

**ALEXANDRE LEITE DE MOURA**

**PROTOCOLO PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DO SERVIÇO  
DE SAÚDE BUCAL DE ACORDO COM O RISCO SOCIOECONÔMICO  
DA POPULAÇÃO DE BONITO DE MINAS**

---

CORINTO / MINAS GERAIS

2011

**ALEXANDRE LEITE DE MOURA**

**PROTOCOLO PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DO SERVIÇO  
DE SAÚDE BUCAL DE ACORDO COM O RISCO SOCIOECONÔMICO  
DA POPULAÇÃO DE BONITO DE MINAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Dra. Manoelita Figueiredo de Magalhães

CORINTO / MINAS GERAIS

2011

**ALEXANDRE LEITE DE MOURA**

**PROTOCOLO PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DO SERVIÇO  
DE SAÚDE BUCAL DE ACORDO COM O RISCO SOCIOECONÔMICO  
DA POPULAÇÃO DE BONITO DE MINAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Atenção  
Básica em Saúde da Família, Universidade  
Federal de Minas Gerais, para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Dra. Manoelita Figueiredo de  
Magalhães

Banca Examinadora

Dra. Manoelita Figueiredo de Magalhães (Orientadora)

Dra. Andréa Maria Duarte Vargas

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dedico este trabalho ao meu filhote Cauã, minha vida e minha inspiração!

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e saúde.

A orientadora Manoelita Figueiredo de Magalhães que me orientou com zelo e dedicação.

E a minha esposa Sany pelo auxílio!

“O único lugar onde o sucesso vem antes do trabalho é no dicionário.”

Albert Einstein

## Resumo

A organização do serviço de saúde é um grande desafio para as Equipes de Saúde da Família, pois necessita de um planejamento bem realizado, o que requer tempo e comprometimento, tanto dos gestores, quanto de todos os demais profissionais envolvidos das diversas áreas. Com a inserção do serviço de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família (ESF) em 2003, alguns municípios montaram suas equipes, mas não planejaram, ficando, assim, atrelados ao atendimento clínico da demanda espontânea da população, sem a priorização. Este trabalho baseou-se na organização da demanda do serviço de saúde bucal do município de Bonito de Minas, utilizando como instrumento a análise de dados coletados por pesquisas das condições socioeconômicas da população realizadas anteriormente. Devido à impossibilidade do atendimento individual de toda a população do município, por causa da grande demanda, fica quase que obrigatório a produção de protocolos, os quais garantem uniformidade no atendimento odontológico programado. Inicialmente, procedeu-se a revisão da literatura sobre o assunto, seguida por uma análise criteriosa da realidade dos dados e, após contar com a experiência clínica vivenciada no dia-a-dia pelos vários profissionais das Equipes de Saúde da Família da região, realizou-se um diagnóstico local. Sugeriu-se um protocolo para organizar a demanda no serviço de saúde bucal, a fim de se priorizar o atendimento das famílias mais carentes, respeitando-se, sobretudo, os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde: a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação comunitária. Estabeleceram-se critérios para possibilitar o atendimento odontológico de acordo com a classificação de risco socioeconômico familiar por meio da disponibilização de maior tempo para a atenção dos membros das famílias com maior risco. Desta forma, tratamentos mais complexos serão evitados e, muitas complicações futuras serão prevenidas, diminuindo-se, consideravelmente, custos muito maiores para o sistema público de saúde.

Palavras chave: saúde da família; saúde bucal; risco socioeconômico

## **Abstract**

The health service's organization is a major challenge for the Equipes de Saúde da Família, because it needs a well done plan, which takes time and commitment of both managers, and of all other professionals involved in the various areas. With the inclusion of oral health services in Equipes de Saúde da Família (ESF) in 2003, some municipalities have set up their teams, but not planned, and was thus linked to the clinical care of the spontaneous demand of the population without prioritization. This work was based on the organization's demand for oral health services in Bonito de Minas, using as a tool to analyze data collected by surveys of socioeconomic conditions of the population in previous studies. Due to the inability of the individual attention of the entire population of the municipality, because of high demand, it is almost mandatory for production of protocols, which ensure uniformity in the dental schedule. Initially, we proceeded to review the literature on the subject, followed by a careful analysis of the data and the reality after the clinical experience have experienced the day-to-day by several professionals from the Equipes de Saúde da Família in the region, held is a local diagnosis. Suggested a protocol to organize the demand in the service of oral health in order to prioritize the care of needy families, respecting above all the guiding principles of the Health System: universality, comprehensiveness, equity and community participation. Criteria were established to enable the dental care according to family socioeconomic rating by providing more time to the attention of members of families with higher risk. Thus, more complex treatments will be avoided and many future complications will be prevented, which would decrease considerably, far greater costs to the public health system.

Keywords: family health, oral health, socioeconomic risk

## **Lista de ilustrações**

Figura 01 - Localização da Microrregião de Januária	20
Figura 02 - Microrregião de Januária	21
Figura 03 - Rio Carinhanha	22
Figura 04 - Veredas do Gibão	22

## Lista de Tabelas

Tabela 01 - Localidades e distância da sede de Bonito de Minas	23
Tabela 02 - Água (tipo,% de cobertura populacional)	24
Tabela 03 - Esgoto (tipo, % de cobertura populacional)	24
Tabela 04 - Lixo (coleta e destino final)	24
Tabela 05 - População de Bonito de Minas dividida por faixa etária e gênero, 2010	26
Tabela 06 - Quantidade de chefes de família analfabetos	27
Tabela 07 - Classificação de risco das famílias	27
Tabela 08 - Renda per capita <R\$60,00 das famílias	28
Tabela 09 - Óbito fetal e infantil de menor de 1 ano	28
Tabela 10 - Mortalidade de mulheres em idade fértil	28
Tabela 11 - Número total de nascimentos	29
Tabela 12 - Número de internações por condições sensíveis	29
Tabela 13 - Risco socioeconômico familiar por Equipe	30
Tabela 14 - Relatório de gestão - Receita	31
Tabela 15 - Percentual de aplicação de impostos municipais em saúde	31
Tabela 16 - Demonstração anual de recursos do município	32
Tabela 17 - Atendimentos realizados pelo consórcio no ano de 2009	38
Tabela 18 - Consulta médica em atenção especializada	39

## **Siglas e abreviaturas**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

CD - Cirurgião Dentista

CEO-d - dentes decíduos cariados, com extração indicada ou obturados

CISAMSF - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco

CISMMA - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Manga

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPOD - Dentes Cariados Perdidos e Obturados

DML – Depósito de Material de Limpeza

ESB - Equipe de Saúde Bucal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de apoio a saúde da família

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PSF- Programa de Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES - MG- Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUDENE - Superintendência do desenvolvimento do Nordeste

SUS - Sistema Único de Saúde

TSB - Técnico em Saúde Bucal

UAPS - Unidade de Atenção Primária a Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

## Sumário

1. Introdução	12
2. Objetivos	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3. Revisão da literatura	16
4. Metodologia	19
5. Resultados e discussão	19
5.1 Diagnóstico Local - Bonito de Minas - MG	19
5.1.1 Aspectos gerais	19
5.1.2 Perfil Socioeconômico	27
5.1.3 Perfil Epidemiológico	28
5.1.4 Perfil do Sistema de Saúde	31
6. Conclusões	44
Referências	45

## 1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e tem como princípios básicos a universalidade, integralidade, equidade e participação comunitária. Abrange vários serviços de saúde que vão desde ações básicas em unidade de saúde a tratamentos especializados de alta complexidade em grandes hospitais. Foi produto de um movimento sanitário iniciado pelo povo.

