



DANIELLE DA COSTA PALACIO

**EVOLUÇÃO DE INDICADORES PÓS-IMPLANTAÇÃO DE
EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA REGIÃO DE CAMPO LIMPO, ZONA SUL DE SÃO
PAULO, NO PERÍODO DE 2009 A 2011**

PIRACICABA
2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

DANIELLE DA COSTA PALACIO

**EVOLUÇÃO DE INDICADORES PÓS-IMPLANTAÇÃO DE EQUIPES DE
SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO DE
CAMPO LIMPO, ZONA SUL DE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 2009 A 2011**

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à
Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestra
em Odontologia em Saúde Coletiva.

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação
defendida pela aluna Danielle da Costa Palácio e
orientada pelo Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

Assinatura do Orientador

PIRACICABA
2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

P171e Palacio, Danielle da Costa, 1980-
Evolução de indicadores pós-implantação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família na região de Campo Limpo, zona sul de São Paulo, no período de 2009 a 2011 / Danielle da Costa Palacio. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Saúde da família. I. Pereira, Antonio Carlos, 1967-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Evolution of the Oral Health indicators of the Strategy of Family Health in Campo limpo, south zone of São Paulo, 2009 to 2011

Palavras-chave em inglês:

Oral health

Family health

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Antonio Carlos Pereira [Orientador]

Mario Maia Bracco

Luciane Miranda Guerra

Data de defesa: 21-06-2013

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 21 de Junho de 2013, considerou a candidata DANIELLE DA COSTA PALÁCIO aprovada.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Antonio C. Pereira".

Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Mario Maia Bracco".

Prof. Dr. MARIO MAIA BRACCO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luciane Miranda Guerra".

Profa. Dra. LUCIANE MIRANDA GUERRA

Dedico este trabalho à minha avó Elvira, à minha mãe Arlete,
à minha amada filha Isabella e ao meu marido Walmir.

Sem vocês, nenhum sonho seria possível!

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, pela paciência, confiança e dedicação que me ajudaram a escrever muito mais que este trabalho científico, me tornou uma profissional melhor, mais crítica e ponderada.

A cada membro da querida Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família da Sociedade Beneficente Brasileira Israelita Albert Einstein, que me possibilitaram a realização deste trabalho.

À amiga Stela Verzinhasse Peres, que me dedicou algumas horas de seu tempo, me auxiliando nas leituras de dados e nas análises estatísticas.

Aos amigos e parceiros de sempre Danielle Viana R. Ramos e Leandro Morais C. de Oliveira que trouxeram críticas e sugestões que enriqueceram o conteúdo deste estudo.

A todos da Gerencia de Programas Governamentais do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein, em especial à Luciana Borges, que me deram a oportunidade e apoio necessários para realizar este mestrado.

Aos colegas Interlocutores de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, da Coordenadoria Regional de Saúde – Sul e da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, em especial à Dra. Elaine Silveiras, que ajudou na busca de informações importantes para esse trabalho e à Dra. Maria da Candelária Soares, que sempre deu um enorme incentivo para realização deste mestrado e estudo deste tema especificamente.

Aos colegas das duas turmas com as quais tive contato, vocês me ensinaram, engrandeceram, divertiram e me tornaram alguém melhor.

E a todos que de alguma forma contribuíram com essa realização.

“Não sabendo que era impossível, foi lá e fez!”

Jean Cocteau

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo a avaliação pós-implantação das 21 Equipes de Saúde Bucal (ESB) da parceria entre a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE) e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) na região do Campo Limpo/Vila Andrade que fica na Zona Sul da cidade de São Paulo, através da evolução dos indicadores Rendimento, Acesso, Percentual de faltas e Percentual de urgências, analisados no período de 2009 a 2011. Foram utilizados os dados dos mapas de produção ambulatorial dos profissionais das ESB desta parceira, instrumento oficial utilizado pela SMS/SP para acompanhar o desempenho dos profissionais da saúde bucal. Para os indicadores Percentual de urgência, Rendimento e Acesso houve uma diferença significativa entre os anos analisados. Para o indicador Percentual de faltas não houve diferença estatisticamente significante. Quando feita a análise mensal, destaca-se que no início da implantação do serviço ocorreu oscilação, podendo indicar que o trabalho foi consolidado ao longo dos meses, sendo capaz de receber novos profissionais e aumento da população atendida. Ao se comparar os indicadores do período com as metas pactuadas com SMS/SP é possível perceber que as ESB tiveram bom desempenho. Conclui-se que os resultados alcançados junto às metas pactuadas com SMS/SP certamente refletem o aumento do número de profissionais, o amadurecimento dos processos de trabalho dessas ESB e a otimização da mão de obra disponível para realização das atividades. O entendimento destes resultados será importante para nortear as ações das ESB para os anos seguintes e para avaliar o cumprimento das metas.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Saúde da Família, Indicadores de Saúde Bucal.

ABSTRACT

This study makes an evolution after inserting 21 Oral Health Teams's (OHT) in partnership between Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE) and the Local Secretary of Health of São Paulo (SMS/SP) in the Campo Limpo/Vila Andrade region in the South Zone of São Paulo, by the indicators Incomes, Access to Service, Percentage of Absence and Percentage of Urgencies, analyzed in the period from 2009 to 2011. For this research, it was used the data from the clinical productivity mappings of the OHT professionals in this partnership, data that represents the official instrument used by SMS/SP to keep up with performance of oral health professionals. For the indicators Percentage of Urgency, Incomes and Access to Services, there was a significant difference between the analyzed years. For the Percentage of Absences there was not any significant difference, statistically. When the monthly analysis was made, I highlighted oscillation in the beginning of the implantation of the services, what may indicate that the work was consolidated over months, being capable of receiving new professionals and the targets agreed with SMS/SP, is easy to note that the OHT's had a good performance. It is concluded that the achieve results with the agreed targets surely reflect the rise of the number of professionals, the maturing of the OHT's working processes and the optimization of the available manpower for these activities. The understanding of these results will be substantial for guiding the OHT's actions for the following years and for evaluating the goals accomplishment.

