

Curso de Especialização Saúde da Família

UNIDADE 3 - OBRIGATÓRIOS GERAIS



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Faculdade de Ceilândia
Faculdade de Medicina



Unidade 3

Obrigatórios
Gerais



Módulo 1

Cuidado Integral à Saúde Bucal

Autor do Módulo:
Carlos Henrique G. Zanetti

Créditos



Governo Federal

Presidenta da República	Dilma Rousseff
Ministro da Saúde	Alexandre Padilha
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)	Mozart Sales
Diretora do Dep. de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES)	Mônica Sampaio
Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS	Francisco Campos

Universidade de Brasília

Reitor	José Geraldo de Sousa Junior
Vice-Reitor	Jão Batista de Sousa
Decano de Pesquisa e Pós-Graduação	Denise Bomtempo Birche de Carvalho

Faculdade de Medicina

Diretor	Paulo César de Jesus
Vice-Diretor	Joel Paulo Russomano Veiga

Faculdade de Ciências da Saúde

Diretora	Lilian Marly de Paula
Vice-Diretor	Edgar Merchan Hamann

Faculdade de Ceilândia

Diretora	Diana Lúcia Pinho
Vice-Diretor	Araken dos S. Werneck

Comitê Gestor

Coordenadora Geral	Celeste Aida Nogueira Silveira
Coordenador Administrativo	Márcio Florentino Pereira
	Rafael Mota Pinheiro
Coordenadora Pedagógica	Maria Glória Lima
Coordenador de Tecnologias	Natan Monsores de Sá
	Ana Valeria Mendonça
Coordenadora de Tutoria	Patrícia Taira Nakanishi
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso	Antonio José Costa Cardoso
Coordenador de Assuntos Acadêmicos	José Antônio Iturri
	Juliana de Faria Fracon e Romão

Centeias

Coordenadora	Ana Valéria Mendonça
Vice-Coodenador	Carlos Henrique G. Zanetti

Equipe Técnica

Gerente de Ti	Júlio César Cabral
Moodologista	Thamires Alencar
Moodologista	Donizete Moreira
Técnico de Vídeo Conferência	João Paulo Fernandes
Web Designer	Andrea Lisboa

Revisão Gramatical

Simone Sabóia Betoni



Introdução	06
Referências Bibliográficas	11
Lição 1	12
Lição 2	13
Lição 3	14
Lição 4	15
Lição 5	15
Lição 6	16
Lição 7	17
Lição 8	17
Lição 9	18
Lição 10	19
Lição 11	19
Lição 12	20
Lição 13	21
Lição 14	21
Lição 15	22
Lição 16	22
Avaliação	23

Critérios de Avaliação do Módulo



Atividade	Produtos Esperados	Critérios de Avaliação	Peso/ Nota do Módulo
Avaliação	Questionário Respondido	Preenchimento de dados	100

Introdução



Olá, aluno! Começaremos aqui a unidade obrigatória específica de saúde bucal para o curso de especialização em Saúde da Família. Você bem pode está se perguntando: qual a razão de uma unidade específica de Saúde Bucal obrigatória para todos os alunos do curso de especialização?

Há várias maneiras de responder a essa pergunta:

Começemos pelo fato primeiro de que este curso de especialização se dá no campo da Saúde Coletiva; logo, pressupomos que aqui estão sendo formados sanitaristas. Portanto, espera-se que um sanitarista, independente de sua formação em graduação, seja capaz de dar significado científico próprio aos principais temas da área da saúde em uma perspectiva própria, que é a perspectiva coletiva, intrínseca a todos os fenômenos saúde/doença. Perspectiva cuja narrativa justifica ou explica os fatos da saúde considerando-os de uma forma particular: no âmbito das instituições simbólicas, sociais, estatais ou de mercado.

Desses, é especificamente no âmbito do Estado que essa unidade se insere. Portanto, ela está orientada às complexidades da ação do Estado, da economia política e da administração pública.

