

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO AMQ NA
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA INEXISTÊNCIA DE
DADOS RELATIVOS AO ceo-d EM CRIANÇAS DE 5/6
ANOS E UMA PROPOSTA PARA O SEU
ENFRENTAMENTO

BELO HORIZONTE
OUTUBRO 2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CLÁUDIA TAVARES E FRAGA

UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO AMQ NA
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA INEXISTÊNCIA DE
DADOS RELATIVOS AO ceo-d EM CRIANÇAS DE 5/6
ANOS E UMA PROPOSTA PARA O SEU
ENFRENTAMENTO

Monografia Apresentada ao Curso de Especialização em Saúde
Coletiva, para Obtenção do Título de Especialista.

ORIENTADORA: Prof. Dra. Mara Vasconcelos

BELO HORIZONTE
OUTUBRO 2009

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMQ - Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

ART – Tratamento Restaurador Atraumático, sigla em inglês

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião-dentista

CN – Com Necessidades de Tratamento

ESB – Equipe de Saúde Bucal

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

SN – Sem Necessidades de Tratamento

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico de Saúde Bucal

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estrutura Geral dos Instrumentos	21
Figura 2. Estágios da Qualidade na Estratégia Saúde da Família	22

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Respostas aos Questionários AMQ 4 e AMQ 5	26
Quadro 2: Nº de Participantes por Idade	30
Quadro 3: Nº de crianças examinadas.....	32
Quadro 4: Distribuição dos componentes do índice ceo-d, por idade.....	34
Quadro 5: Nº de crianças de 5 e 6 anos examinadas.....	37
Quadro 6: ceo-d de crianças de 5 e 6 anos	38
Quadro 7: Comparação com dados obtidos no levantamento SB BRASIL 2003	40
Quadro 8: ceo-d médio na faixa etária 5 anos	41
Quadro 9: Percentual de crianças de 5 anos livres de cárie	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Nº de Crianças Examinadas nas Micro-áreas	33
Gráfico 2: Nº de Crianças com Necessidade de Tratamento	33
Gráfico 3: ceo-d Médio Por Idade	35
Gráfico 4: Comparação de porcentagem entre Sem Necessidade x Com Necessidade	35
Gráfico 5: Composição do ceo-d, por Idade	36
Gráfico 6: Nº de Crianças de 5 e 6 Anos nas Micro-áreas	37
Gráfico 7: Nº de Crianças de 5 e 6 Anos com Necessidades de Tratamento	38
Gráfico 8: Distribuição do ceo-d das Crianças de 5 e 6 anos da Área de Abrangência	39
Gráfico 9: Porcentagem de Crianças de 5 e 6 Anos, por ceo-d	39
Gráfico 10: Porcentagem de Crianças de 5 Anos com ceo-d > 1	41
Gráfico 11: ceo-d Médio em Crianças de 5 Anos	42
Gráfico 12: Porcentagem de Crianças Livres de Cárie aos 5 Anos	43

RESUMO

Este trabalho procurou buscar possíveis soluções para um dos problemas vividos pela Equipe IV - PSF do Centro de Saúde Barreiro de Cima. Optou-se pela aplicação do Instrumento de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), proposta apresentada pelo Ministério da Saúde para avaliação das equipes implantadas. O AMQ, é um guia para a busca de um atendimento que contemple as diretrizes básicas do SUS. A metodologia utilizada foi a discussão dos questionários AMQ 4 e 5, com a interação entre todos os membros da equipe. Dentre os problemas identificados com a aplicação dos questionários AMQ 4 e 5, selecionou-se um tema da saúde bucal, em função da equipe de PSF do Centro de Saúde Barreiro de Cima não possuir Equipe de Saúde Bucal vinculada e, portanto, nenhuma ação específica desta área tem ocorrido na equipe. O problema identificado pela aplicação do instrumento AMQ e selecionado para este trabalho foi a inexistência de dados de saúde bucal sobre a população de 5 a 6 anos de idade. A escolha por tal problema foi justificada pelo fato de ser uma idade importante para se trabalhar saúde bucal, com resultados positivos que se refletirão em curto prazo na saúde e, também a longo prazo, na aquisição de hábitos saudáveis. Após o diagnóstico situacional, o projeto de intervenção teve início com o exame do índice ceo-d, de 119 crianças de 5 e 6 anos, da área de abrangência das micro- áreas 15, 16, 17, 18 e 19, do CS Barreiro de Cima. Como resultados podemos afirmar que houve maior interação da equipe e conseguiu-se visualizar o que já existia de positivo na prática da equipe, assim como também ficou evidente onde deve-se atuar para melhorar a atenção aos usuários do CS Barreiro de Cima. Foi elaborado um Projeto de Intervenção, que contemplou o tratamento odontológico das crianças, a proposição de um protocolo de acompanhamento durante um período de 24 meses, oficinas para as crianças e as mães e ainda capacitação dos profissionais da Equipe IV. O protocolo de acompanhamento visa avaliar as crianças para obtenção de um novo índice ceo-d, para se estabelecer uma comparação, e a resposta à questão: "Houve diminuição no índice ceo-d das crianças de 5 a 6 anos, nos últimos 24 meses?".

Palavras chave: AMQ. Qualidade. Índice ceo-d em crianças 5/6 anos.

ABSTRACT

This work has sought to seek possible solutions to one of problems experienced by the team IV-PSF Barreiro Health Center. Chosen by the application of evaluation instrument for the improvement of Quality of family health strategy (AMQ) proposal submitted by the Ministry of health assessment teams deployed. The AMQ , is a guide for the search service that covers basic SUS guidelines. THE methodology used questionnaires was the discussion of the AMQ 4 and 5, with the interaction between all team members. Among the problems identified with the implementation of the questionnaires AMQ 4 and 5, selected a theme of health oral team PSF Barreiro health center of not have dental health team linked and therefore no specific action This area has occurred in the team. The problem identified by the application of instrument AMQ and selected for this work was the lack of data oral health on the population of 5 to 6 years of age. The choice for this problem was justified by the fact that it is important to age dental health work, with positive results reflected in short health and, in the long term, also in the acquisition of healthy habits. After the Situational diagnosis, the intervention project began with an examination of the index ceo-d, 119 children of 5 and 6 years spanning area of micro-areas 15, 16, 17, 18 and 19 of CS Barreiro. The results we can say that There was greater team interaction and managed preview of what already exists team practice positive as well as evident where you must Act to improve CS users attention Barreiro. Was prepared a project intervention included dental treatment children, postulation of a monitoring protocol over a period 24 months, workshops for children and mothers and even training team IV professionals. The accompanying Protocol aims to assess the children to obtain a new ceo-d, index to establish a comparison, and the answer to the question: "there has been a decrease in ceo-d of the index children 5 to 6 years in the last 24 months? "

Keywords: AMQ. Quality. Index ceo-d in children 5/6 years.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Qualidade	13
1.1.1 Eficácia	13
1.1.2 Efetividade	13
1.1.3 Eficiência	13
1.1.4 Otimização	14
1.1.5 Aceitabilidade	14
1.1.6 Legitimidade	14
1.1.7 Equidade	14
1.2 Qualidade em Saúde no Contexto AMQ	15
1.3 Abordagem da Avaliação para Melhoria da Qualidade	15
1.3.1 Estrutura	16
1.3.2 Processo	17
<u>Aspectos organizativos</u>	17
<u>Aspectos técnico-científicos</u>	18
<u>Relação interpessoal</u>	18
1.3.3 Resultados	19
1.4 Padrões de Qualidade	19
1.5 Estágios de Qualidade	20
1.5.1 Padrões do Estágio E	20
1.5.2 Padrões do Estágio D	20
1.5.3 Padrões do Estágio C	20
1.5.4 Padrões do Estágio B	20
1.5.5 Padrões do Estágio A	21
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	24
Geral	24
Específicos	24
4 MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1 Análise das Respostas aos Questionários 4 e 5	27
4.1.1 Relacionadas à Saúde Bucal	27
4.1.2 Relacionadas à organização do processo de trabalho da equipe	27
4.1.3 Que abrangem problemas de saúde num contexto mais amplo, e que envolve outros setores da comunidade	27
4.1.4 O enfoque é prioritariamente da equipe, mas não exclusivamente	28
4.2 Busca Ativa da População Alvo do Projeto de Intervenção	29
4.2.1 Análise dos Dados Obtidos	32

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO	44
5.1 Problema	44
5.1.1 <i>Caracterização do Problema</i>	44
<u>Magnitude/População Alvo</u>	44
<u>Transcendência</u>	44
<u>Vulnerabilidade</u>	44
<u>Efeitos</u>	44
<u>Determinantes</u>	45
<u>Objetivos</u>	45
5.2 Plano de Intervenção	46
5.3 Avaliação	47
5.4 Atenção À Saúde Bucal das Crianças das Micro-Áreas 15, 16, 17, 18 E 19 do C.S. Barreiro de Cima	47
5.5 Capacitação dos Profissionais que Atuarão nas Oficinas	48
5.6 Ações de Promoção de Saúde	49
5.6.1 <i>Planejamento das Oficinas</i>	49
<u>Oficina 1</u>	49
<u>Oficina 2</u>	55
<u>Oficina 3</u>	57
<u>Oficina 4</u>	59
6 RESULTADOS	66
7 CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	71
Anexo 01: Instrumento AMQ nº 4	72
Anexo 02: Instrumento AMQ nº5	87
Anexo 03: Gabarito AMQ nº 4	104
Anexo 04: Gabarito AMQ nº 5	106
Anexo 05: Respostas Negativas Instrumentos nº 4 e nº5	108
Anexo 06: Convite	119
Anexo 07: Autorização	120
Anexo 08: Cadastro de Participantes	121
Anexo 09: Ficha de Acompanhamento Individual	122
Anexo 10: Controle de Frequência nos Grupos Operativos	123
Anexo 11: Grupos de Controle de Placa e Aplicação de Flúor	124
Anexo 12: Perguntas e Respostas	125
Anexo 13: Higienização Bucal (Informações para o facilitador)	140
Anexo 14: Acompanhamento e Avaliação	144

1 INTRODUÇÃO

Até a década de 80, o modelo de saúde vigente no Brasil era excludente, baseado numa prática médico-assistencial privatista e hospitalocêntrica. No decorrer das décadas anteriores (60 e 70), iniciara-se o processo social de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo ponto culminante foi a promulgação da Constituição de 1988. Neste novo modelo, busca-se um sistema universal, integral e descentralizado. Em 1990, com a publicação das leis 8080 e 8142, ficam garantidos, à toda população, a universalidade de acesso, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa e participação da comunidade. Mas grandes mudanças no cenário econômico do país levaram o governo a implementar mudanças no sistema, visando melhorar a equidade e eficácia no SUS, com a elaboração de novos programas, e modalidades de alocação de recursos (REIS e HORTALE, 2004). É nesse contexto que surge, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), mas foi somente após a publicação da NOB/96 (que vigorou a partir de 1998), que foi possível perceber mudanças no sistema de saúde brasileiro. Tal norma criou mecanismos de estímulo à expansão da atenção básica, como o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo a programas como o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e o próprio PSF.

O Programa de Saúde da Família é hoje entendido como estratégia prioritária para a organização da atenção básica, seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 2006a, p.11), mas apesar do seu potencial para equalizar a relação oferta-demanda, na prática ainda não conseguiu desburocratizar o acesso aos serviços (MERHY e FRANCO, 1996). Acesso, aqui, como define Fekete (1996), não se tratando da simples disponibilidade de um serviço ou programa em determinado local, mas sim, da sua existência e possibilidade de efetiva utilização. A dificuldade de acesso tem sido apontada como um dos grandes problemas dos serviços de saúde, ao lado de queixas relativas ao tratamento dispensado pelos profissionais aos usuários, ao acolhimento e à baixa resolubilidade, conforme atestam diversos estudos realizados em diferentes cidades brasileiras (GALINDO (2001), GATTÁS (2003), SANTOS (2003), SOUZA *et al.* (2003) no Recife; CONILL (2002), em Florianópolis; DIMENSTEIN *et al.* (2003), em Natal; CAZELLI (2003) no Rio de Janeiro).

Como principal via de acesso aos mais variados serviços de saúde, a atenção básica tem sido objeto de inúmeras avaliações, particularmente daquelas referentes à qualidade de seus programas e serviços (ARAÚJO, 2003; DIMENSTEIN *et al.*, 2003; SANTOS *et al.*, 2003). A avaliação de serviços é uma prática fundamental, pois possibilita reordenar a execução de ações e serviços, redimensionando-os, e contribui para o desenvolvimento de práticas mais condizentes com as necessidades dos usuários e com as capacidades técnicas do sistema de saúde (BRASIL, 2004). Buscando alcançar tais objetivos, o Ministério da Saúde implantou, em 2004, o PNASS (Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde), que pretende “avaliar os serviços do Sistema Único de Saúde, buscando a apreensão mais completa e abrangente da realidade dos mesmos em suas diferentes dimensões e avaliar a eficiência, a eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca de resolubilidade e qualidade” (BRASIL, 2004, p.8).

Outra iniciativa do Ministério da Saúde foi o desenvolvimento, em conjunto com os estados e municípios, do instrumento AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família), e que vem a ser o III Componente do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família). Com esse programa, o Ministério espera “fomentar o Monitoramento e a Avaliação dos estágios de qualidade da Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2006c, p. 12).

Essa estratégia é responsável por um dos mais significativos movimentos de reorganização do sistema de saúde brasileiro, após a criação do SUS. Sua crescente expansão, na última década, possibilitou uma significativa ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde. Torna-se necessário agora alcançar resultados igualmente relevantes em relação à qualidade das ações desenvolvidas pelas equipes PSF em todo o país, e consolidar outro princípio fundamental do SUS: a integralidade. Segundo Campos (2003), o conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do SUS, cuja observância pode contribuir sobremaneira para garantir a qualidade da atenção à saúde. Afirma ainda que, por esse princípio, é obrigatória a oferta, de forma articulada, de ações de promoção à saúde, de prevenção dos fatores de risco, de assistência aos danos e de reabilitação. Assim, a integralidade em saúde ainda é um processo em construção, sendo AMQ o instrumento que deverá ser utilizado pelos profissionais das equipes de Saúde da Família para refletirem

sobre seus processos de trabalho e constroem suas próprias soluções a partir da identificação dos problemas. O projeto AMQ é um instrumento de auto-gestão, e possui como principais diretrizes a livre adesão e a ausência de incentivos ou sanções financeiras ou outras relacionadas aos resultados. Utiliza como metodologia avaliativa padrões de qualidade organizados em estágios incrementais (estágios de qualidade: elementar, em desenvolvimento, consolidada, boa e avançada), auto-aplicáveis, baseados nos princípios da Estratégia Saúde da Família. As ferramentas buscam orientar os processos de melhoria da qualidade tanto no âmbito da gestão quanto das equipes de PSF (BRASIL/MS, 2006). O instrumento também propõe a realização de um ciclo de melhoria da qualidade, que é composto de três momentos avaliativos e suas respectivas etapas de intervenção, nas quais o profissional de saúde é ator do processo de reflexão e mudança do seu processo de trabalho.

Um efeito desejável da aplicação do AMQ é a possibilidade de promover integralidade na produção do cuidado, que é um valor fundamental na prestação de serviços de saúde. A adesão ao projeto já evidencia o desejo de mudar e transformar a prática, fazendo aumentar a autonomia dos trabalhadores e gestores, o que, segundo Campos (2000), é imprescindível para um trabalho eficaz e resolutivo. Ainda segundo esse autor, o caráter de livre adesão do AMQ valoriza a autonomia e a conseqüente escolha da decisão de avaliar e monitorar o processo de trabalho por parte dos gestores e equipes.

Durante o processo de implantação, os participantes são estimulados a se encontrarem para responder os instrumentos coletivamente, dialogarem sobre seu processo de trabalho, concordarem ou discordarem dos tópicos e parâmetros expostos, identificarem problemas e dificuldades, assim como virtudes e potenciais, e planejarem juntos soluções para os problemas identificados. Através dessas dinâmicas, o projeto possibilita a auto-análise e auto-gestão, e incentiva o trabalho em equipe, que “tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos” (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

1.1 Qualidade

Qualidade é um conceito considerado por todos os autores como complexo, cujos componentes podem ser agrupados em sete atributos ou pilares fundamentais (DONABEDIAN, 1990; GASTAL, 1995):

1.1.1 *Eficácia:*

É a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos.

1.1.2 *Efetividade:*

É a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração, em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante desta relação (DONABEDIAN, 1990).

$$\text{Efetividade} = \frac{\text{Melhoria gerada pelo sistema oferecido}}{\text{Melhoria esperada pelo sistema "ideal"}}$$

1.1.3 *Eficiência:*

É a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico, representado pela seguinte equação:

$$\text{Eficiência} = \frac{\text{Melhoria gerada pelo sistema oferecido}}{\text{Custo econômico deste sistema}}$$

1.1.4 Otimização:

É o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Em termos gráficos, é o ponto de estabilização da curva de benefícios. Em outros termos, segundo DONABEDIAN (1990), é a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis, ou é a relação entre as necessidades reais de saúde (comprováveis epidemiologicamente) e o atendimento das mesmas pelo sistema de saúde.

1.1.5 Aceitabilidade:

É a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades (conforto e estética das instalações e equipamentos), preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência, preferências do paciente quanto aos custos da assistência (GASTAL, 1995).

1.1.6 Legitimidade:

É a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.

1.1.7 Equidade:

É a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

Portanto, a qualidade da assistência é avaliada pela conformidade ou adequação a um grupo de expectativas ou padrões que derivam de três aspectos básicos: a eficácia, determinada pela ciência médica; a conformidade, determinada por valores e expectativas individuais; a legitimidade, determinada por valores e expectativas sociais. Assim, a qualidade não é avaliada exclusivamente em termos técnicos ou da prática específica da assistência, mas por

um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos no estabelecimento desse juízo de valor. Conseqüentemente, Qualidade em Saúde é um conceito fluido, abstrato e de complexa definição, mas que deve ser proposto em cada sociedade ou grupo social (DONABEDIAN, 1990; GASTAL, 1995).

1.2 Qualidade em Saúde no Contexto AMQ

A todo momento, mesmo que de forma não intencional, ocorre avaliação da qualidade do serviço de saúde prestado, seja pelo usuário, seja pelo profissional que presta o serviço. Qualidade em saúde pode significar diferentes coisas em diferentes situações e dificilmente poderá ser medida em uma escala quantitativa. Varia de acordo com a cultura local, pessoas envolvidas, tipo de organização da sociedade e o contexto analisados.

Assim, qualquer conceito de qualidade em saúde será sempre insuficiente, mas para os propósitos da Avaliação para Melhoria da Qualidade, foi definido como:

“Grau de atendimento a padrões (de qualidade) baseados nas diretrizes estabelecidas para o SUS e para a Estratégia Saúde da Família, assim também como nas necessidades de saúde e expectativas dos usuários, suas famílias e comunidade; considerando-se os profissionais envolvidos na intervenção e respeitando os conhecimentos técnicos e científicos atuais, de acordo com as normas e os valores culturalmente aceitos.” (AMQ – Documento Técnico; p. 22).

1.3 Abordagem da Avaliação para Melhoria da Qualidade

Serão avaliadas de forma integrada as duas esferas distintas de atuação em Saúde da Família, que são a Gestão Local e as Equipes de Saúde da Família, chamadas Componentes. Para cada componente, foram definidos eixos de análise, chamados Dimensões, e que são desdobrados em Critérios. O componente Gestão possui três dimensões de análise, direcionadas ao Secretário Municipal de Saúde, ao Responsável pela Coordenação da Saúde da Família, e ao responsável pela coordenação e gerenciamento da Unidade de Saúde da

Família. O componente Equipe possui duas dimensões, sendo uma dirigida a todos os integrantes da Equipe PSF, e outra dirigida aos profissionais de nível superior desta equipe. De acordo com a temática abordada, cada instrumento de avaliação está organizado em seções representadas pelos Critérios, abrangendo determinado grupo de padrões correspondentes. Tais instrumentos possibilitam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. A partir desse conhecimento os gestores, coordenadores e profissionais poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade.

A avaliação considerará os elementos de estrutura, processo e resultado, tendo como uma de suas referências o modelo proposto por Avedis Donabedian, que desenvolveu conceitos fundamentais para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, em que Estrutura compreende os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, Processo compreende atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, e Resultado é o produto final da assistência prestada, que considera saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

1.3.1 Estrutura

Corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde: refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização e normatização dos serviços (existência e utilização de manuais de procedimentos, guias de conduta, sistemas informatizados, dentre outros). Dentro dessa conceituação, cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto a qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros. É difícil quantificar a influência exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, mas considera-se a possibilidade de que uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de uma assistência de melhor qualidade.

1.3.2 Processo

Abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. No processo aparecem os aspectos éticos e da relação médico/profissional/equipe de saúde-paciente. Tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e no momento em que ele está ocorrendo pode ser considerado como processo. Os instrumentos de auto-avaliação privilegiam e enfatizam os elementos de processo, especialmente os processos de trabalho, considerando que estes oferecem possibilidades mais amplas e acessíveis de intervenção quando os problemas são identificados. Serão avaliados segundo os aspectos organizativo, técnico-científico e a relação interpessoal.

Aspectos organizativos:

Consideram a atuação da equipe na organização do serviço e das práticas, tanto internamente quanto na sua relação com outros atores sociais, instituições e organizações locais, sendo observado:

- Planejamento e programação: marcação de consultas, atendimento à demanda espontânea, acesso, adscrição de clientela, horários e disponibilidade dos serviços, ações programáticas previstas, coordenação com outros níveis do sistema, mecanismos de monitoramento e avaliação, ouvidoria, qualidade dos sistemas de informação.
- Abrangência das ações: mobilização dos recursos e esforços dos diversos atores e setores sociais para a construção de condições adequadas para um bom estado de saúde.
- Participação comunitária: aspectos como planejamento, implantação, monitoramento e avaliação das ações em saúde são eixos fundamentais de atuação conjunta entre a comunidade e os serviços de saúde.

Aspectos técnico-científicos:

- Competência técnico-científica: inclui as atividades destinadas a fortalecer conhecimentos, habilidades e práticas de saúde. As atividades de educação continuada devem orientar-se para fins e propósitos da estratégia e estar em sintonia com seus princípios operacionais. A qualidade neste aspecto refere-se às práticas integrais de saúde incluindo a promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, diagnóstico precoce, tratamento inicial, encaminhamentos e reabilitação temporal.
- Protocolização do atendimento: desenvolvimento e utilização de manuais e condutas de atendimento, prevenção e promoção em saúde em consonância com os avanços na ciência e tecnologia em saúde e com os princípios do SUS. São desenvolvidos com vistas a garantir o atendimento de saúde integral dos usuários segundo suas necessidades, minimizar os riscos, principalmente, dos procedimentos de natureza clínica (prescrição de medicamentos, realização de procedimentos) e de prevenção.

Relação interpessoal:

- Acolhimento: relaciona-se diretamente com a comodidade e o trato humanizado que o serviço oferece ao usuário, além da dimensão operacional, de escuta das queixas e necessidades de saúde, buscando uma atenção resolutiva por meio da articulação dos serviços da rede. Este aspecto é fundamental na medida em que influi no nível de confiança entre o provedor e usuário, aderência às indicações, continuidade no atendimento, respeito individual, satisfação dos usuários.
- Comunicação interpessoal: os resultados em saúde dependem, em grande parte, do nível de informação e da comunicação que possa existir durante a realização das práticas. Aspectos de relevância referem-se às informações sobre o processo saúde-doença, riscos à saúde, tratamento, prognóstico, prevenção, efeitos colaterais dos medicamentos, minimização de riscos, cuidados de saúde.

1.3.3 Resultados

Seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1980b). Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do serviço prestado (DONABEDIAN, 1992). Distinguem-se dois tipos de resultados: diretos e de saúde da população.

- Os resultados diretos se relacionam com os efeitos das ações e práticas desenvolvidas nas USF em termos de acesso (ampliação da cobertura, se a população recebeu a atenção que precisava e se recebeu quando necessitou), adequação (oferta de serviços suficientes em quantidade e qualidade, de acordo com os conhecimentos e as tecnologias disponíveis, e a capacidade de antecipar problemas e riscos) e efetividade (capacidade dos esforços das ações e práticas em saúde de satisfazer as necessidades e demandas em saúde da população, ou seja, impacto positivo sobre os indicadores epidemiológicos em termos de internações por doenças evitáveis, morbidade e mortalidade).
- Os resultados em saúde dependem de uma grande proporção de fatores não relacionados à prestação do cuidado no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, mas também dos demais níveis de atenção do sistema, e especialmente do envolvimento e da participação de outros setores e atores da área social.

1.4 Padrões de Qualidade

São as referências esperadas para um determinado aspecto do serviço ou práticas consideradas, e têm as seguintes características:

- Abrangência: devem oferecer visão integral do sistema – gestão, estrutura, processo e resultado;
- Sensibilidade: devem ser capazes de evidenciar as lacunas e fragilidades;

- Facilidade na aplicação: devem ser de fácil compreensão e fácil utilização.

1.5 Estágios de Qualidade

Para a proposta AMQ, o desenvolvimento da qualidade ocorrerá de maneira processual, iniciando pelas condições de estrutura e infra-estrutura, passando pelos processos de organização dos serviços e práticas e avançando até as ações mais complexas.

1.5.1 Padrões do Estágio E:

Qualidade Elementar – abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia Saúde da Família.

1.5.2 Padrões do Estágio D:

Qualidade em Desenvolvimento – abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho.