Neste contexto, em 1994, como proposta para organizar a atenção básica, ou seja, “... *um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação*” (BRASIL, 2006), surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), estratégia de descentralização de ações, cuja responsabilidade de implantação e gestão era dos municípios. Assim, a população teria serviços com tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade prestados por uma equipe mínima multidisciplinar formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde .

*“Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões” (BRASIL, 2006).*

Já em 1999, começou a ser discutido pela Área Técnica de Saúde Bucal do MS a inclusão da Saúde Bucal no PSF, e, então as Portarias nº 1.444/GM/2000 e 267GM/2001 do MS formalizaram e regulamentaram a criação das equipes odontológicas (FARIA, H. P., 2010).

Em 2003, o Governo Federal lançou o “Programa Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério”, estabelecendo diretrizes para uma nova política de saúde bucal. Suas metas eram aumentar a rede de serviços e o incentivo financeiro para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) dos municípios (PALMIER A. C., 2008). Desde então, várias ESB foram implantadas com o intuito de melhorar as condições de saúde da população, por meio de ações reabilitadoras, principalmente de prevenção e promoção de saúde com relação à cárie e a doença periodontal, as quais possuem altos índices de prevalência no Brasil, caracterizadas pela “morbi-mortalidade típica de países com grandes desigualdades sociais, com alta concentração de renda, em conjunto com uma atuação inexpressiva do Estado no combate a essas desigualdades” (BRASIL, 2006 apud RONCALLI, 2005). Desta forma, vários fatores

sócio-econômicos influenciam negativamente no processo de saúde doença oral e aumentam bastante a demanda para o atendimento clínico odontológico.

Em vários municípios é um problema a organização dessa demanda que, na maioria das vezes, é voltada apenas ao atendimento da demanda espontânea. Geralmente são municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), nos quais, praticamente, toda população depende do serviço público de saúde ofertado.

A organização do serviço de saúde é um grande desafio para as equipes, pois necessita de um planejamento bem realizado, o que requer tempo. E, geralmente, esse planejamento é impedido de ser executado por ser menosprezado pelos próprios profissionais envolvidos como a gestão municipal. Vários municípios com a rede de saúde bem instalada acabam proporcionando uma baixa resolutividade e eficácia nos serviços prestados, associada a gastos astronômicos de dinheiro público por não se preocuparem com essa etapa.

Com a inserção do serviço de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família (ESF), alguns municípios montaram suas equipes, mas não planejaram, ficando, assim, atrelados ao atendimento clínico da demanda espontânea da população, sem a priorização. Esta vasta demanda é resultado do fato da cárie dentária ser a doença bucal mais prevalente entre os seres humanos, colocando o Brasil em destaque nesse quesito, em consequência do país possuir uma população com grandes problemas socioeconômicos.

De acordo com o MS:

“Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal **é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais**, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde.” (BRASIL, 2006 grifo nosso)

Um instrumento importante para essa organização é a produção de um protocolo clínico para o enfrentamento dos diversos problemas existentes na assistência e na gestão dos serviços de saúde bucal (WERNECK, 2009).

Justifica-se, então, a realização deste trabalho com o intuito de conseguir essa organização do atendimento clínico odontológico no município de Bonito de Minas, por meio da confecção de um protocolo, priorizando o atendimento das famílias com maior risco socioeconômico. Desta forma, desenvolve-se um trabalho humanizado e baseado num dos

principais princípios norteadores do SUS, a equidade, reduzindo assim a disparidade social em nossa sociedade, elevando todos a um patamar de igualdade e o acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2000)

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Organizar a demanda do serviço de saúde bucal do município de Bonito de Minas, de acordo com o princípio da equidade, priorizando a demanda de acordo com a classificação de risco socioeconômico da população, a fim de melhorar as condições de saúde bucal das famílias carentes do município.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Elaborar um protocolo clínico para priorizar a demanda do atendimento clínico odontológico dos pacientes com maior risco socioeconômico;
- estabelecer critérios para priorizar o atendimento odontológico de acordo com a classificação de risco socioeconômico familiar;
- sugerir formas para realizar a busca ativa dos pacientes com grande necessidade de tratamento dentro das famílias priorizadas.

### 3. Revisão da literatura

Um dos grandes desafios para as equipes de saúde bucal é a dificuldade em superar questões organizacionais para o atendimento da demanda. Devido a isso, para se fazer a interpretação das necessidades do paciente e se estabelecer critérios de risco individual ou familiar faz-se necessária a presença do cirurgião-dentista, tornando o processo de trabalho muito específico para a equipe de saúde bucal. Desta forma, desvincula-se os demais profissionais da unidade e dificulta-se a integralidade da assistência ao usuário, conquanto, a política nacional de saúde bucal preconiza uma reorganização da demanda baseada no princípio da equidade, buscando atendimento integral à família, a descrição da população, a programação, o planejamento e a abordagem multiprofissional. (COIMBRA, 2001)

Werneck (2009) alertou que o emprego de protocolos é útil e necessário, porém, apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações. O autor afirmou que precisa-se conhecer bem o SUS, os recursos de que se dispõe no local de trabalho, a realidade do território e as condições de vida da população sob a responsabilidade da respectiva unidade de saúde, as formas de organização da sociedade local e quais são as instituições sociais com presença e atuação na área, os valores, hábitos e comportamentos das pessoas, as principais necessidades, os problemas e as demandas que essa população apresenta. Ainda, de acordo com este autor, antes da elaboração do protocolo, faz-se necessário um estudo minucioso do diagnóstico local do município, que junto à vivência clínica dos profissionais envolvidos, ajudarão a reduzir riscos de fracassos ao colocá-lo em execução.

Para Faria et al. (2009), é necessário rever e avaliar constantemente o processo de trabalho da equipe para saber se está desenvolvendo a criação ou produção de certas condições ou estados saudáveis para a população envolvida na prestação de serviços de saúde. Os autores concluíram que o planejamento é peça fundamental para o processo de trabalho eficaz das equipes e norteia todas as ações de produção de saúde.

Portanto, planejar passa a ser um processo permanente para se garantir direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando-se sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar (CAMPOS et al., 2010). De acordo com estes autores planejar é:

“pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos.”

A produção de protocolos clínicos é uma forma de organizar e normatizar os atendimentos e, de acordo com Werneck, 2009 apud MS, 2008:

...são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar.

É necessário conhecer quais as percepções que os cirurgiões dentistas têm em relação à implantação de protocolos, porque na odontologia aparecem alguns argumentos, os quais, quando utilizados, podem gerar uma mecanização do serviço, engessando a forma de trabalho e limitando sua autonomia profissional (Mello, 2007).

Um documento interessante para auxiliar no preparo de protocolo são as “linhas guias”, pois conforme o mesmo autor “...são base para a organização sistêmica dos serviços, como meio para se alcançar a racionalização dos recursos e otimização do trabalho, mantendo ou melhorando sua qualidade” (WERNECK, 2009 apud ESPÍRITO SANTO, 2008)

A linha guia de saúde bucal da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) relata que priorizar é estipular quais indivíduos ou grupos serão atendidos individualmente e preconiza a criação de critérios de avaliação para classificação de risco das famílias do território, com o fim de avaliar os usuários desses grupos para estipular um público alvo das consultas programadas (SES-MG, 2006).

As populações com piores condições sociais possuem grandes dificuldades para vencer os desafios das doenças, já que suas necessidades primárias geralmente não são satisfeitas. Isto colabora para que as pessoas destas populações preocupem-se, apenas, com a manutenção da vida deixando à parte o autocuidado ( SILVEIRA et al., 2002).

