



ARTIGO

IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA
IMPACT OF DEPLOYING OF ORAL HEALTH TEAMS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN TWO MUNICIPALITIES OF THE STATE OF BAHIA

SANDRA GARRIDO BARROS¹; MARIA CRISTINA TEIXEIRA CANGUSSU²; DENISE NOGUEIRA CRUZ³;
LARISSA OLIVEIRA RAMOS SILVA⁴; ANGELO GIUSEPPE RONCALLI⁵

1 - Departamento de Odontologia Social e Pediátrica; Faculdade de Odontologia/UFBA, Salvador-BA, Brasil

2 - Departamento de Odontologia Social e Pediátrica; Faculdade de Odontologia/UFBA, Salvador-BA, Brasil

3 - Departamento de Odontologia Social e Pediátrica; Faculdade de Odontologia/UFBA, Salvador-BA, Brasil

4 - Graduanda em Odontologia, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-BA, Brasil

5 - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal-RN, Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar o impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a utilização de serviços e morbidade referida em saúde bucal em dois municípios com mais de 100.000 habitantes. Métodos: Estudo observacional, de base populacional e arquitetura transversal que entrevistou 1.652 famílias de 22 setores censitários no município A e 1.371 famílias em 20 setores no município B. Resultados: Em A, verificou-se maior necessidade de tratamento em áreas não cobertas e maior utilização de serviços nas áreas cobertas, com diferenças estatisticamente significantes para todas as variáveis. A prevalência de dor de dente não apresentou diferença entre os grupos (RP=0,99; IC95% 0,96-1,03). A cobertura de tratamento foi maior em áreas cobertas (RP=0,65; IC95% 0,59-0,72). O maior acesso a informações em saúde bucal nessas áreas (RP=0,59; IC95% 0,56-0,62) pode ter interferido na identificação de problemas pela população, resultando em prevalências mais elevadas. Em B, verificou-se menor necessidade de tratamento em áreas não cobertas (RP=0,91; IC95% 0,86-0,96) e menor utilização dos serviços nas áreas cobertas, com diferenças estatisticamente significantes. Conclusão: A implantação de ESB/ESF significou uma ampliação da utilização dos serviços, entretanto, o uso de medidas de morbidade referida não revelou impacto sobre as condições de saúde bucal da população, sendo necessário o uso de indicadores mais sensíveis.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Aim: To evaluate Family Health Strategy (FHS) impact on services utilization and morbidity in oral health in two municipalities with over 100,000 inhabitants. Methods: Observational, population-based and cross-architecture study that interviewed 1,652 families in 22 census tracts, in city A, and 1,371 families in 20 sectors in municipality B. Results: In A, there was greater need for dental treatment in not covered areas and increased use of services in covered areas, with statistically significant differences. Toothache prevalence had no difference between groups (OR = 0.99, 95% CI 0.96 to 1.03). Treatment coverage was higher in covered areas (PR = 0.65, 95% CI 0.59 to 0.72). Greater access to oral health information in this areas (PR = 0.59; 95% CI 0.56 to 0.62) may have interfered in problems identification by the population, resulting in higher prevalence of diseases. In B, there was less need for treatment in not covered areas (PR = 0.91, 95% CI 0.86 to 0.96) and less use of services in the covered areas, with statistically significant differences. Conclusion: The implementation of FHS usually means an expansion of health services use, however, the morbidity measures used could not identify impact on population oral health status, requiring the use of more sensitive indicators.

Keywords: Oral Health; Primary Health Care; Health Services; Health Evaluation.



INTRODUÇÃO

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994, pelo Ministério da Saúde, buscou reorganizar a atenção primária em saúde (APS) no Brasil, no sentido de reorientar o modelo assistencial, buscando imprimir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. A Saúde Bucal, entretanto, foi incorporada à ESF somente em 2000 na tentativa de se alcançar uma atenção integral à saúde bucal, tomando-a como parte da saúde das famílias e comunidades^{1,2,3}. Buscavam-se importantes mudanças no modelo de atenção, na organização das práticas, e, conseqüentemente, impacto positivo no perfil epidemiológico.