1.5.3 Padrões do Estágio C:

Qualidade Consolidada – abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações.

1.5.4 Padrões do Estágio B:

Qualidade Boa – abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados.

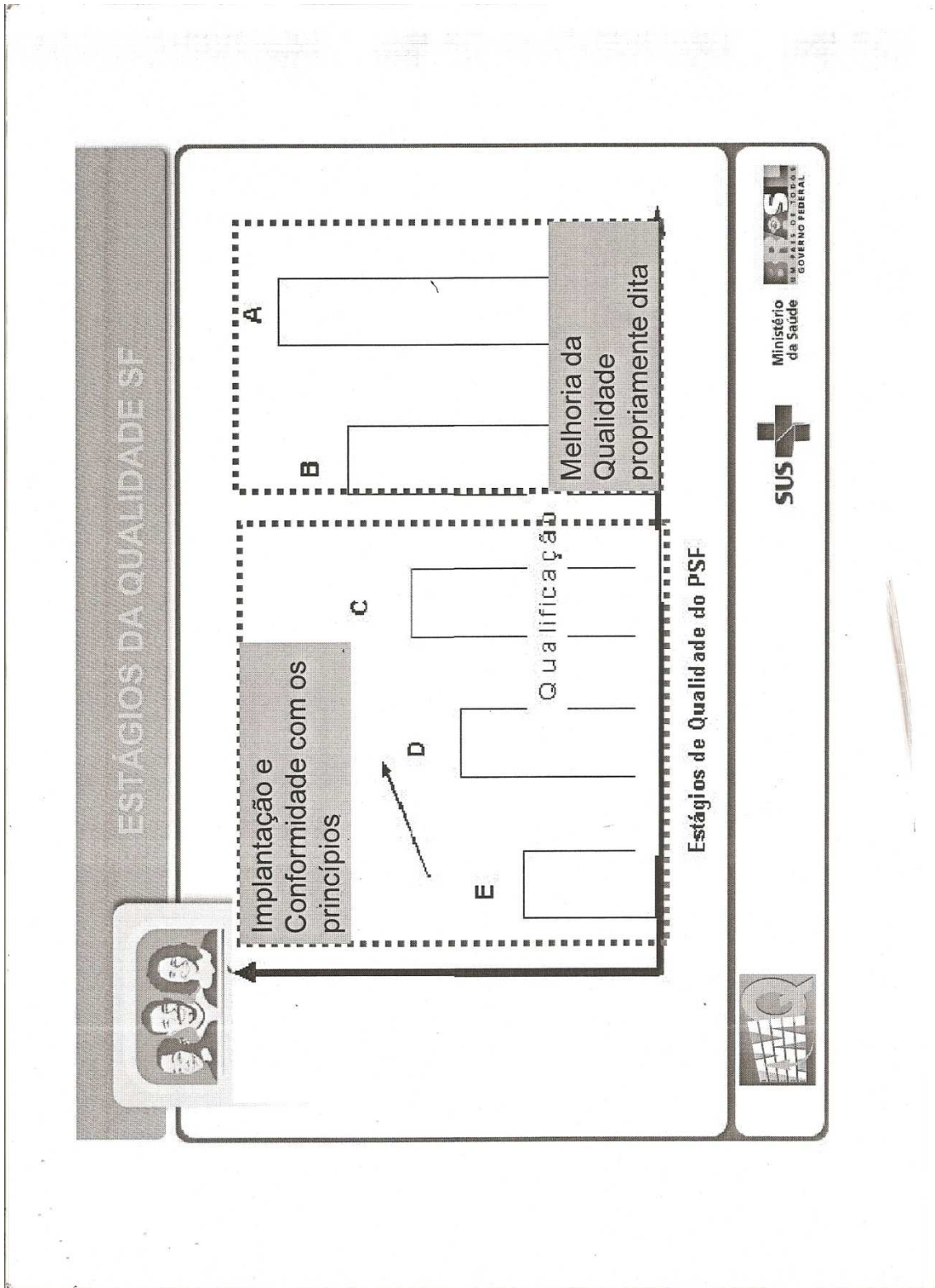
1.5.5 Padrões do Estágio A:

Qualidade Avançada – colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados.

Figura 1. Estrutura Geral dos Instrumentos

Estrutura Geral dos Instrumentos				
Componente (Unidade de Análise)	Instrumento (Dimensão)	Seção (Critério)	Usuário (Quem responde)	
Gestão	Desenvolvimento da Estratégia SF	Implantação/ Implementação	Secretário municipal de saúde ou Assessoria	
		Integração da Rede de Serviços		
		Gestão do Trabalho		
		Fortalecimento da Gestão SF		
	Coordenação Técnica das Equipes		Planejamento e Integração	Responsáveis pela coordenação SF
			Acompanhamento da ESF	
			Educação Permanente	
			Gestão da Avaliação	
			Normalização	
	Unidade SF		Infra-estrutura e equipamentos da USF	Responsável pela coordenação da USF
Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos				
Equipe	Consolidação do Modelo de Atenção	Organização do Trabalho em Saúde da Família	Todos os integrantes da equipe: SF e SB)	
		Acolhimento, Humanização, Responsabilização		
		Promoção da Saúde		
		Participação Comunitária		
		Vigilância a Saúde I: Ações Gerais		
	Atenção à Saúde		Saúde de Crianças	Profissionais de nível superior: Médico, enfermeiro e Odontólogo
			Saúde de Adolescentes	
			Saúde de Mulheres e Homens Adultos	
			Saúde de Idosos	
			Vigilância a Saúde II: Doenças Transmissíveis	
Vigilância a Saúde II-Agravos Regionalizados				
Padrões Loco-regionais				

Figura 2. Estágios da Qualidade na Estratégia Saúde da Família



2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo destina-se a conhecer e aprimorar o grau de implantação da estratégia de Saúde da Família na Equipe IV do Centro de Saúde Barreiro de Cima, com o propósito de oferecer à população adscrita à equipe ações de saúde acessíveis, resolutivas e humanizadas, investindo na melhoria da qualidade dos serviços prestados pela equipe, promovendo saúde, reduzindo riscos e morbi-mortalidade, e garantindo maior efetividade e eficiência.

A utilização de processos avaliativos e o estudo e análise dos resultados obtidos contribui efetivamente para que gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisões voltadas ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade, para o alcance da resolutividade do sistema e satisfação dos usuários.

3 OBJETIVOS

Geral

Conhecer o estágio atual de implantação da Estratégia Saúde da Família no âmbito da Equipe PSF IV do Centro de Saúde Barreiro de Cima e avaliar, juntamente com a equipe, o grau de qualidade alcançado por suas ações em relação aos Instrumentos AMQ 4 e AMQ 5.

Específicos

- Utilizar o instrumento AMQ como um guia para orientar a reflexão e discussão do processo de trabalho na Equipe IV da Unidade de Saúde;
- Contribuir para a inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar, acompanhar e dar assistência às crianças da Equipe IV, compreendidas na faixa etária 0-6 anos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo tem como objetivo analisar quali-quantitativamente os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos AMQ 4 e 5 junto à Equipe IV do Centro de Saúde Barreiro de Cima, com anuência da Gerente da Unidade.

De acordo com a estruturação proposta para o AMQ, coube à Equipe IV do Centro de Saúde Barreiro de Cima, responder e discutir questões relacionadas à sua prática, discussão esta que ocorreu em reunião de equipe no dia 04 de dezembro de 2008. Nesta data, foram lidos e debatidos os dois instrumentos (questionários), reproduzidos integralmente nos Anexos 01 e 02, que abordam, cada um, as dimensões de análise propostas para o componente equipe:

- Instrumento 4 – Consolidação do Modelo de Atenção, a ser respondido por toda a Equipe;
- Instrumento 5 – Atenção à Saúde, a ser respondido pelos profissionais de nível superior desta equipe (ver Anexos).

Cada instrumento é organizado em seções (critérios) de padrões correspondentes, identificados pelas letras A, B, C, D e E. Cada questão a ser respondida é identificada por uma dessas letras, e uma resposta positiva a determinada questão significa que aquele estágio de qualidade é atingido na prática da equipe.

A equipe que respondeu o questionário é composta por:

- 1 Médico da Família
- 1 Enfermeiro da Família
- 2 Auxiliares de Enfermagem
- 5 Agentes Comunitários de Saúde.

O quadro a seguir apresenta os resultados obtidos na aplicação dos questionários:

QUADRO 1

RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS AMQ 4 E AMQ 5				
RESPOSTAS PADRÃO		NÚMERO DE QUESTÕES	RESPOSTAS POSITIVAS	RESPOSTAS NEGATIVAS
E	AMQ 4	11	10	01
	AMQ 5	11	10	01
	TOTAL	22	20	02
D	AMQ 4	16	15	01
	AMQ 5	22	20	02
	TOTAL	38	35	03
C	AMQ 4	21	12	09
	AMQ 5	25	19	06
	TOTAL	46	31	15
B	AMQ 4	12	08	04
	AMQ 5	22	15	07
	TOTAL	34	23	11
A	AMQ 4	10	01	09
	AMQ 5	10	05	05
	TOTAL	20	06	14

4.1 Análise das Respostas aos Questionários 4 e 5

De posse dos resultados, nova reunião ocorreu em 1º de abril de 2009, em que foram discutidas as respostas negativas. Com o painel dos resultados, a equipe identificou em que estágio de qualidade se encontra, e começou a traçar projetos para abordar e atuar sobre os pontos identificados como problemas.

Analisando-se os resultados (gabaritos com as respostas constam dos Anexos 03 e 04), chega-se à conclusão de que a Equipe IV do Centro de Saúde Barreiro de Cima se encontra efetivamente implantada, e em conformidade com os princípios e diretrizes do PSF. Percebe-se também que tal equipe se encontra num estágio adiantado de melhoria da qualidade propriamente dita, já que nas questões do Padrão B (que identificam estágio “bom” de qualidade), mais de 50% das respostas foram positivas (a equipe realiza ações que caracterizam sua atuação como de boa qualidade).

Um caminho um pouco mais longo separa a equipe do Padrão A (Qualidade Avançada): de um total de 20 questões caracterizando tal estágio, nos questionários 4 e 5, 14 obtiveram resposta negativa, e serão descritas a seguir (as demais questões com respostas negativas, dos dois instrumentos AMQ utilizados, estão identificadas no Anexo 05):

4.1.1 Relacionadas à Saúde Bucal

Questão 5.24 A

Houve redução do índice ceo-d na população de 5 a 6 anos nos últimos 24 meses .

Questão 5.30 A

Houve redução do índice CPO-D na população de 12 anos nos últimos 24 meses.

4.1.2 Relacionadas à organização do processo de trabalho da equipe

Questão 4.20 A

A ESF organiza "painel de situação" com os mapas, dados e informações de saúde do território.

Questão 4.21 A

A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados.

4.1.3 Que abrangem problemas de saúde num contexto mais amplo, e que envolve outros setores da comunidade

Questão 4.32 A

A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas à estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde.

Questão 4.33 A

Os serviços são disponibilizados sem restrição de horários por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos.

Questão 4.52 A

A ESF realiza ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito.

Questão 4.53 A

Existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário.

Questão 4.54 A

É realizado o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária.

Questão 4.58 A

Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF.

Questão 4.69 A

A ESF acompanha a saúde da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidades associados.

Questão 5.68 A

A ESF desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência.

4.1.4 O enfoque é prioritariamente da equipe, mas não exclusivamente**Questão 5.22 A**

A prevalência do aleitamento materno aos 12 meses é de 70% ou mais.

Questão 5.29 A

Houve redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF.

Ao analisarmos detalhadamente cada uma das 14 questões cujas respostas foram negativas, percebemos que não é simples atuar sobre elas, sendo necessário o envolvimento de gestores e coordenadores da Prefeitura Municipal, por exemplo, para mudar tais respostas, como no caso das questões relacionadas à Saúde Bucal. O Centro de Saúde Barreiro de Cima possui 4 equipes PSF e somente 1 Equipe de Saúde Bucal. Apesar de já ser autorizado pelo Ministério da Saúde a relação 1:1 ESB/ESF, a relação atual no Centro de Saúde é menor que a adotada pela PBH, que é de 1:2 ESB/ESF. Então não há como a Equipe de Saúde Bucal montar e manter um programa de acompanhamento sistemático dos pacientes, aí incluídos os pertencentes à área de abrangência da Equipe IV.

Nas questões que dizem respeito ao processo de trabalho da equipe, se configura outro problema: ações que a equipe não consegue realizar porque a demanda por consultas/atendimentos médicos é muito grande. A agenda exerce uma pressão muito grande sobre a rotina da equipe, impedindo que os componentes possam parar não somente para planejar, mas também para visualizar e divulgar o que se faz, e o que já se conseguiu fazer com êxito.

Um número maior de questões envolve contextos amplos de saúde, e uma participação conjunta de diversos setores da comunidade. Visto que, conforme dito acima, a pressão dessa comunidade é por atendimento médico, não há tempo/espço disponível para abordar questões relativas a estigmas, preconceitos, situações de discriminação as mais diversas; educação no trânsito, prevenção de acidentes, acompanhamento de usuários de drogas e álcool; desenvolvimento de atividades de reintegração e reabilitação comunitária de pacientes de Saúde Mental.

A equipe tem se organizado e planejado para intervir nas questões que não atendem o padrão proposto, utilizando a Matriz de Intervenção contida no caderno de avaliação AMQ. Como são muitas questões (46, em todos os cinco níveis de qualidade), não será objeto desse trabalho o acompanhamento de todo o processo. Portanto, dentre todas as possibilidades de intervenção possíveis de serem executadas, optou-se, em comum acordo com a equipe, por abordar a questão 5.24 A:

Houve redução do índice ceo-d na população de 5 a 6 anos nos últimos 24 meses?

Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses.

4.2 Busca Ativa da População Alvo do Projeto de Intervenção

Após identificar e selecionar o problema a ser trabalhado, o próximo passo foi conhecer e buscar a população que será alvo dos trabalhos propostos pelo projeto de intervenção. As ACS's elaboraram listas com nome e dados completos de filiação e endereço das crianças das micro-áreas 15, 16, 17, 18 e 19 do Centro de Saúde Barreiro de Cima, com idade

compreendida entre 0 a 6 anos. Justifica-se incluir no projeto as crianças menores de 5 anos porque ao fim de 24 meses, serão elas a serem examinadas para a obtenção do índice ceo-d, e se nenhuma ação for realizada para elas, não será possível mudar sua condição de saúde bucal, e portanto não haverá impacto no índice.

Com a lista das crianças em mãos, foi possível dimensionar o universo da pesquisa, e programar os grupos de acordo com a idade dos participantes.

QUADRO 2. Nº DE CRIANÇAS POR IDADE

IDADE	Nº
0	32
1	39
2	26
3	41
4	54
5	43
6	21
TOTAL	256

Fonte: Cadastros das ACS's

As ACS's entregaram às mães um convite (Anexo 06) para comparecerem ao Centro de Saúde com suas crianças, para um primeiro contato com a equipe. Todas as crianças de 0 a 6 anos de idade da área de abrangência da Equipe IV do Centro de Saúde Barreiro de Cima foram convidadas a comparecer ao Centro de Saúde para exame e obtenção do índice ceo-d, e estes exames aconteceram entre os dias 3 e 18 de setembro. Neste primeiro contato, realizado em grupos bastante reduzidos de participantes, em razão de se evitar aglomerações de pessoas com conseqüente aumento de disseminação do vírus H1N1, foram expostos os objetivos do trabalho, o que a equipe pretende realizar e quais resultados pretendemos alcançar, para as crianças e suas mães que, concordando em participar, assinaram o Termo de Autorização (Anexo 07). Os dados das crianças examinadas, como

endereço, nome da mãe, idade, e ceo-d foram transcritos para a planilha Cadastro de Participantes (Anexo 8). As crianças com necessidade de tratamento odontológico foram agendadas e seu tratamento acompanhado pela Ficha de Acompanhamento Individual (Anexo 09).

Originalmente, o projeto previa sete grupos de trabalho, onde as crianças seriam organizadas por critério de idade, e cada grupo teria 4 encontros com a Equipe de Saúde, onde seriam abordados e trabalhados diferentes temas relativos à saúde bucal. Ao fim de cada encontro, seria realizada escovação com as crianças, com o auxílio e participação de suas mães. No entanto, devido ao quadro epidemiológico da infecção pelo vírus H1N1, os grupos foram provisoriamente adiados, privilegiando-se um atendimento mais individual.

Num momento posterior, os grupos serão realizados, e a frequência aos mesmos será acompanhada, e anotada nas Fichas de Frequência às Oficinas/Grupos Operativos (Anexo 10). Nesta ficha também será anotada toda informação relativa ao tratamento odontológico daquelas crianças que necessitem de atendimento, que aconteceu antes e que continuará acontecendo paralelamente aos grupos operativos, se ainda for necessário.

As crianças que concluírem o tratamento e/ou as que dele não tiverem necessidade, continuarão a frequentar os grupos para que possam ser mantidas sob controle de higienização e motivação, a cada seis meses, e sua frequência aos mesmos será registrada na Ficha de Acompanhamento dos Grupos – Controle de Placa e Aplicação de Flúor (Anexo 11).

Ao fim de 24 meses, todas as crianças serão novamente avaliadas para obtenção do índice ceo-d, inclusive as que à época do primeiro exame estavam na faixa etária da pesquisa (5-6 anos), e que agora, portanto, estão acima desta idade. O índice ceo-d das crianças com 5-6 anos encontrado será comparado com o índice das crianças desta mesma idade obtido há 2 anos atrás, quando então poderemos novamente formular a questão 5.24 A, e constatar se houve redução do índice de cárie na população de 5 a 6 anos nos últimos 24 meses .

Neste sentido, o trabalho teve três frentes: uma frente de assistência à saúde, que teve início e continua em andamento, capacitação dos profissionais que irão atuar na oficinas/grupos operativos, e outra de promoção de saúde, incluindo as mães das crianças, que será realizado em momento oportuno.

4.2.1 Análise dos Dados Obtidos

No final do mês de agosto de 2009, foram impressos os convites para serem distribuídos àquelas famílias em que havia alguma criança de até 6 anos de idade. Na primeira semana de setembro, os convites foram repassados às Agentes Comunitárias de Saúde, que deveriam entregá-los às mães. Os dias para os exames das crianças estavam especificados em cada convite, mas durante esses dias, a frequência de mães e suas crianças foi muito baixa, aquém do esperado. Um dos motivos para tal fato foi a paralisação e greve dos funcionários municipais da saúde, que no caso do C.S. Barreiro de Cima, contou com a adesão das ACS's.

Como não foi possível um número significativo de exames nos dias designados, com a concordância da gerência da unidade, participei da 2ª Etapa de Vacinação Infantil, que aconteceu no dia 19 de setembro. Foi realizado neste dia o levantamento das crianças residentes na área de abrangência da Equipe IV – micro-áreas 15, 16, 17, 18 e 19.

Tanto nos levantamentos realizados durante o agendamento das crianças, quanto no levantamento realizado na campanha de vacinação, as crianças que apresentaram necessidades de tratamento, e cujas mães autorizaram, foram prontamente agendadas para atendimento, o que aconteceu já no próprio mês de setembro, e se estenderá pelos próximos três meses.

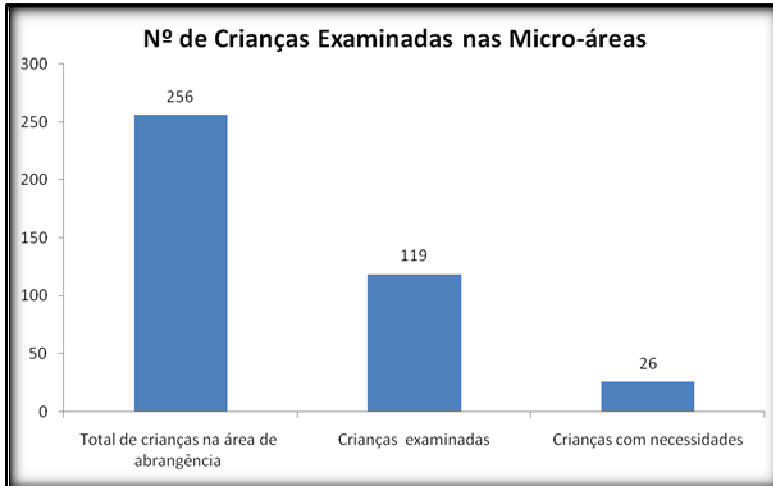
Como mostra o Quadro 3, foram examinadas 46,5% das crianças menores de 6 anos da área de abrangência. Destas, 21% apresentaram necessidade de algum tratamento odontológico, sendo que apenas 2% apresentaram necessidade de exodontia.

Quadro 3. Número de crianças examinadas nas micro- áreas 15, 16, 17, 18 e 19 do CS Barreiro de Cima, de 0 a 6 anos de idade

Nº total de crianças da área de abrangência		Nº de crianças examinadas		Nº de crianças com necessidades		Nº de crianças com necessidades de exodontia		Nº de crianças com neces. de tratamento restaurador	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
256	(100)	119	(46,5)	26	(21,0)	5	(2,0)	26	(21,0)

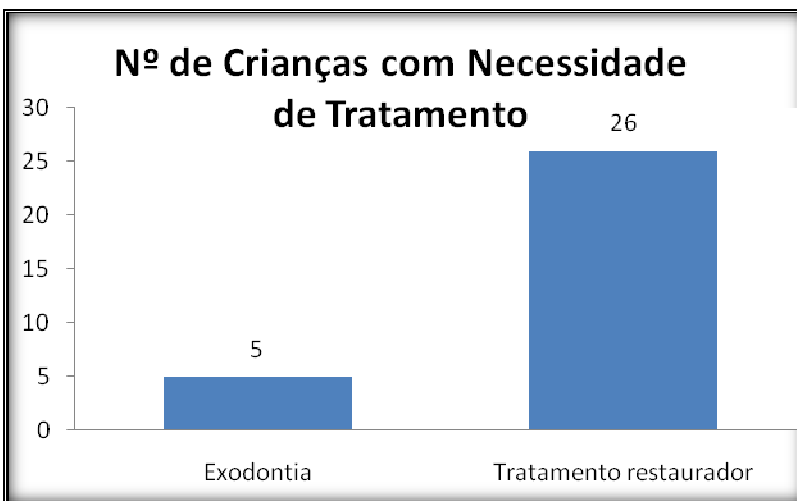
Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Gráfico 1.



Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Gráfico 2.



Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

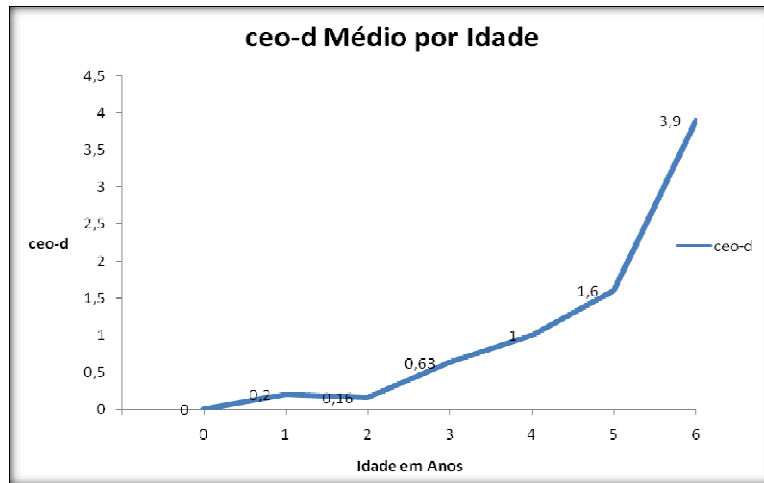
Quadro 4. Distribuição dos componentes do índice ceo-d, por idade, nas crianças da área de abrangência do CS Barreiro de Cima

Idade	Nº de crianças examinadas	ceo-d médio	c	ei	o	% SN	% CN
0	9	0	0	0	0	100	0
1	21	0,2	1	0	0	95,3	4,7
2	19	0,2	1	0	0	94,8	5,2
3	24	0,63	4	1	0	83,3	16,2
4	18	1,0	5	0	1	66,6	33,4
5	18	1,6	8	1	1	55,6	44,4
6	10	3,9	7	3	1	20	80
TOTAL	119	1,2	26	5	3	73,6	30,6

Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

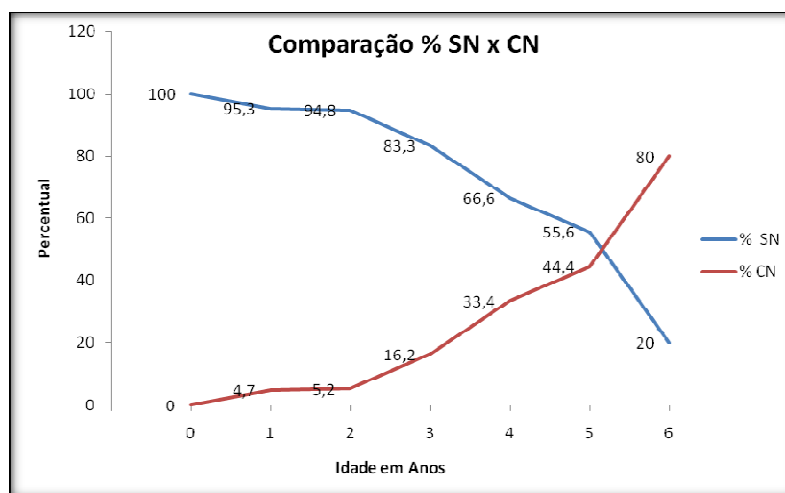
No Quadro 4, vemos a distribuição do ceo-d médio e de seus diferentes componentes por faixa etária. Podemos observar que a prevalência de cárie aumenta junto com a idade das crianças avaliadas, o que corresponde ao perfil da doença cárie (maior tempo de exposição aos fatores cariogênicos aumentando a gravidade da doença). Outro dado encontrado é que entre as crianças examinadas apenas 3 apresentaram dentes obturados, o que demonstra que esta faixa etária não tem acesso aos cuidados necessários. Houve também um aumento bastante significativo da experiência de cárie na transição de 5 para 6 anos, com o índice ceo-d passando de 1,6 (média aos 5 anos) para 3,9 (média aos 6 anos). Essa idade coincide com o início da vida escolar da criança, o que talvez merecesse maiores estudos para planejar intervenções, mostrando ser necessária a implementação de programas de atendimento coletivo preventivo e de educação para a saúde bucal, para se reduzir o índice de ataque da doença na população infantil.