Key Words: Oral Health, Family Health, Oral Health Indicators.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião-Dentista

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipes de Saúde da Família

SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SMS/SP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DE LITERATURA	4
3 PROPOSIÇÃO	10
4 MATERIAL E MÉTODOS	11
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	11
4.2 AMOSTRA	11
4.3 COLETA DOS DADOS	11
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	12
5 RESULTADOS	13
6 DISCUSSÃO	19
7 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Os agravos bucais e suas sequelas são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de saúde pública, com graves consequências sociais e econômicas (Brasil, 2002; Schimith & Lima, 2004; Goldbaum et al., 2005). Resultados preocupantes levantados por estudos envolvendo a condição odontológica da população brasileira (Baldani et al., 2005; São Paulo, 2009) levaram o Ministério da Saúde a incluir, por meio da Portaria 1.444 de 2000, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) dentro da Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de atenção básica a saúde implantada no país em 1994. Tal apoio se deu através de incentivos financeiros objetivando a reorganização da atenção da saúde bucal, o qual foi consolidado com a publicação da *Política Nacional de Saúde Bucal* em 2003 (Rosa & Labate, 2005; Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Guisso & Geib, 2007; Rocha & Góes, 2008).

No município de São Paulo, a Estratégia de Saúde da Família iniciou em 1996 através do programa estadual “Projeto Qualidade Integral de Saúde - Projeto QUALIS” (Capistrano Filho, 2009). Este programa se diferenciou do federal na sua forma de gestão através do estabelecimento de convênios com organizações sem fins lucrativos que, por sua vez, incorporaram recursos assistenciais de apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF), tais como ESB, saúde mental e ambulatórios de especialidades. Ou seja, antes mesmo da saúde bucal fazer parte oficialmente dessa Estratégia, já se trabalhava nessa lógica em São Paulo (Junqueira et al., 2006; Abreu, 2008).

A parceria entre a SBIBAE e a SMS/SP, firmada em 2001, inicialmente só contemplava a gestão de Equipes de Saúde da Família na região do Campo Limpo/Vila Andrade que fica na zona sul do município de São Paulo. Essa região tem uma população e complexidade equivalentes a de uma cidade de médio porte (mais de 100 mil habitantes), com diversos problemas sociais e muitos contrastes, com regiões de aglomerados populacionais e conjuntos habitacionais de baixa renda, além de condomínios horizontais de média a alta renda.

Em novembro de 2008 houve a chegada da saúde bucal nesta parceira e região com a instalação 12 ESB modalidade I (1 Cirurgião-dentista - CD e 1 Auxiliar de saúde bucal - ASB), que foram espalhadas por 6 UBS (Unidade Básica de Saúde). Embora o termo UBS normalmente não seja utilizado em território nacional para tratar de Unidades com Equipes Saúde da Família, aqui será adotado, pois é o termo utilizado no Município de São Paulo. Esses profissionais estiveram em treinamento específico acerca do processo de trabalho na saúde da família e montagem das salas de saúde bucal em suas respectivas UBS até o fim de 2008. O treinamento dessas ESB é renovado constantemente durante os anos estudados, para que não se perca o foco, atualização e motivação, mas não sendo realizado com a mesma intensidade e frequência desse mês de imersão antes da implantação propriamente dita.

As análises das variáveis deste estudo se iniciam a partir de janeiro de 2009, onde todos os profissionais das 12 ESB já estavam instalados e produzindo de fato em suas 6 UBS. Em abril de 2009 houve o acréscimo de uma ESB modalidade I (total: 13 ESB em 6 UBS). Ainda em 2009, no mês de outubro, tivemos a chegada de mais 5 ESB e essa ampliação passa a atingir 8 UBS (total: 18 ESB em 8 UBS). Outro fato importante que aconteceu nesta ocasião foi a passagem de 14 ESB de modalidade I (das 18 ESB existentes) para modalidade II (incorporando-se o Técnico de saúde bucal - TSB). Em março de 2011 tivemos a inclusão de mais uma UBS e a entrada de mais 1 ESB modalidade I e 2 ESB modalidade II (total: 21 ESB em 9 UBS). Até dezembro de 2011 foi mantida essa relação. A tabela 1 mostra didaticamente essa evolução do número de ESB ao longo do período estudado.

Tabela 1 – Evolução do número de Equipes de Saúde Bucal

Ano	Modalidade I	Modalidade II	Total de ESB	Total de UBS
Janeiro/2009 a Abril/2009	12	0	12	6
Abril/2009 a Outubro/2009	13	0	13	6
Outubro/2009 a Março/2011	4	14	18	8
Março/2011 a Dezembro/2011	5	16	21	9

Modalidade I: Cirurgião-dentista + Auxiliar de Saúde Bucal; Modalidade II: Cirurgião-dentista + Técnico de Saúde Bucal + Auxiliar de Saúde Bucal; UBS: Unidade Básica de Saúde

O processo de trabalho da ESB está baseado nas diretrizes constantes no documento norteador da Prefeitura Municipal de São Paulo – versão 2009 (Senna, 2002), que dispõe de diversos parâmetros, entre os quais: 40 horas semanais de trabalho, sendo 30 horas direcionadas ao atendimento clínico, 2 horas às visitas domiciliares, 2 horas às reuniões, 2 horas aos grupos e 4 horas às ações coletivas em escolas da área de abrangência. Deverão estar contemplados semanalmente os agendamentos de 49 pacientes para ESB modalidade I e 56 pacientes para ESB modalidade II, bem como atendimento das urgências em demanda espontânea. Além disso, 49 e 56 novos pacientes (primeira consulta odontológica) deverão ser contemplados mensalmente para as ESB modalidades I e II, respectivamente. Finalmente o documento ainda preconiza o alcance de Rendimento de valor 4 para ESB modalidade I e 6 para modalidade II, além de Percentual de urgências e faltas menores que 20%.

Literatura sobre os efeitos dessas parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) com estas instituições para implantação das ESB ainda são escassas e deveriam ser mais exploradas, uma vez que esse modelo de gestão não é o usual em território nacional. De fato, poucos resultados com ou sem indicadores específicos de saúde bucal foram publicados, e os poucos publicados, sempre focando na descrição do processo de implantação da ESB nas suas respectivas regiões do município (Rosa & Labate, 2005; Junqueira et al., 2006; Abreu, 2008). Além de representar o primeiro resultado desta região de São Paulo, o presente estudo é o primeiro a mostrar a evolução dos indicadores Rendimento, Acesso, Percentual de faltas e urgências, analisados no período de 2009 a 2011.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As ações da Estratégia de Saúde da Família transformaram a forma de cuidar da saúde no Brasil e vem se consolidando como um importante instrumento na promoção do bem-estar da população, com melhoria da saúde e da qualidade de vida. No decorrer dessa transformação, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) passaram a contar com equipes multiprofissionais, compostas, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Assim, surgiu o desafio do trabalho em equipe multidisciplinar, com responsabilização sobre um território onde vive certo número de famílias. Essa estratégia trouxe a possibilidade de resgatar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população. Assim, um dos princípios básicos desse modelo de atenção é o de educar para a saúde, indo além da assistência meramente curativa (Koyashiki et al., 2008; Moretti-Pires & Bueno, 2009; Szwarcwald et al., 2010).