Os conhecimentos aqui reunidos estão orientados pela perspectiva científica do “princípio administrativo” para a organização do conhecimento e do trabalho. Orientação completamente diferente da orientação tradicional que recebemos nas graduações em saúde para a organização do conhecimento e do trabalho: aquela ordenada pelo “princípio profissional”. (Freidson, 1998)

Ao contrário, se nos posicionarmos pelo princípio profissional, típico do universo dos clínicos, o planejamento, programação, execução, acompanhamento, avaliação e reprogramação de nossas ações de oferta de serviços de saúde serão orientados basicamente pelas noções de autonomia e competência profissional; logo, só ao médico é permitido dialogar com (e avaliar o) médico, enfermeiro com enfermeiro, dentista com dentista; tudo se dá exclusivamente entre pares, uma vez que tudo é dividido socialmente por profissões. De forma popularesca, o princípio profissional, porque nascido em práticas mercado, se dá na lógica de “cada macaco no seu galho”; isto é, se dá com cada profissão cuidando do seu próprio empreendimento e seus direitos de propriedade sobre conhecimentos, expertise e práticas exclusivas.

Há na perspectiva das profissões a crença de que os empreendimentos e relações de mercado são as melhores formas de ordenar a sociedade, porque moralmente se “aceita o pressuposto utilitarista de que a moral consiste em pensar custos e benefícios (...) [onde] o mais elevado objetivo da moral é maximizar a felicidade, assegurando a hegemonia do prazer sobre a dor.” Se utilidade é qualquer coisa que produza prazer ou felicidade e que evite a dor ou sofrimento; para o utilitarista a coisa certa a se fazer é maximizar utilidade. (Sandel, 2012, 47-8). Utilidade que também pode ser considerada como aquilo que é bom para uma dada situação, onde bondade é uma noção descrita quantitativamente na forma maior de eficácia, eficiência, efetividade.

Daí, “É fácil entender como os pressupostos utilitaristas sustentam o raciocínio de mercado. Se você partir da noção de que uma troca voluntária torna a vida de ambas as partes melhor e não prejudica ninguém, terá um bom argumento utilitarista para permitir que o mercado comande a situação.”(Sandel, 2012, 104).

Mas, as pessoas que compartilham a crença do profissionalismo utilitarista não se limitam a aplicá-la exclusivamente nos negócios que ocorrem na esfera das trocas de mercado; eles a estendem para outros domínios, inclusive para a ordenação das práticas na esfera do Estado. Isso trás uma série de consequências, nem sempre desejável!

Diferentemente do profissionalismo, em outra perspectiva, há os que se posicionam por princípio administrativo, o típico universo de argumentação dos profissionais da saúde pública. Sua base moral é igualmente utilitarista. Mas, em que pese essa identidade, os sanitaristas julgam a concepção profissional demasiadamente limitada para a maximização de utilidades em saúde; como também julgam que ela é incapaz de responder à no mínimo duas objeções feitas a qualquer crença utilitarista: “uma refere-se à equidade e à liberdade e outra à virtude cívica e ao bem comum.” (ibidem, 106).

Na crítica ao utilitarismo limitado do profissionalismo, para fazer avançar o planejamento, programação, execução, acompanhamento, avaliação e reprogramação de ações de oferta de serviços de saúde os sanitaristas, para muito além das “propriedades” profissionais, buscam sua justificação na filosofia, matemática e nas mais diversas ciências, entre as quais a economia, administração e outras ciências sociais (sociologia, ciência política, antropologia, história, etc.).

Com esses novos aportes, consegue-se produzir muito mais utilidade racional- mente justificada; e, uma vez realizada essa função, são abertas novas possibilidades para a introdução de outros critérios de justiça arrazoados, vis-à-vis as objeções morais ao utilitarismo.