Nessa perspectiva, no período de 2003 a 2008, os recursos federais destinados anualmente à saúde bucal tiveram um incremento de mais de dez vezes, possibilitando a ampliação tanto dos serviços assistenciais básicos e de média e alta complexidade, quanto das ações preventivas específicas, entre elas a fluoretação das águas de abastecimentos públicos e de promoção da saúde⁴.

Os rumos tomados pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)³ no Brasil não teriam sido possíveis sem a contribuição de diversas experiências municipais que, em todo o país, desenvolveram programas locais de saúde bucal. Setenta e seis municípios já haviam, ainda no século XX, introduzido a Saúde Bucal na ESF, bem como modelos inovadores em relação à atenção à saúde bucal⁵. Foram essas experiências municipais que definiram as bases e os elementos centrais para a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na ESF (ESB/ESF), bem como para a atual PNSB. Entretanto, mais de uma década após a implementação da política, poucos estudos foram realizados no sentido de monitorar e avaliar seus impactos.

Em uma primeira avaliação sobre a ESF, Senna⁶ observou impacto positivo em áreas com grande déficit de serviços básicos de saúde, sobretudo na região Nordeste do país. Um dos grandes desafios do programa, segundo a autora, referia-se ao seu impacto nas grandes regiões metropolitanas, onde, ao menos em tese, há uma oferta mais estruturada de serviços de saúde e concentra-se um expressivo contingente populacional com elevado índice de pobreza urbana e, ao mesmo tempo, extremamente heterogêneo.

Outros autores^{7,8} identificaram melhoria na satisfação do usuário após a implantação da equipe de saúde bucal, embora ressaltassem as dificuldades da integralidade e resolutividade da atenção. Destacam-se, neste contexto, a priorização das ações curativas baseadas na demanda espontânea e carência de qualificação dos profissionais envolvidos na ESF. No estado de Minas Gerais, um percentual de 48,9% dos dentistas da ESF não havia participado de treinamentos específicos à nova proposta de atuação, reproduzindo uma assistência odontológica ainda centrada no indivíduo⁹, perpetuando, “*práticas fundadas em um modelo individualista e desarticuladas das necessidades da população*”⁴.

Em São Paulo, Palacio et al.¹⁰ verificaram impacto positivo dos indicadores “acesso” e “rendimento” após a implementação da saúde bucal na ESF, que os autores relacionaram ao aumento do número de profissionais e amadurecimento do processo de trabalho.

Em municípios de médio porte (50.000 a 100.000 habitantes) da Bahia com 100% de cobertura da ESF verificou-se utilização de serviços públicos odontológicos de atenção primária em torno de 23,2% e 30%¹¹. No município de Olinda (PE), 18,9% da população acima de 18 anos havia utilizado os serviços de Saúde Bucal nas áreas cobertas pela ESF^{12,13}.

Embora Corrêa¹² tenha apontado um aumento da oferta de serviços odontológicos em áreas cobertas pela ESF, estudos de base populacional realizados em Campina Grande (PB)¹³ e Natal (RN)¹⁴ demonstraram que residir em áreas cobertas por ESB/PSF não está relacionado com maiores níveis de acesso aos serviços de saúde bucal, o que não deveria acontecer devido ao caráter territorial do programa^{13,14}.

Em Campina Grande (PB), o acesso aos serviços de saúde bucal foi maior em áreas não cobertas (62,1%) que nas áreas cobertas (52,1%), apresentando 1,5 vezes mais chance de acesso nas áreas não cobertas (OR=1,5; IC95%: 1,1-1,9; p<0,05). O ajuste por sexo, idade, renda individual, escolaridade e autopercepção de saúde reduziu essa probabilidade (OR=1,1; IC95%: 0,8-1,6; p=0,337), de modo que não foi observada associação entre residir em áreas cobertas pela ESF ou não cobertas e o acesso aos serviços de saúde bucal¹³.