Pesquisas demonstram que quanto mais baixo o nível socioeconômico, piores são as condições de saúde, inclusive de saúde bucal. Estilo de vida, atitudes, comportamento, acesso a produtos que promovam saúde, alimentos saudáveis e serviços odontológicos preventivos eficazes são algumas vantagens no quesito saúde que os grupos de nível socioeconômico elevado têm sobre os de baixo nível. Levando em consideração esse aspecto para explicar a causa dessa diferença no processo de saúde doença, enfatiza-se a importância da identificação desses grupos de risco para o planejamento das ações em saúde (SOARES, 2009).

## **4. Metodologia**

A revisão bibliográfica acerca do tema, especialmente no que tange aos princípios e diretrizes nacionais da política de saúde bucal no Brasil, constituiu-se na primeira etapa deste trabalho.

A segunda etapa se deu por meio do estudo e da análise de dados coletados pelas pesquisas realizadas anteriormente sobre o assunto, resultando no diagnóstico do município, no qual se considerou, especialmente:

- as características regionais;
- os perfis socioeconômicos e epidemiológicos da população;
- os recursos humanos em saúde;
- a logística local;
- e a infra-estrutura do sistema de saúde existente.

A investigação científica utilizada para chegar à organização do protocolo foi feita através do método indutivo.

Assim, reportando à legislação do SUS pode-se enxergar melhor as propostas governamentais e realizar-se uma comparação entre o que se propõe e o que se executa efetivamente, auxiliando na conclusão final do trabalho, qual seja, a elaboração de um protocolo de organização no atendimento da demanda de saúde bucal, melhorando a eficácia do atendimento das famílias carentes do município de Bonito de Minas.

## **5. Resultados e Discussão**

### **5.1 Diagnóstico Local – município de Bonito de Minas - MG**

#### **5.1.1 Aspectos gerais**

O município de Bonito de Minas está localizado no extremo Norte de Minas Gerais entre os municípios de Januária, Cônego Marinho, Montalvânia, Chapada Gaúcha e Cocos - BA (Figura 1 e 2), estando a 661 km de Belo Horizonte, situa-se na microrregião de Januária, sob o nº 157- Área Mineira da SUDENE, e possui uma população estimada, de acordo com o IBGE, 2009, de 9.315 habitantes, numa área territorial de 3.901km<sup>2</sup>, cuja densidade populacional de 2,04 hab./km<sup>2</sup>. Possui 20,08% da população em zona urbana e 79,92% na zona rural, segundo o último censo (IBGE, 2009).

As principais rodovias e a distância dos municípios limítrofes são:

Acesso a Belo Horizonte: BR-040, BR-135

De Bonito de Minas a capital do estado: 661 km

Distância dos municípios limítrofes:

Bonito de Minas a Montalvânia: 220 km

Bonito de Minas a Januária: 48 km

Bonito de Minas a Cônego Marinho: 52 km

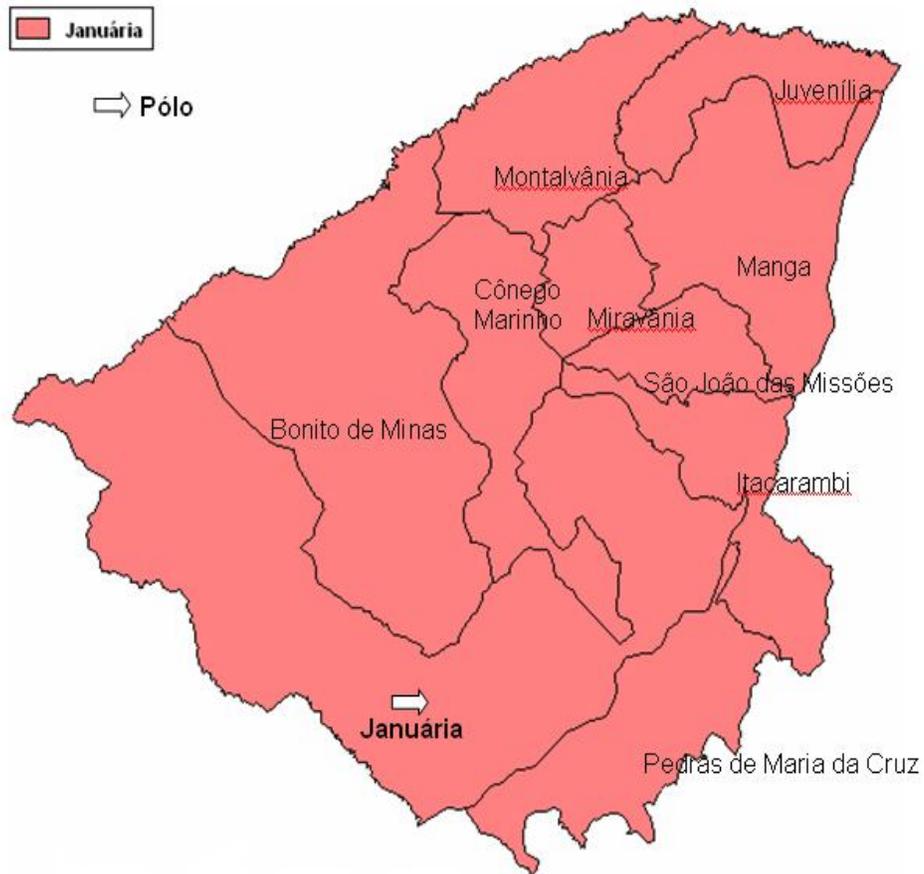
Bonito de Minas a Miravânia: 150 km

Bonito de Minas a Chapada Gaúcha: 130 km

**Figura 1 – Localização da microrregião de Januária: Módulo Assistencial**



**Figura 2 - Microrregião de Januária**



Encontra-se em uma área de transição entre o Cerrado e Caatinga, com a temperatura média anual de 23,6°C. O índice pluviométrico anual é de 693 mm. O tipo de vegetação predominante é de cerrado. Sua topografia apresenta relevo pouco acentuado, entre as serras de grande amplitude temos: Serra do Gibão, Serra Vermelha e Serra dos Tropeiros.

O município de Bonito de Minas tem rico potencial hídrico com importantes nascentes, é banhado por diversos rios com grande importância regional entre eles: Rio Pandeiros, Rio Cocha, Rio Carinhanha, Rio Borrachudo, além de diversos córregos, lagoas, e veredas (Fig. 3 e 4).



Figura 3 - Rio Carinhonha



Figura 4 -Veredas do Gibão

A grande dimensão territorial municipal e as barreiras geográficas como terrenos arenosos são as principais dificuldades que a Secretaria Municipal de Saúde e os profissionais de Saúde enfrentam ao desenvolver ações de saúde com qualidade e igualdade de atendimento aos usuários, além das condições precárias das estradas.

A Atenção Primária a Saúde é a porta de entrada da população para o serviço de saúde. A seguir, apresenta-se uma tabela com a divisão de localidades por Equipe de Saúde da Família e distância da sede do município (TAB. 1).