Assim, nas práticas orientadas pelo princípio administrativo é possível mobilizar distintos discursos, estabelecendo um diálogo ampliado para muito além dos critérios sociais profissionais restritos. Diálogo cultural que inclui uma gama mais ampla de técnicos (quase sempre utilitaristas) e não técnicos (não necessariamente utilitaristas). Reunião de portadores dos mais distintos valores culturais; bem além dos valores paroquiais das profissões.

Dessa forma, as questões de saúde bucal são abordadas de uma maneira específica pelo Cirurgião-dentista e de forma completamente diversa pelo sanitarista, seja ele dentista ou não. Para os primeiros, saúde bucal é fundamentalmente objeto de trocas no “negócio” das boas práticas clínicas realizadas pelo profissional credenciado visando o reestabelecimento da saúde individual de seu paciente; para os últimos, saúde bucal é objeto de saúde coletiva produto de práticas institucionalizadas de diferentes maneiras na vida social, dadas as várias culturas específicas que se estabelecem no seio da cultura em geral (novamente lembramos que aqui damos ênfase à cultura estatal específica).

Assim, mesmo no âmbito do utilitarismo, há no mínimo duas “régua” para se medir as mesmas atividades e acontecimentos. A régua das profissões e a régua da administração. Cada régua embute uma visão de mundo completamente distinta da outra, ainda que ambas objetivem, cada uma à sua maneira, maximizar utilidades. Por analogia, são duas cosmologias completas: o mundo ptolomaico versus o mundo copernicano. No primeiro, o profissional é o centro da ordem do universo e a partir dele e de seus valores profissionais é que se deve avaliar a ordem do “mundo dos serviços de saúde”; na segunda, o profissional é apenas mais um elemento, ainda que fundamental, da ordem técnica e social com a qual se avalia sua bondade e justiça.

Ambas são medidas frequentemente conflitivas já que embutem raciocínios de- ontológicos e consequenciais completamente díspares. No fundo, há um considerável conflito de valores, de responsabilidades e julgamentos entre essas duas narrativas distintas e respeitáveis, destinadas a audiências igualmente distintas e respeitáveis.

Sem desmerecer ou desconsiderar a importância da narrativa clínica e sua complexidade específica, nós aqui focaremos na narrativa da saúde coletiva, no particular da política, economia e administração, em sua complexidade própria.

Além dessa justificativa teórica mais geral, há também justificativas práticas e aplicadas.

Por exemplo, uma pessoa comum ou um profissional clínico sem formação em saúde pública, ao passar em frente a um consultório odontológico de uma unidade de saúde, ao ouvir o barulho do “motorzinho”, tende a acreditar que: se caneta de alta rotação está funcionando, se o dentista clínico está trabalhando, se tem paciente sentado na cadeira, se a boca dele está aberta, então, a Odontologia naquela pequena parte do SUS também está funcionando. Infelizmente, esse silogismo (se... então) não é sempre verdadeiro. O fato de um consultório odontológico funcionar, isoladamente, não garante que a Odontologia do sistema local que este consultório se insere também esteja funcionando! Na maior parte dos municípios brasileiros essa correspondência não pode ser estabelecida.

Como explicar essa dissociação da parte com o todo? Ou, em linguagem filosófica: como explicar essa ruptura hermenêutica?

O engenheiro francês Jules Henri Poincaré [1854-1912], célebre matemático, físico e filósofo, ao falar sobre o homem de ciência e seus métodos, disse uma vez em *A Ciência e a Hipótese* (1902) que: “Ciência é feita de fatos, como uma casa é feita de tijolos, mas um amontoado de fatos não é mais ciência do que um monte de tijolos é uma casa”.

Da mesma forma, porque cremos na prescrição de que o trabalho no SUS também deva ser realizado com método, seguindo Poincaré, declaramos: “Um sistema de atenção à saúde bucal é constituído por profissionais e unidades, como uma casa é construída de tijolos, mas um amontoado de CD, TSB, ASB, ACS, ESB, UBSF, CEO, UPAS e hospitais não é mais sistema público de atenção à saúde bucal do que um monte de tijolos é uma casa”.