Gráfico 3



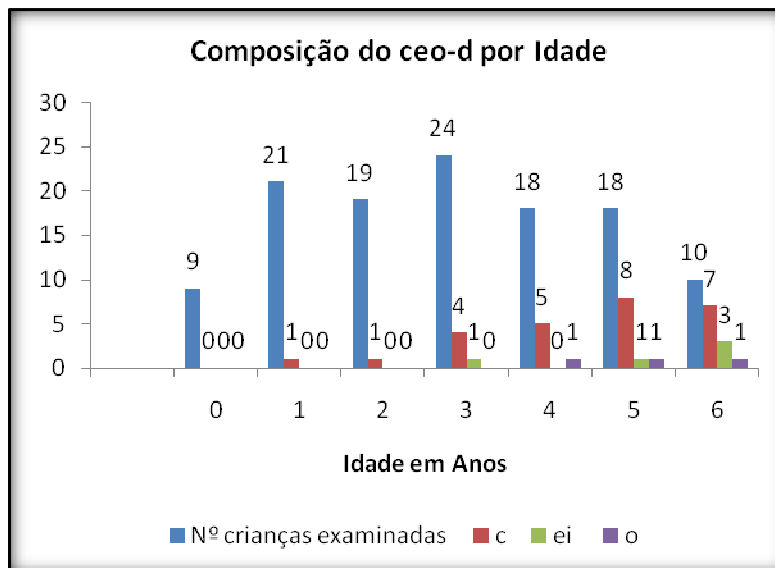
Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Gráfico 4.



Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Gráfico 5.



Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Na aplicação do questionário AMQ, a questão escolhida para o presente trabalho diz respeito ao índice ceo-d em crianças de 5 a 6 anos. Nesta faixa de idade, existem 55 crianças nas micro-áreas 15, 16, 17, 18 e 19, correspondendo a 21,5% das crianças abaixo de 6 anos dessas áreas. Deste total, foram examinadas 28 (50,9% das crianças de 5 a 6 anos), e foram encontradas 16 crianças (57%) com necessidade de tratamento restaurador, sendo que 3 delas apresentavam também necessidade de exodontia (10,7%). Para efeito da análise do quesito proposto pelo AMQ, apurando-se a média desta faixa etária, encontramos um ceo-d correspondente a 2,4. É este o índice que deverá ser comparado com aquele a ser obtido dentro de 24 meses, após a implementação completa do programa de promoção com esta população, e cuja análise comparativa nos permitirá saber se houve o sucesso esperado pelo programa.

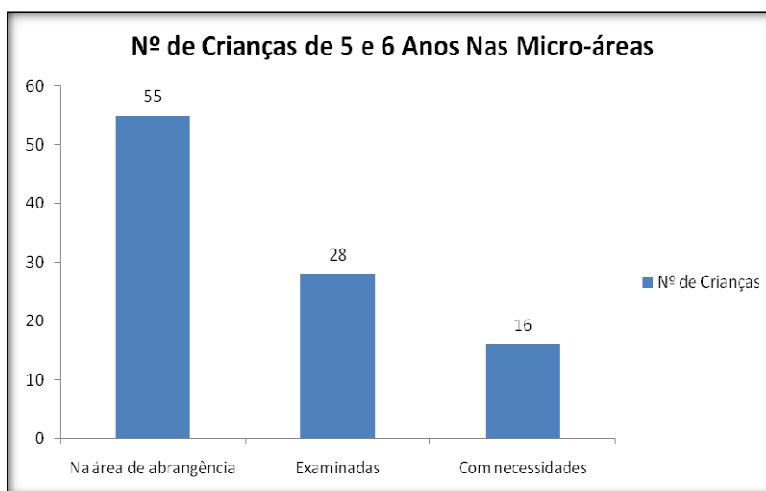
O Quadro 5 nos permite visualizar os dados descritos acima, e o Quadro 6 apresenta os diferentes índices ceo-d encontrados nas crianças de 5 a 6 anos, e sua distribuição percentual.

Quadro 5. Número de crianças de 5 e 6 anos examinadas nas micros áreas 15, 16, 17, 18 e 19 do CS Barreiro de Cima

Nº total de crianças de 5 e 6 anos da área de abrangência		Nº de crianças de 5 e 6 anos examinadas		Nº de crianças com necessidades		Nº de crianças com necessidades de exodontia		Nº de crianças com neces. de tratamento restaurador	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
55	(21,5)	28	(50,9)	16	(57,1)	3	(10,7)	16	(53,5)

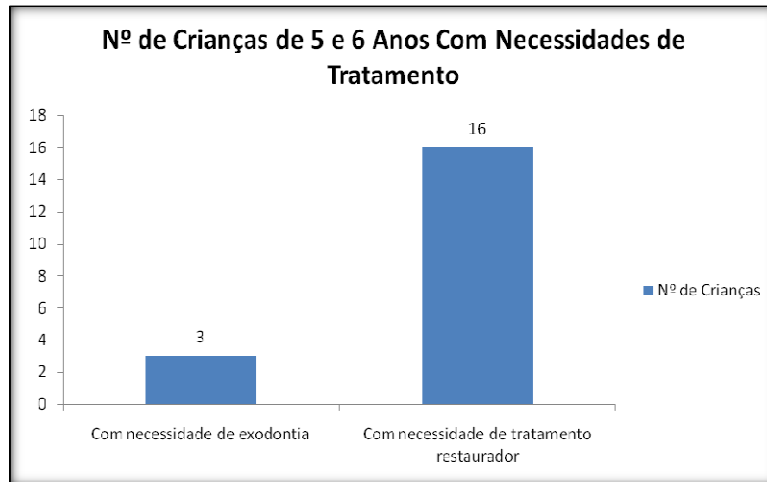
Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Gráfico 6



Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Gráfico 7.



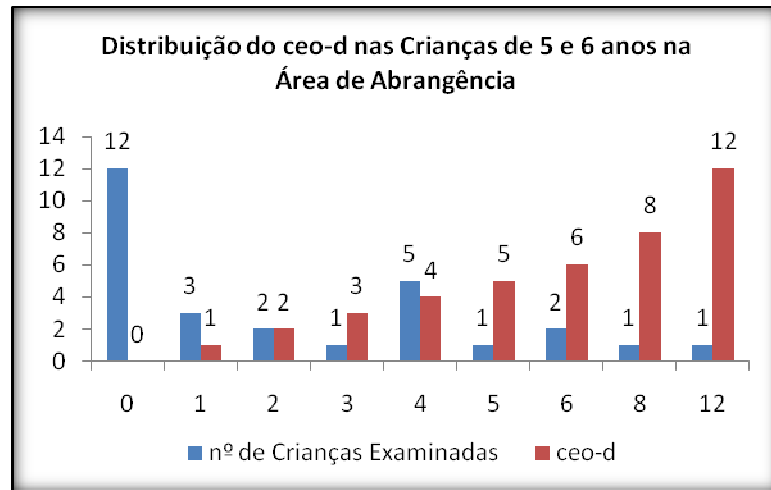
Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Quadro 6. ceo-d de crianças de 5 e 6 anos nas micros áreas 15, 16, 17, 18 e 19 do CS Barreiro de Cima

Nº de crianças de 5 e 6 anos examinadas		Nº	%
		28	(50,9)
ceo-d médio		2,4	
c e o - D	0	12	(42,9)
	1	3	(10,8)
	2	2	(7,2)
	3	1	(3,6)
	4	5	(18)
	5	1	(3,6)
	6	2	(7,2)
	8	1	(3,6)
	12	1	(3,6)

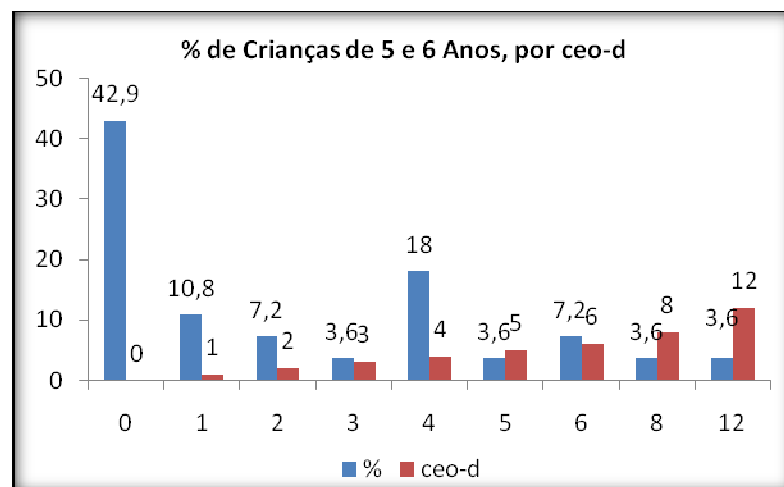
Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Gráfico 8.



Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Gráfico 9.



Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima

Analisando os dados da área de abrangência, é necessário refletir sobre a situação de saúde bucal encontrada. Essa situação é condizente com aquela encontrada em outros municípios, na região sudeste e na média nacional. Para tanto, comparamos os resultados encontrados neste estudo com aqueles descritos nos Resultados Principais do Projeto SB – Brasil (2003), com os encontrados em levantamento realizado na Cidade de Alfenas (Sartori, 1997), Blumenau – SC (Traebert, 1998), e em Piracicaba – SP (Cypriano, 1999), além de compará-los às metas propostas pela OMS, para os anos 2000 e 2010. Nestes diferentes estudos e proposições de metas, a idade-índice é de 5 anos.

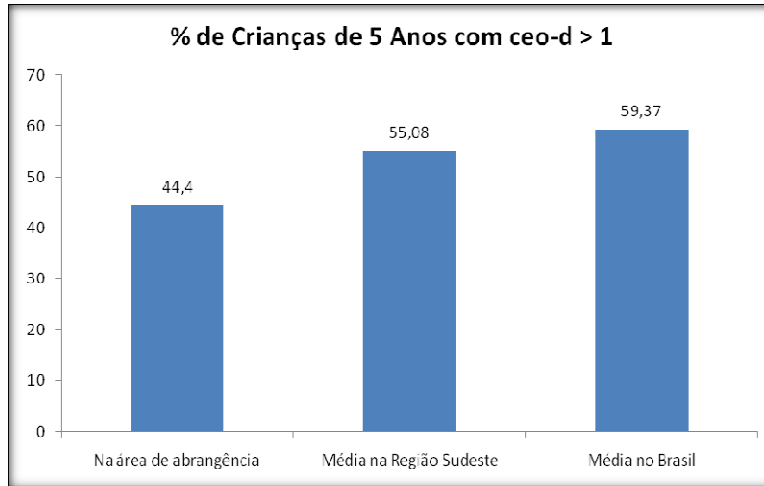
O Quadro 7 mostra que o percentual de crianças com ceo-d igual ou maior que 1, na área de abrangência estudada, é menor que aquele encontrado na região sudeste, e menor ainda que o encontrado no Brasil como um todo, o que demonstra que a situação de saúde bucal das crianças avaliadas se encontra melhor que a média nacional, embora em escala pequena. Esse resultado, embora satisfatório, não significa que nada deva ser feito, como veremos ao analisarmos as metas propostas pela OMS.

Quadro 7. Número de crianças de 5 anos examinadas nas micros áreas 15, 16, 17 ,18 e 19 do CS Barreiro de Cima e comparação com dados obtidos no levantamento SB BRASIL 2003

Nº total de crianças de 5 anos da área de abrangência		Nº de crianças de 5 anos examinadas da área de abrangência		Nº de crianças com ceo-d >1 da área de abrangência (examinadas)		% de crianças com ceo-d >1 - dados SB BRASIL 2003	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	SU	BR
33	(12,9)	18	(54,5)	8	(44,4)	55,08	59,37

Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima e Projeto SB BRASIL 2003

Gráfico 10.



Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima e Projeto SB BRASIL 2003

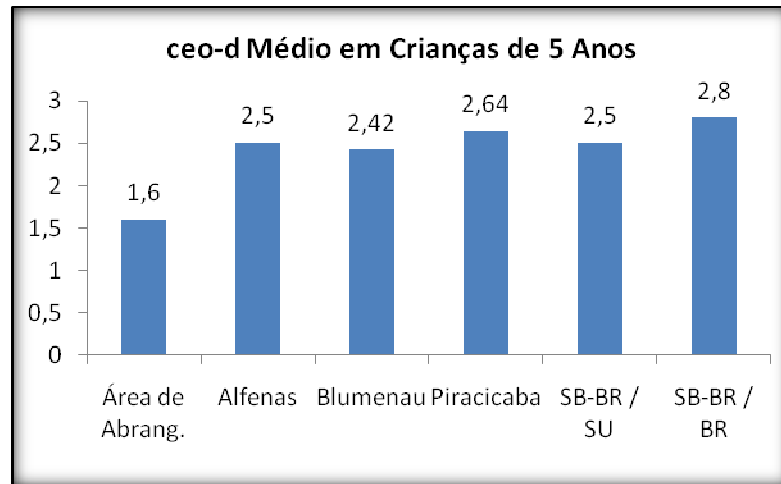
O Quadro 8 também nos coloca em posição favorável frente a outro município mineiro (Alfenas), aos municípios de Blumenau e Piracicaba, à média obtida na região sudeste e à média nacional.

Quadro 8. ceo-d médio na faixa etária 5 anos

Na área de abrangência	Alfenas MG	Blumenau SC	Piracicaba SP	Dados do SB – BRASIL 2003	
				SU	BR
1,6	2,5	2,42	2,64	2,5	2,8

Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima, levantamentos realizados em Alfenas (SARTORI, 1997), Blumenau, SC (TRAEBERT, 1998), Piracicaba, SP (CYPRIANO, 1999) e Projeto SB BRASIL 2003

Gráfico 11.



Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima, levantamentos realizados em Alfenas (SARTORI, 1997), Blumenau, SC (TRAEBERT, 1998), Piracicaba, SP (CYPRIANO, 1999) e Projeto SB BRASIL 2003

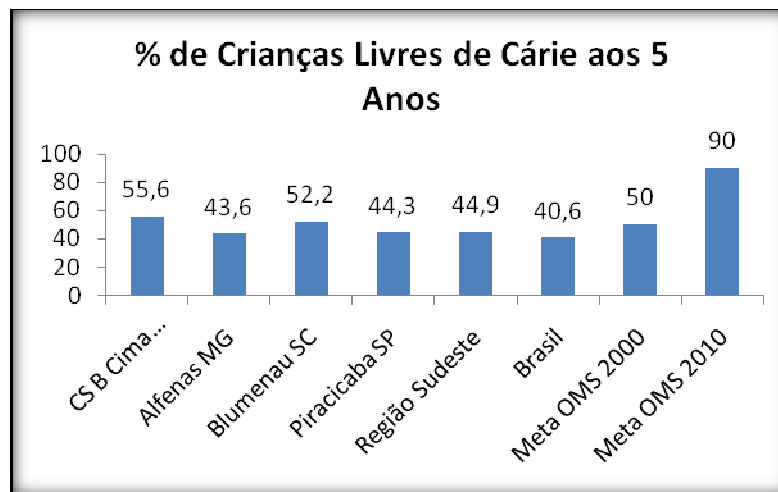
O Quadro 9 compara os percentuais de crianças livres de cárie aos 5 anos, e também vemos que os números encontrados pelo presente estudo são mais favoráveis do que aqueles encontrados em Alfenas, Blumenau, Piracicaba, na média regional e na média nacional. Porém, quando são comparados às metas propostas pela OMS, fica claro o quanto ainda é necessário trabalhar, porque, em 2009, estamos apenas 5 pontos percentuais acima de uma meta proposta para nove anos atrás, e faltando apenas alguns meses para chegar a data limite da próxima meta, a distância que nos separa dela é muito grande (35 pontos percentuais). Mais uma vez, justifica-se a importância e a necessidade da implantação deste programa junto à população escolhida, porque, sem que haja investimentos em prevenção, não será possível alcançarmos melhorias nos quadros de saúde bucal de nossa população.

Quadro 9. Percentual de crianças de 5 anos livres de cárie

CS Barreiro de Cima (examinadas)	Alfenas MG	Blumenau SC	Piracicaba SP	SB BRASIL 2003		Meta OMS 2000	Meta OMS 2010
				SU	BR		
55,6	43,6	52,2	44,3	44,9	40,6	50	90

Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima, levantamentos realizados em Alfenas (SARTORI, 1997), Blumenau, S C (TRAEBERT, 1998), Piracicaba, SP (CYPRIANO, 1999) e Projeto SB BRASIL 2003 e Congresso Mundial de Odontologia Preventiva – Umea, Suécia, 3-5 set., 1993.

Gráfico 12.



Fonte: Levantamento realizado no CS Barreiro de Cima, levantamentos realizados em Alfenas (SARTORI, 1997), Blumenau, SC (TRAEBERT, 1998), Piracicaba, SP (CYPRIANO, 1999), Projeto SB BRASIL 2003 e Congresso Mundial de Odontologia Preventiva – Umea, Suécia, 3-5 set., 1993.

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO

5.1 Problema:

Inexistência de dados relativos ao ceo-d em crianças de 5 a 6 anos na área de abrangência

Equipe: PSF IV – Centro de Saúde Barreiro de Cima

5.1.1 Caracterização do Problema:

Magnitude/População Alvo

- 256 crianças na faixa etária alvo
- 119 crianças desta faixa etária avaliadas
- 26 crianças com dor ou cavidades

Transcendência

A equipe não consegue avaliar o impacto negativo que a falta de controle sobre índices de cárie nesta faixa etária acarretará à dentição permanente.

Vulnerabilidade

A equipe PSF não possui Equipe de Saúde Bucal vinculada, mas conta com um profissional Cirurgião-dentista de apoio.

A ESB – apoio – detém tecnologias de avaliação e controle de cárie que podem ser aplicadas à população-alvo.

Efeitos

- Aumento da demanda por tratamento odontológico
- Comprometimento da dentição permanente, que nesta faixa etária já começa a se apresentar na cavidade bucal
- Interferência no crescimento, já que os dentes com cavidades abertas se tornam dolorosos na mastigação, prejudicando a dieta das crianças
- Interferência na socialização das crianças, que apresentam baixa auto-estima, por terem os dentes (em especial os anteriores) destruídos por cárie

- Sobrecarga de trabalho para a família, que passa a ter que lidar com crianças chorando a noite toda com dor de dente
- Aumento do absenteísmo escolar, devido à dor.

Determinantes

Ausência de Equipe de Saúde Bucal vinculada à Equipe de Saúde da Família

Objetivos

- Avaliar e obter o índice ceo-d de todas as crianças da faixa etária de 5-6 anos da área de abrangência da Equipe PSF IV do Centro de Saúde Barreiro de Cima
- Oferecer tratamento para as necessidades encontradas nesta população
- Seguir controlando a população-alvo ao longo de 24 meses, quando será realizada nova avaliação, e comparar dados obtidos
- Desenvolver medidas de prevenção focadas na co-responsabilização das famílias nos cuidados de higienização das crianças na rotina doméstica (escovação supervisionada por um adulto responsável)
- Trabalhar aspectos relacionados à dieta com as famílias, a fim de se melhorar o estado nutricional das crianças, e controlar a ingestão exagerada de alimentos açucarados.

5.2 Plano de Intervenção

ATIVIDADES	CD	ASB	TSB	ACS
Captar e registrar todas as crianças na faixa etária de 5 a 6 anos				X
Examinar as crianças captadas para obtenção do índice ceo-d	X		X	
Instituir tratamento necessário para resolução de necessidades encontradas	X	X	X	
Providenciar, quando necessário, atendimento de referência para outros níveis de complexidade	X			
Acompanhar o atendimento de referência	X	X		X
Atender os casos contra-referenciados	X	X	X	
Realizar ações educativas quanto à importância da higiene bucal e alimentação saudável na saúde e manutenção de boa condição bucal, junto às mães (oficinas)		X	X	X
Realizar entrega trimestral de kits de higiene oral a todos os participantes do projeto, em grupos de escovação supervisionada	X	X	X	
Reavaliar as crianças do grupo-objeto do estudo após 24 meses	X	X	X	X
Consolidar e avaliar os dados obtidos	X			
Responder à questão 5.24 A do Instrumento AMQ	X			

5.3 Avaliação

ACOMPANHAMENTO/AVALIAÇÃO	INDICADORES
1. Identificar crianças com necessidades de tratamento	Nº de crianças com necessidades/nº total de crianças
2. Identificar quantas crianças aderiram ao tratamento	Nº de crianças em tratamento/nº de crianças com necessidades
3. Identificar quantas crianças necessitam de tratamento especializado	Nº de crianças com demanda especializada/nº de crianças em tratamento
4. Identificar quantas crianças foram contra-referenciadas	Nº de crianças contra-referenciadas/nº de crianças encaminhadas
5. Avaliar a adesão das crianças às reuniões para escovação e entrega de kits	Nº de crianças presentes/nº total de crianças
6. Identificar quantas crianças tiveram suas necessidades atendidas após 24 meses	Nº de crianças que tiveram alta/nº de crianças com necessidades
7. Identificar o número de crianças que não apresentaram novos casos de cárie	Nº de crianças isentas de cárie/nº total de crianças

5.4 Atenção à Saúde Bucal das Crianças das Micro-Áreas 15, 16, 17, 18 e 19 do C.S. Barreiro De Cima

Dentre as 119 crianças examinadas, aquelas que apresentam necessidade de tratamento (26) foram imediatamente agendadas para iniciar seu atendimento individual no consultório Odontológico do Centro de Saúde Barreiro de Cima. Neste consultório, foram realizados os exames clínicos, polimento dental com taça de borracha e pasta, e aplicação tópica de flúor nas crianças acima de 4 anos, que já conseguiam evitar a deglutição do gel.

Os atendimentos foram realizados pela equipe de apoio da Saúde Bucal, compreendida pela CD Cláudia Tavares e Fraga e pela ASB Marlei Domingues, e prosseguiu com a aplicação da técnica ART, e realização das exodontias necessárias. Os encaminhamentos para Atenção Secundária ocorreram nas seguintes situações:

- Crianças muito pequenas (menores que 2 anos) e já apresentando cáries;
- Tratamento endodôntico de dentes decíduos;
- Cirurgia Bucal (frenectomias labiais e linguais);
- Ortodontia Preventiva;
- Crianças não-cooperativas: após 3 tentativas de atendimento no consultório da unidade básica.

Os atendimentos aconteceram durante os meses de setembro e outubro de 2009, com duração prevista para novembro e ainda uma parte de dezembro, concomitante com o atendimento do restante da comunidade.

As crianças com tratamento completado continuarão sendo acompanhadas semestralmente para controle de placa e aplicação tópica de flúor, e sua frequência a esses grupos será controlada através da ficha apresentada no Anexo 11 (Grupos Operativos – Controle de Placa e Aplicação de Flúor).

5.5 Capacitação dos Profissionais que Atuarão nas Oficinas

Além do atendimento odontológico das 119 crianças de 5 e 6 anos encontradas, no planejamento do trabalho é previsto um momento de capacitação para os profissionais que irão atuar na condução e desenvolvimento das oficinas. Consiste em uma exposição informal sobre os temas que serão trabalhados com as crianças e as mães, e também em um

“treinamento” das demonstrações e experiências conduzidas com o grupo, a fim de se evitar imprevistos e permitir maior segurança e habilidade do facilitador na condução do grupo.

Para facilitar seu entendimento sobre os temas, e antecipando possíveis dúvidas que poderão aparecer durante os trabalhos, encontra-se no Anexo 12 uma lista de perguntas e respostas sobre os temas abordados.

5.6 Ações de Promoção de Saúde

Depois de concluídas as etapas de capacitação dos profissionais da Equipe, serão realizadas quatro Oficinas (Grupos Operativos) com a presença das crianças e suas mães. Essas oficinas terão atividades expositivas, demonstrações, experiências, e ao final de cada uma delas, as crianças realizarão escovação supervisionada, auxiliadas pelas mães.

Por se tratar de grupos direcionados às crianças, sendo suas mães co-participantes, optou-se por já trabalhar com os temas definidos, visto que as crianças não possuem autonomia e bagagem cultural suficientes para proporem os temas pertinentes ao assunto. Ainda assim, as oficinas terão espaço para suas manifestações, e até estimularão sua participação direta durante a execução de exercícios e dinâmicas. A participação das mães e a interação com seus filhos será também estimulada e muito bem-vinda, contribuindo significativamente para o sucesso da oficina e a obtenção do resultado desejado pelo trabalho, que é a melhora da saúde bucal das crianças.