**Tabela 1 – Localidades e distância da sede de Bonito de Minas, por ESF, 2010**

<b>ESF</b>	<b>ACS</b>	<b>LOCAL</b>	<b>DISTÂNCIA DA SEDE</b>
<b>VERDE</b>	Marizete	Sede	-
	M <sup>a</sup> Leonisia	Sede	-
	Bernadina	Sede	-
	Claucides	Sede	-
	Vander	Riacho do Campo, Várzea Dantas, Larguinha, Sto. Antônio do Borrachudo, Curral Novo e Marimbondo.	17 km
<b>VERMELHO</b>	Edio	Salobo, Barreiro do Mato, Rancharia e Laranjeiras.	23 Km
	Sebastião	Macaúbas, Faz. Lavarinto, galho do Mariano	15 km
	M <sup>a</sup> Elita	Raizama, Veados, Buriti do Meio.	30 km
	Elias	Catulé Pequeno, St <sup>a</sup> Maria da Vereda, tabocas e Capivara.	35 km
	Beatriz	Ana da Rocha, Várzea da Manga e Capim Pubo.	27 km
	Wilton	Catulé Lourão, Amescla e Faz. Rafael..	35 km
<b>AMARELO</b>	Edileuza	Barra da Ema, Itaipava e Curral Queimado.	100km
	Antonio Nilton / Everton	Salto, C. do Salto, Borrachudo, C. do borrachudo, Buriti e guará.	40 km
	Agnaldo	Japão, Incra, Lá Paz, Croã, Liaza, Galhinho, São	80 km
	Rita	Domingos II, Terezo, C. do Catulé.	45 km
	Edgar	São Domingos, Pannels, Água Doce, Buriti Grosso e Riacho do Campo.	45 km
	M <sup>a</sup> Dos Reis	Lazãozinho, Duas irmãs e sumidourinho.	35 km
<b>AZUL</b>	Leidiane	Veredinha, Várzea e Japão	78 km
	Jane	Sumidouro, vereda bonita e cajueiro	132 km
	João Batista	Lagoa Bonita, Salto grande e tatu	80 km
	Silvo	Flecheira, Bonfim, tatu	100 km
	Eleni/Andréia	Gibão, feio, lodo, bico da pedra, brejão, Canabrava	132 km
	Edivânia	Poços, pedras, vereda do gado, vereda grande	110 km

FONTE: Diagnóstico Local de Bonito de Minas, ESF Verde, Vermelha, Amarela e Azul

O Município de Bonito de Minas conta com um índice baixo de rede pública de água tratada, pelo fato de contar com uma vasta zona rural, e nessas comunidades ainda não possui um abastecimento com água tratada (TAB. 2).

**Tabela 2 - Água (tipo,% de cobertura populacional)**

<b>Rede Pública</b>	<b>Poços ou Nascente</b>	<b>Outros</b>
30,47%	63,57%	5,95%

Fonte: SIAB, 2010

A rede de esgoto se dá por fossa séptica somente na zona urbana; na zona rural a população ainda não tem o hábito de construir banheiros e fossas, fazendo as necessidades fisiológicas a céu aberto e muitas vezes perto de encostas de rio, o que aumenta o número de parasitoses intestinais (TAB. 3).

**Tabela 3 - Esgoto (tipo, % de cobertura populacional)**

<b>Fossa</b>	<b>Céu Aberto</b>
39,64%	60,35%

Fonte: SIAB, 2010

A população do município é 79% de zona rural e a coleta de lixo só ocorre na zona urbana, o que prejudica o destino final do lixo (TAB. 4).

**Tabela 4 - Lixo (coleta e destino final)**

<b>Coleta Pública</b>	<b>Céu Aberto</b>	<b>Queimado</b>
18,40%	40,40	41,20%

Fonte: SIAB, 2010

Apenas 0,01% da população possui plano de saúde no município.

Não há transporte público no interior do município. Há, apenas, uma linha de ônibus de Bonito de Minas a Januária, duas vezes ao dia. A população do município se locomove por meio do uso compartilhado do transporte escolar e carros particulares.

Existem algumas áreas de lazer na sede do município: 01 ginásio, 01 quadra poliesportiva, 01 campo de futebol em terra batida, 01 praça central. Já nas comunidades rurais, existem apenas campos de futebol em terra batida.

Quanto a áreas de risco ambiental, há um lixão em terreno adjacente na sede do município.

O Município possui um total de 41 escolas, sendo elas estaduais e municipais. Quatro escolas possuem o ensino médio, sendo todas da rede estadual e, 36 escolas que são do município, ofertam o pré escolar e o ensino fundamental. Com isso, só 02 das 33 escolas possuem o ensino fundamental completo que é do 1º ao 9º ano. Ainda existe uma taxa considerável de evasão escolar (24,73%). Isso ocorre devido à distância do domicílio em relação à escola e à falta de transporte escolar adequado.

O Município possui 34 Associações e 02 sindicatos sendo 01 rural e outro dos servidores municipais.

A estrutura etária do município mostra uma população bem jovem em relação à população adulta e idosa, de acordo com as tabelas de faixa etária e gênero (M: masculino e F: feminino; G: global de cada ESF - (TAB. 5).

**Tabela 5 – População de Bonito de Minas dividida por faixa etária e gênero, 2010**

FAIXA ETÁRIA	VERDE		VERMELHO		AMARELO		AZUL		TOTAL			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	G	
Crianças	< 1 mês	07	01	02	04	02	05	2	7	13	17	30
	1 a 11 meses	26	15	11	10	28	13	13	12	78	50	128
	1 a 4 anos	86	83	58	62	90	87	75	65	309	297	606
	5 a 9 anos	110	127	84	111	119	139	114	117	427	494	921
	<b>Sub-total</b>	<b>229</b>	<b>226</b>	<b>155</b>	<b>187</b>	<b>239</b>	<b>244</b>	<b>204</b>	<b>201</b>	<b>827</b>	<b>858</b>	<b>1685</b>
Adolescente	10 a 14 anos	131	148	103	111	192	136	127	115	553	510	1063
	15 a 19 anos	105	132	102	125	124	124	121	94	452	475	927
	<b>Sub-total</b>	<b>236</b>	<b>280</b>	<b>195</b>	<b>226</b>	<b>316</b>	<b>260</b>	<b>248</b>	<b>209</b>	<b>995</b>	<b>975</b>	<b>1970</b>
Adulto	20 a 24 anos	96	111	75	77	85	90	79	81	335	359	694
	25ª 29 anos	92	106	68	63	73	63	50	55	283	287	570
	30 a 34 anos	79	101	42	66	57	54	56	38	234	259	493
	35 a 39 anos	76	71	110	69	58	61	36	45	280	246	526
	40 a 44 anos	65	62	37	72	56	42	38	45	196	221	417
	45 a 49 anos	60	55	55	53	50	32	46	38	211	178	389
	50 a 54 anos	38	44	57	41	47	39	35	44	177	168	345
	55 a 59 anos	37	41	43	39	32	48	49	40	161	168	329
	<b>Sub-total</b>	<b>523</b>	<b>591</b>	<b>394</b>	<b>474</b>	<b>458</b>	<b>429</b>	<b>389</b>	<b>386</b>	<b>1764</b>	<b>1880</b>	<b>3644</b>
Idoso	60 a 64 anos	36	50	40	45	18	23	32	24	126	142	268
	65 a 69 anos	28	25	41	47	29	34	16	20	114	126	240
	70 a 74 anos	23	34	43	20	22	24	14	15	102	93	195
	75 a 79 anos	10	26	27	37	07	18	10	14	54	95	149
	80 anos	18	22	32	23	08	23	12	19	70	87	157
	<b>Sub-total</b>	<b>115</b>	<b>157</b>	<b>179</b>	<b>178</b>	<b>84</b>	<b>122</b>	<b>84</b>	<b>92</b>	<b>462</b>	<b>549</b>	<b>1011</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1103</b>	<b>1254</b>	<b>923</b>	<b>1065</b>	<b>1097</b>	<b>1055</b>	<b>925</b>	<b>888</b>	<b>4048</b>	<b>4120</b>	<b>8310</b>	

FONTE: Diagnóstico Local de Bonito de Minas, ESF Verde, Vermelha, Amarela e Azul

### 5.1.2 Perfil Socioeconômico

As principais atividades econômicas são a agricultura/pecuária familiar, comércio, serviço público e trabalho informal. Há um grande número de famílias que tem como única fonte de renda o bolsa família distribuído pelo governo federal, sendo a classificação de risco familiar o critério para a identificação de famílias carentes.

