

Plano Municipal de Saúde de Bugre 2014 a 2017

Bugre, Março de 2014

Prefeito:

Jordão Viana Teixeira

Secretaria Municipal de Saúde:

Taís Sebastiana Neves Costa

Equipe de Elaboração:

Marcélio Teixeira da Costa -

Regiane Teixeira da Costa – Especialista em Políticas e Gestão de Saúde

Renato Loures Teixeira – Gerente de Atenção Básica

Gilcilene Viana da Costa – Enfermeira de Unidade Básica de Saúde

Marta Gervásio Guerra Teixeira - Especialista em Políticas e Gestão de Saúde

Suzana Ambrósio Pereira Soares Assis Vilete – Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde

Contatos:

Endereço: Praça Antônio Marques N°120

Centro

Bugre - MG

TEL/ FAX: (33) 3355-8057

Email: smsbugre@yahoo.com.br

Missão da SMS

“Garantir, na perspectiva da promoção à saúde, a atenção integral à saúde da população, baseado nos princípios da acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania”



Apresentação

O Plano Municipal de Saúde aqui apresentado é resultante do exercício democrático na formulação das políticas públicas. Atuará como instrumento de trabalho de referência para a gestão da saúde no município de Bugre, no triênio 2014-2017, permitindo a adoção de estratégias de intervenções intersetoriais, capazes de modificar a realidade sanitário-epidemiológica indesejável, ao mesmo tempo envolvendo um maior número de atores na busca da melhoria e qualidade de vida, nos níveis de saúde e no apoio ao desenvolvimento social da população, alvo final de todos os esforços.

Mais do que o cumprimento das exigências formais previstas nas leis 8.080/90 e 8.142/90, o Plano concretiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS. Trata-se de um trabalho conjunto de profissionais, usuários e gestores do SUS, cujo resultado é a interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade.

A operacionalização do Plano se dará mediante programas e projetos, nos quais são definidas ações e atividades específicas culminando em consequências práticas de sua execução.

Por fim, cabe informar que o Plano será revisto a cada ano em conformidade com as necessidades indicadas no monitoramento e avaliação.

Taís Sebastiana Neves Costa
Secretária Municipal de Saúde

OBJETIVOS

Geral

- Garantir o acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, otimizando, readequando e ampliando a sua oferta, integrando recursos na busca da prevenção, tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Específico

- Efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral, tendo como eixo estruturante o Programa Saúde da Família, promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde.
- Coordenar os fluxos e contra-fluxos dos usuários adscritos em cada área de atuação.
- Ampliar o acesso com qualificação e humanização da atenção.
- Redução dos índices de morbimortalidade em nosso município.
- Redução na prevalência e possíveis complicações de doenças crônicas não transmissíveis.
- Melhoria no bem estar geral dos indivíduos, por meio de atividades educativas.

Histórico

O município de Bugre teve sua descoberta através dos posseiros Antônio Marques, Gico Santos e Chico Chumbo, que aqui chegaram no ano de 1909, das cidades de Rio Pomba, Guiricema, Entre Folhas, Patrimônio de Galho e Araponga.

Estes não foram os primeiros habitantes da nossa cidade, pois aqui já residiam tribos indígenas que fugiram, deixando vestígios e que também já foram vistos pelo Senhor Sebastião Pedro Rodrigues pai da Senhora mais idosa existente hoje em nossa cidade e conhecida por todos os moradores: Dona Lina Coelho Rodrigues, nascida em Iapu aos 15 de setembro de 1894.

Segundo as pessoas entrevistadas: os índios fugiram devido às invasões de terras e não deixaram nenhum descendente por aqui. Bugre recebeu esse nome devido à tribo indígena chamada Bugre.