5.6.1 Planejamento das Oficinas

Oficina 1

Tema: Anatomia

- A. A Boca: Lábios, Língua e Dentes: Funções Gerais e Importância.
- B. Mandíbula e Maxila.
- C. Os Dentes: Coroa e Raiz.

- D. As Duas Dentições: A Temporária e a Permanente. Noções.
- E. O Primeiro Molar Permanente (O Molar dos Seis Anos).

Objetivos:

- A. Reconhecer a importância da boca, lábios, língua e dentes. Relacionar as funções de mastigação, fonação e estética.
- B. Identificar maxila e mandíbula.
- C. Reconhecer e relacionar a coroa e a raiz com suas devidas funções.
- D. Aprender que temos duas dentições: a temporária e a permanente. Reconhecer os dentes temporários e os permanentes.
- E. Identificar e reconhecer a importância do primeiro molar permanente (molar dos seis anos).

Atividades Propostas:

A. A Boca

a. Demonstração

O facilitador deverá, com ajuda das crianças, definir a boca e suas partes (lábio, língua e dentes).

Convide as crianças a mostrar o que podem fazer com a boca (lábios, língua e dentes). As crianças e suas mães deverão fazer observações, perguntas e sugestões.

b. Discussão

O facilitador deverá promover uma discussão, a partir das seguintes perguntas:

- *Para que servem a nossa boca, lábios, língua e dentes?*

Resposta: “para falar, comer, assoviar, mastigar, morder, beijar, sorrir, cantar, lambe, etc”.

- *Quais são as partes da boca?*
- *Essas funções são importantes em nossa vida?*
- *O que são e para o que servem a mandíbula e a maxila?*

B. Mandíbula e Maxila

a. Exercícios

- Observar qual parte da boca se movimenta, quando falamos ou mastigamos. A maxila ou a mandíbula?

Colocar o cotovelo sobre a mesa, o dedo indicador entre o nariz e o lábio superior, enquanto o polegar segura o queixo por baixo.

Observar em si próprio, e no colega, qual é a parte que se movimenta.

- O facilitador distribui pedaços de cenoura ou biscoitos para os alunos comerem. Explica que não deverão engolir logo, para poderem melhor observar o que fazem os lábios, os dentes e a língua. Explica, em seguida, a importância da mastigação.

C. Os Dentes: Coroa e Raiz

a. Demonstração

Com os modelos destacáveis, o facilitador mostra os dentes como são vistos na boca (as coroas dos dentes e a gengiva). Retirando-se a frente dos modelos, podem ser observadas as raízes dos dentes articuladas ao osso.

➤ Comentários

- As noções de raiz e de coroa dos dentes podem ser trabalhadas com a ideia de que os dentes se prendem à boca através de suas raízes (assim como as árvores), e que o que vemos na boca é apenas uma parte deles: a coroa.

a. Discussão

Trabalhar as funções de coroa e raiz.

b. Exercícios

Colorir na folha distribuída a coroa e a raiz dos dentes.

Os participantes deverão modelar um dente com coroa e raiz.

D. As Duas Dentições

a. Discussão

O facilitador deverá promover uma conversa, questionando os seguintes pontos:

- *Quantos dentes há na boca?*
- *Vocês já perderam dentes? Quantos?*
- *Quais dentes vocês perderam? Onde eles ficavam na boca?*
- *O dente “mole” e sua “queda” dificultam o que? . relacionar com dicção, mastigação e estética.*
- *Por que vocês acham que o dente fica “mole”?*
- *Quando o dente caiu, ele tinha raiz ou só tinha coroa?*

b. Exercícios

- *Quantos dentes há na boca?*

As crianças e as mães contam os dentes que têm na boca, sozinhos ou com ajuda de outros, e colorem na folha os dentes correspondentes. Devem deixar em branco os dentes ausentes na boca, e dar suas próprias sugestões sobre como contar os dentes.

Exemplos: com um espelho, em duplas, com a língua, com o dedo (limpo), por onde começar. O facilitador deverá anotar os diferentes números encontrados e lançar a pergunta:

- *Por que há diferenças?*

Variações na época de trocas dos dentes, dentes extraídos, erros na contagem.

c. Demonstração

Através de pôsteres ou ilustrações, as crianças e as mães poderão acompanhar a evolução da troca dos dentes.

➤ Comentários

A troca de dentes se inicia por volta dos 5 – 6 anos, e é esperado que as crianças que tenham 6 anos já tenham trocado, ou estejam prestes a trocar pelo menos um dente.

É importante que os participantes tenham oportunidade para falar de suas experiências com a troca de dentes: desconforto, expectativa, modo de mastigar e morder, medo de ficar sem dentes, dor, etc.

Para as crianças, a troca de dentes é uma experiência inédita e cheia de significados em suas vidas. Isto simboliza “ser grande” e a partir desse momento poder “impressionar” aos pais e a outras crianças. As crianças têm experiências muito variadas quanto à troca de dentes.

E. O Primeiro Molar Permanente

a. Demonstração

O facilitador deverá chamar a atenção dos participantes para um dente que é apresentado na ilustração, que está “nascendo” atrás do último dente temporário e não embaixo dele.

É o primeiro molar permanente (o molar dos seis anos)! Ao todo os primeiros molares são quatro, dois em cada arcada.

b. Exame em Duplas

As crianças devem procurar quem já tem esse dente novo, examinando a boca dos colegas do lado.

c. Trabalho em Duplas

Em duplas, as crianças deverão comparar a arcada inferior com o desenho na folha de trabalho, contando os dentes do colega e colorindo com cores diferentes os dentes presentes e ausentes. O palestrante deve sugerir que a contagem seja feita como a fazem os

dentistas, ou seja, iniciando pelo meio. Comparar o número de dentes temporários em cada arcada com o número de dedos das mãos.

Observações

A folha de trabalho com o desenho da arcada inferior contém apenas os dentes temporários. As crianças participantes cujos primeiros molares já fizeram sua erupção deverão perceber a diferença em número e tomar a iniciativa de questionar e aumentar no desenho os dentes que estão faltando, atrás dos dentes de número 5. O facilitador deverá acompanhar esse trabalho, orientando para que seja feito corretamente. Em seguida, deverá comparar os resultados de várias crianças, selecionar três desenhos diferentes e observar que:

- Encontrando-se mais de 10 dentes na arcada, o excedente certamente é um dente permanente;
- O dente número 6 é o primeiro molar permanente que precisa de atenção especial;
- Podem ser encontrados espaços sem dentes (dentes que caíram ou que ainda não nasceram, dependendo da idade da criança participante).

d. Discussão

O facilitador deverá promover uma discussão questionando os seguintes pontos:

- *Quando e onde “nasce” o primeiro molar permanente?*
- *Qual é a diferença deste dente em relação aos outros?*
- *Qual é a sua importância, e por que ele precisa de cuidados especiais?*

e. Exercícios

Utilizando a folha de trabalho, as crianças deverão desenhar e colorir o primeiro molar permanente, acrescentando-o ao desenho da folha.

Observações

Através das perguntas, as crianças são motivadas para a observação de si mesmas. Ao mesmo tempo, as perguntas visam também a ampliação de seus vocabulários. A procura de palavras adequadas vai ajudar na memorização do conteúdo visto.

Embora não seja esperado que elas memorizem tudo o que viram e aprenderam, o objetivo da oficina é o de introduzir esta forma de memorização através da observação, mesmo sabendo que relacionar e memorizar o que é visto é ainda difícil para crianças de menor idade.

Material Necessário:

- Cenouras e biscoitos.
- Modelos de encaixe
- Folhas com desenhos de dentes para colorir
- Lápis de cor
- Massa de modelar.
- Folhas com desenhos das arcadas e dentes respectivos, para colorir;
- Pôsteres e ilustrações contendo a sequência de troca das dentições.
- Folha de trabalho com desenho da arcada inferior;

Oficina 2

Tema: Doenças Mais Comuns da Boca

- A. A Cárie Dental: Noções.
- B. Reconhecimento da Lesão: Como Descobri-la.

Objetivos:

- A. Aprender que o “buraco” no dente é uma doença chamada cárie dental.
- B. Aprender que é possível reconhecer a lesão cariiosa – “buracos”.

Atividades Propostas:

A. A Cárie Dental: Noções.

a. Demonstração

O facilitador mostra para os participantes um modelo ou ilustração representando um dente cariado (podem ser utilizados dentes naturais).

b. Discussão

A partir da observação da demonstração, o facilitador deverá iniciar uma discussão a partir das seguintes perguntas:

- *Qual é a diferença que vocês percebem ao comparar um dente cariado com um dente saudável?*
- *Vocês já tiveram dentes com “buracos”?*
- *O que são esses “buracos”?*
- *Os “buracos” crescem?*
- *Os dentes já nascem com “buracos”?*

B. Reconhecimento da Lesão

a. Discussão

O facilitador deverá discutir com os participantes, sobre maneiras de descobrir se eles têm cárie:

- Como reconhecê-la?
 - Aparência, gosto diferente, hálito, tato com a língua, dor, exame no dentista, uso do fio dental, etc.

b. Trabalho em Duplas

O facilitador deverá coordenar um trabalho, onde as crianças devem examinar o colega ao lado. Utilizando a folha de trabalho, elas devem anotar e/ou colorir os dentes correspondentes aos dentes cariados do colega. O exercício deverá ser explicado com desenhos ou ilustrações.

As crianças que já tiverem o primeiro molar deverão desenhá-lo na folha.

Material Necessário:

- Macromodelos
- Ilustrações
- Dentes naturais com cárie (esterilizados).

Oficina 3

Tema: Causas das Doenças mais Comuns da Boca

- A. Placa Dentária: Noções Sobre a Ação de Restos Alimentares e de Bactérias.
- B. Placa Dentária: Localização e Remoção.

Objetivos:

- A. Aprender que existem na boca bactérias e restos alimentares, que causam a cárie dental e que ambos podem e devem ser removidos.
- B. Identificar a placa dentária e reconhecer as regiões dos dentes onde seu acúmulo é mais freqüente.

Atividades Propostas

- A. Restos de Alimentos e Bactérias
- a. Discussão

O facilitador deverá promover uma discussão com as crianças e suas mães sobre as causas da cárie dental, destacando alguns pontos e iniciando com uma pergunta, que deverá ser respondida pelos participantes:

O que causa a cárie?

- Bactérias e restos de alimentos. As bactérias existem em muitos lugares, não somente na boca. Normalmente não podemos ver as bactérias.
- O alimento que passa pela boca alimenta também as bactérias. Assim como nós, depois que comemos, precisamos eliminar o que não aproveitamos através das fezes e da urina, também as bactérias eliminam um ácido como produto (é o “xixi” das bactérias), que dissolve o dente.
- A placa dentária é formada a partir do acúmulo de bactérias e de restos de alimentos aderidos aos dentes.

A. Placa Dentária: Localização e Remoção

a. Demonstração

O facilitador mostra às crianças e suas mães que existe uma maneira de ver as bactérias e assim determinar os locais preferenciais de formação da placa bacteriana.

São escolhidas duas crianças, nas quais a placa dentária é evidenciada. Estas crianças mostram a placa aos colegas, para que estes possam localizá-la. O facilitador demonstra a possibilidade de remoção da placa com a escova.

b. Desenho no Painel de Papel

O facilitador desenha em papel (cartolina branca) o contorno de quatro dentes anteriores, e chama duas crianças voluntárias. Estas deverão colorir de vermelho onde há placa dentária. As crianças com placa evidenciada servem de modelo e as demais devem participar com opiniões, sugestões e críticas.

c. Exercícios

As crianças colorem em folhas de trabalho, a placa dentária em seus lugares preferenciais de formação.

Material Necessário:

- Evidenciador de placa bacteriana;

- Cotonetes;
- Escovas dentais;
- Pasta de dente;
- Pia com espelho (escovário).
- Cartolina branca;
- Lápis de cor ou canetinhas.
- Folhas com desenhos das arcadas

Oficina 4

Tema: Prevenção

A. Alimentação

- a. Alimentos fibrosos e pastosos: sua relação com a saúde dos dentes.
- b. Comparação entre diferentes tipos de alimentos: sua cariogenicidade e potencial de formação de placa dentária.
- c. Frequência do consumo de doces.

B. Higienização

- a. Limpeza da boca: sua importância, técnica e instrumentos adequados.

Objetivos:

A. Alimentação

- a. Reconhecer, através de experimentos, a diferença de adesão de alimentos fibrosos e pastosos sobre os dentes.
- b. Classificar os alimentos conhecidos em suas respectivas categorias: fibrosos e pastosos.

c. Reconhecer a importância do não consumo de doces entre as refeições.

B. Higieneização

a. Compreender o objetivo da escovação: porque escovar os dentes.

b. Exercitar e treinar a técnica e frequência adequadas à escovação.

Atividades Propostas:

A. Alimentação

a. Tipos de Alimentos e a Saúde dos Dentes

Demonstração

O facilitador deverá distribuir biscoitos para uma metade da turma e pedaços de cenoura para a outra metade. As crianças deverão observar o que acontece durante a mastigação:

- A ação dos dentes anteriores e posteriores;
- A ação da língua;
- A função da saliva.

Após engolirem os biscoitos, as crianças deverão observar se permaneceram restos de alimentos sobre os dentes, e responder à seguinte pergunta:

- *Que tipo de alimento apresenta mais restos?*

Uma criança participante de cada grupo deverá bochechar com água e cuspir no filtro de papel sobre o balde, observando as características dos restos alimentares de:

- Cenoura – pequena quantidade, fibrosa e mais seca, pois não gruda nos dentes;
- Biscoito – maior quantidade, pastosa e pegajosa, pois gruda nos dentes.

Em seguida os grupos deverão ser invertidos, para que ambos tenham experiência com os dois tipos de alimentos.

b. Tipos de Alimentos: Formação de Placa Dentária e Cárie

Discussão

O facilitador deverá promover uma discussão com as crianças e suas mães sobre as características e a composição dos dois tipos de alimentos, perguntando:

- *Qual deles contém açúcar?* (deve ser mostrado no rótulo do pacote de biscoitos, que o açúcar e a farinha (amido) aparecem entre os ingredientes)
- *Qual destes dois tipos de alimentos fica mais grudado nos dentes?*
- *Qual vai facilitar a formação de placa?*
- *Qual destes dois alimentos vai alimentar as bactérias e provocar cárie?*

Exercícios

O facilitador elabora lista de alimentos, com a ajuda dos participantes, em que os classifica, em duas colunas, conforme as seguintes categorias: fibrosos (que não causam cárie) e pastosos (que causam cárie).

Trabalho em Grupo

As crianças deverão, em grupos, e com ajuda de suas mães, fazer cartazes sobre:

- Alimentos fibrosos, que fazem bem para os dentes.
- Alimentos pastosos, que fazem mal aos dentes.

c. Frequência do Consumo de Doces

Discussão

O facilitador deverá discutir com as crianças sobre a frequência da ingestão de açúcar na alimentação. Deverá lembrar do açúcar que é adicionado no momento do consumo, e do açúcar que já vem no alimento preparado. Perguntas:

- *Qual é a diferença entre comer doces durante, logo após as refeições ou isoladamente entre elas?*
- *O que acontece em relação à formação da placa e da cárie, quando o açúcar é consumido várias vezes ao dia?*

B. Higienização

Introdução

O principal objetivo desta oficina é fazer com que os participantes expressem verbalmente seu comportamento, em relação à higienização. Eles devem falar livremente sobre seus hábitos de higiene e de comportamento, e devem ser ouvidos sem discriminação quanto ao que possam estar fazendo de errado. Algumas perguntas podem ser lançadas para conduzir as falas:

- *Pela manhã, quando se levanta, você lava o rosto e escova os dentes?*
- *Após o café da manhã?*
- *Depois de cada refeição?*
- *Só depois do almoço?*
- *À noite, depois de comer?*
- *Pela manhã, à noite, e antes de dormir?*
- *Você escova sempre seus dentes, ou apenas de vez em quando?*

Muitas vezes, o comportamento desejável só aparece no final da oficina, após os participantes compreenderem o porquê da escovação.

- a. Limpeza da Boca: Sua Importância, Frequência, Técnica e Instrumentos Adequados

Conversa

O facilitador deverá promover uma conversa sobre as causas da cárie, estimulando os participantes a propor maneiras de evitá-la:

- “Como podemos fazer para remover as causas de cárie: placa dentária, bactérias e restos de alimentos?”

Em seguida deverá trabalhar as seguintes questões:

- *Em que regiões dos dentes a placa se acumula?*
- *Como devemos fazer para limpá-los?*
- *A placa bacteriana se forma continuamente. Sendo assim, com que frequência devemos removê-la?*
- *Que instrumentos devemos utilizar para sua remoção?*

Demonstrar e explicar as funções da escova, da pasta dental, da água e do espelho.

Demonstração

O facilitador trabalha a técnica adequada da escovação (movimentos verticais de varredura, partindo sempre da direção da gengiva para os dentes; ver mais detalhes no Anexo 13), apresentando inicialmente a escova dental, a pasta de dentes e explicando suas funções e modo de usar.

- ➡ A demonstração pode ser feita com um pente grande e algodão, para melhor fixar os movimentos corretos da técnica de escovação.
- ➡ O facilitador deve preparar previamente o pente, colocando entre seus dentes chumaços de algodão. O pente e a escova dental são, então, apresentados aos participantes, que deverão sugerir a maneira correta de escová-lo no sentido de remover os chumaços de algodão. O facilitador deve fazer propositalmente o movimento incorreto de vaivém horizontal, demonstrando a dificuldade de remoção da sujeira, e comparar tal dificuldade com a facilidade encontrada na técnica correta, com movimentos de varredura vertical, das bases para as bordas dos dentes.

Treinamento

As crianças fazem a escovação em macromodelos, e depois treinam a escovação sob supervisão e orientação de suas mães, em si mesmas, sendo que nas crianças mais novas, a escovação ficará a cargo de suas mães.

➡ O primeiro molar permanente deve ser bem escovado!

Material necessário:

- Papel Kraft ou cartolina;
- Pincel atômico.
- Ilustrações de alimentos;
- Embalagens vazias;
- Tesoura, cola, canetinhas, lápis de cor.
- Cartazes com ilustrações dos dentes e arcadas;
- Escova dental;
- Pasta de dentes;
- Espelho;
- Macromodelos.
- Pente grande;
- Chumaços de algodão

OBSERVAÇÕES:

As crianças nesta idade ainda não têm o domínio da coordenação motora fina, necessária para a execução da técnica adequada de escovação. A coordenação motora fina só pode ser desenvolvida através de exercícios práticos. Os movimentos corretos devem ser observados: “do vermelho para o branco”.

O modelo de arcada dentária e o pente fino grande com algodão devem ser utilizados para explicar a técnica correta (vertical), a incorreta (horizontal) e para fazer comparações entre elas.

(Planejamento baseado no livro Educação para a Saúde Bucal, de Úrsula Luise Kirchner)

6. RESULTADOS

O projeto proposto para a abordagem do problema detectado demanda um tempo de execução de 24 meses, para sua conclusão e apresentação de resultados. Porém, durante o estudo, pudemos identificar resultados parciais:

- Interação entre os componentes da Equipe IV do C.S. Barreiro de Cima;
- Visualização e discussão dos problemas encontrados na prática desta equipe, e escolha conjunta do problema a ser abordado;
- Visualização da necessidade de intervenção no problema escolhido - ausência do indicador ceo-d nas crianças de 5 a 6 anos da Equipe IV, com a impossibilidade de avaliar se houve redução neste índice, como preconiza a questão 5.24 A do instrumento AMQ 5.
- Elaboração de um Projeto de Intervenção que aborde tal problema;
- Elaboração do protocolo para implantar o Projeto de Intervenção;
- Levantamento de necessidades através da obtenção do índice ceo-d;
- Atendimento clínico das crianças participantes com resolução das necessidades encontradas;
- Implantação de uma proposta de Educação em Saúde junto às mães, visando estimular o crescimento saudável de seus filhos;
- Parcerias com os demais profissionais da equipe, possibilitando uma prática que vise a um atendimento integral às crianças da Equipe IV.

7. CONCLUSÃO

Para propor o projeto de intervenção foi necessário realizar a aplicação dos instrumentos AMQ 4 e 5 junto aos profissionais da Equipe IV do Centro de Saúde Barreiro de Cima. Nesta fase de estudo, em que aplicamos os instrumentos avaliativos da estratégia AMQ, discutimos as diferentes questões abrangendo a qualidade do atendimento prestado pela Equipe IV. Espera-se que a partir do conhecimento do que ainda falta implementar, em relação à qualidade do atendimento, a equipe possa continuar a discutir e pensar junto os seus problemas, e conjuntamente, propor soluções.

Especificamente em relação ao problema escolhido para ser trabalhado, o Projeto de Intervenção propôs três frentes de ação: atendimento clínico das crianças que apresentaram necessidade de tratamento, capacitação da equipe auxiliar que trabalhou nas oficinas e promoção de saúde através das oficinas dirigidas às crianças, com o acompanhamento e co-participação de suas mães.

Como previsto no planejamento não foi possível implementar duas fases do projeto em função da pandemia da *Influenza A H1N1* que adiou as atividades do grupo operativo e a capacitação dos profissionais envolvidos no trabalho. A etapa da atenção à saúde das crianças foi implementada com a busca ativa das crianças, exame clínico e o atendimento odontológico. O projeto prevê um intervalo de acompanhamento das crianças ao longo de 24 meses e ao final desse período uma nova avaliação será realizada para verificar se os objetivos foram alcançados .

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, Eduardo Jordão de. Indicadores – Instrumento de trabalho para uma boa avaliação técnica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília, Anais... Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. P. 546. Suplemento 1.
2. ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. T.: a challenge for family health strategy consolidation. Cienc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: Documento Técnico. Brasília, 2006c.
4. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006a.
5. _____. Ministério da Saúde. PNAS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Edição 2004/2005. Brasília/DF, 2004.
6. CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva, v.8, n. 2, p. 569-584, 2003.
7. CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, H. T. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2000.
8. CAZELLI, Carla Moura. Avaliação do processo de implementação do PSF numa megalópole, sob o ponto de vista do morador: o caso do Município do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília. Anais... Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. P.538. Suplemento 1.
9. CONILL, Eleonor Minho. Políticas de Atenção Primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. De Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, supl. P. 191-202, 2002.
10. CYPRIANO, S. et al. Saúde Bucal dos Pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. Revista de Saúde Pública, 2003; 37 (2): 247-53.

11. DIMENSTEIN, M. et al. Avaliação e qualidade em saúde na perspectiva da equipe multiprofissional na rede básica de Natal/RN. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília. Anais... Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. P. 521. Suplemento 2.
12. DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality, Arch Pathol Med. 1990.
13. _____, A. 1992. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin, 18: 356-360.
14. _____, A. 1980. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring , v. 1, p. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
15. FEKETE, M. C.. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS. S. 1. S. n. 1996.
16. GALINDO, E. F. Qualidade da atenção à saúde no Distrito Sanitário V da Cidade do Recife: a visão dos usuários. 2001. Monografia. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães.
17. GASTAL, F. L. Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica. São Paulo: UNIFESP-EPM/SP, tese de Doutorado. 1995
18. GATTÁS, Graziela R. I. C.. Análise do Programa Saúde da Família a Partir dos Usuários da USF de Vila União/DS IV no Recife. 2003. Monografia. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães. Recife.
19. KIRCHNER, U.L. et al. Educação Para a Saúde Bucal: Manual Para o Ensino na Escola de 1º Grau (1ª a 4ª Séries). Editora UFMG, Belo Horizonte, 1992.
20. MERHY E. E.; FRANCO, T. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. 1996. Disponível em: [HTTP://www.datasus.gov.br/cns.htm](http://www.datasus.gov.br/cns.htm)
21. REIS, Cláudia da C. L.; HORTALE, Virginia A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? estudo de caso em município de médio porte. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, Mar./Abr. 2004.

22. SANTOS, A. C. de O. O Programa de Saúde da Família Sob a Ótica do Usuário. 2003. 40f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Pernambuco. Recife.
23. SARTORI, L. A. Prevalência da Doença Cárie em Escolares de 5 a 14 Anos na Cidade de Alfenas, MG. Revista da Universidade de Alfenas, Alfenas, 5:1-10, 1999.
24. SOUZA, A. M. de; BARBOSA, L.; BORBA, M. M.; VAREJÃO, R. Avaliação da visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de saúde: a visão das famílias. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília. Anais... Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. P. 534. Suplemento 1.
25. TRAEBERT, J. L. et al. Prevalência e Severidade da Cárie Dentária em Escolares de Seis e Doze Anos de Idade. Revista de Saúde Pública 2001; 35(3): 283-8.

ANEXOS

ANEXO 01

Caderno de Auto-avaliação

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº 4

Consolidação do Modelo de Atenção

Organização do Trabalho em Saúde da Família

Q Elementar

4.01 E

O cadastramento das famílias é atualizado mensalmente.

(S) (N)

O padrão refere-se à ação preconizada de que as famílias da área sejam visitadas mensalmente, oportunizando-se a atualização da ficha A do SIAB. Considerar, para resposta afirmativa, a atualização no sistema de informação.

4.02 E

A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF. (S) (N)

Na estratégia SF a VD é considerada uma ação fundamental, que deve ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe de maneira integrada e complementar. Possibilita conhecer melhor a comunidade, os riscos associados à conformação do território, ampliar o vínculo e identificar casos que necessitam de Assistência Domiciliar tais como pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. Recomenda-se que o médico e o enfermeiro dediquem no mínimo quatro horas por semana, cada, para a realização desta atividade.