Assim como uma casa necessita de bons tijolos, a instituição de um sistema local de saúde não pode prescindir da visão de mundo profissional do clínico. Mas, para sua edificação, faz-se necessária a visão de mundo administrada, estabelecida consequencialmente mediante um cálculo, à moda dos engenheiros, à moda do cálculo estrutural e sua utilidade. Pois, mais que um amontoado de “bons tijolos profissionais”, um bom sistema local de saúde é produto útil de um bom esforço racional que atende às situações, finalidades e aos critérios específicos (um consequencialismo e a uma deontologia própria).

Por essa analogia, cremos que cabem aos sanitaristas (clínicos ou não) pensar os serviços públicos de saúde à moda dos engenheiros: projetar e calcular os recursos de oferta como arranjos situacionais; pensar e agir para que esses recursos trabalhem juntos, sistemicamente; tal como vigas, lajes e pilares em edificações. Assim como toda edificação, todo sistema local de saúde deve ser projetado para suportar as cargas (demandas) a ele impostas. Há que “projetá-los e calculá-los” para cumprir aos fins a que se destinam (i.e., serem eficazes), da melhor forma possível (i.e., em arranjos otimizados, eficientes). Em resumo, calculados para serem úteis (“bons para”).

Isso quer dizer que, tal como numa casa, em sistemas locais de atenção à saúde deve haver algo mais que “bons tijolos”. E, se bons clínicos, ou até mesmo boas unidades de saúde, são aqui considerados como “bons tijolos”; então, bons sistemas locais de saúde são as “edificações” que bem dispõe tais recursos de uma forma útil toda particular, mediante um bom projeto de “engenharia institucional”.

Se do engenheiro mimetizamos a pretensão do cálculo para a utilidade segundo o princípio administrativo; há que se destacar que a frieza do cálculo utilitário é fundamental para por a edificação em pé, muito bom para raciocínios objetivos (quantificar eficácia, eficiência e efetividade); mas, não é só com ela que julgamos a importância dessa edificação para a cultura em cujo seio, valores e história ela se insere. Para esse julgamento há outras lógicas. Seguindo a analogia da construção civil, destacamos o julgamento da arquitetura que, para além do cálculo e da utilidade, expõe a edificação ao diálogo amplo da cultura e seus julgamentos: estéticos, artísticos, funcionais, morais, ambientais, urbanísticos, etc.

À moda dos arquitetos, aqui também apresentaremos julgamentos, em especial os morais, particularmente orientados pelo princípio não utilitário da equidade (conforme definido por John Rawls (2002; 2003)).

É sobre todos esses pressupostos que essa unidade de ensino nesse curso de especialização se prestará ao desafio da formação em saúde pública.

Outra justificativa prática e aplicada para o fato dessa unidade não ser específica só para os dentistas é que ela está voltada para a formação do profissional sanitarista em cargo de chefia de unidades de saúde ou em cargo de gestor da rede. É claro que este chefe da unidade ou gestor da rede bem pode ser um dentista. Porém, mesmo sendo o chefe um dentista, não há qualquer garantia de que ele exercerá sua chefia mediante princípio administrativo, pois como de costume, ele pode fazê-la por princípio profissional.

E ainda, para além... se o chefe ou gestor for um médico ou enfermeiro? Quais os instrumentos em saúde pública que um chefe de unidade e/ou gestor de rede não-dentista tem para dar significado e avaliar o trabalho da equipe de odontologia? Será que o trabalho em saúde bucal realizado na sua unidade está de acordo com as orientações das políticas públicas do SUS? Será que ele está de acordo com o ordenamento jurídico-institucional vigente? Será que está de acordo com o conhecimento científico que se tem hoje sobre planejamento e programação de sistemas locais de saúde bucal?

Essa unidade de ensino é um esforço de capacitação para que essas perguntas possam ser minimamente respondidas, com tranquilidade e segurança, pelo chefe da unidade (dentista ou não) de saúde e pelo gestor da rede.