Em Natal (RN), observou-se maior acesso à assistência odontológica em residentes de áreas cobertas pelo PACS ou ESF sem ESB, mas com cirurgião-dentista (CD) (45,4%), seguido das áreas cobertas por ESB/ESF (31,9%), sendo os piores resultados obtidos nas áreas com cirurgião-dentista sem PACS ou ESF (17,5%)¹⁴. Os autores entendem que esses indicativos apontam para o fato de que a inclusão da ESB/ESF não se traduziu em reversão do modelo de atenção e do processo de trabalho¹⁴. Observou-se manutenção da prática curativo-restauradora, do modelo escolar-sespiano, priorizando menores de 12 anos^{14,15}.

Estudo envolvendo 12 municípios com mais de 100 mil habitantes do nordeste do Brasil, que avaliou agravos de saúde bucal (morbidade dentária autorreferida e prevalência de dor de origem dentária), acesso a serviço odontológico (consulta ao dentista no último ano), cobertura de ações curativo-reparadoras (tratamento de dor de origem dentária, tratamento restaurador e exodontia) e cobertura de ações preventivas (acesso a ações preventivas individuais e acesso a ações preventivas coletivas), não evidenciou um impacto global da ESB/ESF (impacto positivo dos oito indicadores avaliados) em nenhum dos municípios incluídos no estudo¹⁶. O município com melhor desempenho apresentou impacto positivo em seis desses indicadores, enquanto aquele com pior desempenho apresentou impacto negativo em sete dos oito indicadores. A morbidade dentária autorreferida (necessidade atual de tratamento odontológico) variou de 51,8% a 74,7% nas áreas cobertas por ESB/ESF e de

46,8% a 76,2% nas áreas não cobertas¹⁶.

Ainda que os resultados observados nesses 12 municípios pudessem induzir a inferência de um fraco desempenho da incorporação da ESB/ESF, Pereira et al.¹⁶ alertam para a necessidade de investigar os fatores que levaram àqueles resultados.

Os estudos já realizados demonstram um aumento da oferta de serviços odontológicos em áreas cobertas pelo PSF, sem, no entanto, se traduzir em reversão do modelo de atenção à saúde bucal. Observa-se ainda a necessidade de realização de estudos comparativos entre os casos. Nesse sentido, esse trabalho buscou analisar comparativamente o impacto da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família na morbidade referida de dor, utilização e cobertura de serviços de saúde bucal de dois municípios do estado da Bahia.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional, de base populacional e de arquitetura transversal, em dois municípios do estado da Bahia cuja intervenção (implantação da ESB/ESF) já foi realizada e os grupos considerados foram classificados como sendo alvo da intervenção (áreas cobertas por ESB/ESF) e outro, controle, onde não foi implantada a intervenção (áreas não cobertas por ESB/ESF).

Este estudo fez parte de outro mais amplo¹⁶ que analisou municípios da região Nordeste com mais de 100 mil habitantes que apresentavam equipes de saúde bucal na ESF. Admitiu-se, como pontos de corte arbitrários de inclusão dos municípios, um mínimo de 20% e um máximo de 70% de cobertura. No ano de referência do estudo, 2005, o município A possuía 20,78% de cobertura e o município B 67,84%¹⁷. É importante ressaltar que o tempo de implantação das ESB nos municípios é diferente. O município A implantou suas primeiras ESB em 2001, enquanto o município B teve suas primeiras equipes implantadas em 1998.

Foram sorteados 10 setores censitários das áreas cobertas por ESB/ESF, os quais compuseram as áreas sob intervenção. Para compor as áreas de não intervenção (controles), foi realizado um emparelhamento intencional a partir dos dados constantes nas bases de dados dos setores censitários. Estes dados eram relativos às principais variáveis as quais, sabidamente, exercem influência sob as variáveis de estudo, entre elas as de natureza socioeconômica. A partir da "Base de dados por setor censitário"¹⁸ foram selecionadas algumas variáveis socioeconômicas, as quais compuseram um índice classificatório final, para que o emparelhamento pudesse ser realizado.

O Índice Geral obtido para cada um dos setores foi categorizado a partir da distribuição percentil, em quatro faixas: Muito Baixo, Baixo, Médio e Alto. Este critério foi utilizado para o emparelhamento dos setores cobertos e não-cobertos (experimentais e controles). Para cada setor sorteado do grupo experimental foi escolhido um setor próximo não coberto de

mesmo escore. Todos os setores censitários que se localizavam em área parcialmente coberta foram excluídos do estudo.

