínicas de urgência e emergência endodôntica.

#### MOMENTO 2

**Estabilização das Patologias Bucais** – Atenção voltada às famílias

das microáreas de acordo com a classificação de risco e/ou às famílias dos grupos prioritários para a atenção do PSF da área adstrita, através da demanda organizada por ordem de prioridade estabelecida pela ESF, ESBF e comunidade e através de busca ativa, com agenda prévia (programação de agenda). São ações que podem ser executadas na própria Clínica Odontológica da Unidade Básica de Saúde da Família, nos Domicílios ou nas Sedes Comunitárias (escolas, creches, associações de moradores, clubes, fábricas, empresas e outros).

- Tratamento Restaurador Atraumático (TRA);
- Aplicação terapêutica intensiva com flúor;
- Aplicação de carióstático;
- Aplicação de selante;
- Controle da placa bacteriana;
- Escariação e Selamento de cavidades com cimento provisório;
- RAP.

#### MOMENTO 3

**Atenção Clínica Restauradora às Famílias** – Atenção voltada às famílias das microáreas de acordo com a classificação de risco e/ou às famílias dos grupos prioritários para a atenção do PSF da área adstrita, através da demanda organizada por ordem de prioridade estabelecida pela ESF, ESBF e comunidade e através de busca ativa, com agenda prévia (programação de agenda). São ações que serão executadas na Clínica Odontológica da Unidade Básica de Saúde da Família.

*Além de ser necessária a continuidade da expansão do número de Equipes de Saúde Bucal no PSF, é premente a melhor qualificação dos profissionais que atuam nestas equipes.*

- Consulta e atendimento;
- Atividades clínicas restauradoras;
- Atividades clínicas de periodontia;
- Atividades clínicas cirúrgicas;
- Atividades clínicas de urgência e emergência endodôntica.

A ESF buscará garantir agenda para a atenção prioritária a famílias (seja pela identificação das microáreas hierarquicamente priorizadas ou através dos grupos prioritários para atenção), e também possibilitará o acesso a toda a população da área de abrangência às práticas de prevenção e promoção à saúde bucal e atenção às necessidades clínicas eventuais. Para tal necessita de uma boa estratégia de organização da agenda diária de trabalho, otimizando ao máximo a utilização dos turnos de trabalho em diferentes frentes da saúde bucal.

Da maneira proposta, a ESBF poderá avançar de forma planejada na cobertura de toda a população da área adstrita, buscando paulatinamente a constituição de novos padrões de saúde bucal na comunidade. Percebe-se que além de ser necessária a continuidade da expansão do número de Equipes de Saúde Bucal no PSF, é premente a melhor qualificação dos profissionais que atuam nestas equipes, visto que o maior desafio está na mudança da atitude profissional em saúde bucal coletiva, que só se dará através da apreensão de conhecimentos necessários ao exercício desta nova prática. 🏠

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

(I) **NARVAI, P.C.** Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. HUCITEC. São Paulo, SP; 1994.

(II) **CÓRDON & GARrafa** (1991:10-6) In: NARVAI, P.C. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. HUCITEC. São Paulo, SP; 1994 (100:02).

(III) **MENDES, E. V.** *Os Grandes Dilemas do SUS*. Editora ISC- Casa da Saúde; Coleção Saúde Coletiva IV, Tomo I e II; 2001.

(IV) **MINAYO M.C.S.** *Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño*. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, coordenadores. *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. (55:71).

(V) **SHI L., STARFIELD B., KENNEDY B., AND KAWACHI I.** *Income inequality, primary care, and health indicators*. The Journal of Family Practice. 1999; 48:(4).

(VI) STARFIELD B., MD, MPH *The Importance of Primary Care to Health*. The Medical Reporter. Jun.1999.

(VII) **MOYSÉS, S. J., SILVEIRA Fº, A. D.** *Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca*. In: *Os Dizeres da Boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis*. CEBES, 2002. (133:62)

1 "Pode-se afirmar, em síntese, que o *Sistema Incremental* caracteriza-se pela completa eliminação de necessidades de tratamento, através do denominado *Tratamento Completo Inicial (TC-I)* nas crianças das idades menores da população-alvo. Estas crianças, ingressantes na população-alvo, compõem um grupo denominado *compulsório*. Uma vez realizado o TC-I, cada criança passa a integrar um grupo denominado de *manutenção*. Neste grupo são realizados periodicamente, os *Tratamentos de Manutenção (TC-M)*, até que a criança seja excluída da população-alvo (...) este sistema de atendimento experimentou algumas variações que acabaram por caracterizar os *diferentes modelos de sistema incremental* (Richmond, Aimorés etc.) mas, esteve voltado basicamente, para populações em idade escolar (6 a 14 anos). Difundiu-se com tal intensidade a ponto de tornar sinônimo de programas odontológicos escolares. Transformando-se em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente, ..."  
**NARVAI, P.C.**<sup>(1)</sup>

2 " (...) uma forma simplista e mascarada de abordar o problema da saúde bucal (...) O Preventivismo, então, se constitui no ato odontológico tecnicificado, voltado à prevenção e colocado no mercado de consumo enquanto produto da área da saúde..."

**CÓRDON & GARrafa** <sup>(2)</sup>

3 O conceito de "geração perdida" refere-se às pessoas que já tiveram experiência de cárie, e que por isso, por mais que houvesse investimentos do profissional odontólogo, de nada adiantaria (determinismo curativo). Seu contraponto se dá pelo conceito de "geração saudável", que se refere às pessoas que não experimentaram a cárie (especialmente as crianças) e que por isso, quanto maiores os investimentos preventivos, melhores seriam as chances de se conseguir uma futura população "livre de cárie".

4 Monitoramento das Equipes de Saúde Bucal é um processo de avaliação da implantação das equipes de saúde da família realizado pelo Ministério da Saúde durante os anos de 2001 e 2002.

5 O Pacto de Indicadores da Atenção Básica, implantado desde 1998 e anualmente renovado, são indicadores pactuados entre as três instâncias de governo que refletem as principais metas a serem alcançadas naquele ano em diversas ações do SUS.