Segundo Junqueira et al. (2006), a Estratégia de Saúde da Família teve seu início no Município de São Paulo por meio do programa Qualis em no distrito de Itaquera, no ano de 1996, se diferenciando do programa nacional na sua forma de gestão, no estabelecimento de convênios com organizações sem fins lucrativos, e na incorporação de outros recursos assistenciais de apoio às equipes de saúde da família, tais como saúde bucal, saúde mental e ambulatórios de especialidades. Ou seja, antes mesmo da saúde bucal fazer parte oficialmente dessa Estratégia, já se trabalhava nessa lógica em São Paulo por meio dessas parcerias.

De acordo com Goldbaum et al. (2005), para ocorrer a implantação da Estratégia de Saúde da Família, é preciso que haja um comprometimento por parte da gestão local e que esta funcione como elemento articulador da atenção básica e dos demais níveis de atenção, a fim de transformar o modelo assistencial tradicional. Para Santos et al. (2007), a demanda pública aos serviços odontológicos ainda é bastante elevada, sendo o setor privado responsável por uma parcela significativa da cobertura a esses serviços.

Além disso, Lourenço et al. (2009) afirmaram que na compatibilidade dos recursos humanos com as necessidades da população, ainda existe um grande desafio a ser vencido, pois no Brasil há um indesejável desequilíbrio estrutural na distribuição de cirurgiões-dentistas (CD) pelas macrorregiões em relação a suas respectivas populações.

A saúde bucal passou a fazer parte da Estratégia de Saúde da Família com a sanção da Portaria 1.444, na qual o Ministério da Saúde estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal, frente aos alarmantes resultados obtidos por pesquisas de saúde bucal da população brasileira, a fim de se melhorar indicadores epidemiológicos como número de primeiras consultas e número de escovações supervisionadas, entre outros. O Artigo 2º, dessa Portaria, diz que “o trabalho das ESB estará voltado para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial”. Já a Portaria 673, de 12 de junho de 2003, estabelece que o número de ESB implantadas pode ser o mesmo das ESF da UBS, entretanto, a ESB não faz parte da equipe mínima da estratégia, fazendo com que a inserção desses profissionais e a proporção entre ESF/ESB fique a cargo dos gestores municipais (Baldani et al., 2005; São Paulo, 2009).

Para Baldani et al. (2005), o fato da odontologia não estar presente na Estratégia desde o início possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos diversos profissionais de saúde, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das ESB.

De acordo com Emmi & Barroso (2008), sendo assim, incorporar a saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família não significa necessariamente incluir o CD, o auxiliar de saúde bucal (ASB) e o técnico de saúde bucal (TSB) na equipe mínima constituída por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, mas exige articular o trabalho desses profissionais a essa equipe de saúde bucal. A transdisciplinaridade deve ocorrer para um andamento eficiente e resolutivo do trabalho. O processo de trabalho em saúde bucal deve ser compatível e permeável ao processo de trabalho das demais categorias profissionais que

atuam nas Unidades de Saúde, no sentido de resolver a maior parte das demandas dessa comunidade assistida, baseada no vínculo, no coletivo e na participação dessa população.

Ou seja, as ESF e ESB funcionando adequadamente são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde da sua comunidade com atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (Santos et al., 2008; Lourenço et al., 2009).

A saúde bucal não é consequência apenas da intervenção de práticas odontológicas, mas está relacionada a aspectos biológicos, emocionais, religiosos, culturais e econômicos. A saúde de uma população, genericamente, depende da qualidade e do acesso ao consumo de bens e de serviços de subsistência, como moradia, alimentação, educação, trabalho; portanto, diferenças no acesso a esses bens e serviços resultam na desigualdade social em saúde (Schimith & Lima, 2004; Lourenço et al., 2009).

Apesar da Estratégia de Saúde da Família se apresentar como um modelo reestruturador, verifica-se que ainda existe reprodução de métodos tradicionais (Lourenço et al., 2009). Na implantação das ESF e ESB se torna necessário oferecer atenção especial para a qualificação dos profissionais visando o atendimento integral das famílias, mudando não apenas o local de atuação, mas principalmente a conduta deles frente aos problemas a serem enfrentados (Almeida & Ferreira, 2008; Santos et al., 2008).

Segundo Schimith & Lima (2004), a formação dos CD para atuação em comunidade ainda é muito questionada, pois as universidades, mesmo públicas, têm formado profissionais para atuarem em uma lógica liberalizante, com valorização excessiva da cura individual, desconsiderando, muitas vezes, ações públicas e coletivas em saúde. O profissional formado para tratar apenas a doença limita a sua prática por não perceber algo além da boca, percebendo-a isolada do corpo e de um território dinâmico.

Segundo Santos et al. (2008), para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, “para uma nova estratégia,

um novo profissional”. Essa máxima vale para toda e qualquer categoria profissional que atua na lógica da Estratégia de Saúde da Família.

Para Schimith & Lima (2004), as estratégias desenvolvidas pelas ESB, principalmente fora da UBS, têm convergido para o estabelecimento do vínculo e para o fortalecimento da autonomia da comunidade em relação ao seu autocuidado e à troca de experiências. Afirmaram ainda que a humanização e o estabelecimento do vínculo permitem a negociação das demandas trazidas pelos usuários e comunidades, caminhando para um consenso de necessidades e responsabilidades, proporcionando que o ato terapêutico seja pautado em um acordo entre profissional e paciente e/ou comunidade.

De acordo com Almeida & Ferreira (2008), ao contrário das atividades individuais, as ações em grupos populacionais são expressivas na Estratégia de Saúde da Família, rompendo as barreiras do consultório e do modelo tradicional voltado para o individualismo e ações meramente curativas.

O acolhimento prevê a oferta de serviços às reais necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde de uma coletividade, por meio das tecnologias disponíveis (São Paulo, 2009).

Para Szwarcwald et al. (2010), o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho efetivo. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço.

Com a humanização, acolhimento e vínculo estabelecido, a UBS pode passar a organizar sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades e, não somente, por meio da “ordem de chegada”; evitando, na medida do possível, filas desnecessárias e perda

de tempo. É o uso inteligente do RH disponível, a fim de dar o maior acesso resolutivo possível para a população (São Paulo, 2009).