A variável de interesse explanatória foi a presença de ESB/ESF na área. Entre as variáveis de resposta (dependentes), estavam aquelas relativas à situação de saúde bucal e que possuem a capacidade de serem influenciadas pela presença da ESB/ESF, incluindo morbidade referida de dor, necessidade de tratamento odontológico, utilização de serviços de saúde bucal no último ano e tipo de procedimento realizado.

Todas as informações referentes à família foram obtidas a partir de entrevista com informantes-chave, em sua residência e consideradas para todos os moradores do domicílio. As entrevistas estruturadas foram conduzidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devidamente treinados em oficinas de trabalho com oito horas de duração. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e teve consentimento dos gestores municipais.

O banco de dados da pesquisa foi construído na plataforma SPSS versão 10.0, com posterior verificação de consistência da digitação. Em seguida, procedeu-se a análise descritiva e bivariada a partir da razão de prevalência e cálculo do intervalo de confiança a 95% (Mantel-Haenzel) para interpretação dos achados.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 1.650 domicílios no município A, em um total de 6.149 residentes incluídos, sendo 45,57% do sexo masculino e 53,94% do sexo feminino. No município B, foram incluídos 1.371 domicílios, totalizando 5.061 habitantes, 46,81% do sexo masculino e 53,19% do sexo feminino. Em ambos os municípios a faixa etária com maior número de participantes foi a de 20-44 anos, seguida pelos grupos de 6-14 anos e maiores de 54 anos, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Características da população estudada em dois municípios da Bahia, 2007.

| | Município A | | Município B | |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 2.802 | 45,6 | 2.369 | 46,8 |
| Feminino | 3.317 | 53,9 | 2.692 | 53,2 |
| Total | 6.149 | 100,0 | 5.061 | 100,0 |
| Faixa Etária | | | | |
| ≤ 1 ano | 172 | 2,8 | 148 | 2,9 |
| 2-5 anos | 517 | 8,4 | 349 | 6,9 |
| 6-14 anos | 975 | 15,9 | 770 | 15,2 |
| 15-19 anos | 484 | 7,9 | 500 | 9,9 |
| 20-44 anos | 2.628 | 42,7 | 2.192 | 43,3 |
| 45-54 anos | 603 | 9,8 | 464 | 9,2 |
| > 54 anos | 770 | 12,5 | 638 | 12,6 |
| Total | 6.149 | 100,0 | 5.061 | 100,0 |

Observou-se que os residentes de áreas cobertas e não cobertas apresentaram necessidade de tratamento dentário semelhantes no município A, de modo que não houve diferença estatisticamente significativa em residir em área coberta ou não coberta por ESB/ESF ($\chi^2= 0,91$, $p=0,34$). No município B, verificou-se maior necessidade de tratamento em áreas cobertas ($\chi^2= 12,41$ $p<0,001$; $RP=1,13$, $IC= 0,86-0,96$) (Tabela 2).

Ao analisar a população que utilizou o serviço público odontológico (foi ao dentista na Unidade de Saúde) nos últimos 12 meses, no município A, verifica-se que os residentes de áreas cobertas foram mais ao dentista ($\chi^2= 572,03$, $p<0,001$; $RP=0,46$, $IC= 0,43-0,50$), enquanto no município B esta diferença não foi estatisticamente significativa entre áreas cobertas e não cobertas ($\chi^2=0,39$, $p=0,53$) (Tabela 2).

Quanto às variáveis “realização de obturação”, “realização de extração”, “realização de prevenção” e “participação em palestras”, no município A, residentes de áreas cobertas utilizaram mais estes serviços, enquanto no município B, a utilização entre os residentes de áreas cobertas foi menor que nas áreas não cobertas para estes serviços (Tabela 2).

No município A, a diferença na prevalência de dor entre as áreas não foi estatisticamente significativa, havendo maior cobertura de tratamento nas áreas cobertas por ESB/ESF. No município B, a prevalência de dor foi maior em áreas cobertas, enquanto a cobertura de tratamento para a dor foi melhor nas áreas não cobertas (Tabela 3).