4.03 E

A unidade SF funciona todos os dias úteis, nos dois expedientes de trabalho.

(S) (N)

O padrão refere-se à unidade SF funcionar no mínimo oito horas diárias, prestando atendimentos.

4.04 E

A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia SF. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF atuar junto à comunidade, de maneira permanente e sistemática (no mínimo uma vez por trimestre), esclarecendo sobre as características do modelo SF adotado para a área.

Q Desenvolvimento**4.05 D**

A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho. (S) (N)

O padrão refere-se à utilização das informações presentes na Ficha A do SIAB para o planejamento do trabalho da ESF: população, grupos etários, doenças referidas e condições das moradias, dentre outras.

4.06 D

A ESF trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade dos ACS. (S) (N)

O mapa da área de atuação da ESF, discriminando as microáreas de atuação dos ACS, é umas das ações iniciais mais importantes para estruturação do trabalho da equipe em relação ao seu território.

4.07 D

A equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais freqüentes. (S) (N)

O padrão refere-se ao levantamento das informações presentes na Ficha A (SIAB) associado ao mapeamento de áreas de risco e entrevistas com lideranças da comunidade. Outras fontes de informação podem ser os dados do IBGE, dos sistemas de informação de saúde e da imprensa.

4.08 D

A Assistência Domiciliar é planejada considerando-se as indicações para atuação dos profissionais da ESF. (S) (N)

O padrão refere-se à existência de um planejamento para a assistência domiciliar considerando a especificidade profissional e necessidade de intervenção para o caso, buscando otimizar e integrar a atuação dos profissionais de nível superior da equipe.

4.09 D

Os prontuários estão organizados por núcleos familiares, fortalecendo o modelo de atenção SF. (S) (N)

O padrão refere-se à organização do prontuário familiar no qual estão contidos os prontuários individuais. Estes podem estar organizados, inclusive, por microárea. Esta forma de organização pode ser desenvolvida, inclusive, nos casos de prontuários informatizados.

Q Consolidada

4.10 C

A ESF possui registros de aspectos variados do território e sua população. (S) (N)

Estágio mais avançado com relação à 4.5, indicando aprofundamento da análise sobre a situação de saúde das famílias e dos indivíduos do território. A equipe busca conhecer e registrar aspectos demográficos, socioeconômicos, étnicos, culturais, ambientais e sanitários da área adscrita.

4.11 C

O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área. (S) (N)

Padrão mais elevado em relação ao 4.3 indicando que um processo de trabalho está sendo aprimorado: os membros da equipe reúnem-se para elaboração do cronograma e utilizam dados da análise da situação de saúde do território, adequando o tempo e o tipo de atividade a ser desenvolvida de acordo com o perfil encontrado.

4.12 C

A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção. (S) (N)

Os encaminhamentos para as referências (atendimentos especializados) são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, permitindo o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.

4.13 C

A ESF registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos. (S) (N)

A solicitação de exames são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, que permitem o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.

4.14 C

A ESF notifica os usuários sobre a marcação de consultas especializadas e ou exames. (S) (N)

O padrão refere-se aos profissionais da equipe localizarem e comunicarem, diretamente aos usuários, horário e localda realização de exames e consultas que foram marcados pela equipe.

4.15 C

A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe. (S) (N)

o padrão refere-se a um período de até quatro horas semanais que a equipe dedica à realização de reunião com todos os seus membros, em conjunto ou não com a coordenação. O objetivo desta atividade é permitir a discussão dos casos, o planejamento das ações, avaliações, resolução de conflitos e troca de conhecimentos. Para as equipes que assistem zonas rurais, o padrão considera duas reuniões mensais de quatro horas.

4.16 C

A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. (S) (N)

O padrão refere-se a ESF dedicar mensalmente uma das suas reuniões, em conjunto ou não com a coordenação, à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. O padrão desconsidera as reuniões dedicadas à operacionalização do fechamento de dados para o SIAB, em que as ações de avaliação e planejamento não estão incluídas.

Q Boa**4.17 B**

A ESF monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento. (S) (N)

A ESF estuda fluxo de atendimentos na USF realizando registro e monitoramento da procura por tipo de atendimento (consultas de crianças, mulheres, hipertensos, exames, procedimentos e outros), verificando-se o percentual de atendimento da demanda observada.

4.18 B

Os mapas de trabalho da equipe estão atualizados e apontam situações dinâmicas do território e sua população. (S) (N)

Padrão mais elevado em relação ao 4.6 . Além das áreas de responsabilidade dos ACS, os mapas de trabalho da ESF discriminam os principais recursos comunitários, as regiões de maior vulnerabilidade/risco, acompanhamento de situações epidemiológicas, entre outros processos. Indica aperfeiçoamento em direção ao trabalho com mapas mais dinâmicos e informativos, os mapas vivos.

4.19 B

A ESF trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada. (S) (N)

O padrão compreende que os membros das equipes SF e SB desenvolvem ações de análise da situação de saúde, planejamento e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar.

Q Avançada**4.20 A**

A ESF organiza "painel de situação" com os mapas, dados e informações de saúde do território. (S) (N)

O padrão refere-se a um recurso de organização e planejamento também conhecido como placar da saúde, painel de saúde ou ainda quadro ou sala de situação, dependendo da região. Consiste em um mural ou painel afixado em local acessível, no qual a ESF dispõe os dados, informações e até mapas da região e do trabalho da equipe, permitindo o acompanhamento visual pelos profissionais e pela comunidade. Considerar para resposta afirmativa que a atualização é trimestral.

4.21 A

A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados. (S) (N)

Padrão avançado, indicando a presença de cultura avaliativa no serviço. A equipe realiza semestralmente, em conjunto ou não com a coordenação, o levantamento e análise comparativa do perfil de saúde da população, da cobertura e impacto das ações, utilizando indicadores estabelecidos previamente.

Acolhimento, Humanização e Responsabilização

Q Elementar

4.22 E

Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social. (S) (N)

A equipe conhece e presta assistência de maneira diferenciada às famílias em situações de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social. Considerar a resposta afirmativa quando ações concretas em relação a estas famílias puderem ser apresentadas, tais como: maior número de VD, priorização no agendamento das consultas, mobilização da rede social, dentre outras.

4.23 E

As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de maneira clara e acessível. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe estar sensibilizada e fornecer à população informações que possibilitem melhor e maior utilização dos serviços disponíveis. O padrão considera que as informações são transmitidas aos usuários tanto na forma verbal quanto escrita, por meio de cartazes afixados na recepção da USF, por exemplo. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.

Q Desenvolvimento

4.24 D

Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço. (S) (N)

Os membros da equipe estão sensibilizados e prestam atenção especial e esclarecimentos aos indivíduos com dificuldades de obter informações e/ou compreender as recomendações devido ao analfabetismo e outras situações de exclusão social. Estas ações de acolhimento e humanização são fundamentais para ampliar o acesso e a equidade. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.

4.25 D

Existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados. (S) (N)

O padrão refere-se à existência de documento norteador ou protocolo contendo orientações para realização do acolhimento resolutivo (discriminando situações de agendamento e pronto-atendimento), disponíveis para os profissionais da equipe. Estes podem ter sido criados pela própria equipe, bem como, pela coordenação, SMS ou outra instância.

4.26 D

Recursos para registro de sugestões e reclamações estão ao alcance dos usuários. (S) (N)

O padrão refere-se à disponibilização e facilitação do acesso a urna, livro, ou outros mecanismos menos formais de registro (anotação pelos profissionais de falas livres durante o contato com a população), das sugestões e reclamações, estando garantido o sigilo do usuário.

Q Consolidada

4.27 C

A ESF oferece outros horários para o atendimento das famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento da USF ou de trabalho da equipe. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF planejar as suas 40 horas semanais viabilizando horários diferenciados (após as 18:00, antes das 7:00 ou outros) para o atendimento de membros das famílias que não podem comparecer durante período habitual de funcionamento da USF.

4.28 C

Existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da USF. (S) (N)

Padrão refere-se ao acolhimento dos usuários em período integral, com escuta da demanda realizada em espaço apropriado da USF, por profissional da equipe. A partir desta escuta qualificada são determinadas as ações e os serviços mais apropriados, de acordo com a necessidade dos usuários e os critérios clínicos estabelecidos.

4.29 C

A ESF avalia e responde às sugestões e reclamações encaminhadas, viabilizando atendimento das solicitações. (S) (N)

Padrão mais elevado em relação ao 4.26 referindo-se à análise semanal das sugestões e reclamações formalizadas por escrito em urna, livro ou aquelas recebidas informalmente, com encaminhamento de respostas e ações para atendimento das reivindicações.

Q Boa

4.30 B

A ESF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da coresponsabilidade por parte dos usuários. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF desenvolver iniciativas, tais como: grupos operativos, oficinas ou atividades similares tendo como eixo principal o estímulo ao desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da coresponsabilidade por parte dos usuários. Considerar a resposta como afirmativa quando experiências concretas puderem ser apresentadas.

4.31 B

Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços. (S) (N)

A ESF estuda o fluxo de solicitações (demanda), monitorando o tempo médio decorrido entre o momento da solicitação pelo usuário (agendamento) e atendimentos no serviço. A partir da análise poderão ser encontradas soluções para reduzir o tempo de espera pelos serviços. O padrão considera apenas os serviços prestados pela própria equipe: consultas e procedimentos. Este monitoramento pode ser realizado por amostragem.

Q Avançada

4.32 A

A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas à estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde. (S) (N)

A ESF está atenta e sensibilizada, percebendo e sabendo abordar, tanto na USF quanto na comunidade, situações em que processos subjetivos, tais como: estigmas, preconceitos e discriminações que excluem e dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.

4.33 A

Os serviços são disponibilizados sem restrição de horários por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos. (S) (N)

Padrão refere-se à oferta dos serviços basear-se em uma organização flexível e sensível, que concilia o planejamento das ações às necessidades da população. Nesta situação, o planejamento das ações por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos são referências flexibilizadas para garantir os interesses e necessidades dos usuários.

Promoção da Saúde

Q Elementar

4.34 E

São desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe conhecer hábitos, cultura e alimentos mais utilizados pela população local e promover a integração de suas orientações técnicas a estes aspectos na realização de atividades de educação em saúde (grupos operativos, palestras e oficinas) de incentivo à alimentação saudável.

Q Desenvolvimento

4.35 D

Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis são realizadas, respeitando-se a cultura e as particularidades locais. (S) (N)

São desenvolvidas ações educativas tais como palestras e grupos operativos, preferencialmente com metodologia participativa, buscando ampliar o conhecimento sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico. Podem ser realizadas em parceria com ONGs ou outras instituições. Para resposta afirmativa considerar a frequência mínima trimestral.

4.36 D

São elaboradas com a população estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe reunir-se com a comunidade, de maneira sistemática, com o objetivo de conhecer os problemas sociais e elaborar planos, projetos e estratégias concretas para o seu enfrentamento.

4.37 D

A ESF desenvolve grupos educativos e de convivência com os pais, abordando conteúdos da saúde da criança. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF realizar mensalmente, com os pais e mães das crianças em acompanhamento de puericultura, grupos com aspecto educativo e de convivência, durante os quais são abordados conteúdos relativos à saúde global da criança: alimentação, crescimento, estímulos ao desenvolvimento, imunizações, prevenção de acidentes, sono, hábitos de higiene, limites e afeto, dentre outros.

4.38 D

A ESF realiza ações educativas e de convivência com os hipertensos em acompanhamento. (S) (N)

O padrão refere-se à realização pelos membros da ESF de grupos educativos e de convivência com os hipertensos da área, com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.

4.39 D

A ESF realiza ações educativas de convivência com os diabéticos em acompanhamento. (S) (N)

O padrão refere-se à realização pelos membros da ESF de grupos educativos e de convivência com os diabéticos da área, com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.

Q Consolidada**4.40 C**

São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas e creches abordando a saúde das crianças. (S) (N)

O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos relativos à saúde global das crianças, realizadas no mínimo duas vezes ao ano pelas equipes SF. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.

4.41 C

São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas abordando a saúde dos adolescentes e jovens. (S) (N)

O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos relativos à saúde global dos adolescentes e jovens, realizadas no mínimo duas vezes ao ano pelas equipes SF. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.

4.42 C

A ESF desenvolve grupos educativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF desenvolver grupos educativos com a população de adultos da área abordando temas relativos à sexualidade e prevenção de DST/AIDS, no mínimo, trimestralmente.

4.43 C

A ESF desenvolve ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos. (S) (N)

O padrão refere-se aos membros da ESF desenvolverem mensalmente ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos por meio de grupos de convívio ou outras atividades na comunidade, tais como: visitas a espaços culturais, passeios, festas, etc.

4.44 C

A ESF desenvolve atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF conhecer, valorizar e desenvolver atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso.

4.45 C

A ESF desenvolve ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica. (S) (N)

A equipe sozinha ou em parceria com ONG, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto à mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência e pelo desarmamento. As principais vítimas da violência doméstica são crianças e mulheres.

4.46 C

A ESF estimula, desenvolve e ou acompanha atividades no campo das práticas corporais com a população. (S) (N)

O padrão refere-se à realização de alguma atividade do tipo alongamento, capoeira, caminhadas, dança e práticas orientais (lian-cong, tai-chi-chuan, Chi-cong e outras) por profissionais habilitados. Considerar como afirmativa, também, se as ações são desenvolvidas em parcerias com organizações sociais.

4.47 C

A ESF desenvolve estratégias para integração entre o saber popular e o saber técnico-científico. (S) (N)

O padrão refere-se ao desenvolvimento e registro de ações concretas e sistemáticas no campo das práticas populares de saúde. Podem ser consideradas ações desenvolvidas em conjunto com a Pastoral da Criança e/ou outras pastorais, movimentos sociais, benzedoiras, xamãs, fitoterapeutas locais, entre outros atores sociais, na perspectiva da troca e integração de saberes.

Q Boa**4.48 B**

A equipe planeja, executa e acompanha as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais. (S) (N)

A ESF planeja e executa projetos e ações em parceria com órgãos públicos, organizações e movimentos sociais, contemplando o diagnóstico das necessidades em saúde/problemas da comunidade e seu enfrentamento.

4.49 B

A ESF desenvolve grupos operativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS com os idosos. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF estar sensibilizada e habilitada para abordar conteúdos de sexualidade na terceira idade e prevenção de DST/AIDS, desenvolvendo-os por meio de grupos operativos com os idosos.

4.50 B

A ESF desenvolve ações de educação em saúde com abordagem problematizadora. (S) (N)

Utiliza-se a abordagem por problemas, segundo o referencial da Rede de Educação Popular em Saúde. Ver site: www.redepopsaude.com.br

4.51 B

A ESF desenvolve ações para integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares. (S) (N)

O padrão refere-se à inserção dos portadores de transtornos mentais em grupos operativos da ESF, oficinas, atividades de convivência comunitária, culturais, de lazer, etc. Para resposta afirmativa considerar a participação destes usuários em atividades mensais.

Q Avançada**4.52 A**

A ESF realiza ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito. (S) (N)

A equipe sozinha ou em parceria com ONG, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto aos cuidados no trânsito, incluindo orientações quanto aos atropelamentos. As ações educativas podem ser realizadas em escolas, praças, etc. A resposta deverá ser afirmativa quando as ações acontecerem pelo menos semestralmente.

4.53 A

Existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário. (S) (N)

O padrão refere-se à existência de iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário, em que a equipe participa ou realiza em conjunto com a população e ou movimentos sociais: hortas comunitárias, atividades para geração de renda e alfabetização, dentre outras. Para resposta afirmativa, considerar experiências funcionando de maneira contínua nos últimos 24 meses.

4.54 A

É realizado o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF conhecer as perspectivas de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária e acompanhar os usuários de álcool e drogas que estão em tratamento pela referência.

Participação Comunitária e Controle Social**Q Desenvolvimento****4.55 D**

A ESF debate regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF desenvolver, no mínimo uma vez por trimestre, palestras, grupos operativos ou outras atividades participativas nas quais os temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS são o foco principal. Estas ações podem ser desenvolvidas em conjunto com outros organismos públicos ou organizações sociais.

Q Consolidada

4.56 C

A ESF reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados. (S) (N)

O padrão refere-se a reuniões com a comunidade e ou seus representantes, uma vez a cada trimestre, para debater e avaliar os problemas de saúde, a assistência prestada e os resultados das ações desenvolvidas, documentando-se em ata ou outros instrumentos de registro os aspectos e encaminhamentos relevantes.

Q Boa

4.57 B

A ESF participa de reuniões com conselhos de saúde. (S) (N)

O padrão considera a participação de um ou mais integrantes da equipe em reuniões de conselhos de saúde (Conselho Local de Saúde, Distrital e/ou Conselho Municipal de Saúde). Considerar como resposta afirmativa se a frequência for maior ou igual a 75% das reuniões, sendo considerado válida a participação rodiziada entre os integrantes da equipe ou de membros formamente eleitos, com direito a assento/voto.

Q Avançada

4.58 A

Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF. (S) (N)

O padrão refere-se a representantes da comunidade e movimentos sociais participarem de maneira efetiva do processo de planejamento das ações a serem realizadas pela equipe, buscando ampliar a compreensão acerca das necessidades de saúde da população e melhorar o intercâmbio. Para resposta afirmativa considerar presença do(s) representante(s) comunitário(s) em reuniões mensais de planejamento nos últimos 12 meses.

Vigilância à Saúde I : Ações Gerais da ESF

Q Elementar

4.59 E

A ESF desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população. (S) (N)

Refere-se às atividades de identificação, cadastramento, assistência e acompanhamento de crianças e gestantes, registrando os dados no SISVAN, conforme previsto pela Norma Técnica de Vigilância Alimentar e Nutricional (http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/documentos/orientacoes_basicas > _sisvan.pdf).

4.60 E

Os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica na população. (S) (N)

O padrão refere-se à realização, com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção da hipertensão arterial, incluindo a medida da pressão arterial (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes)

4.61 E

Os ACS desenvolvem ações educativas na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares de *Aedes aegypti*. (S) (N)

O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações sistemáticas pela ESF junto à comunidade para erradicação dos focos domiciliares de criação do *Aedes aegypti* orientando (e atuando algumas vezes em multirões) quanto à manutenção de caixas d'água, pneus, garrafas, vasos de plantas, etc. Considerar para resposta afirmativa a realização de, no mínimo, uma atividade mensal no período setembro - março.

4.62 E

A ESF realiza a notificação compulsória de doenças ou envia boletim semanal negativo. (S) (N)

A ESF conhece e realiza os procedimentos relacionados à notificação compulsória de doenças, contribuindo para a alimentação fidedigna do Sistema Nacional Agravos de Notificação - SINAN.

Q Desenvolvimento

4.63 D

A ESF realiza ações para detecção de novos casos de tuberculose. (S) (N)

Ações para a detecção de tuberculose são realizadas, incluindo busca ativa entre comunicantes e outros casos suspeitos (tosse crônica).

4.64 D

A ESF desenvolve ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe desenvolver junto à população, de maneira regular e permanente, ações com enfoque no ambiente, de caráter educativo ou de intervenção, abordando questões, tais como: manipulação e conservação de alimentos, uso racional de produtos químicos.

Q Consolidada

4.65 C

A ESF realiza busca ativa para detecção de novos casos de Diabetes Mellitus na população. (S) (N)

O padrão refere-se à realização com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção do Diabetes Mellitus, incluindo a realização de glicemias capilares (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).

4.66 C

A ESF realiza ações para detecção de novos casos de Hanseníase. (S) (N)

O padrão refere-se à realização com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção do Diabetes Mellitus, incluindo a realização de glicemias capilares (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).

Q Boa

4.67 B

A ESF desenvolve ações para identificação de situações de risco entre a população de idosos. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF estar sensibilizada e conhecer as situações de risco às quais estão sujeitos os idosos: abandono, depressão, carências nutricionais, acidentes domésticos, intoxicações induzidas por automedicação, entre outras.

4.68 B

A ESF está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica. (S) (N)

A identificação dos casos por meio de comunicação direta pelas vítimas/vizinhos ou durante as visitas domiciliares constitui passo fundamental para o aconselhamento, a prevenção e o combate desta forma de violência. Ações, tais como: a notificação e o aconselhamento.

Q Avançada**4.69 A**

A ESF acompanha a saúde da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidades associados. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe conhecer e estar sensibilizada quanto aos agravos e riscos que incidem de forma mais intensa em determinados grupos étnicos. A discriminação é de caráter positivo buscando uma maior atenção a estes segmentos da população.

4.70 A

A ESF desenvolve ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador. (S) (N)

A ESF está sensibilizada para a ocorrência de riscos, doenças e agravos relacionados à saúde ocupacional ([http:// www.opas.org.br/sausedotrabalhador](http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador)). Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.

ANEXO 02

Caderno de Auto-avaliação

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº5

Atenção à Saúde Saúde de Crianças

Q Elementar

5.1 E

Existe registro atualizado de crianças até cinco anos. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, a sua população de crianças até cinco anos, discriminadas por faixa etária (ano a ano) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.

5.2 E

O cartão ou caderneta da criança é avaliado e preenchido em todas as situações de procura por atendimento. (S) (N)

O padrão refere-se a todos os membros da equipe conhecerem o cartão ou caderneta da criança, estarem sensibilizados para a importância deste instrumento no acompanhamento da população infantil solicitando sua apresentação pelos pais ou responsáveis e avaliando-o (e preenchendo-o sempre que indicado), em todas as situações de procura por atendimento.

5.3 E

Todos os membros da ESF estão habilitados para reconhecer e orientar ações em casos de desidratação infantil. (S) (N)

O padrão refere-se a todos os membros da ESF estarem habilitados para reconhecer os principais sinais indicativos e os sintomas de desidratação infantil e saberem orientar a preparação e administração do soro caseiro ou dos sais de rehidratação oral distribuídos ou adquiridos em farmácias.

5.4 E

A ESF desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal e puerpério. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF estimular e orientar o aleitamento materno, em grupo de gestantes ou a cada uma individualmente quando necessário, com regularidade programada. O ideal é que estas ações aconteçam todos os meses, durante as consultas de pré-natal.

5.5 E

80% ou mais das crianças da área com até um ano de vida estão em acompanhamento de crescimento e desenvolvimento. (S) (N)

O padrão refere-se à cobertura das ações de puericultura, especificamente o componente de acompanhamento do C & D, na população de crianças até 1 ano de vida da área de atuação da ESF. Preconiza-se a realização de no mínimo sete consultas (médica ou de enfermagem) no primeiro ano de vida: 15 dias, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses. Considerar para resposta afirmativa ao padrão a cobertura com sete consultas, independente do momento em que foram realizadas.

5.6 E

90% ou mais das crianças da área com até um ano de vida estão com esquema de vacinação em dia. (S) (N)

O padrão refere-se à cobertura das ações de puericultura, especificamente o componente de imunização, na população de crianças até 1 ano de vida da área de atuação da ESF.

Q Desenvolvimento

5.7 D

A ESF realiza abordagem de sinais de perigo/risco nas crianças trazidas para atendimento na USF, estabelecendo prioridade de atendimento e acompanhamento. (S) (N)

O padrão refere-se ao fluxograma "Abordagem de risco da criança na unidade de saúde" apresentado à pág. 73 da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, publicada em 2004. Se a ESF utiliza algum outro fluxograma ou protocolo, o essencial é que estejam estabelecidas as situações de atendimento imediato pelo médico (http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf).

5.8 D

80% ou mais das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento pela ESF. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir registro da população até 5 anos; identificar aquelas que estão em situação de risco (Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, MS, 2004-http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf) e acompanhá-las mensalmente por meio de consultas médicas e de enfermagem, VD, orientações e grupos operativos regulares. Período para avaliação: últimos 12 meses. Calcular o percentual para cada mês como no padrão 5.5, considerando como

denominador a população total de crianças em situação de risco. Calcular a média simples entre os 12 meses avaliados.

5.9 D

80% ou mais dos RN receberam duas consultas no seu 1º mês de vida. (S) (N)

O padrão refere-se às ações definidas para a Primeira Semana de Saúde Integral (Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, MS, 2004 - http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf). Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.

Q Consolidada

5.10 C

80% ou mais das crianças entre um e cinco anos de vida da área estão em acompanhamento pela ESF. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre um e cinco anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, VD, orientações e grupos operativos regulares, quanto ao crescimento, desenvolvimento e imunização. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão. Considerar pelo menos duas avaliações/ano para crianças entre 12 e 24 meses. A partir desta idade, considerar uma consulta/ano.

5.11 C A equipe acompanha a saúde bucal de crianças até 5 anos. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe possuir registro da população até cinco anos e acompanhá-la, em relação à saúde bucal, no mínimo, quanto ao desenvolvimento da dentição, manutenção da saúde bucal e permanência de hábitos orais nocivos ao estabelecimento normal da oclusão (sucção de dedo e chupeta, por exemplo). Inclui-se aqui o incentivo ao aleitamento materno e orientações aos pais.

5.12 C

A ESF desenvolve ações de acompanhamento de crianças com asma de acordo com o protocolo clínico estabelecido. (S) (N)

O padrão refere-se ao conjunto de ações desenvolvidas de maneira integrada pelos profissionais da equipe, a partir de suas diferentes atribuições, para a detecção, diagnóstico e tratamento da asma na população infantil, de acordo com protocolo clínico, buscando reduzir as internações e mortalidade por doenças respiratórias.

5.13 C

A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 30 dias é de 90% ou mais. (S) (N)

O padrão refere-se ao monitoramento da prevalência do aleitamento materno exclusivo na população de até 30 dias de vida. Período de avaliação: últimos 12 meses.