De acordo com Almeida & Ferreira (2008), para que essa avaliação seja feita de forma efetiva, é necessário o desenvolvimento de levantamentos epidemiológicos e a construção de instrumentos capazes de identificar agravos bucais como cárie, má-oclusão, lesões na mucosa oral, problemas periodontais e outras alterações importantes no processo avaliativo e os usuários e da comunidade. É imprescindível a realização de um diagnóstico bucal do território.

Para Schimith & Lima (2004), o papel do ACS é muito importante nessa construção do vínculo e educação da comunidade. As principais atividades em saúde bucal realizadas pelo agente comunitário de saúde são: procedimentos coletivos nas escolas da área de abrangência, palestras na comunidade, atividades lúdicas, reuniões, marcação de consulta, visitas domiciliares e detecção de famílias ou indivíduos com maior vulnerabilidade – orgânica, subjetiva ou social. Todo esse aparato de atividades aumenta consideravelmente as responsabilidades desses trabalhadores, requerendo uma política de educação permanente, para que exerçam o trabalho de forma segura e efetiva.

Segundo Moretti-Pires & Bueno, 2009), muito embora se tenha noção do volume de atribuições que lhe é conferido, o ACS é de valor inestimável ao processo de construção social da saúde, uma vez que sua atuação oferece possibilidades de importantes avanços rumo à integralidade da atenção. Ele faz a articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, desenvolvendo ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo, contribuindo assim, para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde. se utilizam de tecnologias como conversa, acolhimento, humanização, escuta solidária, mediação, dando uma nova forma ao ato de “cuidar”.

A atuação do ACS pode contribuir para uma menor procura dos serviços em UBS, sem que isso signifique necessariamente diminuição no acesso ou desassistência, pois as necessidades podem estar sendo atendidas por seu intermédio, sem que seja preciso ir até a unidade de saúde. Ou seja, ele pode levar a resposta para algumas questões simples de

saúde ao próprio domicílio do usuário, desafogando um pouco a grande demanda que há nas UBS. Isso leva também a uma substituição da lógica da demanda espontânea pela ação programática. Assume-se o desafio da atenção contínua e pautada nos princípios da promoção da saúde e prevenção da doença (Dias et al., 2005; Junqueira et al., 2006).

De acordo com Athayde & Rodrigues (2005), embora muito se fale sobre a importância do trabalho em equipe, esta prática encontra vários desafios a serem superados por todos os seus componentes. Um deles é o reconhecimento da diversidade de conhecimentos e habilidades entre os membros da equipe que devem se complementar para enriquecer o trabalho como um todo. No processo de trabalho em saúde, trabalho em equipe e produção de novas práticas em saúde são questões interdependentes e que se enredam numa trama na qual fica difícil definir o que é causa ou consequência.

Para Farias & Moura (2008), reconhecer que existem obstáculos concretos capazes de comprometer o cumprimento dos objetivos da Estratégia de Saúde da Família é reconhecer que existem desafios a serem enfrentados.

Diante de todo o exposto até aqui, esse trabalho tem o desafio de estudar as entregas das ESB da parceria entre SBIBAE e SMS neste contexto de Saúde da Família e no território com múltiplas nuances sociais e populacionais da região do Campo Limpo/Vila Andrade, através da evolução dos indicadores Rendimento, Acesso, Percentual de faltas e Percentual de urgências, durante os anos de 2009 a 2011.

3 PROPOSIÇÃO

Este trabalho refere-se à avaliação da evolução dos indicadores Rendimento, Acesso, Percentual de faltas e Percentual de urgências, analisados no período de 2009 a 2011, pós-implantação das 21 ESB da parceria entre a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE) e a SMS/SP para a implantação da Estratégia de Saúde da Família no distrito do Campo Limpo (Zona Sul de São Paulo).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAMP), sob o protocolo no 036/2013, de acordo com a exigência da Resolução 196/96 de pesquisa envolvendo seres humanos, cadastrado através da Plataforma Brasil.

4.2 AMOSTRA

A população cadastrada no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) em todas as UBS onde atuavam as ESB que da parceria entre SBIBAE e SMS/SP na região do Campo Limpo/Vila Andrade, no período de 2009 a 2011, compõe a amostra deste estudo.

4.3 COLETA DOS DADOS

O presente estudo compreende a análise da produção da parceria SBIBAE e SMS/SP nos anos de 2009 a 2011. Para que essa análise fosse possível, foram utilizados os dados dos mapas de produção ambulatorial condensados dos profissionais das ESB desta parceria. Os mapas de produção ambulatorial de saúde bucal são o instrumento oficial de coleta de informações de odontologia da Atenção Básica do Município de São Paulo no período estudado.

Foram avaliados os seguintes itens: número total de procedimentos realizados por CD + TSB + ASB (considerando todos os procedimentos clínicos executados dentro de consultório por cada um desses profissionais), número de pacientes agendados, número de consultas não agendadas feitas em caráter de urgência, número de faltas em consultas agendadas, número de atendimentos realizados (pacientes agendados + pacientes de urgência – pacientes que faltaram às consultas), número de casos novos no ano (primeira

consulta odontológica), número total de escovações supervisionadas em ações coletivas (escovações dentais com fins de prevenção, orientadas por um profissional de saúde bucal e em espaço escolar, previamente cadastrado). A população constante no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) foi a considerada para cada ano de interesse, correspondente ao mês de dezembro do ano anterior, considerando-se sempre as UBS com ESB atuantes em cada um dos períodos.

Sendo assim, foram calculados os seguintes indicadores: Percentual de faltas (proporção de consultas agendadas para as quais o paciente faltou), Percentual de urgências (proporção de consultas urgentes entre o total de consultas), Rendimento (número de procedimentos realizados dividido pelo número total de pacientes atendidos) e Acesso (número de casos novos dividido pelo número da população adscrita).

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas, medianas, valores mínimos e máximos. Foi realizado o teste de normalidade para verificar a aderência das variáveis analisadas à curva normal pelo teste de Komolgorov-Smirnov.

Como as variáveis não apresentaram distribuição normal, optou-se pelos testes livres de distribuição. Para verificar a evolução mensal dos indicadores percentual de faltas, percentual de urgências e rendimento, utilizou-se o teste estatístico não paramétrico de correlação de Spearman. A diferença entre os anos analisados para o indicador de acesso e os demais citados acima foi medida pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Para as análises *post hoc*, utilizou-se o teste de Dunn.

Assumiu-se um nível de 5% para a significância estatística. Os dados foram digitados em uma planilha Excel e analisados pelos programas SPSS versão 20.0 para Windows e GraphPad InStat.