Tabela 2. Necessidade e utilização dos serviços odontológicos em dois municípios da Bahia, 2007.

| | Cobertura SB/PSF | | | | Total | | Qui ² (p-valor) | RP (IC95%) |
|--|------------------|-------|-------------|-------|-------|-------|----------------------------|------------------|
| | Coberto | | Não Coberto | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| <i>Necessita de tratamento dentário atual</i> | | | | | | | | |
| Município A | 2.344 | 74,29 | 2.256 | 75,35 | 4.600 | 74,81 | 0,91 (0,34) | 0,96 (0,98-1,06) |
| Município B | 1.312 | 51,80 | 1.153 | 46,80 | 2.465 | 49,40 | 12,41 (<0,001) | 1,13 (1,06-1,38) |
| <i>Foi ao dentista na Unidade de Saúde</i> | | | | | | | | |
| Município A | 759 | 24,06 | 90 | 3,00 | 849 | 13,81 | 572,03 (<0,001) | 0,46 (0,43-0,50) |
| Município B | 442 | 17,40 | 417 | 16,70 | 859 | 17,10 | 0,39 (0,53) | 0,98 (0,91-1,05) |
| <i>Fez obturação na Unidade de Saúde</i> | | | | | | | | |
| Município A | 271 | 8,59 | 37 | 1,24 | 308 | 5,01 | 174,57 (<0,001) | 0,51 (0,45-0,57) |
| Município B | 284 | 11,20 | 340 | 13,60 | 624 | 12,40 | 6,65 (0,010) | 1,12 (1,03-1,23) |
| <i>Fez extração na Unidade de Saúde</i> | | | | | | | | |
| Município A | 249 | 7,89 | 55 | 1,84 | 304 | 4,94 | 119,84 (<0,001) | 0,60 (0,55-0,66) |
| Município B | 162 | 6,40 | 238 | 9,50 | 400 | 7,90 | 16,69 (0,001) | 1,12 (1,03-1,23) |
| <i>Fez prevenção na Unidade de Saúde</i> | | | | | | | | |
| Município A | 626 | 19,84 | 74 | 2,47 | 700 | 11,38 | 459,37 (<0,001) | 0,47 (0,43-0,51) |
| Município B | 277 | 10,90 | 332 | 13,30 | 609 | 12,10 | 6,54 (0,001) | 1,12 (1,03-1,23) |
| <i>Participou de palestras na Unidade de Saúde</i> | | | | | | | | |
| Município A | 784 | 24,85 | 188 | 6,28 | 972 | 15,81 | 398,06 (<0,001) | 0,59 (0,56-0,62) |
| Município B | 277 | 10,90 | 363 | 14,50 | 640 | 12,70 | 14,63 (<0,001) | 1,04 (1,02-1,06) |

Tabela 3. Prevalência de dor dente referida nos últimos 12 meses e respectiva cobertura por serviços de saúde locais em áreas cobertas e não cobertas por ESB/PSF em dois municípios da Bahia, 2007.

| | Cobertura SB/PSF | | | | Total | | Qui ² (p-valor) | RP (IC95%) |
|--|------------------|-------|-------------|-------|-------|-------|----------------------------|------------------|
| | Coberto | | Não Coberto | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| <i>Prevalência de Dor de Dente</i> | | | | | | | | |
| Município A | 762 | 24,15 | 734 | 24,51 | 1.496 | 24,33 | 0,11 (0,74) | 0,99 (0,96-1,03) |
| Município B | 744 | 29,30 | 455 | 18,20 | 1.199 | 23,80 | 83,59 (<0,001) | 1,40 (1,30-1,52) |
| <i>Cobertura do Tratamento da Dor de Dente</i> | | | | | | | | |
| Município A | 231 | 30,31 | 99 | 13,49 | 330 | 22,06 | 60,60 (<0,001) | 0,65 (0,59-0,72) |
| Município B | 189 | 25,60 | 180 | 39,60 | 369 | 30,90 | 25,90 (<0,001) | 1,31 (1,17-1,46) |