Porque as perguntas acima são incomuns e originais, aqui se oferecerá um conjunto de conhecimentos também incomum e original. Essa é a razão para que a literatura desta unidade esteja lastreada, quase que exclusivamente, em nossa linha de pesquisa, em funcionamento desde 1994 (Zanetti, 1994; Zanetti e Lima, 1996; Zanetti, 2000; Zanetti, 2005; Zanetti, 2010). Ela tem como tema central: políticas públicas de saúde bucal, planejamento e programação de sistemas locais de saúde bucal. Linha que se desenvolve sobre a crença de que qualquer sistema de atenção à saúde, bucal ou não, deva ser estruturado, no mínimo, mediante um cálculo consequente. No particular da saúde bucal, os conteúdos aqui apresentados foram desenvolvidos em: esforços acadêmicos e de pesquisa (dissertação de mestrado, tese de doutorado, projetos de pesquisa financiados MS/OPAS); cursos presenciais de especialização anteriores na UnB; disciplina específica do último ano de graduação em Odontologia na UnB. Em 2006, o trabalho síntese desta linha de pesquisa recebeu menção honrosa, categoria tese de doutorado, no Prêmio de Incentivo para Ciência e Tecnologia para o SUS, do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Em 2010 e em 2012 dois pequenos livros (textos 3_1 e 16_2_c da biblioteca desse curso) foram publicados pelo ObservaRH/NESP/CEAM/UnB, como comunicação de parte dos resultados desta linha de pesquisa.

Objetivo:

Espera-se que ao final dessa unidade o aluno seja capaz de:

1. Mediante cálculo, justificar e fazer escolhas programáticas consequentes com uma disposição econômica e administrada, útil e justa dos recursos de oferta à saúde bucal no âmbito do SUS e de seus princípios;
2. Mediante julgamento, justificar e fazer escolhas programáticas consequentes à instituição de sistemas locais de saúde bucal no âmbito do SUS, de seus princípios e suas políticas;
3. Dominar vocabulário básico em saúde bucal para poder estabelecer uma relação dialógica mínima com o cirurgião-dentista da unidade de saúde.

Metodologia:

Essa unidade foi concebida a partir da vídeoaula de um curso oferecido em janeiro de 2011, através de videoconferência, para a equipe de Odontologia da Prefeitura Municipal de Tefé-AM. Aqui esse curso foi desmembrado em temas para que o aluno possa acessar as diferentes partes do curso de acordo com o conteúdo para cada lição e atividade didática definida.

Para melhor acompanhar as vídeoaulas, o aluno deverá baixar o arquivo [PowerPoint] contendo os slides que são apresentados no vídeo.

Além do material em vídeo, que é o eixo estruturante da unidade, nela também será disponibilizada uma biblioteca de textos para leitura e aprofundamento nos assuntos apresentados nas vídeoaulas.

O roteiro de atividades será o “mapa” do aluno ao longo da unidade. Para cursá-la, basta seguir o roteiro.

De posse dos conteúdos das vídeoaulas e da biblioteca, os alunos aferirão seus conhecimentos nos procedimentos de avaliação.

Referências Bibliográficas

- Arendt H. A condição humana. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1993.
- Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp, 1998. [1994]
- Poincaré H. A Ciência e a Hipótese. 2ª ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1988. [c. 1902]
- Rawls J. Uma teoria da justiça. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- Rawls J. Justiça como equidade: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
- Sandel MJ. Justiça: o que é fazer a coisa certa. 6ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012 [c. 2009].
- Sen A. Sobre ética e economia. São Paulo: Companhia as Letras; 1999.
- Sen A. A ideia de Justiça. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.

Lição 1



Lição 1 – A agenda política federal atual e a saúde bucal.

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=quVRBh9OScw

Complementares

- Íntegra do discurso do ministro da saúde, Alexandre Padilha, durante a cerimônia de transmissão de cargo, em 3 de janeiro de 2011, em Brasília (DF)

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/pdf/Discurso_Ministro_Padilha.pdf?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=12054

Lição 2



Lição 2 – Comentário 1: Sobre a importância de se aprimorar a gestão em saúde bucal no SUS – uma análise global sobre a oferta nacional de atenção em saúde bucal na atenção básica.