5 RESULTADOS

De acordo com o SIAB, a população cadastrada nas áreas atuantes das ESB, compreendeu para os anos de 2009, 2010 e 2011, a cobertura populacional de respectivamente, 136.749, 167.594 e 182.801 habitantes, levando-se em consideração o número de UBS com ESB para cada um dos anos citados. Esta população era formada, em sua maioria, por mulheres (52,8%). Destaca-se que a faixa etária mais predominante, para todos os períodos, era de 20 a 39 anos (38,3%), seguida dos 40 a 49 anos (12,9%).

A tabela 2A mostra a somatória das atividades das ESB realizadas nos anos de 2009, 2010 e 2011. Já a tabela 2B mostra o crescimento percentual de 2009 para 2010, de 2010 para 2011 e de 2009 para 2011, das variáveis que foram apresentadas na tabela 2A. Para melhor entendimento, ambas as tabelas (2A e 2B) são analisadas conjuntamente. Ressalta-se o aumento no número médio de profissionais atuantes durante o período total estudado (crescimento de 78,12%), sendo que de 2010 em relação a 2009 esse acréscimo foi de 56,25% e, de 2011 em relação a 2010, de apenas 14%. De 2009 a 2011 houve um aumento de 128,09% no total de procedimento realizados pelos profissionais integrantes da ESB. De fato, em 2010 observou-se um aumento de 87,35% em relação a 2009 enquanto que, em 2011 em relação a 2010, o aumento foi mais modesto (21,72%). Para o total de atendimentos realizados (pacientes agendados + pacientes de urgências – pacientes faltantes em consultas agendadas) foi observado um aumento de 91,74% de 2009 a 2011. O aumento observado foi mais expressivo em 2010 em relação a 2009 (50,28%) e consideravelmente menor em 2011 em relação a 2010 (27,58%).

Em relação às primeiras consultas odontológicas observou-se um aumento de 115,51% de 2009 a 2011. A diferença de 2009 para 2010 e de 2010 para 2011 não foi expressiva (43,25% e 50,71%, respectivamente). Finalmente, constatou-se uma evolução significativa do número de escovações supervisionadas em escolares visto que o aumento foi de 867,62% de 2009 a 2011. Este aumento foi consideravelmente maior no período de

2010 em relação a 2009 em que o crescimento foi de 468,73%, do que 2011 em relação a 2010 onde o crescimento foi de 70,13%.

Tabela 2A – Número absoluto das variáveis analisadas após a implantação das Equipes de Saúde Bucal da Região Campo Limpo/Vila Andrade, SP nos anos de 2009, 2010 e 2011

Variável	n°		
	2009	2010	2011
Média de profissionais atuantes (CD+TSB+ASB)	32	50	57
Total de Procedimentos (CD+TSB+ASB)	94.215	176.515	214.896
Total de Atendimentos Realizados ([PA+PU]-PF)	19.499	29.305	37.389
Pacientes Agendados (PA)	18.675	30.710	39.457
Pacientes de Urgência (PU)	4.878	6.249	7.204
Pacientes Faltantes em consultas agendadas (PF)	4.054	7.654	9.272
Pacientes de 1ª consulta odontológica	7.588	10.870	16.383
Escovação Supervisionada em ação coletiva	7.309	41.569	70.724

Dados coletados mensalmente e somados para atingir o total referente a cada ano. Total de procedimentos incorporou os dados para todos os participantes de cada categoria, a saber: CD: cirurgião-dentista, TSB: técnico de saúde bucal e ASB: auxiliar de saúde bucal.

Tabela 2B – Comparação percentual entre os anos das variáveis analisadas na tabela 2A

Variável	% de crescimento		
	2009-2010	2010-2011	2009-2011
Média de profissionais atuantes (CD+TSB+ASB)	56,25%	14%	78,12%
Total de Procedimentos (CD+TSB+ASB)	87,35%	21,72%	128,09%
Total de Atendimentos Realizados ([PA+PU]-PF)	50,28%	27,58%	91,74%
Pacientes Agendados (PA)	64,44%	28,54%	111,28%
Pacientes de Urgência (PU)	28,10%	15,28%	47,68%
Pacientes Faltantes em consultas agendadas (PF)	88,80%	21,13%	128,71%
Pacientes de 1ª consulta odontológica	43,25%	50,71%	115,51%
Escovação Supervisionada em ação coletiva	468,73%	70,13	867,62%

Comparação realizada entre os anos 2009 para 2010. 2010 para 2011 e 2009 para 2011, gerando % de crescimento. A saber: CD: cirurgião-dentista, TSB: técnico de saúde bucal e ASB: auxiliar de saúde bucal.

A tabela 3 mostra os resultados anuais obtidos quanto aos indicadores Acesso, Rendimento, Percentual de faltas e urgências, também ano a ano para o período 2009-2011. Observa-se que houve uma diferença significativa entre os anos analisados para os indicadores Percentual de urgência ($p=0,002$), Rendimento ($p=0,009$) e Acesso ($p<0,001$). Para o indicador Percentual de faltas não houve diferença estatisticamente significativa. Em 2010, constatou-se a menor amplitude entre mínimo e máximo do indicador Percentual de faltas entre os anos estudados. O mesmo comportamento foi observado para o indicador Percentual de urgências, onde o ano de 2010 apresentou a menor disparidade entre mínimo e máximo entre os anos analisados. Deve-se notar uma tendência clara de queda entre os anos de 2009 (mediana=26,86) e 2011 (19,5). A diferença entre o Rendimento mínimo e máximo apresentado em 2009 foi a mais dispare entre os anos estudados. O indicador de Acesso é avaliado de forma acumulativa por ano, ou seja, nesta variável, cada mês se soma para se chegar ao indicador anual. O resultado para o ano de 2011 foi o mais expressivo no período analisado, havendo clara tendência de melhora para este indicador. Optou-se pelo cálculo da mediana e não pela média devido a diferença dispare entre mínimo e máximo dos indicadores estudados.

Tabela 3 – Análise descritiva dos indicadores Percentual de faltas, urgências, Rendimento e Acesso para o período 2009-2011.

Variável	2009			2010			2011			p*
	mediana	mínimo	máximo	mediana	Mínimo	máximo	mediana	mínimo	máximo	
Percentual de faltas	22,68	9,3	29,5	25,29	20,1	30,1	23,94	16,5	27,9	0,169
Percentual de urgências	26,86	14,6	36,1	21,52	17,5	24,9	19,5	15,1	22,9	0,002
Rendimento	5,28	2,27	6,21	5,94	4,87	7,14	5,77	4,85	6,81	0,009
Acesso†		5,5			6,5			9,0		<0,001

*Kruskal-Wallis. † O indicador acesso é avaliado de forma acumulativa por ano, nesta variável está especificado o valor total. Mínimo e máximo referem-se ao menor e maior resultado apresentados entre os meses estudados no período 2009-2011, respectivamente.