DISCUSSÃO

Obteve-se melhores resultados para os indicadores analisados nas áreas cobertas por ESB/ESF do município A, em relação às áreas não cobertas do próprio município. Enquanto no município B, os piores resultados foram observados nas áreas cobertas por ESB/ESF, exceto para o acesso à consulta. Nesse sentido, em um primeiro momento poder-se-ia supor uma melhor situação de saúde bucal, considerando acesso a serviços públicos odontológicos e morbidade referida, no município A. Entretanto, uma análise mais criteriosa aponta para diferenças importantes nos resultados observados nos dois municípios, em especial na necessidade de tratamento referida pela população estudada.

O município A não apresentou diferença estatisticamente significativa de necessidade de tratamento dentário entre indivíduos que residiam em áreas cobertas (74,29%) e não cobertas (75,35%). Entretanto, no município B, residentes de áreas cobertas referiram maior necessidade (51,80%) do que aqueles de áreas não cobertas (46,80). Contudo, o município A tinha uma necessidade de tratamento dentário superior ao observado no município B, bem como no município de Natal (RN), onde Pereira et al.¹⁶ observaram uma necessidade de tratamento dentário referida por residentes de 64,07% (49,89% residentes de áreas cobertas e 50,11% de áreas não cobertas). Vale destacar ainda que o município B foi aquele que teve pior desempenho nas áreas cobertas para os indicadores avaliados por Pereira *et al.*¹⁶, entretanto, também foi o que apresentou menor percentual de necessidade de saúde bucal acumulada em ambos os modelos (áreas cobertas e não cobertas por ESB/ESF).

Ao analisar a utilização dos serviços de saúde bucal, observou-se, no município B, que estar em áreas cobertas não se traduziu em proteção para os indivíduos ($\chi^2= 12,41$, $p<0,001$; RP 1,13, IC= 1,06-1,38), havendo maior utilização dos serviços por parte de quem residia em áreas não cobertas, dado também referido por Rocha e Goes¹³ que observaram 1,5 vezes mais chance de utilização de serviços de saúde bucal em residentes de áreas não cobertas. No município A, entretanto, a população de áreas cobertas teve maior utilização dos serviços de saúde bucal do que a população de áreas não cobertas. Nesse sentido, é importante notar como se dá o funcionamento dos serviços, fator que interfere na acessibilidade aos mesmos, bem como na sua utilização.

As Unidades de Saúde da Família (USF) funcionam geralmente oito horas por dia, cada ESB/ESF pode atender a uma ou duas Equipes de Saúde da Família (ESF), a ESB/ESF participa de reuniões de equipe, ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, visitas domiciliares^{8,15,16,18}. Esse elenco de atividades desenvolvidas pelas ESB/ESF necessariamente não fazem parte da rotina da equipe de saúde bucal de uma Unidade Básica de Saúde convencional (UBS), as quais muitas vezes contam com mais consultórios odontológicos e dentistas, podendo funcionar em três turnos ou mesmo em regime de plantão (24h)^{13,17,18,19}. É claro que essas diferenças

que não foram consideradas no presente estudo e nos demais estudos revisados^{13,14} influenciaram os resultados.

Em que pese o melhor resultado em relação à utilização de serviços odontológicos em áreas não cobertas quando comparado às áreas cobertas no município B, deve-se destacar, contudo, que a prevalência de dor de origem dentária na sua população (áreas cobertas e não cobertas) é significativamente menor que a observada no município A.

Palacio et al.¹⁰, no período de 2009 a 2011 evidenciaram aumento de 128,09% no total de procedimentos realizados após implantação de ESB/ESF, o que relacionaram a mudanças no processo de trabalho e ao aumento no número de profissionais atuantes nos serviços de saúde bucal. Entretanto, Pereira et al.¹⁶, analisaram o impacto da implantação da ESB/ESF em 12 municípios com mais de 100 mil habitantes da região Nordeste, verificando que em 7 a implantação da ESB/ESF não teria gerado impacto ou teria gerado impacto negativo sobre os indicadores de morbidade referida analisados. Pode-se inferir, portanto, que a implantação da ESB/ESF por si só não garantiu maior resolutividade dos problemas bucais, sendo necessário analisar também como tem se dado a implementação dessa estratégia nos municípios com relação ao direcionamento da política de saúde local, compreensão da atenção primária e indução da implementação das ESB/ESF através do incentivo financeiro^{13,17,20}.