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=7DuPqVGNpUQ

Complementares

- Opinião: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS.

Link: www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf&sb_ms.doc

- Opinião: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS.

Link: www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/politicas/historia_programacao.doc

Lição 3



Lição 3 – Comentário 2: A superoferta de força de trabalho odontológica no Brasil, consequências para o SUS.

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=jLJumNrNyG0

Complementares

- Imputações Ideológicas: derivações públicas e privadas do profissionalismo como crença na história da odontologia brasileira - um ensaio sobre o esvaziamento da ação.

Link: [www.saudebucalcoletiva.unb.br/biblioteca/sbc_i/8a_ &_ 9a_Acao_individual ECONOMIA & acao coletiva POLITICA na Odontologia brasileira/Livro fomulacao 2 Imputacoes Ideologicas.pdf](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/biblioteca/sbc_i/8a_&_9a_Acao_individual_ECONOMIA_&_acao_coletiva_POLITICA_na_Odontologia_brasileira/Livro_fomulacao_2_Imputacoes_Ideologicas.pdf)

- A crise da Odontologia brasileira : as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa.

Link: www.saudebucalcoletiva.unb.br/zanetti/doutorado_projeto.DOC

Lição 4



Lição 4 – Fundamentos e técnicas para planejamento de sistemas locais de saúde bucal na estratégia Saúde da Família do SUS: premissas, objetivos e máximas.

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=2IUzRI0oJPo

Lição 5



Lição 5 – O que é um sistema local de saúde com PSF?

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=qm3ROGgwIaI

Complementares

- Atenção Primária à Saúde e Promoção da Saúde.

Link: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf

- A Atenção à saúde coordenada pela APS: Construindo as redes de atenção no SUS.

Link: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf

- Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde.

Link: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/APS_Inova_Redes.pdf

Lição 6



Lição 6 – Considerações sobre universalidade e integralidade.

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=GdlpYEh_7us

Complementares

- Texto - Tese Zanetti (Páginas 115-129, 135-143)

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/carlo_zanetti_D_MH.pdf

Lição 7

Lição 7 – A frente preventiva e promocional de um sistema local de saúde bucal.

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=yPF30D3jc6U

Lição 8

Lição 8 – A retaguarda assistencial de um sistema local de saúde bucal.

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=2-scTXFOKFg

Lição 9



Lição 9 – O estabelecimento de rede horizontal e vertical em um sistema local de saúde bucal.

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=pAu80TZL0SQ

Complementares

- As redes de atenção à saúde

Link: http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf

- Redes Brasil Itália - OPAS

Link: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/redes-brasil-italia.pdf>

- Inovação nos sistemas logísticos

Link: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/sistemas_logisticos_azul_new.pdf

- Consolidando a rede de atenção às condições crônicas

Link: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Inovacao_na_gestao_SUS-Rede-Hiperdia.pdf

Lição 10



Lição 10 – Financiamento da assistência e de toda atenção em um sistema local de saúde bucal.

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=7qv81rxHuvE

Lição 11



Lição 11 – Modelo lógico e planejamento em saúde: fundamentos teóricos.