Na tabela 4 comparamos os resultados dos indicadores Percentual de faltas, urgências e Rendimento para o período 2009-2011, através da análise de correlação de Spearman. Observa-se que não houve correlação estatisticamente significativa para o indicador Percentual de faltas no período. Em relação ao Percentual de urgências, verifica-se uma correlação negativa significativa. Destaca-se que o indicador Rendimento mostrou correlação significativa positiva ($r=0,40$; $p=0,016$)

Tabela 4 – Análise entre os meses de janeiro de 2009 a dezembro de 2011 e para os indicadores Percentual de faltas, urgências e Rendimentos.

Variável	R	p*
Percentual de faltas	0,18	0,285
Percentual de urgências	-0,58	<0,001
Rendimento médio mensal	0,40	0,016

* Correlação de Spearman.

Para melhor entender o comportamento dos Indicadores Percentual de faltas, urgências e Rendimento médio de forma a fazer sentido os dados de correlação encontrados na tabela 4, investigou-se a evolução mensal destes Indicadores.

O indicador Percentual de faltas demonstra comportamento inconstante nos primeiros meses pós-implantação das ESB, ajustando-se a variações menos expressivas à partir de junho de 2009 (Figura 1). O mesmo comportamento inconstante é notado nos primeiros meses pós-implantação para o indicador Percentual de urgência. As variações observadas para este indicador entre os meses no decorrer do tempo de estudo são menos expressivas, porém o padrão de distribuição geral denota ligeira tendência de queda entre os pontos de coleta de dados iniciais e finais. Observa-se redução abrupta de ambos indicadores no mês de maio de 2009, sendo que o no caso de Percentual de urgências a queda é ainda mais expressiva, principalmente levando em dados iniciais coletados para este indicador.

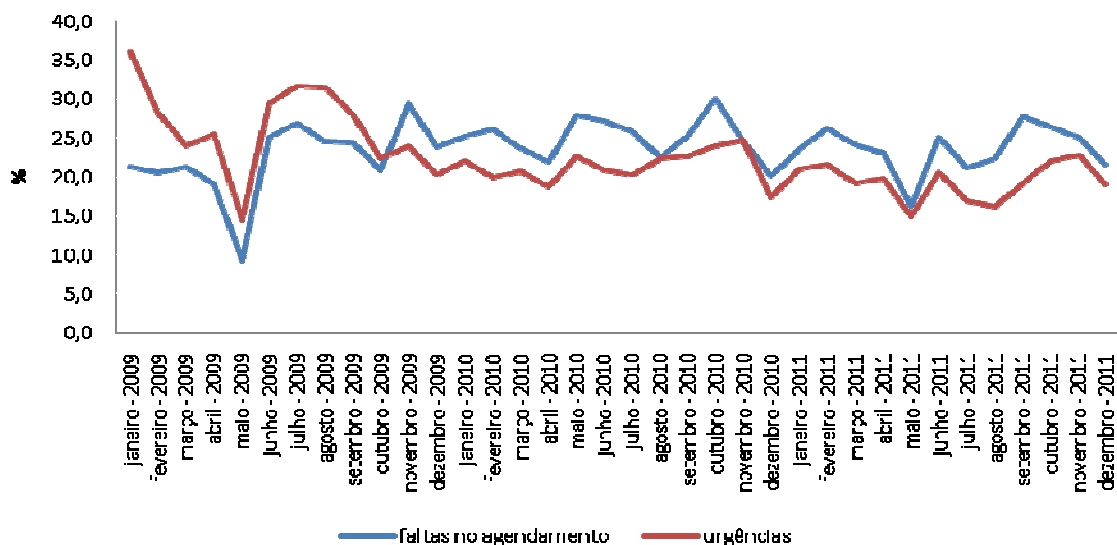


Figura 1 – Evolução do Percentual de faltas e de urgências ao longo dos meses no período 2009-2011

O indicador Rendimento (figura 2) demonstra um comportamento parecido com os indicadores da figura 1, sendo inconstante nos primeiros meses pós-implantação das ESB, ajustando-se a variações menos expressivas a partir de junho de 2009. O indicador Rendimento também demonstra variações menos expressivas entre os meses seguintes do estudo com padrão de distribuição geral denotando ligeira tendência de aumento entre os pontos de coleta de dados iniciais e finais. O mês de maio de 2009 também demonstra uma redução abrupta deste indicador.

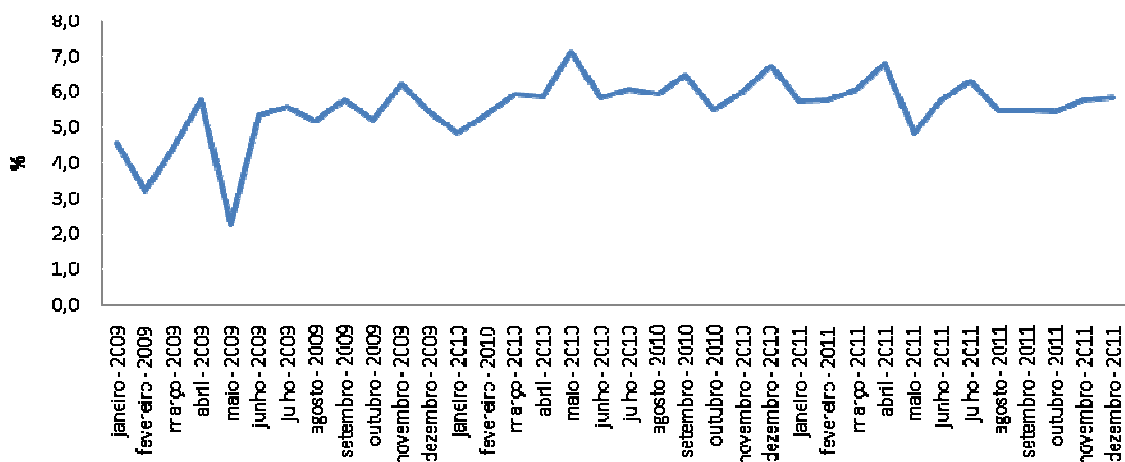


Figura 2 – Evolução do Rendimento Médio ao longo dos meses no período 2009-2011

Destaca-se na tabela 5 que houve uma diferença estatisticamente significativa entre os anos analisados para os indicadores Percentual de urgência ($p=0,002$), rendimento médio mensal ($p=0,009$) e acesso ($p<0,001$). Após a análise de diferenças entre os anos, foi realizada a análise *post hoc* para verificar se a significância estatística se mantinha entre todos os anos. Para o Percentual de urgências verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os anos de 2009 e 2010. Quanto ao Rendimento médio mensal, a diferença foi observada entre os anos de 2009 e 2011. Em relação ao Acesso, a diferença foi verificada para todas as comparações.