O município apresenta um grande percentual de chefes de família analfabetos segundo o diagnóstico local e fichas A do SIAB (TAB. 6).

**Tabela 6 – Quantidade de chefes de família analfabetos, em Bonito de Minas, 2010**

<b>CHEFE ANALFABETO</b>	<b>ESF VERDE</b>	<b>ESF VERMELHO</b>	<b>ESF AMARELO</b>	<b>ESF AZUL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nº</b>	153	234	227	195	809

FONTE: Diagnóstico Local de Bonito de Minas, ESF Verde, Vermelha, Amarela e Azul

A classificação das famílias por grau de risco e por renda per capita são indicadores das condições de vida e de saúde que possibilitam programar as ações de saúde (TAB. 7 e 8).

**Tabela 7 – Classificação de risco das famílias, por ESF em Bonito de Minas, 2010**

<b>RISCO</b>	<b>ESF VERDE</b>	<b>ESF VERMELHO</b>	<b>ESF AMARELO</b>	<b>ESF AZUL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>RISCO ALTO</b>	11	24	83	22	<b>140</b>
<b>RISCO BAIXO</b>	184	156	88	106	<b>534</b>
<b>RISCO MÉDIO</b>	154	367	268	308	<b>1097</b>
<b>SEM RISCO</b>	270	17	15	128	<b>430</b>
<b>Total</b>	619	564	454	564	<b>2201</b>

FONTE: Diagnóstico Local de Bonito de Minas, ESF Verde, Vermelha, Amarela e Azul

**Tabela 8 – Renda per capita < R\$60,00 das famílias, por ESF em Bonito de Minas, 2010**

<b>RENDA PER CAPTA</b>	<b>ESF VERDE</b>	<b>ESF VERMELHO</b>	<b>ESF AMARELO</b>	<b>ESF AZUL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nº</b>	2	187	237	189	615

FONTE: Diagnóstico Local de Bonito de Minas, ESF Verde, Vermelha, Amarela e Azul

### 5.1.3 Perfil Epidemiológico

Pode-se notar um grande aumento no número de mortalidade infantil no período analisado. Este aumento significativo pode ser devido a melhor qualidade do sistema de informação que vem se adequando às normas exigidas (TAB. 9).

**Tabela 9 – Óbito fetal e infantil de menor de 1 ano em Bonito de Minas: 2005-2009**

<b>ANO DO ÓBITO</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Total</b>
<b>Nº</b>	1	1	2	2	7	13

Fonte: DATASUS/SIM

Pode-se observar que existe um pequeno aumento no número de óbitos (TAB. 10). Sabe-se que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, é essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal

**Tabela 10 - Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil em Bonito de Minas: 2004- 2009**

<b>ANO DO ÓBITO</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Total</b>
<b>Nº</b>	2	2	5	5	3	4	21

Observa-se que a taxa de natalidade do período analisado em Bonito de Minas reduziu, seguindo as tendências nacionais. Provavelmente em decorrência dos trabalhos realizados na área de educação em saúde (TAB 11).

**Tabela 11 - Número total de nascimentos em Bonito de Minas: 1999 a 2007**

<b>Gênero</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Masculino</b>	87	71	87	75	71
<b>Feminino</b>	83	78	73	70	73
<b>Total</b>	170	149	160	145	144

Fonte: DATASUS/SINASC

O período analisado aponta uma redução no número de internações por condições sensíveis, principalmente nas doenças respiratórias, mesmo assim, a pneumonia continua sendo a principal causa de internação, seguida pela insuficiência cardíaca, e logo depois asma (TAB. 12).

**Tabela 12 - Número de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, segundo o município de residência: 2003-2007**

<b>PATOLOGIA</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
<b>Pneumonia</b>	23	38	14	19	11	105
<b>Insuficiência cardíaca</b>	7	6	15	8	6	42
<b>Transtornos mentais</b>	2	6	5	2	1	16
<b>DPOC</b>	4	9	1	1	0	15
<b>Asma</b>	3	8	7	4	1	23
<b>Infecção renal</b>	0	0	0	0	2	02
<b>Hipertensão,</b>	3	1	3	1	2	10
<b>Desidratação</b>	1	1	1	2	0	05

Fonte: DATASUS/SIH

Em relação a saúde bucal, o município de Bonito de Minas possui um CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) médio de 9,84 aos 12 anos de idade e um CEO-d (dentes decíduos cariados, com extração indicada ou obturados) de 6,8 aos 5 anos, demonstrando uma alta prevalência da doença cárie em relação aos parâmetros do estado.

No ano de 2010, já foram realizadas 1486 primeiras consultas odontológicas (15,51%). Foram distribuídos *kits* de escova e dentífrício apenas para escolares do introdutório ao 5º ano e para algumas famílias de alto risco do sorriso no campo, perfazendo um total de 1542 escovas e 1028 dentífrícios, foram feitos 1741 procedimentos coletivos.

A classificação de risco ainda está em andamento, realizou-se a classificação de risco por fatores socioeconômicos familiar e a previsão é de que no ano de 2011 se faça a classificação de risco individual (TAB. 13).

**Tabela 13 - Risco socioeconômico familiar por Equipe de Saúde da Família: 2010**

<b>RISCO</b>	<b>ESF VERDE</b>	<b>ESF VERMELHA</b>	<b>ESF AMARELA</b>	<b>ESF AZUL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Sem Risco</b>	398	22	33	128	581
<b>Risco Baixo</b>	184	208	132	127	651
<b>Risco Médio</b>	37	266	214	237	754
<b>Risco Alto</b>	-	68	75	72	215
<b>TOTAL</b>	619	564	454	564	2201

FONTE: Diagnóstico Local ESF Verde, Vermelha, Amarela e Azul

#### 5.1.4 Perfil do Sistema de Saúde

##### Orçamento Anual

O financiamento em saúde tem contado com recursos federais, estaduais e municipais. Os repasses de recursos federais e estaduais são realizados fundo a fundo. No período de 2005 a 2008, o financiamento do serviço de saúde de Bonito de Minas aconteceu conforme a tabela 14.

**Tabela 14 – Relatório de gestão - Receita – FMS**

<b>FONTE</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Municipal</b>	861.439,22	972.311,42	1.049.238,47
<b>Estadual</b>	25.226,76	36.043,16	-
<b>Federal</b>	439.591,79	529.506,41	703.144,94

Fonte: SIOPS e Fundo a Fundo

A maior fonte de recursos, como pode ser observada na tabela acima, é municipal. O Município recebe mensalmente uma média de R\$66.434,00 de recursos de transferências do SUS para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), com respectiva demonstração anual na tabela 15.

**Tabela 15 – Percentual de aplicação de impostos municipais em saúde**

<b>Dados e indicadores financeiros</b>						
<b>Ano</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)</b>	1,7	13,6	16,5	17,2	15,24	16,69

Fonte: SIOPS

O Município de Bonito de Minas possui uma população com menos de 10 000 habitantes e observa-se uma contradição entre a autonomia política e a dependência financeira em

relação às transferências federais, pois, sem capacidade fiscal, não consegue assumir as políticas de base local, ficando assim dependente dos recursos financeiros.

Em Bonito de Minas, o gestor da saúde não tem acesso ao Fundo Municipal de Saúde. Os recursos são repassados pelo setor financeiro da prefeitura. Mas pode-se perceber que houve um aumento na alocação de recursos, segundo informações obtidas na área sobre financiamento (TAB. 16).