Q Boa

5.14 B

Houve redução do nº absoluto de internações por infecções respiratórias agudas na população até 5 anos, ou ausência de casos. (S) (N)

Considerar o período de 24 meses para avaliação deste indicador-padrão. Os dados estão contemplados no SIAB, sendo também um dos indicadores presentes no Pacto Indicadores da Atenção Básica. Busca avaliar se as ações dirigidas à população infantil estão repercutindo sobre os indicadores de saúde. O padrão exige apenas que as internações em nº absoluto estejam em constante queda ou não tenham ocorrido casos nos últimos 2 anos.

5.15 B

A desnutrição entre as crianças menores de 2 anos tem sua incidência em curva descendente ou é inexistente. (S) (N)

O padrão refere-se ao monitoramento da desnutrição na população até dois anos, observando se no período compreendido pelos últimos 24 meses a curva apresenta-se como descendente ou não aconteceram casos. Implica no acompanhamento do peso da população nesta faixa etária pelos membros da ESF (ver SIAB).

5.16 B

Houve redução do número absoluto ou ausência de casos de RN baixo peso ao nascer. (S) (N)

O padrão refere-se ao monitoramento do peso dos RN da população observando se, nos últimos 24 meses, vem ocorrendo redução ou ausência do número absoluto de RN com baixo peso ao nascimento. Este padrão reflete, principalmente, os cuidados prestados durante o pré-natal.

5.17 B

Todos os óbitos neonatais são investigados. (S) (N)

O padrão refere-se à participação da ESF na investigação de todos os óbitos de crianças entre 0 e 27 dias, com peso maior ou igual a 1.500 g. As orientações para investigação estão descritas no Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal do MS (2004) - http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf. Responder de maneira afirmativa ao padrão em caso de ausência de óbitos conhecidos nos últimos 12 meses.

5.18 B

A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 6 meses é de 60% ou mais. (S) (N)

O padrão refere-se ao monitoramento da prevalência do aleitamento materno exclusivo na população de até 6 meses de vida.

5.19 B

O selamento dos quatro primeiros molares é realizado em casos com indicação clínica. (S) (N)

O padrão refere-se a ação realizada pela ESB na população infantil entre 5 e 7 anos, com indicação clínica.

Q Avançada

5.20 A

80% ou mais das crianças da área entre 5 e 10 anos devida, estão em acompanhamento pela ESF. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre 5 e 10 anos e acompanhá-la por meio de consultas médicas e de enfermagem, VD, orientações e grupos operativos regulares, quanto ao C & D e imunização, no mínimo. Considerar pelo menos uma avaliação anual para crianças entre 5 e 10 anos.

5.21 A

Todos os óbitos infantis e fetais ocorridos nos últimos 12 meses foram investigados. (S) (N)

O padrão refere-se à participação da ESF na investigação de todos os óbitos de crianças até 1 ano, nascidas com peso maior ou igual a 1.500 g (neonatal e pós-neonatal) e também os óbitos fetais (natimortos) com peso ao nascer maior ou igual a 2.500g. As orientações para investigação estão descritas no Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal do MS (2004)-http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf. Responder de maneira afirmativa ao padrão em caso de ausência de óbitos conhecidos nos últimos 12 meses.

5.22 A

A prevalência do aleitamento materno aos 12 meses é de 70% ou mais. (S) (N)

O padrão refere-se ao monitoramento da prevalência do aleitamento materno não exclusivo na população de até 12 meses.

5.23 A

80% ou mais dos RN receberam uma consulta na sua 1ª semana de vida. (S) (N)

O padrão refere-se à consulta médica e ou de enfermagem. Ver ações definidas para a Primeira Semana de Saúde Integral (Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, MS, 2004 - http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf). Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.

5.24 A

Houve redução do índice ceo-d na população de 5 a 6 anos nos últimos 24 meses. (S) (N)

Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses.

Saúde dos Adolescentes

Q Desenvolvimento

5.25 D

A ESF possui registro atualizado dos adolescentes da área. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de adolescentes (SIAB: 10 a 14 e 15 a 19 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado semestralmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.

Q Consolidada

5.26 C

50% ou mais dos adolescentes registrados estão com a vacinação em dia. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir registro da população 10 a 14 e 15 a 19 anos e acompanhá-la por meio de consultas, VD e grupos operativos regulares, quanto à imunização. Considerar as vacinas preconizadas pelo MS ou SES para a faixa etária. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.

Q Boa

5.27 B

50% ou mais de adolescentes atendidos com consulta para avaliação de crescimento e desenvolvimento. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir registro da população de 10 a 14 e 15 a 19 anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, VD e grupos operativos regulares, quanto ao C & D. Considerar uma avaliação anual. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.

5.28 B

A ESF desenvolve atividades educativas voltadas para os adolescentes abordando saúde sexual e reprodutiva. (S) (N)

O padrão aponta para o desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos específicos da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, com oferta de métodos contraceptivos (camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação), realizadas no mínimo duas vezes ao ano. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.

Q Avançada

5.29 A

Houve redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF. (S) (N)

O padrão refere-se ao monitoramento da incidência de gravidez não planejada na população entre 15 e 19 anos, acompanhada pela equipe. Considerar os últimos 24 meses. Considerar para resposta afirmativa a redução do número absoluto de casos no período.

5.30 A

Houve redução do índice CPO-D na população de 12 anos nos últimos 24 meses. (S) (N)

Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses.

Saúde de Mulheres e Homens Adultos

Q Elementar

5.31 E

A ESF possui registro atualizado dos adultos da área por sexo e faixa etária. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de adultos (20 a 59 anos) da área adscrita à ESF, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.

5.32 E

Existe amplo acesso da população ao pré-natal de baixo risco. (S) (N)

O pré-natal de baixo risco, com oferta de consultas, exames laboratoriais de rotina e imunização antitetânica, realizado de maneira alternada e complementar (consultas médica e de enfermagem), é considerado uma das ações mais elementares da Atenção Básica, impactando de maneira muito positiva sobre os indicadores materno-infantis. Preconiza-se a realização de 4 a 6 consultas. A avaliação mínima envolve: avaliação nutricional, mensuração da PA, da altura uterina, ausculta do feto (após 4º mês).

5.33 E

São realizadas atividades educativas durante o pré-natal abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério. (S) (N)

O padrão refere-se à realização de atividades educativas mensais, vinculadas às consultas, com a população de gestantes em atenção pré-natal, de maneira regular e programada, abordando temas relativos à gravidez, parto, período puerperal e cuidados com o RN.

5.34 E

A ESF possui registro atualizado dos hipertensos da área. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de hipertensos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.

5.35 E

A ESF possui registro atualizado dos diabéticos da área. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de diabéticos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.

Q Desenvolvimento

5.36 D

A ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos hipertensos às atividades agendadas, empregando esforços para garantir a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.

5.37 D

A ESF monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos diabéticos às atividades agendadas, empregando esforços para garantir a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.

5.38 D

Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os hipertensos em acompanhamento.

5.39 D

80% dos diabéticos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os diabéticos em acompanhamento.

5.40 D

80% ou mais das gestantes com início precoce do pré-natal. (S) (N)

O indicador-padrão refere-se à ESF monitorar e desenvolver ações de captação precoce de gestantes (até o primeiro trimestre da gravidez, ou seja, 90 dias) para início da atenção ao pré-natal. O levantamento pode ser realizado pela ficha B- GES do SIAB. Calcular o percentual, considerando para avaliação os últimos 12 meses e verificar se atende aos parâmetros estabelecidos para o padrão.

5.41 D

80% ou mais de gestantes de baixo risco com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas. (S) (N)

O indicador-padrão refere-se ao monitoramento do percentual de gestantes que realizaram no mínimo sete consultas ou mais de pré-natal de baixo risco durante a gestação, considerando-se os últimos 12 meses. Verificar se este percentual atende aos parâmetros estabelecidos pelo padrão de qualidade.

5.42 D

A ESF desenvolve ações mensais de planejamento familiar. (S) (N)

O padrão refere-se à realização de ações de educativas mensais de planejamento familiar, individuais e ou coletivas, com orientação quanto ao uso com oferta dos métodos contraceptivos básicos: camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação.

5.43 D

A ESF desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de prevenção do câncer de colo uterino e controle do câncer de mama. (S) (N)

O padrão refere-se à programação e realização de ações coletivas e individuais de prevenção/controle do câncer de colo uterino e de mama, no mínimo a cada dois meses, envolvendo desde as ações de orientação e auto-exame até a sensibilização e realização da citologia de colo uterino buscando alcançar índices de cobertura na população feminina superiores a 90%.

5.44 D

A ESF faz busca ativa dos casos de citologia de colo uterino positivas. (S) (N)

O padrão refere-se ao monitoramento de todas as citologias colhidas e enviadas para análise, realizando busca ativa das usuárias com exame positivo, encaminhando ou realizando a intervenção indicada.

5.45 D

Os profissionais realizam o tratamento das DST prevalentes abordando sempre o(a) parceiro(a). (S) (N)

O padrão refere-se à abordagem do (a) parceiro (a) estar padronizada e ser realizada em todas as situações de abordagem terapêutica das DST pelos profissionais de nível superior da ESF.

5.46 D

80% de puérperas com consulta de puerpério realizada até 42 dias após o parto. (S) (N)

O padrão-indicador refere-se à continuidade das ações de cuidado no período puerperal, considerando para avaliação, os últimos 12 meses. A resposta deve ser afirmativa quando, no mínimo, uma consulta (médica e/ou de enfermagem) for realizada até 42 dias após o parto.

5.47 D

É realizado diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação. (S) (N)

O padrão refere-se aos profissionais de nível superior da ESF estarem sensibilizados para solicitar rotineiramente exames para detecção da sífilis durante o pré-natal, realizando o tratamento preconizado nos casos indicados.

5.48 D

A ESF possui registro atualizado dos portadores de transtornos mentais. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe possuir, documentado em papel, o registro dos portadores de transtornos mentais, discriminando tipo de transtorno, idade, sexo, endereço, situação familiar, grau de autonomia e se está em acompanhamento pela referência.

Q Consolidada

5.49 C

A atenção à população de hipertensos é realizada a partir da classificação do risco. (S) (N)

O planejamento da atenção aos hipertensos é realizada utilizando-se classificação segundo o tipo de hipertensão, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, entre outros fatores. A frequência de consultas médica e de enfermagem é proposta e realizada a partir desta avaliação, de acordo com os consensos para o tema (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).

5.50 C

A atenção à população de diabéticos é realizada a partir da classificação do risco. (S) (N)

O planejamento da atenção aos diabéticos é realizada utilizando-se classificação segundo o tipo de diabetes, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, dentre outros fatores. A frequência de consultas médica e de enfermagem é proposta e realizada a partir desta avaliação, de acordo com os consensos para o tema (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).

5.51 C

A medida do IMC de todos os hipertensos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente. (S) (N)

O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os hipertensos acompanhados pela ESF, com registro em ficha individual, permitindo monitoramento do histórico e evolução do marcador.

5.52 C

A medida do IMC de todos os diabéticos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente. (S) (N)

O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os diabéticos acompanhados pela ESF, registrando em ficha individual.

5.53 C

O exame dos pés nos diabéticos em acompanhamento é realizado em todas as consultas. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame dos pés nos diabéticos acompanhados em todas as consultas.

5.54 C

A ESF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento considerando a prevalência estimada. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de hipertensos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de hipertensão para o território. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica para o Brasil está em torno de 15 a 20%.

5.55 C

A ESF analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de diabéticos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de diabetes para o território. A prevalência do Diabetes Mellitus para o Brasil está em torno de 6 a 11%.

5.56 C

80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela SB. (S) (N)

Considerar para avaliação do indicador-padrão, o percentual de gestantes de baixo risco acompanhadas pela equipe que receberam no mínimo uma avaliação odontológica por trimestre de gestação, nos últimos 12 meses. A Atenção Odontológica à gestante compreende a realização de avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias quando indicadas, considerando-se o período da gestação, além de ações de educação e prevenção.

5.57 C

O exame clínico de mama é uma rotina estabelecida no serviço. (S) (N)

O padrão refere-se ao exame clínico de mama ser realizado, no mínimo uma vez ao ano, sistematicamente em todas as consultas de mulheres na faixa de 40 a 69 anos como uma rotina do serviço. Desconsiderar os casos de recusas por parte das usuárias, relacionadas a fatores culturais.

5.58 C

A ESF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF orientar e sensibilizar a população de homens entre 40 e 65 anos quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata.

5.59 C

A ESF mantém acompanhamento dos portadores de transtornos mentais atendidos pela referência. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF conhecer os portadores de transtornos mentais do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a equipe de Saúde Mental de referência.

5.60 C

A ESB desenvolve ações preventivas voltadas para usuários com necessidades especiais. (S) (N)

O padrão refere-se à ESB desenvolver ações com finalidade preventiva dirigidas aos portadores de necessidades especiais, como: a sensibilização e capacitação dos cuidadores para a higiene oral, dentre outras.

Q Boa**5.61 B**

A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF conhecer os usuários de drogas do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a Saúde Mental.

5.62 B Os adultos do sexo masculino são acompanhados pela ESF. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre 20 e 59 anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, quanto às condições gerais de saúde e prevenção de agravos. Para resposta afirmativa, considerar 50% da população de homens nesta faixa etária.

5.63 B

A população de mulheres e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela SB. (S) (N)

O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população nesse ciclo de vida. Considerar para resposta correta 60% da população considerada nos últimos 12 meses.

5.64 B

Houve redução do nº absoluto de internações por Acidente Vascular Cerebral. (S) (N)

O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por acidente vascular cerebral nos últimos 24 meses, para a população adscrita entre 40 e 69 anos, acompanhada. É um dos temas abordados pelo do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

5.65 B

Houve redução do nº absoluto de internações por Infarto Agudo do Miocárdio. (S) (N)

O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por infarto agudo do miocárdio nos últimos 24 meses, para a população adscrita, acompanhada.

5.66 B

Houve redução do nº absoluto de internações por complicações decorrentes do Diabetes Mellitus. (S) (N)

O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por cetoacidose e coma diabético nos últimos 24 meses, para a população adscrita, acompanhada. É um dos indicadores do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

5.67 B

Houve redução ou ausência de internações psiquiátricas de pacientes com transtornos mentais. (S) (N)

O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações psiquiátricas dos portadores de transtornos mentais do território nos últimos 24 meses.

Q Avançada**5.68 A**

A ESF desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF desenvolver ativamente projetos e ações de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto ou com a assessoria da equipe de Saúde Mental de referência.

Saúde de Idosos**Q Desenvolvimento****5.69 D**

A ESF possui registro atualizado dos idosos da área. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de idosos (SIAB: acima de 60 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado mensalmente. O ideal é que existam também referências quanto às situações clínicas: presença de doenças, acamados, etc. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.

Q Consolidada**5.70 C**

80% ou mais dos idosos da área estão com a vacinação em dia. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF monitorar a cobertura vacinal dos idosos. Comparar a cobertura alcançada com o valor estabelecido para o padrão de qualidade.

Q Boa

5.71 B

O exame da cavidade oral nos idosos é uma rotina estabelecida no serviço. (S) (N)

O padrão refere-se às ESF e ESB terem como rotina preconizada e realizarem de maneira sistemática o exame da cavidade oral dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas realizadas por profissionais de nível superior.

5.72 B

Os idosos estão em acompanhamento sistemático pela SB. (S) (N)

O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população de idosos e monitorar a cobertura das consultas nesta faixa etária. Considerar, para resposta afirmativa, cobertura de 60% da população considerada, nos últimos 12 meses.

5.73 B

O exame da superfície corporal dos idosos é uma rotina estabelecida no serviço. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame da superfície corporal dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas médicas e de enfermagem.

Q Avançada

5.74 A

A ESF desenvolve intervenções junto às famílias dos idosos, capacitando cuidadores domiciliares. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF realizar intervenções junto as famílias dos idosos em casos indicados, identificando e capacitando pessoas para desenvolverem cuidados familiares apropriados.

5.75 A

São desenvolvidas intervenções apropriadas junto à população de idosos para detecção precoce de demências. (S) (N)

O padrão refere-se aos membros da ESF estarem sensibilizados para reconhecer as manifestações das principais demências incidentes sobre a população de idosos (Parkinson, Alzheimer, doenças micro-vasculares, etc).

Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis

Q Desenvolvimento

5.76 D

A ESF monitora a regularidade do tratamento dos doentes de tuberculose. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF monitorar a regularidade dos usuários em tratamento para tuberculose às consultas agendadas, realizando a busca ativa aos faltosos e empreendendo esforços para garantir a continuidade do tratamento iniciado.

5.77 D

A ESF monitora a regularidade do tratamento dos doentes de hanseníase. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF monitorar a regularidade dos usuários em tratamento para hanseníase às consultas agendadas; realizando a busca ativa aos faltosos e empreendendo esforços para garantir a continuidade do tratamento iniciado.

5.78 D

A abordagem diagnóstica diferencial para dengue é realizada sempre que indicada. (S) (N)

O padrão refere-se ao médico da ESF conhecer os aspectos epidemiológicos e as manifestações fisiopatológicas da dengue, realizar o exame físico - especialmente a prova de resistência capilar (prova do laço), solicitar os exames laboratoriais adequados e interpretá-los, realizando o diagnóstico da doença.

Q Consolidada

5.79 C

O diagnóstico, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado é realizado para os casos de tuberculose. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF estar habilitada e realizar todas as ações descritas: diagnóstico, tratamento, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado da tuberculose.

5.80 C

O diagnóstico, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado é realizado para os casos de hanseníase. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF estar habilitada e realizar todas as ações descritas: diagnóstico, tratamento, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado da hanseníase.

5.81 C

O exame anti-HIV é ofertado com aconselhamento para todas as gestantes acompanhadas. (S) (N)

O padrão refere-se à oferta do exame anti-HIV com aconselhamento estar padronizada para todas as gestantes em acompanhamento pré-natal. Considerar os últimos 12 meses para análise do padrão.

5.82 C

O exame para detecção de hepatites B e C é ofertado com aconselhamento para mulheres e homens acompanhados. (S) (N)

O padrão refere-se à oferta dos exames para detecção de hepatites B e C, com aconselhamento, para todos os adultos acompanhados, ser uma rotina estabelecida na ESF.

5.83 C

Os casos de dengue são encaminhados para internação hospitalar quando necessário. (S) (N)

O padrão refere-se à realização do acompanhamento (da evolução) da infecção por dengue, havendo reconhecimento dos sinais de perigo e das situações indicativas de tratamento em nível hospitalar, quando necessário.

5.84 C

São realizadas intervenções imediatas em casos de surtos por doenças infecto-contagiosas. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF estar habilitada e desenvolver ações de vigilância epidemiológica, intervindo sobre os contatos e comunicantes para diagnóstico, tratamento e/ou ações de bloqueio e prevenção, nos casos de surtos de doenças contagiosas.

Q Boa

5.85 B

90% dos pacientes com tuberculose diagnosticados e tratados apresentam cura. (S) (N)

O padrão configura-se como padrão de resultado e avalia o impacto das ações sobre a saúde da população. Verificar o percentual de pacientes de tuberculose diagnosticados, que realizaram o tratamento completo (sem interrupções), que apresentaram cura. Considerar para avaliação os últimos 24 meses.

5.86 B

90% dos pacientes com hanseníase diagnosticados e tratados apresentam cura. (S) (N)

O padrão configura-se como padrão de resultado e avalia o impacto das ações sobre a saúde da população. Verificar o percentual de pacientes com hanseníase diagnosticados, que realizaram o tratamento completo, que apresentam cura. Considerar o período de 24 meses.

5.87 B Ausência de tétano neonatal na área. (S) (N)

Considerar para resposta afirmativa a avaliação dos últimos 24 meses. O padrão refere-se a um resultado finalístico sobre a saúde da população coberta pela ESF para o qual contribuíram todas as ações realizadas anteriormente de prevenção e acompanhamento da população, especialmente o pré-natal.

5.88 B Ausência de sífilis congênita na área. (S) (N)

Considerar para resposta afirmativa a avaliação dos últimos 24 meses. O padrão refere-se a um resultado finalístico sobre a saúde da população coberta pela ESF para o qual contribuíram todas as ações realizadas anteriormente de prevenção e tratamento, especialmente o pré-natal.

Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada

Q Desenvolvimento

5.89 D

A abordagem diagnóstica diferencial para malária é realizada sempre que indicada. (S) (N)

O padrão refere-se ao médico da ESF conhecer os aspectos epidemiológicos e as manifestações fisiopatológicas da infecção por malária (febre alta em ciclos, calafrios, sudorese, mialgia e cefaléia), estando habilitado para colher a anamnese e realizar o exame físico, solicitar os exames laboratoriais adequadamente e interpretá-los, realizando o diagnóstico.

Q Consolidada

5.90 C

Os casos de malária são encaminhados para internação hospitalar quando necessário. (S) (N)

O padrão refere-se ao médico da ESF realizar a prescrição dos medicamentos indicados e acompanhar a evolução da malária, sabendo reconhecer os sinais de perigo, as complicações e as situações indicativas de tratamento em nível hospitalar.

ANEXO 03

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde • Departamento de Atenção Básica
Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Folha de Respostas (Folha 1) - Instrumento nº 4

Município: Belo Horizonte Data: 03/12/08ESF nº (SIAB): Equipe IV

Destacar esta via e enviar para digitação

Equipe Saúde da Família - Parte I
Consolidação do Modelo de Atenção

Organização do Trabalho em Saúde da Família

E	4.01	4.02	4.03	4.04	4.05	4.06	4.07	4.08	4.09	4.10	4.11	4.12	4.13	4.14	4.15	4.16	4.17
Estágio	E	E	E	E	D	D	D	D	D	C	C	C	C	C	C	C	B
Sim	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X			X	X		
Não				X								X	X			X	X

E	4.18	4.19	4.20	4.21
Estágio	B	B	A	A
Sim	X	X		
Não			X	X

Acolhimento, Humanização e Responsabilidade

E	4.22	4.23	4.24	4.25	4.26	4.27	4.28	4.29	4.30	4.31	4.32	4.33
Estágio	E	E	D	D	D	C	C	C	B	B	A	A
Sim	X	X	X	X	X		X	X	X			
Não						X				X	X	X



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde • Departamento de Atenção Básica
Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Folha de Respostas (Folha 2) - Instrumento nº 4

Município: _____ Data: _____

ESF nº (SIAB): _____

Destacar esta via e enviar para digitação

Equipe Saúde da Família - Parte I Consolidação do Modelo de Atenção

Ações de Promoção da Saúde

E	4.34	4.35	4.36	4.37	4.38	4.39	4.40	4.41	4.42	4.43	4.44	4.45	4.46	4.47	4.48	4.49	4.50
Estágio	E	D	D	D	D	D	C	C	C	C	C	C	C	C	B	B	B
Sim	X	X	X	X	X	X			X	X			X	X	X		
Não							X	X			X	X				X	X

E	4.51	4.52	4.53	4.54
Estágio	B	A	A	A
Sim				
Não	X	X	X	X

Participação Comunitária e Controle Social

E	4.55	4.56	4.57	4.58
Estágio	D	C	B	A
Sim			X	
Não	X	X		X

Vigilância I: Ações Gerais da USF

E	4.59	4.60	4.61	4.62	4.63	4.64	4.65	4.66	4.67	4.68	4.69	4.70
Estágio	E	E	E	E	D	D	C	C	B	B	A	A
Sim	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Não											X	

ANEXO 04

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde • Departamento de Atenção Básica
Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Folha de Respostas (Folha 1) - Instrumento nº 5

Município: Belo Horizonte Data: 03/12/08ESF nº (SIAB): Equipe IV

Destacar esta via e enviar para digitação

Equipe Saúde da Família - Parte II
Atenção à Saúde

Saúde de Crianças

E	5.01	5.02	5.03	5.04	5.05	5.06	5.07	5.08	5.09	5.10	5.11	5.12	5.13	5.14	5.15	5.16	5.17
Estágio	E	E	E	E	E	E	D	D	D	C	C	C	C	B	B	B	B
Sim	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Não			X														

E	5.18	5.19	5.20	5.21	5.22	5.23	5.24
Estágio	B	B	A	A	A	A	A
Sim	X		X	X		X	
Não		X			X		X

Saúde de Adolescentes

E	5.25	5.26	5.27	5.28	5.29	5.30
Estágio	D	C	B	B	A	A
Sim		X				
Não	X		X	X	X	X



Ministério da Saúde
 Secretaria de Atenção à Saúde • Departamento de Atenção Básica
 Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Folha de Respostas (Folha 2) - Instrumento nº 5

Município: _____ Data: _____

ESF nº (SIAB): _____

Destacar esta via e enviar para digitação

**Equipe Saúde da Família - Parte I
 Consolidação do Modelo de Atenção**

Saúde de Mulheres e Homens																		
E	5.31	5.32	5.33	5.34	5.35	5.36	5.37	5.38	5.39	5.40	5.41	5.42	5.43	5.44	5.45	5.46	5.47	5.48
Estágio	E	E	E	E	E	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Sim	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X	X
Não								X								X		

5.49	5.50	5.51	5.52	5.53	5.54	5.55	5.56	5.57	5.58	5.59	5.60	5.61	5.62	5.63	5.64	5.65	5.66	5.67	5.68
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A
X	X						X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	
		X	X	X	X	X			X					X					X

Saúde de Idosos							
E	5.69	5.70	5.71	5.72	5.73	5.74	5.75
Estágio	D	C	B	B	B	A	A
Sim	X	X				X	X
Não			X		X		

Doenças Transmissíveis													
E	5.76	5.77	5.78	5.79	5.80	5.81	5.82	5.83	5.84	5.85	5.86	5.87	5.88
Estágio	D	D	D	C	C	C	C	C	C	B	B	B	B
Sim	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Não													

Agravos com Prevalência Regionalizada		
E	5.89	5.90
Estágio	D	C
Sim	X	X
Não		

ANEXO 05

RESPOSTAS NEGATIVAS

AMQ - INSTRUMENTO 4

CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO

1. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

4.04 E

A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia SF. (N)

O padrão refere-se à ESF atuar junto à comunidade, de maneira permanente e sistemática (no mínimo uma vez por trimestre), esclarecendo sobre as características do modelo SF adotado para a área.