Tabela 5 – *Post hoc* para comparações múltiplas.

Variável	Comparações	p*
% urgências	2009 versus 2010	< 0,01
	2009 versus 2011	> 0,05
	2010 versus 2011	> 0,05
Rendimento	2009 versus 2010	> 0,05
	2009 versus 2011	< 0,01
	2010 versus 2011	> 0,05
Acesso	2009 versus 2010	< 0,01
	2009 versus 2011	< 0,01
	2010 versus 2011	< 0,01

* Teste de Dunn.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo apresentamos a evolução dos resultados pós-implantação das 21 ESB da parceria entre SBIBAE e SMS/SP no período de 2009 a 2011, para uma população geral estimada de 264.697 habitantes residentes na região estudada (SIAB), considerando o último ano do estudo. Ou seja, a população em questão é semelhante a de uma cidade de médio porte. O entendimento destes resultados será importante para nortear as ações de saúde bucal das ESB para os anos seguintes e para avaliar o cumprimento das metas e desafios lançados pela SMS/SP.

O presente trabalho é o primeiro dentre os poucos já publicados (Bousquat et al., 2006; Junqueira et al., 2006; Abreu, 2008) envolvendo as parcerias SMS/SP e outras instituições a verificar a evolução dos indicadores Acesso, Rendimento, Percentual de faltas e urgências das ESB após inserção na Estratégia Saúde da Família. Os dados disponíveis, referentes às parcerias firmadas pela SMS/SP ou aqueles publicados por municípios de outros estados focaram no processo de implantação, na cobertura das áreas com este serviço ou na satisfação do usuário, sem a utilização dos indicadores aqui apresentados (Fernandes & Peres, 2005; Santos et al., 2007; Emmi & Barroso, 2008; Frazão & Narvai, 2009; São Paulo, 2010; Pereira et al., 2012). Ou ainda, quando optando por utilizar algum desses indicadores, os coletando de forma diferente – sem considerar a produção de todos da ESB ou de apenas CD e TSB, excluindo-se o ASB - e através de outros instrumentos, o que impossibilita comparações entre eles (Pucca Jr, 2006).

Todas as variáveis analisadas após a implantação das ESB (tabela 2) foram positivamente afetadas pelo aumento do número médio de profissionais empregados ao longo dos anos estudados. Entretanto, alguns desses resultados apresentaram um comportamento muito expressivo, como no caso do número de escovações supervisionadas (867,62%). Esse significativo aumento pode ser resultado da combinação de um processo de trabalho bem estruturado aliado às condições de trabalho existentes nessas UBS, onde pouco mais da metade (5) oferece condições para que o TSB realize procedimentos clínicos

concomitante aos demais CD de sua ESB. Isso pode significar que um grande número destes profissionais acaba direcionado para atividades coletivas em boa parte de suas jornadas de trabalho, o que é bastante positivo, pois se espera que esses números expressivos de escovações supervisionadas e educação em saúde poderão em alguns anos refletir em uma diminuição do percentual de Urgência da população dessa região, uma vez que a prevenção está sendo bastante utilizada. A variável “pacientes atendidos” no período 2009-2011 mostrou crescimento expressivo (91,74%), porém menor do que as demais variáveis analisadas. Esta variável é diretamente afetada pelo número de CD que cresceu, porém não nas mesmas proporções que os TSB e ASB.

Também é possível observar que quase todos os resultados foram mais expressivos entre o período de 2009 a 2010 do que no período de 2010 a 2011, sendo coerente com o maior crescimento do número médio de profissionais no primeiro período citado. A exceção foi o aumento do número de primeiras consultas odontológicas, provavelmente por que refletiu uma nova orientação da SMS/SP, onde a primeira consulta odontológica passou a contabilizar também os pacientes de baixo risco (sem história de cárie ou alteração periodontal) identificados em triagens odontológicas ou em campanhas, indicando uma limitação do presente estudo.

Os resultados para os indicadores Acesso, Rendimento e Percentual de urgências (tabelas 3 e 4) no período analisado (2009-2011) mostraram mudanças significantes favoráveis ao desempenho da ESB. Uma possível explicação para o aumento observado nos indicadores Acesso e Rendimento pode ser o já referido crescimento do número de profissionais de saúde bucal com conseqüente maior oferta dos serviços, aliado ao processo de trabalho consolidado e entrosamento que essas ESB adquiriram ao longo desses anos.

A análise mensal do Rendimento para período estudado (figura 2) demonstra um comportamento inconstante nos primeiros meses pós-implantação tendendo a variações menos expressivas a partir de junho de 2009. Para o período global o indicador mostrou ligeira tendência de aumento. Os primeiros meses de aferição deste indicador podem

refletir os ajustes que se fizeram necessários para a implantação e consolidação dos processos estabelecidos no escopo de atuação das ESB e para os quais a equipe originalmente contratada foi treinada no mês anterior ao primeiro de coleta de dados. Esse esforço e motivação nos meses iniciais podem ter sido cruciais para que a introdução de novos profissionais e aumento da população atendida mantivessem um bom desempenho do Rendimento, o que resultou na menor oscilação observada nos meses seguintes.

No período global, no indicador Percentual de urgências, verificou-se uma queda, provavelmente reflexo de duas principais hipóteses: um maior entendimento da população sobre o processo de trabalho das ESB e, portanto, a geração de menor demanda espontânea; ou uma redução da demanda reprimida dessa região ao longo do período estudado. Para o mesmo período (2009-2011) o indicador Percentual de faltas não mostrou diferença estaticamente significativa, o que pode refletir que a população adscrita ainda não mudou sua postura em relação ao comparecimento a consulta agendada. A análise mensal para estes indicadores Percentuais (figura 1) mostrou comportamento parecido com aquele já descrito para o indicador Rendimento. A explicação plausível para o padrão observado é a mesma oferecida para o Rendimento no que tange a implementação dos processos e amadurecimento das ESB.