**Tabela 16 – Demonstração anual de recursos do município de Bonito de Minas**

<b>PROGRAMA</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Medicamentos dos grupos de hipertensão e diabetes	10.038,99	-	-
Programa de Assistência Farmacêutica Básica	17.290,00	33.040,93	36.026,76
PAB fixo	121.852,50	135.071,25	149.146,94
Agentes Comunitários de Saúde	111.022,00	130.662,00	142.632,00
Saúde da Família	186.300,00	201.600,00	241.200,00
Saúde Bucal	29.950,00	33.700,00	26.850,00
Vigilância em Saúde	22.413,90	22.472,16	22.582,78
Vigilância Sanitária	5.220,39	8.722,51	7.200,00

Fonte: FUNDO A FUNDO

A emenda Constitucional 29 vem estabelecer aplicação mínima de recursos resultantes de impostos estaduais e municipais, aumentando, progressivamente, chegando a 15% de aplicação dos impostos municipais em saúde.

O município de Bonito de Minas, embora nos anos iniciais não tenha cumprido o estabelecido na EC 29, vem aumentando a cada ano o percentual aplicado em saúde.

## **5.2 Implantação do PSF**

O Modelo Assistencial atual foi implantado em 2005, sendo de caráter predominantemente público, e tem como porta de entrada as Equipes de Saúde da Família (ESF), mais especificamente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com foco voltado para ações em vigilância em saúde. As atividades desenvolvidas priorizam ações de prevenção e promoção à saúde embasadas na Atenção Básica.

O percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família é de 100%. A população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é de 8310. No município existem atualmente quatro equipes de Saúde da Família: ESF Verde, Vermelha, Amarela e Azul. Esta última está aguardando confirmação de implantação. A cobertura é distribuída da seguinte forma:

- ESF Verde (implantação em 2005) – Cobre 619 famílias, perfazendo 2362 pessoas, com cobertura percentual de 28,4%. Esta ESF possui Equipe de Saúde Bucal modalidade tipo II. A Equipe está completa, possui: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 05 agentes comunitários de saúde, 01 cirurgião dentista, 01 técnico de higiene dental e 01 auxiliar de consultório dentário,
- ESF Vermelho (implantação em 2009) – Cobre 564 famílias, perfazendo 1988 pessoas, com cobertura percentual de 23,9%. A Equipe está completa, possui: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde. Equipe de Saúde Bucal em fase de implantação.

- ESF Amarelo (implantação em 2005) – Cobre 454 famílias, perfazendo 2152 pessoas, com cobertura percentual de 25,9%. Esta ESF possui Equipe de Saúde Bucal modalidade tipo I. A Equipe está completa, possui: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde, 01 cirurgião dentista e 01 auxiliar de consultório dentário. A Equipe de Saúde Bucal foi implantada em 2010.
- ESF Azul (aguardando implantação) – Cobre 564 famílias, perfazendo 1813 pessoas, com cobertura percentual de 21,81%. A equipe ainda não está completa, pois não possui o médico. Fazem parte da equipe: 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde.

As atividades são desenvolvidas no período de 07 às 17 horas, de segunda a sexta-feira, perfazendo 40 horas semanais para toda a equipe.

### **5.3 Rede Física Instalada**

Por meio de um levantamento da situação atual do município pôde-se perceber que o município possui três Unidades de Apoio Primário a Saúde, UAPS, duas localizadas na sede do município, que atendem três Equipes de Saúde da Família - ESF (Verde, Amarela e Vermelha), uma na zona rural, na comunidade do Gibão e ainda possui um ponto de apoio na localidade de Lagoa Bonita que abrange a Equipe de Saúde da Família Azul. Todas ainda estão cadastradas sob o mesmo número de CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Existe ainda uma UAPS na sede do município que está em fase de construção e atenderá a ESF Verde.

As UAPS encontram-se em boas condições em relação a estrutura física, a instrumentais, a mobiliário e equipamentos, tendo sido construídas recentemente com recursos do “SAÚDE EM CASA” (2008 e 2009), no entanto, não estão em acordo com a Resolução SES nº 1797 de 13 de março de 2009.

Outro fato importante é que as UAPS da sede estão localizadas no mesmo endereço, sendo assim as ações em saúde são centralizadas: no prédio 1, funcionam o consultório odontológico, ECG, Ultrassom, Imunização e Secretaria de Saúde, no prédio 2 funcionam a triagem de Manchester, os atendimentos médicos, atendimento de enfermagem de duas ESF, sala de observação, sala de curativos, reuniões para as três ESF. Na verdade são

duas UAPS tipo I que funcionam como uma UAPS tipo III, abrangendo 3 ESF. O ponto de apoio da localidade de Lagoa Bonita foi construído com recursos próprios, porém sem as especificações adequadas de uma Unidade de Saúde.

- UBS Santa Alves Monteiro - UAPS TIPO I – Unidade Própria construída com dinheiro do SAÚDE EM CASA em 2007 – . Funcionamento de segunda-feira a segunda-feira 24 horas. A UBS Santa Alves Monteiro conta com uma recepção, dois banheiros para os usuários, uma sala para guarda e distribuição de medicamentos, um consultório médico ginecológico, um consultório de enfermagem com sanitário anexo/sala de ECG (Tele Minas Saúde), sala de curativos, sala de enfermagem-triagem (Urgência e Emergência), sala de cuidados básicos-enfermaria, sala de reuniões/educação continuada (Canal Minas Saúde), consultório de enfermagem, uma sala para descontaminação e esterilização de materiais, banheiros para funcionários masculino e feminino.
  
- Centro de Saúde Parteira Silvina Evangelista Ribeiro - Unidade Própria construída com recurso próprio em 2007 – que serve de apoio a Unidade Santa Alves Monteiro, onde se encontra em funcionamento a Secretaria Municipal de Saúde com funcionamento de segunda-feira à sexta-feira das 08:00 às 11:00 horas e 13:00 às 17:00 horas. O Centro de Saúde conta com uma recepção, dois banheiros para os usuários, um consultório médico ginecológico, um consultório de enfermagem com sanitário anexo/sala de Ultrassonografia, sala de curativos, sala de enfermagem-triagem (Urgência e Emergência), sala de cuidados básicos-enfermaria, sala de reuniões/educação continuada (Canal Minas Saúde), consultório de enfermagem, copa, uma sala para descontaminação e esterilização de materiais, DML (Depósito de Material de Limpeza), banheiros para funcionários masculino e feminino, um consultório Odontológico Modalidade II.
  
- Ponto de Apoio em Lagoa Bonita – Unidade construída com recursos próprios – Apoio para o PSF Amarelo. Funcionamento por meio do cronograma do PSF Amarelo; quando há atendimentos na comunidade.
  
- UBS do Gibão – Unidade construída com recursos do Estado no ano de 2009 - UAPS TIPO I - funcionamento de 40 horas semanais. Conta com uma recepção, dois banheiros para os usuários, uma sala para guarda e distribuição de

medicamentos, um consultório médico, um consultório de enfermagem com sanitário anexo/sala, sala de curativos, sala de cuidados básicos-enfermaria, um consultório Odontológico, uma sala para descontaminação e esterilização de materiais, DML, banheiros para funcionários masculino e feminino. Todas as Unidades se encontram em bom estado de conservação;

- UAPS Vila Amélia - Recentemente o município foi contemplado com mais uma Unidade Básica de Saúde tipo II que será construída na Vila Amélia, além do Programa Farmácia de Minas que será implantado em 2010.

#### **5.4 Atenção Especializada e Hospitalar**

O município possui dentro do seu território um especialista em psiquiatria que atende 50 consultas por mês.