Na época em que Antônio Marques, Gico Santos e Chico Chumbo chegavam aqui, encontraram também residindo nesta localidade umas cinco famílias, dentre elas, dois fazendeiros: Francisco Antunes que habitava na rua que hoje tem o seu nome no local da casa 66, e também João Pedro que habitava próximo a Rua Alcides Costa e o próprio caboclo apelidado Bugre que residia em palhoça na saída para a fazenda do Senhor Gico Santos, hoje dos herdeiros do Senhor Jordão Martins Teixeira, dividindo com as terras herdeiros da família Marques.

Os primeiros moradores foram desmatando as florestas e construindo suas moradias feitas de taipas barreadas, algumas cobertas de telhas, outras de tabuinhas.

A partir de 1910, os fazendeiros doaram uma parte de suas terras para o patrimônio e então outras famílias vieram, formando um pequeno povoado daí, o comércio se desenvolveu rápido suplantando os povoados vizinhos. Antônio Marques estabeleceu com lojas de tecido, bebidas, enlatados e farmácia de manipulação. Sendo que o primeiro farmacêutico era o Senhor Pedro Antunes que residiu por pouco tempo e não deixou descendente.

A partir do momento em que o arraial foi se desenvolvendo, os fazendeiros construíram suas famosas moradias. Eram grandes, com duas salas amplas, vários quartos, duas cozinhas, janelas e portas grandes, açoalhadas e algumas forradas de madeiras, as paredes eram decoradas conforme o uso da época.

Os patrões eram muito autoritários, os empregados submissos, mal assalariados, sem amparo legal.

Nas fazendas trabalhavam as empregadas domésticas, tropeiros, capadeiros, vaqueiros e vários diaristas para o trabalho do campo. Os empregados casados residiam em barracos no patrimônio, os solteiros na casa grande feitas de tábuas, em frente a fazenda, alguns no próprio terreno.

Gentílico: bugrense

Formação Administrativa

Distrito criado com a denominação de Bugre (ex-povoado de São Sebastião do Bugre), pela lei nº 336, de 27-12-1948, subordinado ao município de Iapu.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o distrito de Bugre figura no município de Iapu.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VI-1995.

Elevado à categoria de município com a denominação de Bugre, pela lei estadual nº 12030, de 21-12-1995, desmembrado de Iapu. Sede no antigo distrito de Bugre. Constituído do distrito sede. Instalado em 01-01-1997.

Em divisão territorial datada de 2003, o município é constituído do distrito sede.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

1. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BUGRE

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

PERFIL DEMOGRÁFICO

O município de Bugre está situado no estado de Minas Gerais, na Região Metropolitana do Vale do Aço. Encontra-se a 253 quilômetros da capital Belo Horizonte, 45 quilômetros da cidade de Ipatinga e a 6,1 quilômetros da cidade de Iapu.



O município de Bugre pertence à Macrorregião Leste com Pólo em Governador Valadares/Ipatinga. Sendo o Município de Ipatinga a sede da Microrregião, que é constituída por 14 municípios, sendo estes: Açucena, Belo Oriente, Braúnas, Bugre, Dom Cavati, Iapu, Ipaba, Ipatinga, Joanésia, Mesquita, Naque, Periquito, Santana do Paraíso e São João do Oriente. Pertence a GRS de Coronel Fabriciano que possui 3 Microrregiões (Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo).

Fica a 51,9 Km da Gerência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano e a 92,8 Km do seu Pólo em Governador Valadares.

Os municípios limítrofes de Bugre são: Iapu - 6,1 Km, Belo Oriente - 82,5 Km, Ipaba - 22,6 Km e Caratinga - 58,1 Km.



Principais rodovias que servem de acesso a Belo Horizonte: BR-262, BR-381, BR-458. A área territorial do município é de 162,43 Km².

De acordo com o IBGE, temos uma população estimada de 4.122 habitantes, sendo 1.727 residindo em área urbana e 2.395 habitantes em área rural. Portanto, o percentual de população residente em área rural é de 58,10%. A densidade demográfica é de 22,7 hab./ Km². O eleitorado no município são 3.454 eleitores. Na área urbana temos um relevo predominante de montanhas, mas na zona rural parcialmente é plano. Temos várias nascentes naturais e córregos que circundam a nossa extensão territorial, entre os quais podemos citar: Córrego São Sebastião, Córrego do Bugrinho, Córrego Rio Branco, Córrego Preto. E temos parte do Rio Doce que abrange uma porção do povoado de São Lourenço.