Nota-se que os três indicadores analisados mensalmente (Rendimento e Percentual de faltas e urgências) demonstraram uma queda brusca no mês de maio de 2009. Acredita-se que tal queda possa ter sido resultado das demandas relativas à campanha de detecção precoce de câncer de bucal (que ocorre junto à campanha de vacinação de influenza no município de São Paulo) que direciona grande parte da ESB ou toda ela para o exame preventivo de câncer bucal de 100% dos idosos vacinados nas UBS em que estas ESB atuam. Maio de 2009 foi a primeira vez que os profissionais participaram desta campanha tendo que concomitantemente se esforçarem para manter a implantação dos processos de trabalho das ESB. Tal cenário não se repetiu nos anos seguintes, pois os profissionais, além de mais familiarizados com os processos de trabalho, estavam melhores preparados e organizados para as demandas que surgem em período de campanha.

Quando fazemos comparações agregadas dos três indicadores estatisticamente significantes (Acesso, Rendimento e Percentual de urgências; tabela 5), observamos alguns fatos interessantes e que corroboram o já exposto nas outras análises feitas.

O indicador Acesso mostrou diferenças significativas em todas as comparações anuais, novamente mostrando que a introdução de mais profissionais e o amadurecimento do processo de trabalho contribuíram de maneira importante para o Acesso da população à primeira consulta odontológica. A SMS/SP tinha como meta estabelecida para os anos de 2009, 2010 e 2011 um Acesso de 3,1%, 4,33% e 5,0%, respectivamente, sendo que as ESB desta parceria atingiram em todos os anos valores superiores aos pactuados: 5,5% em 2009, 6,5% em 2010 e 9,0% em 2011. A meta de Acesso da SMS/SP é calculada pela própria SMS anualmente levando-se em consideração a população municipal e o resultado alcançado no ano anterior por todas as suas ESB, sendo ou não parte da Estratégia Saúde da Família.

Já a diferença significativa para o indicador Rendimento verifica-se na comparação entre os 2009 e 2011, mostrando que o maior impacto desse indicador se deu entre o ano inicial e final do estudo, quando as ESB estão com todo o processo de trabalho bastante alinhado. Este indicador também mostra que as ESB da parceria estão dentro da produção esperada pela SMS/SP (valor 4 e 6 para as ESB modalidade I e II, respectivamente). De fato o menor Rendimento médio foi o obtido em 2009 (5,28) onde na maior parte do ano só havia ESB modalidade I instalada. O rendimento das ESB ficou, em todos os anos, acima dos valores esperados pela SMS/SP, o que pode ser considerado um desempenho satisfatório. Finalmente, a diferença significativa para o indicador Percentual de urgências observou-se na comparação entre os anos de 2009 e 2010. A explicação é a mesma oferecida acima para a variável rendimento.

Ademais, para todos os indicadores estudados, vale considerar que o amadurecimento do processo de trabalho que aconteceu ao longo dos anos foi não somente entre os componentes das ESB, mas também entre os diversos profissionais de saúde que atuam em cada uma das UBS, impactando de forma positiva nos resultados obtidos. Com o

passar dos anos, esse alinhamento aconteceu de forma horizontal, possibilitando um melhor entendimento do papel dos profissionais de saúde bucal na lógica da Estratégia Saúde da Família por todos nas UBS, garantindo oferta dos serviços de forma mais organizada e coerente, sendo capaz de absorver de maneira adequada a demanda existente. Um destaque deve ser dado ao agente comunitário de saúde que viveu toda essa inserção intensamente, sendo treinado anualmente e aprendendo a lidar com todas as mudanças que ocorreram ao longo desses anos, sendo um importante elo de ligação entre comunidade e ESB.

Sugere-se que novos trabalhos devam ser realizados para o acompanhamento desses dados ao longo dos demais anos e para comparação desses indicadores com os demais parceiros da SMS/SP que trabalham sob a mesma as mesmas condições e com as mesmas metas.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que os dados apresentados neste estudo expressam o comprometimento dessas ESB através da adesão ao processo de trabalho sugerido pelo documento norteador de SMS, observando-se melhora quantitativa dos indicadores de Rendimento, Acesso, Percentual de faltas e urgências para das ESB da parceria entre SBIBAE e SMS/SP durante o período de 2009 a 2011.

Os resultados alcançados junto às metas pactuadas com SMS/SP certamente refletem o aumento do número de profissionais, o amadurecimento dos processos de trabalho dessas ESB e o adequado uso da mão de obra disponível para realização dessas atividades, além do vínculo dessas ESB com a população e com os demais profissionais que atuam nas UBS.

REFERÊNCIAS*

Abreu SCC. Avaliação da implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, na zona leste do município de São Paulo, 2008 [dissertação]. São Paulo: FO/USP, 2008.

Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa de Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(9): 2131-40.

Athayde ES, Rodrigues CR. Possibilidade do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. *Rev Espaço Saude*. 2005; 6(2): 13-22.

Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(4): 1026-35.

Bousquat A, Cohn A, Elias PE. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(9): 1935-43.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Equipes de Saúde Bucal: projetos, programas e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estud Avançados*. 1999; 13(35): 89-100.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Chaves SCL, Vieira-da-Silva ML. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(5): 1119-31.

Dias MAE, Cunha FTS, Amorim WM. Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(5): 513-8.

Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(1): 35-41.

Farias MV, Moura EMR. Saúde Bucal no Contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará. *Rev Odontol UNESP*. 2008; 32(2): 131-7.

Fernandes LM, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(6): 930-6.

Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saude Debate*. 2009; 33(81): 64-71.

Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de Serviços de Saúde em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(1): 90-9.

Guisso SS, Geib LTC. Conhecimento do médico pediatra acerca da promoção da saúde bucal na primeira infância em unidades básicas de saúde da família. *Mundo Saude*. 2007; 31(3): 355-63.

Junqueira SR, Araújo ME, Antunes JLF, Narvai PC. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em Municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(4): 41-53.

Koyashiki GAK, Alves-Souza RA, Garanhani ML. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidade de Saúde da Família. *Cienc Saude Colet.* 2008; 13(4): 1343-54.

Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Cienc Saude Colet.* 2009; 14(Supl.1): 1367-77.

Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paul Emferm.* 2009; 2(4): 439-44.

Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Publica.* 2012. 28(3): 449-62.

Pucca Jr G. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cienc Saude Colet.* 2006; 11(1): 243-6.

Rocha RACP, Góes 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 Saude Publica.* 2008; 24(12): 2871-80.

Rosa WAG, Labate RC. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latin Am Enfermagem.* 2005; 13(6): 1027-34.

Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(1): 75-85.

Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(3): 464-70.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2009.

São Paulo. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(6): 1487-94.

Senna MCM. Equidade e a política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(Supl.): 203-11.

Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(11): 2727-39.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior RBP, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res*. 2010, 10: 217.