O município faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde, onde são atendidos as consultas especializadas (TAB.17 e 18). O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco (CISAMSF) fundado em 1996 agregando 10 municípios: Bonito de Minas, Itacarambi, Januária, Pedras de Maria da Cruz, Juvenília e Cônego Marinho. O CISAMSF passou a organizar seus serviços para um instrumento valioso de cooperação entre os municípios visando salvaguardar interesses comuns nesta Microrregião, melhorando o suporte em saúde de município.

As outras demandas não atendidas pelo consórcio são encaminhadas para:

- Hospital Municipal de Januária: urgência e emergência, parto.
- Centro Viva Vida (pediatria, gestantes de alto risco e alterações malignas do preventivo do câncer de colo uterino, mamografias) pertencente à Microrregião de Januária
- Hospital Municipal de Brasília de Minas: Hemodiálises, Ortopedia, Angiologia, Otorrinolaringologia, Nefrologia, Cirurgia Geral,

- Hospital Municipal de Coração de Jesus: Urologia, Pediatria Cirúrgica, Cardiologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, Mastologia
- Hospital Municipal de São João da Ponte: Cirurgia Geral, Laqueadura e Vasectomia, Ginecologia, Cardiologia, Otorrinolaringologia,
- Hospital Municipal de Mirabela: Cirurgia Geral, Laqueadura e Vasectomia,
- Hospitais de clínicas de Montes Claros (Santa Casa, Aroldo Tourinho, Dilson Goldinho, Hospital Universitário, Alpheu de Quadros): Cirurgia Geral e Pediatria Cirúrgica, Maternidade de alto risco.

**Tabela 17 - Consolidado dos nº de especialidades e atendimentos realizados pelo  
Consórcio no ano de 2009**

<b>Especialidade</b>	<b>Nº de atendimento em 2009</b>
Consulta de Ortopedia	156
Consulta de Cardiologia	72
Consulta de Otorrino	144
Consulta de Neurologia	144
Holter	1
Teste Ergométrico	12
Mapa	0
Ecocardiograma Adulto	33
Ecocardiograma Infantil	11
Scan Vertebral	0
Fibronasolaringoscopia	2
Impedanciometria	2
Imitanciometria	1
Videonasolaringoscopia	12
Audiometria Adulto	20
Audiometria Infantil	0
Eletroencefalograma	60
Endoscopia digestiva	40
<b>Total de atendimentos</b>	<b>710</b>

Fonte: CISAMSF, 2009

**Tabela 18 - Consulta médica em atenção especializada**

<b>Local de Pactuação</b>	<b>Nº de procedimento no ano de 2009</b>
310825 Bonito de Minas	799
310860 Brasília de Minas	201
311880 Coração de Jesus	52
313520 Januária	949
314200 Mirabela	273
314330 Montes Claros	862
316240 São João da Ponte	240

FONTE: Programação Pactuada e Integrada/Tabela Unificada

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi a última parceria realizada no município, juntamente com os municípios de Itacarambi e Cônego Marinho. Desde 2008 este projeto amplia as ações da atenção básica, sua resolubilidade, apóia a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. O NASF que é composto por: 02 fisioterapeutas, 01 fonoaudiólogo, 01 psicólogo e 01 farmacêutica, 01 educador físico; que atuam uma semana por mês, já que o NASF é uma associação de dois municípios: Cônego Marinho e Itacarambi.

### **5.5 Assistência de Urgência e Emergência**

Recentemente foi implantado nas UBS Santa Alves Monteiro o sistema de triagem de Manchester, facilitando o acesso do usuário ao serviço de saúde e possibilitando maior fluidez do serviço. Onde se dispõe de enfermeiros triadores, que fazem a classificação por escalas de plantão. O atendimento é confiável, ágil e humanizado, proporcionando a população um adequado atendimento por sua classificação de risco. Com a triagem foi possível contabilizar a quantidade de consultas de urgência e emergência perfazendo um total de 1308 atendimentos, 9% das consultas médicas anuais.

O município de Bonito de Minas foi contemplado com uma base do SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência que é responsável pela regulação dos atendimentos de Urgência, pelo Atendimento Móvel de Urgência do município e pelas transferências de pacientes graves; tendo o Hospital Municipal de Januária como referência. A Base do SAMU é em uma casa alugada, adaptada ao seu funcionamento; a sua unidade móvel é básica. O atendimento é feito pela Central de Regulação Médica de Urgência do SAMU-192 situada no município de Montes Claros, onde estabelece a conexão com toda a rede de saúde na macro-região de abrangência através de telefonia.

## **5.6 Sistema de Apoio e Logístico**

Os serviços de referência para Atenção Primária a Saúde definidos no plano diretor regional para o município são:

- Centro de Imagens médicas em Brasília de Minas.
- Hospital Municipal de Saúde de Januária.
- O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco (CISAMSF).

Em relação ao número de hemogramas realizados no município, foram realizados aproximadamente 1008 exames, abaixo do esperado (sendo que em 20% das consultas médicas básicas realizadas devem ser solicitados exames complementares). O que ocorre é que o município não possui laboratório municipal e os exames pactuados junto ao município de referência não estão sendo realizados. Sendo assim, o município firmou um convênio com um laboratório particular para exames laboratoriais das gestantes, crianças e riscos cirúrgicos.

O município utiliza a relação de medicamentos da Farmácia Básica do Estado de Minas Gerais e faz compra de alguns medicamentos fora da tabela. Os usuários portadores de doenças crônicas recebem os medicamentos mensalmente.

Em relação aos encaminhamentos para internações para cirurgias eletivas e exames de alto custo, o regulamento é feito no próprio município. No entanto, para encaminhamentos de urgência é dependente da referência, que no caso é o Hospital Municipal de Januária.

O tempo médio de espera entre a solicitação e a realização de consultas especializadas, de exames e internações é bem variado, depende da complexidade do procedimento e clínica:

em algumas o prazo varia em torno de quinze dias, enquanto, por exemplo, para as especialidades infantis, demoram em torno de 6 meses.

Outra parceria que o município de Bonito de Minas participa é o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Manga (CISMMA): Sistema de Transporte Sanitário Intermunicipal existente desde março de 2008, visando garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde melhores condições no deslocamento para a realização de exames, consultas especializadas e demais atendimentos em Saúde. A frequência é de duas vezes por semana (segunda e quarta-feira) e sai do município de Bonito de Minas e vai para o Município de Montes Claros.

A frota de veículos municipais do setor de saúde é:

- 02 Ambulâncias : Ducato/ e Doblô/Fiat
- 02 Fiat Uno: Saúde em casa e SMS
- 01 Rural/Toyota: transporte de profissionais de saúde e usuários
- 01 L200/Mitsubishi: transporte de profissionais
- 01 Kombi/Volkswagem: transporte de profissionais de saúde e usuários

A falta de organização do processo de trabalho na saúde é uma dos maiores problemas encontrados no dia a dia das unidades para a realização adequada dos serviços prestados a população. Diante de tanto investimento, encontra-se ainda em grande parte das ESFs trabalhos ineficazes, que fogem totalmente aos princípios básicos do SUS.

Várias cidades, principalmente municípios menores, com baixíssimo IDH, onde a maioria da população depende dos serviços públicos de saúde, mantidos pelos recursos transferidos pelo MS, sofrem com a desorganização nas UBS.

Já é comprovado e notado, na prática, que a maioria das famílias com baixo nível socioeconômico, principalmente com renda e grau de estudo baixos, sofrem mais de doenças, principalmente as relacionadas ao estilo de vida, como a cárie dentária. Essa, além de ser uma das doenças mais comum aos seres humanos, ainda é culturalmente interpretada como normal para a população mais carente, ou seja, elas não se importam de ter a doença ou de possuir ausências dentárias como conseqüência do seu acometimento.