- Vídeo



www.youtube.com/watch?v=mYwqd_Ld2x4

Complementares

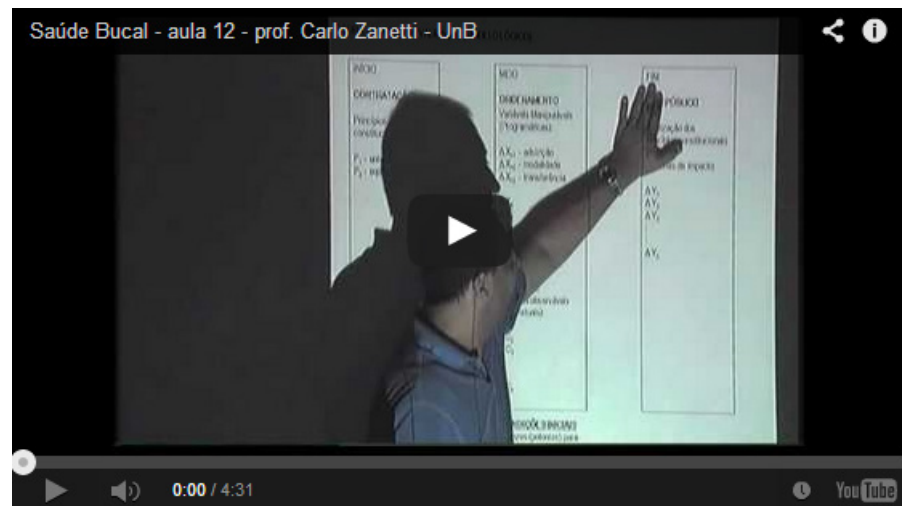
- Texto - Tese Zanetti (Páginas 65-86)

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/carlo_zanetti_D_MH.pdf

Lição 12

Lição 12 – Uso de modelo lógico para descrição de um sistema local de saúde bucal.

- Vídeo



<http://www.youtube.com/watch?v=qLpbjYYKJdg>

Complementares

- Texto - Tese Zanetti (Páginas 87-107)

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/carlo_zanetti_D_MH.pdf

Lição 13



Lição 13 – Uso de modelo lógico para análise de um sistema local de saúde bucal.

- Vídeo



<http://www.youtube.com/watch?v=rTZaJKIZWWc>

Complementares

- Texto - Tese Zanetti (Páginas 107-114)

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/carlo_zanetti_D_MH.pdf

Lição 14



Lição 14 – Uso de modelo lógico para julgamento da utilidade (eficácia) do potencial de oferta universal um sistema local de saúde bucal.

Complementares

- Texto - Tese Zanetti (Páginas 129-135)

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/carlo_zanetti_D_MH.pdf

Lição 15



Lição 15 – Uso de modelo lógico para julgamento da utilidade (eficiência) e justiça da oferta equânime num sistema local de saúde bucal.

- Texto - Tese Zanetti (Páginas 144-160)

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/carlo_zanetti_D_MH.pdf

Lição 16



Lição 16 – Julgamento e conclusões sobre universalidade e equidade em um sistema local de saúde bucal.

- Texto - Tese Zanetti (Páginas 162 - 177)

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/carlo_zanetti_D_MH.pdf

- Pesquisa Razões Práticas

Link: ftp://164.41.147.200/oficina/estado/coletivo_amplo/LIVRO_Zanetti_Razoes_praticas.pdf



Avaliação

- 1 - Existe uma cultura de exodontia na população brasileira. Na apresentação, essa cultura popular foi considerada como uma sabedoria. Dado o padrão real de oferta assistencial atual, longe do ideal, quais as falhas e faltas na programação dos sistemas locais de saúde bucal que explicam e justificam a emergência dessa cultura?
- 2 - Do ponto de vista da utilidade, quais as consequências, para o planejamento e programação de um sistema local de saúde bucal, da existência de uma unidade básica exclusivamente para procedimentos de urgência e emergência?
- 3 - De acordo com os princípios do SUS, quais os problemas que um CEO funcionando como porta de entrada pode trazer para um sistema local de saúde bucal racionalizado?
- 4 - Qual(is) deve(m) ser a(s) porta(s) de entrada de um sistema local de saúde bucal estruturado de forma coerente com a estratégia Saúde da Família?
- 5 - A precarização do trabalho em saúde bucal no SUS é convergência de dois grandes processos sociais: um de natureza profissional e outro de natureza político-empregatícia. Cite quais são esses processos?
- 6 - Quando um cirurgião-dentista de uma ESB deve se fazer presente nos domicílios; i.e., quais as razões para que o CD faça visita domiciliar?
- 7 - O princípio da universalidade em teoria se relaciona com a noção de utilidade ou de justiça?
- 8 - O princípio da universalidade na prática se traduz em: (resposta em duas palavras).
- 9 - O princípio da universalidade em teoria se relaciona com a noção de utilidade ou de justiça?
- 10 - O princípio da equidade na prática se traduz em: (resposta em uma frase).
- 11 - Há duas condições programáticas fundamentais favoráveis à programação das ESB. Na existência delas podemos operar com uma equipe em padrão superior de utilidade (com adstrição de 6000 habitantes) e ao mesmo tempo observar os princípios fundamentais do SUS. Quais são essas duas condições? (uma frase para cada condição)