4.12 C

A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção. (N)

Os encaminhamentos para as referências (atendimentos especializados) são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, permitindo o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.

4.13 C

A ESF registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos. (N)

A solicitação de exames são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, que permitem o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.

4.16 C

A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. (N)

O padrão refere-se a ESF dedicar mensalmente uma das suas reuniões, em conjunto ou não com a coordenação, à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. O padrão desconsidera as reuniões dedicadas à operacionalização do fechamento de dados para o SIAB, em que as ações de avaliação e planejamento não estão incluídas.

4.17 B

A ESF monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento. (N)

A ESF estuda fluxo de atendimentos na USF realizando registro e monitoramento da procura por tipo de atendimento (consultas de crianças, mulheres, hipertensos, exames, procedimentos e outros), verificando-se o percentual de atendimento da demanda observada.

4.20 A

A ESF organiza "painel de situação" com os mapas, dados e informações de saúde do território. (N)

O padrão refere-se a um recurso de organização e planejamento também conhecido como placar da saúde, painel de saúde ou ainda quadro ou sala de situação, dependendo da região. Consiste em um mural ou painel afixado em local acessível, no qual a ESF dispõe os dados, informações e até mapas da região e do trabalho da equipe, permitindo o acompanhamento visual pelos profissionais e pela comunidade. Considerar para resposta afirmativa que a atualização é trimestral.

4.21 A

A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados. (N)

Padrão avançado, indicando a presença de cultura avaliativa no serviço. A equipe realiza semestralmente, em conjunto ou não com a coordenação, o levantamento e análise comparativa do perfil de saúde da população, da cobertura e impacto das ações, utilizando indicadores estabelecidos previamente.

2. ACOLHIMENTO, HUMANIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE

4.31 C

Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços. (N)

A ESF estuda o fluxo de solicitações (demanda), monitorando o tempo médio decorrido entre o momento da solicitação pelo usuário (agendamento) e atendimentos no serviço. A partir da análise poderão ser encontradas soluções para reduzir o tempo de espera pelos serviços. O padrão considera apenas os serviços prestados pela própria equipe: consultas e procedimentos. Este monitoramento pode ser realizado por amostragem.

4.32 A

A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas à estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde. (N)

A ESF está atenta e sensibilizada, percebendo e sabendo abordar, tanto na USF quanto na comunidade, situações em que processos subjetivos, tais como: estigmas, preconceitos e discriminações que excluem e dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.

4.33 A

Os serviços são disponibilizados sem restrição de horários por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos. (N)

Padrão refere-se à oferta dos serviços basear-se em uma organização flexível e sensível, que concilia o planejamento das ações às necessidades da população. Nesta situação, o planejamento das ações por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos são referências flexibilizadas para garantir os interesses e necessidades dos usuários.

3. AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

4.40 C

São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas e creches abordando a saúde das crianças. (N)

O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos relativos à saúde global das crianças, realizadas no mínimo duas vezes ao ano pelas equipes SF. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.

4.41 C

São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas abordando a saúde dos adolescentes e jovens. (N)

O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos relativos à saúde global dos adolescentes e jovens, realizadas no mínimo duas vezes ao ano pelas equipes SF. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.

4.44 C

A ESF desenvolve atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso. (N)

O padrão refere-se à ESF conhecer, valorizar e desenvolver atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso.

4.45 C

A ESF desenvolve ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica. (N)

A equipe sozinha ou em parceria com ONG, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto à mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência e pelo desarmamento. As principais vítimas da violência doméstica são crianças e mulheres.

4.49 B

A ESF desenvolve grupos operativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS com os idosos. (N)

O padrão refere-se à ESF estar sensibilizada e habilitada para abordar conteúdos de sexualidade na terceira idade e prevenção de DST/AIDS, desenvolvendo-os por meio de grupos operativos com os idosos.

4.50 B

A ESF desenvolve ações de educação em saúde com abordagem problematizadora. (N)

Utiliza-se a abordagem por problemas, segundo o referencial da Rede de Educação Popular em Saúde. Ver site: www.redepopsaude.com.br

4.51 B

A ESF desenvolve ações para integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares. (N)

O padrão refere-se à inserção dos portadores de transtornos mentais em grupos operativos da ESF, oficinas, atividades de convivência comunitária, culturais, de lazer, etc. Para resposta afirmativa considerar a participação destes usuários em atividades mensais.

4.52 A

A ESF realiza ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito. (N)

A equipe sozinha ou em parceria com ONG, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto aos cuidados no trânsito, incluindo orientações quanto aos atropelamentos. As ações educativas podem ser realizadas em escolas, praças, etc. A resposta deverá ser afirmativa quando as ações acontecerem pelo menos semestralmente.

4.53 A

Existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário. (N)

O padrão refere-se à existência de iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário, em que a equipe participa ou realiza em conjunto com a população e ou movimentos sociais: hortas comunitárias, atividades para geração de renda e alfabetização, dentre outras. Para resposta afirmativa, considerar experiências funcionando de maneira contínua nos últimos 24 meses.

4.54 A

É realizado o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária. (N)

O padrão refere-se à ESF conhecer as perspectivas de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária e acompanhar os usuários de álcool e drogas que estão em tratamento pela referência.

4. PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E CONTROLE SOCIAL

4.55 D

A ESF debate regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS. (N)

O padrão refere-se à ESF desenvolver, no mínimo uma vez por trimestre, palestras, grupos operativos ou outras atividades participativas nas quais os temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS são o foco principal. Estas ações podem ser desenvolvidas em conjunto com outros organismos públicos ou organizações sociais.

4.56 C

A ESF reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados. (N)

O padrão refere-se a reuniões com a comunidade e ou seus representantes, uma vez a cada trimestre, para debater e avaliar os problemas de saúde, a assistência prestada e os resultados das ações desenvolvidas, documentando-se em ata ou outros instrumentos de registro os aspectos e encaminhamentos relevantes.

4.58 A

Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF. (N)

O padrão refere-se a representantes da comunidade e movimentos sociais participarem de maneira efetiva do processo de planejamento das ações a serem realizadas pela equipe, buscando ampliar a compreensão acerca das necessidades de saúde da população e melhorar o intercâmbio. Para resposta afirmativa considerar presença do(s) representante(s) comunitário(s) em reuniões mensais de planejamento nos últimos 12 meses.

5. VIGILÂNCIA I: AÇÕES GERAIS DA USF

4.69 A

A ESF acompanha a saúde da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidades associados. (N)

O padrão refere-se à equipe conhecer e estar sensibilizada quanto aos agravos e riscos que incidem de forma mais intensa em determinados grupos étnicos. A discriminação é de caráter positivo buscando uma maior atenção a estes segmentos da população.

AMQ - INSTRUMENTO 5

ATENÇÃO À SAÚDE

1. SAÚDE DE CRIANÇAS

5.03 E

Todos os membros da ESF estão habilitados para reconhecer e orientar ações em casos de desidratação infantil. (N)

O padrão refere-se a todos os membros da ESF estarem habilitados para reconhecer os principais sinais indicativos e os sintomas de desidratação infantil e saberem orientar a preparação e administração do soro caseiro ou dos sais de rehidratação oral distribuídos ou adquiridos em farmácias.

5.19 B

O selamento dos quatro primeiros molares é realizado em casos com indicação clínica. (N)

O padrão refere-se a ação realizada pela ESB na população infantil entre 5 e 7 anos, com indicação clínica.

5.22 A

A prevalência do aleitamento materno aos 12 meses é de 70% ou mais.(N)

O padrão refere-se ao monitoramento da prevalência do aleitamento materno não exclusivo na população de até 12 meses.

5.24 A

Houve redução do índice ceo-d na população de 5 a 6 anos nos últimos 24 meses . (N)

Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses.

2. SAÚDE DOS ADOLESCENTES

5.25 D

A ESF possui registro atualizado dos adolescentes da área. (N)

O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de adolescentes (SIAB: 10 a 14 e 15 a 19 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado semestralmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.

5.27 B

50% ou mais de adolescentes atendidos com consulta para avaliação de crescimento e desenvolvimento. (N)

O padrão refere-se à ESF possuir registro da população de 10 a 14 e 15 a 19 anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, VD e grupos operativos regulares, quanto ao C & D. Considerar uma avaliação anual. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.

5.28 B

A ESF desenvolve atividades educativas voltadas para os adolescentes abordando saúde sexual e reprodutiva. (N)

O padrão aponta para o desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos específicos da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, com oferta de métodos contraceptivos (camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação), realizadas no mínimo duas vezes ao ano. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.

5.29 A

Houve redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF.(N)

O padrão refere-se ao monitoramento da incidência de gravidez não planejada na população entre 15 e 19 anos, acompanhada pela equipe. Considerar os últimos 24 meses. Considerar para resposta afirmativa a redução do número absoluto de casos no período.

5.30 A

Houve redução do índice CPO-D na população de 12 anos nos últimos 24 meses. (N

Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses.

3. SAÚDE DAS MULHERES E DOS HOMENS ADULTOS

5.38 D

Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre. (N)

O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os hipertensos em acompanhamento.

5.51 C

A medida do IMC de todos os hipertensos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente. (N)

O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os hipertensos acompanhados pela ESF, com registro em ficha individual, permitindo monitoramento do histórico e evolução do marcador.

5.52 C

A medida do IMC de todos os diabéticos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente. (N)

O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os diabéticos acompanhados pela ESF, registrando em ficha individual.

5.53 C

O exame dos pés nos diabéticos em acompanhamento é realizado em todas as consultas. (N)

O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame dos pés nos diabéticos acompanhados em todas as consultas.

5.54 C

A ESF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento considerando a prevalência estimada. (N)

O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de hipertensos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de hipertensão para o território. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica para o Brasil está em torno de 15 a 20%.

5.55 C

A ESF analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada. (N)

O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de diabéticos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de diabetes para o território. A prevalência do Diabetes Mellitus para o Brasil está em torno de 6 a 11%.

5.58 C

A ESF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata. (N)

O padrão refere-se à ESF orientar e sensibilizar a população de homens entre 40 e 65 anos quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata.

5.63 B

A população de mulheres e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela SB. (N)

O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população nesse ciclo de vida. Considerar para resposta correta 60% da população considerada nos últimos 12 meses.

5.68 A

A ESF desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência. (N)

O padrão refere-se à ESF desenvolver ativamente projetos e ações de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto ou com a assessoria da equipe de Saúde Mental de referência.

4. SAÚDE DE IDOSOS

5.71 B

O exame da cavidade oral nos idosos é uma rotina estabelecida no serviço. (N)

O padrão refere-se às ESF e ESB terem como rotina preconizada e realizarem de maneira sistemática o exame da cavidade oral dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas realizadas por profissionais de nível superior.

5.72 B

Os idosos estão em acompanhamento sistemático pela SB. (N)

O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população de idosos e monitorar a cobertura das consultas nesta faixa etária. Considerar, para resposta afirmativa, cobertura de 60% da população considerada, nos últimos 12 meses.

5.73 B

O exame da superfície corporal dos idosos é uma rotina estabelecida no serviço.(N)

O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame da superfície corporal dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas médicas e de enfermagem.

ANEXO 06

CONVITE

ATENÇÃO, MAMÃE!

Se você tem filhos de até 6 anos de idade, traga-os ao Centro de Saúde Barreiro de Cima, no dia _____, às _____ horas, no consultório do dentista. A equipe irá avaliar seus filhos e, caso seja do seu interesse, as crianças poderão participar de programas de prevenção de cáries, e aqueles que necessitarem, receberão tratamento odontológico.

Não deixem de vir! É muito importante cuidar da saúde!

Esperamos vocês!

(É necessário trazer os cartões de consulta de todos, além deste convite).

Equipe Odontológica
Centro de Saúde Barreiro de Cima

CONVITE

ATENÇÃO, MAMÃE!

Se você tem filhos de até 6 anos de idade, traga-os ao Centro de Saúde Barreiro de Cima, no dia _____, às _____ horas, no consultório do dentista. A equipe irá avaliar seus filhos e, caso seja do seu interesse, as crianças poderão participar de programas de prevenção de cáries, e aqueles que necessitarem, receberão tratamento odontológico.

Não deixem de vir! É muito importante cuidar da saúde!

Esperamos vocês!

(É necessário trazer os cartões de consulta de todos, além deste convite).

Equipe Odontológica
Centro de Saúde Barreiro de Cima

ANEXO 07

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a equipe odontológica do Centro de Saúde Barreiro de Cima a examinar meu filho _____, e utilizar os dados obtidos em seu exame em trabalho de pesquisa a ser realizado pela Cirurgiã-dentista Cláudia Tavares e Fraga.

Estou ciente que deverei trazer meu filho ao Centro de Saúde Barreiro de Cima todas as vezes em que for solicitada nossa presença, e que o tratamento odontológico dependerá da freqüência às reuniões e palestras marcadas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Nome legível da mãe: _____

Identidade: _____

ANEXO 08

CADASTRO DE PARTICIPANTES

GRUPO	NOME	ceo	ENDEREÇO	MÃE

FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL

ANEXO 09

Grupo nº _____	NOME	IDADE	DN	c	e	o	ceo-d	TI/AB	TC/AB	ENC. AS	ESPECIALIDADE	CR/AS
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												

LEGENDA:

DN: Data de nascimento

c: nº de dentes cariados

e: nº de dentes com extração indicada

o: nº de dentes obturados

TI – AB: Tratamento iniciado – Atenção Básica

TC – AB: Tratamento completado – Atenção Básica

ENC. AS: Encaminhamento para Atenção Secundária (Referência)

CR AS: Contra-referência Atenção Secundária

ANEXO 10

FICHA DECONTROLE DE FREQUENCIA – GRUPOS OPERATIVOS

GRUPO OPERATIVO Nº _____												
	NOME	ceo	DATAS DOS GRUPOS				SIT. TRATAMENTO			TC	AB	
							TNI	TI				
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												

LEGENDA:

- Presente
- F:** Falta
- SN:** Sem necessidade

- TNI:** Tratamento não iniciado
- TI:** Tratamento iniciado
- TC:** Tratamento concluído

AB: Abandono

GRUPO OPERATIVO Nº _____											
	NOME	ceo	DATAS DOS GRUPOS				SIT. TRATAMENTO				
			1º Ano		2º Ano		TNI	TI	TC	AB	
			1º Sem.	2º Sem	1º Sem	2º Sem					
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											

LEGENDA:

• Presente

F: Falta

SN: Sem necessidade

TNI: Tratamento não iniciado

TI: Tratamento Iniciado

TC: Tratamento concluído

AB: Abandono

ANEXO 12

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1. ANATOMIA E FUNÇÕES DOS DENTES

1. *Os molares são trocados?*

Os molares temporários são substituídos pelos pré-molares. Os molares permanentes não são trocados. Por isso, devem ser cuidados com muita atenção.

2. *O dente doeria, se o esmalte se gastasse todo, deixando exposta a dentina?*

Depende da velocidade e do local do desgaste. O desgaste, devido à mastigação de alimentos mais duros, acontece lentamente e dá tempo para a dentina reagir, tornando-se menos sensível aos estímulos. Uma técnica de escovação inadequada, e o uso de uma escova dura, associados a um dentifrício muito abrasivo, podem gerar um desgaste muito acentuado no esmalte próximo à margem gengival, deixando a dentina e o cimento expostos aos estímulos térmicos e químicos. Geralmente, este tipo de abrasão apresenta-se muito sensível a tais estímulos.

3. *A dentadura também tem esmalte e cárie?*

Não. A dentadura é feita, na maioria das vezes, de plástico (acrílico) e, evidentemente, não tem cárie. Assim, não sendo constituída de tecido mineralizado, ela não sofre desmineralização.

4. *Por que os dentes da frente são mais compridos do que os de trás?*

Porque a forma do dente está ligada à sua função, e as funções dos dentes da frente diferem das funções dos dentes de trás. Os dentes da frente, incisivos e caninos, têm as funções de cortar e rasgar os alimentos, enquanto os dentes de trás, pré-molares e molares, têm as funções de amassar, moer e triturar os alimentos.

5. *Por que, em algumas crianças, os dentes nascem primeiro que em outras?*

Isto acontece devido às variações individuais no desenvolvimento de cada criança, e, até certo ponto, isto é normal.

6. *As crianças cujos primeiros dentes nascem muito cedo, também trocam precocemente as dentições?*

Não necessariamente. Vários fatores influenciam esse padrão, como, por exemplo, a alimentação/nutrição, a saúde bucal e geral da criança.

7. *Como uma criança banguela pode falar, se os dentes participam da fala?*

Os dentes são importantes para a fonação. Portanto, se uma pessoa é banguela (sem dentes), ela não fala bem. Neste caso, ela deve procurar um dentista e fazer uma prótese, para obter uma melhor articulação das palavras, além dos benefícios de uma mastigação eficiente e da melhora na estética facial.

8. *Por que os dentes de leite caem?*

Porque, à medida que vamos crescendo, os dentes de leite vão se tornando insuficientes para a mastigação e precisamos de dentes mais fortes para substituí-los. Neste momento, inicia-se a reabsorção dos dentes de leite, que é concluída quando os permanentes já se encontram em condições ideais para nascerem na cavidade bucal.

9. *Quando o dente de leite não cai, o que acontece com o permanente?*

O dente permanente fica preso no osso, ou pode nascer fora de seu lugar normal.

10. *É possível um adulto ter ainda dentes de leite?*

Sim, se por algum motivo eles não tiverem caído.

11. *Por que, às vezes, os dentes nascem encavalados (ou apinhados)?*

Os dentes podem nascer apinhados devido a vários motivos:

- . Pequeno desenvolvimento dos ossos da maxila e/ou da mandíbula, que causa falta de espaço para os dentes que vão nascer;
- . Dentes decíduos cariados ou perdidos precocemente, que levam à falta de espaço para os dentes permanentes;

- . Quando as raízes dos dentes de leite não são reabsorvidas, ou sofrem reabsorção tardia.

12. *Os pré-molares podem realizar as funções dos molares, caso uma pessoa os perca?*

Estes dentes são diferentes e possuem diferentes funções: os pré-molares diminuem o tamanho das partículas dos alimentos, e os molares os trituram. Com a ausência dos molares, os pré-molares podem realizar suas funções, porém de forma deficiente e prejudicando o equilíbrio entre as arcadas.

13. *Caso haja algum problema no dente, a dentina avisa à polpa?*

Sim, pois na dentina há um prolongamento de fibras nervosas que chega até à polpa e informa que algum problema está ocorrendo. Porém, estas fibras nervosas não são capazes de informar à polpa qual é a natureza do problema.

2. HIGIENE ORAL, PLACA BACTERIANA E CÁLCULO (TÁRTARO)

1. *Quando devemos escovar os dentes?*

Os dentes devem ser limpos freqüentemente após as refeições e principalmente antes de dormir, pois é muito importante dormir com a boca limpa.

2. *O que causa mau hálito?*

A halitose (mau hálito) pode ter várias causas: hábito de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas, alimentos que deixam cheiro forte na boca (alho, cebola), uso de medicamentos que liberam seu odor pela saliva, problemas no nariz, na garganta e no estômago, e também problemas nos dentes e nas gengivas (devido à higiene bucal inadequada, restaurações e próteses com problemas, gengivite e doença periodontal).

3. *O uso do “cepacol” é necessário?*

Não, não é. Nada é necessário além de uma higienização bem feita com escova e fio dental.

4. *O que é placa bacteriana?*

Há diferentes definições de placa bacteriana. Segundo Mandel: “é uma geléia bacteriana com milhões de microrganismos de pé, ombro a ombro”. Segundo Loe: “placa dentária é um

depósito mole, não mineralizado, que se forma sobre os dentes (e sobre próteses dentárias), que não são adequadamente higienizados”. Ou ainda, segundo Newbrum: “a placa dentária é uma comunidade bacteriana formada pela interação entre os microrganismos e seu meio ambiente”. A placa bacteriana se forma na coroa dos dentes, tanto acima quanto abaixo da margem gengival, sendo esta última mais difícil de ser removida. Pode-se sentir a presença de placa nos dentes com a língua: se, ao passar a língua nas superfícies dos dentes, elas estiverem lisas, não há placa dentária. Mas, se estiverem ásperas, a placa está presente. Ela pode causar diversas doenças bucais, como a cárie dental e a gengivite, além da doença periodontal.

5. *O dentista consegue tirar a placa bacteriana?*

Sim. Não só o dentista, mas você mesmo consegue tirar a placa bacteriana através de uma boa e adequada higienização. É necessário remove-la constantemente, pois ela se forma continuamente.

6. *A placa bacteriana passa de um dente para outro?*

Não. A placa bacteriana só se forma sobre os dentes que não estão bem higienizados. Mas, quando não removida, pode facilitar a formação de nova placa bacteriana.

7. *A placa bacteriana se forma apenas na frente do dente?*

Não. A placa bacteriana pode formar-se em qualquer superfície do dente. Porém, ela se forma com maior facilidade nos lugares mais escondidos, como nos dentes posteriores, entre os dentes e nas superfícies mais próximas da gengiva.

8. *O que é fio dental?*

O fio dental é normalmente formado por filamentos sintéticos, encerados ou não. Ele é usado nos espaços interdentais (entre os dentes) para remover restos de alimentos e principalmente a placa bacteriana, que não saem na escovação. Havendo cárie ou excesso nas restaurações entre os dentes, o fio dental pode se desfiar.

9. *As bactérias saem com fio dental?*

Não todas. Muitas bactérias presentes na placa bacteriana podem ser removidas junto com ela, através do fio dental. Mas, para isso, é preciso tempo e habilidade. O uso do fio dental é importante para prevenção da cárie e da inflamação gengival (gengivite).

10. *O uso do fio dental pode ser prejudicial?*

O uso inadequado do fio dental pode machucar a gengiva. A técnica é muito fácil. Porém, se você, mesmo tendo aprendido, ainda tiver dificuldades, peça instruções ao seu dentista.

11. *O uso do palito é prejudicial?*

Os palitos existem desde 3000 anos a.C. Naquele tempo, eles eram feitos de ouro ou prata e, devido à sua eficiência na remoção de restos alimentares e de placa bacteriana das regiões interdentais, foram conservados até os dias atuais. Porém, se não forem muito bem utilizados, podem provocar danos maiores que o uso do fio dental.

12. *O que é, e o que forma o tártaro?*

O cálculo (tártaro) é um depósito que se forma, como pedrinhas, nas superfícies dos dentes, pela deposição de sais minerais da saliva sobre a placa bacteriana, que endurece (se calcifica). Isto acontece principalmente próximo aos orifícios de saída das glândulas salivares, junto à bochecha e abaixo da língua. Entretanto, o tártaro pode ser evitado a partir de uma escovação eficiente. Assim como a placa bacteriana, ele pode formar-se acima da margem da gengiva (supragengival) ou abaixo da margem da gengiva (subgengival).

13. *Com o fio dental a gente consegue retirar o tártaro?*

Não. Só o dentista consegue remover o tártaro.

14. *Para que serve a pasta dental?*

A pasta dental é composta por substâncias que se atrim sobre a superfície dos dentes, exercendo as funções primárias de limpeza e polimento e a função cosmética de retardar o desenvolvimento da halitose, além de prevenir desenvolvimento de cáries, devido aos fluoretos presentes. Um bom dentifrício deve proporcionar o máximo de limpeza, causando mínima abrasão nos tecidos dentários. Existem diversas formas de dentifrício: pastas, creme, líquido e gel, sendo que a forma mais comumente encontrada é a pasta.

15. *“Plax” faz o dente brilhar?*

Não. O dente só brilha quando está limpo, isto é, quando está bem higienizado. Para isso, somente a escova é suficiente.

3. NUTRIÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA NA PREVENÇÃO

1. *Pode-se beber refrigerantes e comer doces?*

Esta é uma questão muito relativa, pois envolve vários fatores. A maioria das bactérias da placa dentária pode transformar a sacarose (açúcar) em ácido, que provoca a desmineralização do dente e inicia a cárie. Dentre os produtos de paladar doce, a sacarose é a mais perigosa. Os refrigerantes e doces são compostos quase exclusivamente por ela e, por isso, devem ser evitados. Procure substituí-los por alimentos menos cariogênicos, como sucos naturais e frutas, apenas para citar alguns. Contudo, não é necessário bani-los de sua vida, desde que você faça uso deles somente após as refeições e não entre elas. Só desta forma os malefícios causados por eles podem ser diminuídos.