Destaca-se ainda a necessidade de cautela na interpretação dos principais achados, pois se trata de um estudo transversal, com obtenção das informações através da morbidade referida e utilização dos serviços de saúde. Além disso, há uma temporal envolvida no próprio delineamento, então é plausível que, em eventos não agudos investigados aqui, possa ocorrer o viés de memória.

Por outro lado, o tamanho da amostra do presente estudo e os resultados obtidos são relevantes e apontam questões a serem exploradas em futuras investigações. Há que se refletir sobre os indicadores que vem sendo utilizados para avaliar o impacto das ESB/ESF. Esses indicadores são capazes de apontar mudanças nas práticas? Como cada um dos indicadores deve se comportar nos diferentes modelos assistenciais?

Outro aspecto a ser considerado, evidenciado por Lourenço et al.⁹, está relacionado às dificuldades na resolutividade dos agravos pelas ESB/ESF, devido a forma como as estratégias são conduzidas, ainda que tenha sido observada uma maior utilização dos serviços pela população.

Além disso, a demanda reprimida, consequente da desassistência vivida durante décadas, leva a uma alta procura por procedimentos curativos, o que dificulta a reversão do modelo assistencial, perpetuando, ainda que na ESF, um modelo assistencial curativo, o que desestrutura a sua organização inicial, que deveria ser voltada para ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu identificar diferenças no impacto da implantação das ESB/ESF em dois municípios

da Bahia e evidenciou a importância de considerar aspectos da organização político-administrativa de cada município, bem como a necessidade de refletir sobre os indicadores mais adequados para analisar a imagem-objetivo dessa estratégia: a mudança do modelo assistencial. Destaca-se a necessidade de investigações com abordagens que possam garantir uma análise dos indicadores de saúde e saúde bucal articulada com elementos sociais, políticos e históricos da implantação da atenção à saúde bucal capazes de explicar diferenças no impacto da ESB/ESF nos municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444**, 28 de dezembro de 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267**, 06 de março de 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
4. Frazão P, Narvai PC. Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de luta por uma política pública. **Saúde Debate** 2009; 33(81): 64-71.
5. Calado G.S. **A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios**. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
6. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** 2002; 18(1): 203-11.
7. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família em Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciênc. saúde coletiva** 2006; 11(1): 219-227
8. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. saúde coletiva** 2008; 13(1): 35-41.
9. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghiem MC, Preira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva** 2009; 14(1): 1367-1377.
10. Palacio DC, Vazquez FL, Ramos DVR, Peres SV, Pereira AC, Guerra LM, Cortellazzi KL et al. Evolução de indicadores pós-implantação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. **Einstein** 2014; 12 (3): 274-281.
11. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Ver. Panam. Salud Publ.** 2013; 34(6): 401-6.
12. Corrêa GT. **Avaliação da oferta e uso de serviços odontológicos públicos e o impacto das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família no aumento da produção ambulatorial nos municípios brasileiros entre 1999 e 2011**. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Odontologia] – Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. 78f
13. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24(12): 2871-2880.
14. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública** 2009; 25(5): 985-996.
15. Merhy E, Franco TB. Programa saúde da família: somos contra ou a favor? **Saúde Debate** 2002; 26: 118-22.
16. Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KG. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100.000 habitantes. **Cad. Saúde Pública** 2012; 28(3): 449-62.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família [OnLine] Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. [Acesso em setembro 2005].
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base de dados por setor censitário. CD-ROM. IBGE, 2005
19. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública** 2007; 23(11): 2727-2739.
20. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24(9): 2131-2140.

Endereço para correspondência:

Maria Cristina Teixeira Cangussu.
Rua Araújo Pinho 62, 6º andar.
Canela. Salvador- BA CEP 40110-150.
E-mail: cangussu@ufba.br