12 - Na realidade dos sistemas locais de saúde bucal dos brasileiros, ora há mais, ora há menos responsividade pública aos ditames do ordenamento jurídico do SUS. Se todos os sistemas locais fossem administrados com mais responsabilidade, eles seriam mais responsivos; e, na prática poderíamos esperar CPOD médio menor que um. Quando esses mesmos sistemas são administrados com alguma responsabilidade podemos esperar CPOD médio próximo de 3. Quando são administrados sem responsabilidade, podemos esperar CPOD médio próximo de seis. Quais são as ações preventivo-promocionais coerentes com:

- a. CPOD próximo de 6? (resposta em uma frase)
- b. CPOD próximo de 3? (resposta em uma frase)
- c. CPOD próximo de 1? (resposta em uma frase)

13 - A demanda assistencial em atenção básica pode ser decomposta em três tipos de demanda. Cite quais são esses três tipos?

14 - Quando um sistema local é responsivo a essas três demandas, ele é organizado de três formas diferente: qual é a organização de oferta compatível com cada tipo distinto de demanda em atenção básica? Ou, segundo os slides, qual é o tipo de "regulação" de cada oferta?

15 - Os Códigos de Necessidade 1, 2 e 3 quando registrados pelo ACS servem para que do ponto de vista do planejamento e programação?

16 - Para que servem as ações de rastreamento rotineiras realizadas pelo ACS?

- 17 - Segundo Mariza Maltz, fluorose é uma questão de saúde pública?
- a. Sim ou Não?
 - b. Por quê?

18 - O que é inversão da atenção do ponto de vista do planejamento e programação de Sistemas Locais de Saúde Bucal?

19 - De acordo com o Modelo da Caixa D'água, universalidade é algo formalmente possível num sistema local de saúde bucal quando uma condição é atendida. Qual é essa condição?

20 - Do ponto de vista da universalidade e da equidade, qual o problema conceitual inerente ao conceito de focalização da atenção?

21 - Quais as vantagens e as desvantagens do uso de flúor gel na escova em saúde pública?

22 - De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, quantos habitantes devem ter em média:

- a. uma micro-área: _____ habitantes
- b. uma área: _____ habitantes
- c. uma ESB para uma ESF: _____ habitantes
- d. uma ESB para duas ESF: _____ habitantes
- e. uma UBSF com o número máximo de ESF: _____ habitantes

23 - Quanto tempo dura em média uma visita domiciliar de ACS quando:

- a. P/ seu treinamento: _____ min.
- b. P/ cadastramento geral das famílias: _____ min.
- c. P/ complemento de cadastro (saúde bucal) das famílias: _____ minutos
- d. P/ visita rotineira: _____ min.
- e. Parte dessa visita despendida exclusivamente com saúde bucal: _____ min.

24 - Uma pessoa consome em média:

- a. Um tubo de creme dental de 90g a cada _____ meses.
- b. Uma escova dental a cada _____ meses.

25 - O custo médio anual total de uma ESB é de aproximadamente:

R\$ _____ mil. Destes, o custo médio anual para assistência clínica é de: R\$ _____ mil, e, de insumos, para uma área de 6.000 habitantes é de aproximadamente: R\$ _____ mil.