2. *Todos os doces fazem mal para a saúde dos dentes?*

Não necessariamente, porque existem adoçantes, como aspartame, sacarina, ciclamato, xilitol, sorbitol e esteviosídeo, que não causam cárie dental. Entre os açúcares utilizados normalmente, o açúcar natural (rapadura, açúcar mascavo e mel) é preferível ao açúcar branco (refinado), por ser menos prejudicial. Isto porque os açúcares naturais contêm sais minerais e vitaminas, que são nutrientes necessários ao metabolismo dos carboidratos e, conseqüentemente, não roubam os sais minerais e vitaminas das reservas corporais. Eles possibilitam o equilíbrio ácido-básico e a capacidade de proteção da saliva, através do tamponamento e da remineralização (sais minerais disponíveis na saliva). Porém, como também são açúcares, podem ser fermentados e transformados em ácido pelas bactérias, causando cárie.

3. *Comer cenoura e maçã evita cárie?*

Alimentos como frutas e verduras não causam nem evitam cáries. Eles apenas não se aderem tão facilmente aos dentes, sendo, portanto, mais difícil causarem cáries.

4. *Quando se comem balas ou doces e logo depois cenoura, isto ajuda a limpar os dentes?*

Em parte, sim. Por ser um alimento fibroso, a cenoura promove, durante a mastigação, uma remoção mecânica de parte da placa dentária e de restos de alimentos aderidos aos dentes. Porém, isso não substitui a higienização.

5. *Qual é a orientação alimentar que pode ser dada para se evitar a cárie dental?*

- a) Fazer uso de alimentação rica em sais minerais e vitaminas.
- b) Não comer alimentos cariogênicos entre as refeições.
- c) Substituir os pães, biscoitos e guloseimas por produtos de cereais integrais e frutas.
- d) Tentar reduzir o consumo de doces e refrigerantes, substituindo-os por alimentos alternativos.
- e) Sendo difícil reduzir o consumo de doces, restringi-lo a um dia especial da semana e escovar os dentes logo após consumi-los.

6. *O açúcar mascavo e o mel têm o mesmo potencial cariogênico que o açúcar branco (refinado e cristal)?*

No aspecto exógeno, podem ter uma cariogenicidade semelhante, porém sua diferença e importância residem no aspecto endógeno. O açúcar branco é destituído de todos os sais minerais e vitaminas, contendo apenas sacarose, que é “energia vazia”, sem nutrientes, cujo metabolismo provoca um desequilíbrio ácido-básico no sangue. Assim, para alcalinizar o pH, o corpo lança mão dos depósitos de fósforo e vitamina B, que é alimento para o sistema nervoso, nos tecidos mineralizados (ossos e dentes). Já o açúcar mascavo contém sais minerais e vitaminas em quantidades suficientes para o seu metabolismo. Portanto, desde que se faça a devida higienização, após sua ingestão, o açúcar mascavo não provoca nenhum desequilíbrio do pH.

7. *Qual farinha é melhor para os dentes: farinha integral ou farinha branca? Qual é a diferença?*

Também aqui temos a mesma situação do açúcar. A vantagem está mais no fator endógeno. A farinha integral é obtida da moagem do grão inteiro e, portanto, mantém todos os nutrientes (proteínas, lipídeos, fibras, vitaminas e sais minerais) em quantidades equilibradas para sua metabolização. Na fabricação da farinha branca são retiradas todas as fibras, películas e gérmen do trigo, onde estão concentrados os nutrientes, ficando somente o amido, que fornece apenas calorias.

4. FLUORETOS E SEU USO NA ODONTOLOGIA

1. *O que é o flúor?*

O fluoreto é um mineral encontrado na natureza. Ele está presente no carvão, no silicato, em alimentos como o trigo, a soja, a castanha e o peixe, entre outros.

É também um agente poluente do meio ambiente, que traz problemas para as plantas, para os animais e para o ser humano, por ser um subproduto que é lançado no ar por indústrias (como as de aço e de alumínio).

Às vezes o fluoreto é usado como medicamento, como na fase de formação dos dentes, quando ele se combina com o cálcio e é depositado nos dentes e ossos ajudando a fortalecê-los.

2. *O que acontece se a pessoa engolir o flúor (gel ou solução para bochechar)?*

Deve-se evitar engolir o fluoreto. Porém, se isto ocorrer de maneira excessiva, ocorrerão intoxicações acompanhadas de náuseas e dores de cabeça. Em casos mais graves, a ingestão excessiva poderá até levar à morte. Contudo, o fluoreto ingerido na água potável, quando dosado corretamente, não deve causar danos.

3. *Como o flúor deve ser usado?*

Ele pode ser usado de várias formas:

- . Forma sistêmica – como medicamento: em gotas, comprimidos, na água de abastecimento. Como flúor natural, ele pode ser encontrado em alimentos como peixe, chá-preto, salsa, entre outros;
- . Forma tópica – bochechos e aplicações do gel e verniz pelo dentista.

4. *Todos os abastecimentos de água têm flúor?*

Alguns sistemas de abastecimento de água têm fluoretos naturalmente, enquanto outros não têm. Por isso, em alguns países e comunidades, ele é acrescentado artificialmente à água. Como o fluoreto em excesso na água potável é prejudicial à saúde, ele deve ser

dosado com muito critério. Algumas comunidades e países preferem ter seus abastecimentos de água livres de fluoreto artificial.

5. *Tomar flúor em excesso traz problemas?*

Sim. Dependendo da idade da pessoa, da quantidade ingerida e também do tempo de uso, o fluoreto pode causar graves problemas à saúde. Por isso, antes de usá-lo, consulte seu médico ou dentista.

5. DOENÇAS MAIS COMUNS: CÁRIE DENTAL E GENGIVITE

1. *Quando ficarmos mais velhos, teremos dor nos dentes?*

Os dentes existem para durar por toda a vida. Porém, se você não cuidar bem deles, não só poderá ter problemas de dor nos dentes, como também correrá o risco de perdê-los.

2. *O cigarro causa cárie?*

Não, mas além de sujar muito os dentes e causar halitose, o cigarro pode provocar doenças na cavidade oral e nos pulmões, podendo até mesmo causar câncer nessas regiões.

3. *Quem faz o buraco (cárie) no dente?*

São as substâncias produzidas pelas bactérias da placa dentária. Elas usam o açúcar e outros resíduos dos alimentos que comemos para sua própria alimentação formando ácido como subproduto. Este, por sua vez, provoca a descalcificação do esmalte, produzindo a cárie. Assim, quanto mais tempo a placa dentária ficar em contato com a superfície do dente, maior será a desmineralização.

4. *Todos os dentes são igualmente susceptíveis à cárie?*

Não. Os molares, seguidos dos pré-molares, são os dentes mais susceptíveis à cárie. Isto acontece porque são eles os dentes que possuem as formas mais acidentadas: contêm sulcos e ranhuras profundas que tornam mais difícil a remoção da placa dentária.

5. *O que acontece se a cárie não for tratada?*

A cárie, não sendo tratada, pode atingir o nervo (polpa) do dente, causando sua morte e podendo mesmo levar à perda do dente.

6. *Os dentes têm cárie antes de nascer?*

Não. Eles só têm cárie, quando são expostos ao meio bucal.

7. *Qual é a porção do dente que sofre mais rapidamente o processo cariioso?*

A porção do dente que sofre mais facilmente o processo cariioso é a superfície oclusal, que é a superfície que usamos para mastigar. Isso ocorre devido à presença de sulcos e ranhuras profundas, que facilitam a retenção da placa dentária e dificultam a higienização. Por isso essa superfície sofre primeiro a desmineralização. Depois da superfície oclusal, a superfície interdental (entre os dentes) é a mais susceptível à cárie, por ser também uma superfície de difícil higienização. Só o fio dental é capaz de higienizar as superfícies dentais.

8. *O que acontece se o ácido produzido pelas bactérias cair na gengiva?*

Quando este ácido cai na gengiva, ele causa irritação e conseqüente inflamação, podendo apresentar dor e sangramento. Este processo é conhecido comumente como gengivite (inflamação gengival).

9. *As bactérias comem a gengiva? Por que a gengiva incha?*

Não, não comem. Mas as bactérias podem invadir a gengiva e produzir ácidos que a tornam inchada, inflamada, sangrante, podendo até provocar sua destruição.

10. *Por que a gengiva sangra? Quando isso acontece, podemos escovar os dentes?*

A gengiva sangra quando está inflamada. Isso acontece quando há acúmulo de placa dentária nas regiões dos dentes próximas à gengiva, pois as bactérias ali presentes produzem ácidos e toxinas que levam à sua irritação e, conseqüentemente, ao seu sangramento. Quando isto ocorre, mesmo que doa ou sangre, é necessário higienizar a área, pois caso contrário, a inflamação não desaparece. Nestes casos, a escovação deve ser realizada com o maior cuidado e, se possível, com a maior freqüência.

11. *Quando a gente machuca a gengiva, o dente inflama?*

Não, o dente não inflama. Entretanto, dependendo do tipo de inflamação da gengiva, o dente pode ficar afetado. Isto ocorre porque a inflamação vem sempre acompanhada de dor e sangramento, o que dificulta a higienização das áreas acometidas, levando a um maior acúmulo de placa dentária. Por isso, mesmo que doa e/ou sangre, faz-se necessária a

higienização da região, pois, caso contrário, a placa dentária não removida pode levar à desmineralização do dente (cárie).

12. As bactérias podem inflamar a gengiva de uma pessoa que não tem dentes e come açúcar?

Não, pois as bactérias precisam de uma estrutura dura à qual possam aderir-se.

13. Por que a criança não pode comer muito doce ou tomar refrigerante, se ela já está na época de trocar os dentes?

Porque o excesso de doces e refrigerantes pode causar cárie e/ou infecção nos dentes de leite, e esta lesão pode interferir na formação dos dentes permanentes.

14. Uma criança tem mais cárie do que um adulto?

Não necessariamente. A formação da cárie não depende somente da idade da pessoa. Uma criança tem normalmente menos cárie do que um adulto, porque seus dentes são mais jovens e, por isso, estão há menos tempo expostos aos agentes cariogênicos. Mas a incidência de cárie depende principalmente do que a pessoa come, de quantas vezes ela come e de como ela faz sua higienização bucal.

15. Por que um dente pode doer com açúcar, frio ou calor?

Porque o dente é vivo e sensível. Ele possui terminações nervosas na polpa e na dentina que são estimuladas por temperaturas extremas. Esta sensibilidade é ainda maior caso hajam cemento ou dentina expostos por cárie, retração gengival, abrasão, traumatismo ou ainda obturação defeituosa. Portanto, se a dor persistir diante dos estímulos térmicos, procure o dentista. Quanto ao açúcar, o dente só dói se houver dentina exposta. Um dente sadio não dói com açúcar.

6. TRATAMENTO DAS DOENÇAS BUCAIS MAIS COMUNS

1. *Quando um dente de leite é arrancado, nasce outro no lugar?*

Normalmente, sim. Isto só não ocorre quando a pessoa não possui o germe do dente permanente, ou quando tem algum problema de impactação que impeça a erupção do dente. Quando um dente de leite é arrancado muito antes da época de sua troca, isto pode atrasar o nascimento do dente permanente a ele relacionado, e o seu espaço na arcada pode ser perdido.

2. *Arrancando-se a raiz, nasce outro dente?*

Sim, desde que a raiz extraída seja de um dente de leite e não haja problemas com o dente permanente a ela relacionado.

3. *Por que quando um dente é extraído, ele sai grande, e quando ele cai sozinho, sai pequeno?*

Na época em que os dentes permanentes vão nascer, as raízes dos dentes de leite são reabsorvidas. É por isso que, quando o dente de leite cai sozinho, apresenta apenas a coroa e, portanto, ele é pequeno. Quando o dente de leite é extraído antes da época de cair naturalmente, sua raiz ainda provavelmente não foi reabsorvida. Por isso o dente sai grande, isto é, completo, com coroa e raiz.

4. *Quando uma criança quebra um pedaço de um dente, ele cresce novamente?*

Não. Os dentes não têm a capacidade de recuperar uma parte perdida.

5. *O que é implantar um dente?*

É colocar no lugar de um dente permanente perdido, o próprio dente, um dente artificial ou um outro dente, que fica assim fixado ao osso alveolar.

6. *O que fazer se um dente permanente cair inteiro (com raiz), num acidente?*

O dente deve ser recolocado em seu lugar, o mais rapidamente possível (após ter sido enxaguado em soro fisiológico, leite, água ou saliva), e mantido em posição. O dentista deve ser procurado imediatamente para fixá-lo em seu lugar.

7. *Quebrando ou caindo um dente permanente, é possível nascer outro?*

Não. Os dentes permanentes só nascem uma vez e são os dentes definitivos das pessoas.

8. *A massa usada pelo dentista (amálgama) é tão dura quanto o dente?*

Não, mas quando muito bem feita, é resistente o suficiente para não se quebrar quando mastigamos.

9. *Havendo uma cárie pequena na ponta de um dente, se esse dente se quebrar e essa ponta cair, a cárie vai continuar?*

Saindo toda a cárie no pedaço que se quebrou, ela não vai continuar. Mas, se você quebrar um dente, mesmo que seja só um pedacinho, você deve procurar um dentista, pois pode ter acontecido algo que só o dentista pode ver.

10. *Quando a cárie chega até à polpa, podemos fechar o dente com massa?*

Às vezes sim, às vezes não. Isto vai depender do diagnóstico feito pelo dentista.

11. *O dente deve ser arrancado, quando há formação de pus na raiz?*

Nesta situação o dente só deve ser extraído quando todos os recursos se esgotarem. Caso o dentista venha a optar pela extração do dente, primeiramente deve ser curada a infecção que está causando a formação de pus. Só de pois de eliminado o pus, a extração deverá ser realizada.

12. *O que é ponte?*

É um dente artificial colocado pelo dentista no local onde se perdeu um dente permanente. Este dente artificial é mantido em seu devido lugar através de armações metálicas presas nos dentes vizinhos.

13. *Quando se deve ir ao dentista?*

Isto varia de pessoa para pessoa. Só o seu dentista é capaz de dizer quando você deverá marcar sua consulta de retorno.

14. *A cárie acaba, se ela for coberta com uma massa?*

Não basta colocar uma massa para acabar com a cárie. Antes de se colocar a massa para restaurar a forma e a função do dente, a cárie deve ser removida. Isto, porque a porção do dente em que se encontra a cárie está cheia de bactérias e, se elas ficarem debaixo da massa, continuarão a agredir o dente.

15. *Arrancar todos os dentes resolve nossos problemas?*

Não. Os dentes são importantes para você comer, conversar e manter uma boa aparência. Quando uma pessoa não tem dentes ou usa dentadura, essas funções são prejudicadas.

16. *O dentista arranca um dente temporário cariado que já esteja amolecido ou bambo?*

Sim, se o dente permanente correlativo estiver em boas condições para nascer e se falta pouco tempo para o dente temporário cair.

17. *O que se deve fazer se a mandíbula sofrer uma fratura?*

Deve-se procurar um Pronto Socorro, onde deve ser feita uma radiografia e o encaminhamento a um cirurgião-dentista, que vai reposicionar e imobilizar a mandíbula. Caso necessário, uma cirurgia é feita, para possibilitar que as partes quebradas se unam, como acontece em certos casos de fratura óssea.

18. *O dente pode rachar, se uma cárie for muito grande e houver necessidade de se colocar muita prata no dente?*

Caso o buraco deixado pela cárie seja muito grande, o dente fica menos resistente e pode se quebrar mais facilmente.

19. *O dente de prata (amálgama) tem doença?*

Não. A prata é um metal utilizado para restaurar a forma e a função do dente e, portanto, ela não adoece. Mas a porção do dente que não foi restaurada com o metal (porções internas, por exemplo) pode adoecer. Naturalmente, as restaurações defeituosas podem facilitar o aparecimento de novas lesões cariosas.

20. *Qual é a idade correta para a troca das dentições?*

Pode começar aos 5-6 anos e terminar aproximadamente aos 18-21 anos. Mas isto varia de pessoa para pessoa.

21. *O que acontece se um tratamento de canal não é realizado, quando indicado?*

Pode haver uma complicação do quadro com o desenvolvimento de uma inflamação próxima à raiz do dente, formando um abscesso que causa inchaço na região. Estas complicações causam riscos à saúde de todo o corpo. Não sendo tratado o canal do dente, ele deve ser extraído.

22. *Os dentes de leite devem ter os canais tratados?*

Sim, sempre que necessário e possível.

23. *Quando a raiz do dente de leite é reabsorvida para que ele possa cair, o que acontece com o material proveniente da raiz?*

É difundido pelos tecidos vizinhos e absorvido pelo sangue, participando do equilíbrio do corpo e passando a ser utilizado na formação de novos dentes.

ANEXO 13

HIGIENIZAÇÃO BUCAL

(Informações para o facilitador)

POR QUE A BOCA DEVE SER CUIDADA?

Na consideração das causas das doenças bucais mais comuns, é possível concluir-se que a remoção da placa bacteriana, através da higienização, constitui um importante meio de sua prevenção.

A placa bacteriana é encontrada principalmente nos sulcos, fissuras e fóssulas, junto à margem gengival, e no espaço interdental (entre os dentes). Por isso, estas regiões devem ser limpas com muito cuidado, com atenção especial aos dentes posteriores e às regiões retromolares (atrás dos últimos dentes). Removida a placa bacteriana, de imediato outra placa começa a se formar. Quanto mais tempo ela permanece intocada, mais dura ela fica, tornando a tarefa de sua remoção cada vez mais difícil. Daí a necessidade de escovações freqüentes, pois uma placa bacteriana nova apresenta maior facilidade de remoção.

Uma higienização correta, freqüentemente, conduz aos seguintes resultados:

- . remoção de restos alimentares depositados nos dentes, no espaço interdental e na língua;
- . remoção de placa bacteriana, que começa a se formar pouco tempo depois da refeição, a partir de restos alimentares, células descamadas da mucosa, proteínas da saliva e bactérias;
- . prevenção e diminuição da inflamação da gengiva, através da remoção da placa bacteriana em sua margem. Com a massagem da escovação, é produzido um estímulo na circulação, que ajuda na manutenção da saúde gengival.

A higienização correta dos dentes não é fácil e depende de treinamento e controle motor. Ela deve ser aprendida sob orientação do palestrante, com repetição dos movimentos em frente ao espelho. Por isso, as crianças devem ter acesso a um espelho que fique ao nível de seus olhos, para acompanhar a técnica de escovação e ver a diferença entre o antes e o depois da remoção da placa bacteriana. Além disso, é importante que também sintam o resultado através do tato com a língua.

O treinamento da técnica de escovação deve ser realizado sem o uso de pasta dental, para que a posição e o movimento das cerdas sobre os dentes sejam visualizados sem interferência da espuma.

A técnica mais eficiente de higienização bucal é a escovação, complementada pelo uso do fio dental. Isto porque a escova remove a placa das superfícies acessíveis dos dentes, e o fio dental a remove das superfícies menos acessíveis, nos espaços interdentais.

ESCOVAÇÃO DENTAL

Instrumentos:

- Escova dental
- Pasta dental
- Espelho

A escova dental tem a função de limpar mecanicamente os dentes e ao mesmo tempo realizar a massagem da gengiva.

Ela é formada por um cabo e a cabeça onde estão dispostas as cerdas de náilon, em tufos, que formam três ou quatro fileiras. Podem ser encontradas escovas com o cabo reto ou angulado no pescoço. Para facilitar a empunhadura e a realização dos movimentos de escovação, é importante que o cabo não seja roliço e escorregadio. A cabeça deve ser pequena (aproximadamente 1 cm X 2,5 cm) para facilitar o acesso às regiões mais difíceis dos dentes posteriores. As cerdas devem ter uma consistência entre média e/ou macia, formando tufos densos, com pontas arredondadas, que proporcionam uma limpeza eficiente sem agredirem os tecidos da gengiva e dos dentes. Cerdas duras e não arredondadas machucam a gengiva e provocam desgaste (uma abrasão) acentuado nos dentes.

Para uma escovação correta e completa, é necessário usar uma escova adequada ao tamanho da boca. Até mesmo adultos, que têm boca pequena e dificuldade para escovar os dentes posteriores com uma escova de cabeça grande, devem optar por uma escova de cabeça pequena. Existem escovas projetadas para adultos, que possuem a cabeça pequena. Geralmente as escovas para crianças têm o cabo menor (cerca de 14 cm de comprimento) que a dos adultos (cerca de 17 cm).

Até quando deve ser usada uma escova dental?

Uma escova pode ser usada enquanto suas cerdas não estão deformadas e cumprem suas funções. Quando as cerdas se deformam, é hora de trocar a escova.

Como deve ser guardada a escova dental?

No final da escovação, a escova deve ser bem limpa, de modo que sejam removidos todos os restos de pasta dental, de alimentos e de placa bacteriana. Ela deve ser sacudida para remover o excesso de água e guardada de modo que as cerdas fiquem ventiladas e protegidas de sujeira, podendo ser colocadas num copo com a cabeça para cima.

O dentífrico pode ser encontrado sob diversas formas: pasta, creme, gel ou líquido, todos com composição diversa, dependendo do fabricante. Ele tem as seguintes características e finalidades:

- . Ajudar e intensificar a limpeza, através de substâncias abrasivas. Estas substâncias devem auxiliar na remoção da placa bacteriana, através do atrito, e não podem provocar desgastes nas superfícies dos dentes. A utilização de dentífricos com alto poder de abrasividade, em conjunto com uma escova de cerdas duras e aliada a uma técnica inadequada de escovação (direção e força incorretas de movimentos), cria uma chanfradura em forma de cunha na região do colo dos dentes, onde a estrutura do esmalte é mais fina e encontra-se com o cemento, que é menos duro que aquele. Este desgaste pode resultar em sensibilidade na região e, quando muito extenso, pode até expor a polpa dentária e causar a perda de vitalidade do dente;
- . Refrescar a boca, deixando um hálito temporariamente perfumado;
- . Ter efeito terapêutico, através de fluoretos, que agem aumentando a resistência superficial do esmalte à desmineralização pelos ácidos.

O uso de pastas com fluoretos, por crianças, deve ser realizado sob supervisão e com muita cautela, pois na concentração em que é veiculado, ele é tóxico, se ingerido em quantidades maiores. Cuidado especial deve ser tomado em relação a pastas que tenham sabor doce, por estimularem sua deglutição por crianças. Reações alérgicas podem aparecer, junto a outras reações de intolerância a fluoretos. Os dentífricos em forma de gel conservam os fluoretos ativos por mais tempo.

É aconselhável mudar de dentífrico de tempos em tempos, para que os dentes e gengivas possam aproveitar a ação de diversos tipos de componentes e para evitar o excesso de efeito exercido por apenas um tipo.

Muitos anúncios comerciais de pastas dentais prometem “dentes brilhando”, e isto deve ser cuidadosamente observado, pois eles podem conter material muito abrasivo, que provoca desgastes nos dentes. Para testar e comparar a abrasividade entre um e outro dentífrico, deve ser colocada uma pequena quantidade entre os dentes, que em seguida deve ser mastigada: o dentífrico que causar a maior sensação de conter “areia” certamente será o mais abrasivo.

Outros ingredientes, como antibióticos, antiinflamatórios ou agentes quimioterapêuticos podem causar desequilíbrios no ecossistema da boca, alterando toda a estrutura de sua flora natural.

Deve ficar claro que o dentífrico não é essencial para a remoção da placa bacteriana. Ele auxilia a limpeza dos dentes e ajuda na prevenção da cárie dental por conter fluoretos. Por isso, não havendo condição financeira para comprá-lo, a escovação deve ser continuada sem ele, da mesma forma e sem maior prejuízo no resultado da remoção da placa.

A quantidade de pasta a ser usada na escova deve ser muito pequena, do tamanho de um grão de lentilha, e não como normalmente sugerem os comerciais, que incentivam o desperdício, mostrando-o colocado na escova, sobre as cerdas, ao longo de toda a extensão

da cabeça. Quanto à sua utilização, a pasta vale mais pela sua qualidade do que pela sua quantidade. Em pequena quantidade e não diluído, ele cumpre muito bem o papel de limpar e atuar terapeuticamente sobre a superfície dos dentes.

A pasta dental deve ser colocada na superfície oclusal dos dentes, entre as fissuras, como um reservatório para toda a escovação. Neste local, seus componentes podem atuar durante um tempo prolongado sobre o esmalte e sobre os microrganismos da placa.

É melhor não molhar a escova com a pasta antes da escovação, porque isso provoca sua diluição, fazendo com que muita espuma seja produzida, o que não é desejável.

ANEXO 14

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

DATA	AÇÕES	RESPONSÁVEIS	SITUAÇÃO
04/12/2008	Reunião da Equipe PSF IV para responder o Questionário AMQ	ESF IV	CONC.
01/04/2009	Reunião com a Equipe PSF IV para discutir o Instrumento AMQ e definir o problema a ser trabalhado	ESF IV CD	CONC.
15/04/2009	Reunião com ACS's e solicitação para elaboração das listas de crianças de suas micro-áreas com idades entre 0 a 6 anos	ACS's CD	CONC.
Abril/maio 2009	Elaboração do Projeto Piloto	CD	CONC.
* Suspensos (Influenza H1N1)	Grupos para apresentação do projeto e exame inicial das crianças	CD	SUSPENSO
* Suspensos (Influenza H1N1)	Grupos operativos com crianças e mães	ESB	SUSPENSO
Setembro/2009	Atendimento e codificação individual em consultório	ESB	CONC.
Setembro/2009	Tratamentos sequenciais (manutenção) e controle semestral das crianças com TC	ESB	INICIADO
	Reavaliação do grupo e obtenção do índice ceo-d (24 meses após o início do projeto)	ESB	NI
	Responder à questão 5.24 A do Instrumento AMQ 5	ESF IV CD	NI