Diante de tantos fatores que influenciam na desorganização do sistema de saúde dos municípios, planejar passa a ser, então, um meio real para reverter esta situação. O planejamento faz parte do processo de trabalho das ESF, mas é pouco utilizado na maioria das UBS, grande parte delas não o possui e, quando há um planejamento, em geral, as normas recomendadas no mesmo não são seguidas.

O autor do presente estudo está de acordo com CAMPOS et al. (2010) que afirmaram que planejar passa a ser um processo permanente para se garantir direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando-se sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar.

Mas, não basta apenas planejar, além de se planejar com bastante critério, deve-se colocar o planejamento em prática e realizar o acompanhamento constante para que se consiga um grau satisfatório de organização e eficácia. Conhecer o território minuciosamente passa a ser um instrumento de suma importância para a realização de um planejamento adequado às reais necessidades do município, evitando assim, o fracasso na execução dos trabalhos.

Devido à impossibilidade do atendimento individual de toda a população do município por causa da grande demanda, fica quase que obrigatório a produção de protocolos, os quais garantem uniformidade no atendimento odontológico programado. Para isso, devem-se definir critérios de classificação de risco familiar e individual, para a seleção de usuários de acordo com maior necessidade ao tratamento imediato, conforme o princípio da equidade.

De acordo com o trabalho realizado, pôde-se propor um protocolo de atendimento clínico odontológico humanizado e baseado na classificação de risco socioeconômico para priorização do agendamento. As famílias enquadradas como maior risco serão agendadas para o tratamento, estimulando-se uma menor procura para o atendimento a demanda espontânea.

Consequentemente, disponibilizando-se um tempo maior, para a atenção dos membros das famílias com maior risco socioeconômico, tratamentos mais complexos serão evitados e, muitas complicações futuras serão prevenidas, diminuindo-se, consideravelmente, custos muito maiores para o sistema público de saúde.

A classificação de risco socioeconômico das famílias do município foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais estão no cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município, levando-se em consideração 3 critérios básicos:

- renda per capita familiar menor que 60 Reais;
- chefe da família analfabeto;
- ausência de água tratada com flúor no domicílio, pela companhia responsável.

Desta forma, as famílias foram classificadas em:

- sem risco (não apresenta nenhum dos critérios)
- baixo risco (apresenta 1 dos critérios)
- médio risco (apresenta 2 dos critérios)
- alto risco (apresenta os 3 critérios).

Por meio dessa classificação serão agendados os usuários das famílias enquadradas no grupo prioritário para avaliação da necessidade de tratamento e, com isso, encaminhados para o tratamento em atenção básica odontológica. Após a conclusão do tratamento na atenção primária, serão liberados e marcados para a revisão semestral.

## 6. Conclusões

Baseado no estudo realizado:

- elaborou-se um protocolo clínico simplificado para organizar a demanda do atendimento odontológico dos pacientes do município de Bonito de Minas, por meio da disponibilização de maior tempo para a atenção dos membros das famílias com maior risco socioeconômico;
- estabeleceram-se critérios para priorizar o atendimento odontológico de acordo com a classificação de risco socioeconômico familiar: valor da renda per capita inferior a 60 Reais, analfabetismo do chefe de família e ausência de água tratada com Flúor no domicílio ;
- deve-se priorizar a busca ativa, dos pacientes com grande necessidade de tratamento, inicialmente, dentro das famílias que apresentarem alto risco socioeconômico, para maior eficácia no atendimento de saúde bucal e para reduzir gastos desnecessários do sistema público de saúde.

## Referências

ANNES, F. T. M. et al. *Reorganização da demanda para atendimento odontológico em Amparo-SP: o desafio de garantir o acesso equânime às ações de saúde bucal*. Revista Odonto, v. 19, n. 37, p. 117-123, Piracicaba, 2011. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/O1/article/viewFile/2414/2366>.

Acesso em 03-2011

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cartilha da Política Nacional de Humanização: acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Série B. Textos básicos de saúde. 2. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano de reorganização a saúde bucal na atenção básica*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2001. Disponível em: < [www.ccs.ufpb.br/polo/bbvirtual/planosaudebucal.doc](http://www.ccs.ufpb.br/polo/bbvirtual/planosaudebucal.doc) >. Acesso em 03-2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Bucal - Cadernos de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção. Editora MS, n.17. Brasília, 2006.

BRUM, S. C.; SILVA, D. C.; SILVEIRA, R. G. *Influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças*. RMAB, v.52, n.1, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <[http://www.dirsa.aer.mil.br/revistas/2002/01\\_02.pdf](http://www.dirsa.aer.mil.br/revistas/2002/01_02.pdf)>. Acessado em 03-2011.

CARVALHO, D.Q. et al. *A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família*. RESP, v. 18, n. 1, Rio Grande do Sul, 2004.

CHAVES, M.M. apud NARVAI, P.C. *Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade*. RSP, São Paulo 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL apud PALU, A.P.N. *A Inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná*. 2004 . Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2004.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. *Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos*. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Belo Horizonte: Coopmed, p.96, 2009.

DE MELLO, M. B.; DE OLIVEIRA, L. A.; SANTOS, M. C. A.; MARQUES, O. R. AI.; SANTOS, A. P. S. *O processo do trabalho e o protocolo na atenção odontológica*. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2010/11/capitulodelivro.pdf>> Acesso em: 07-2011.

DUTRA, A.C.M. et al. *O levantamento de necessidades em saúde bucal e a organização da atenção para crianças de zero a seis anos de 166 creches de Belo Horizonte*. SMSA/BH, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: [www.pbh.gov.br/.../saudebucal/inqueritodenecessidadesem166cr echesdebh.pdf](http://www.pbh.gov.br/.../saudebucal/inqueritodenecessidadesem166cr echesdebh.pdf). Acesso em: 07-2011.

EKSTRAND, K.R., QVIST, U.; THYLSTRUP apud OLIVEIRA, A.G.R.C. et al. *Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde*. Rev. Bras. Epidemiol. v. 1, n. 2, 1998.

FARIA, H. P. et al. *Modelo assistencial e atenção básica à saúde*. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, p. 68, 2010.

FARIA, H. P. et al. *Processo de trabalho em saúde*. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, p. 68, 2009.

HECKSHER et al. *Análise da confiabilidade do exame visual na detecção da cárie dental em população com elevada prevalência da doença*. RO UNESP, v. 36, n. 1, p.23-28, 2007.

TERRERI, A.L.M., SOLER, Z.A.S.G. *Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos*. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. *Linha Guia - Atenção em saúde bucal*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

Organização Pan-americana da Saúde – OPAS/OMS. *Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica*. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília, v. 11, 2006.

PALMIER, A.C. et al. *Saúde bucal no contexto da atenção básica à saúde*. Saúde do adulto. NESCON/UFMG. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

PENNING, C.; VAN AMEROGEN, J.P., SEEF, R.E., TEN CATE, J.M. apud Oliveira, A. G. R. Oliveira, A. G. R. C. et al. *Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde*. Rev. Bras. Epidemiol, v. 1, n. 2, 1998.

PEREIRA A.C. apud NICKEL, D.A. et al. *Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

SILVEIRA FILHO, A.D.A. 2002. apud PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. *Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares*. Ciência & Saúde Coletiva, 2004.

SOARES, E. F.; NOVAIS, T. O.; FREIRE, M. C. M. *Hábitos de higiene bucal e fatores relacionados em adultos de nível socioeconômico baixo*. Disponível: <<http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v38n4a07.pdf>> Acesso em: 04-2011

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. *Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço*. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, p.84, 2009.