Com relação ainda a extensão territorial temos em quilômetros as seguintes distâncias entre o Centro da cidade e os povoados:

- São José- 8 km;
- Rio Branco - aproximadamente 12 km;
- Livramento- 18 km;
- Boachá- 20 km
- São Lourenço- 23 km;

O município de Bugre apresentou taxa de crescimento estimada de 2006 à 2009 em 3,5%. Esta taxa apresentou-se superestimada, uma vez que o Censo de 2010 demonstrou população inferior (3.992) à estimativa (4.240).

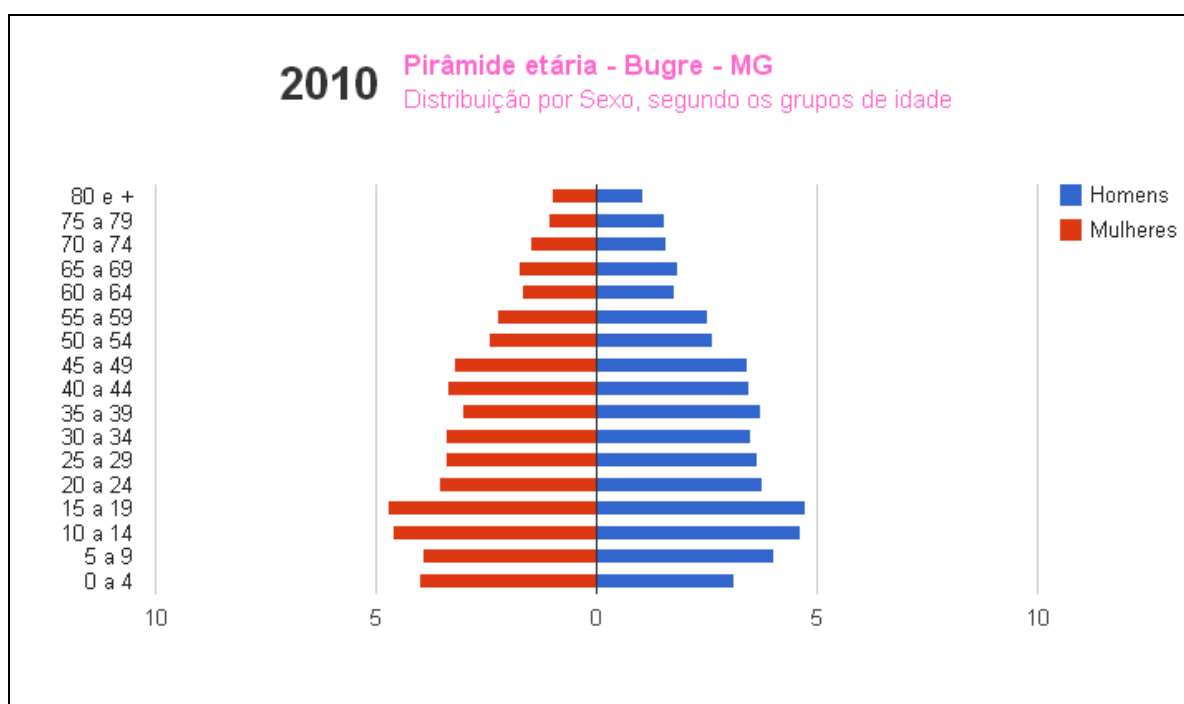
	População	Método
2012	3.999	Estimativa
2011	3.996	Estimativa
2010	3.992	Censo
2009	4.096	Estimativa
2008	4.085	Estimativa
2007	3.655	Estimativa
2006	3.691	Estimativa
2005	3.731	Estimativa
2004	3.805	Estimativa
2003	3.842	Estimativa
2002	3.875	Estimativa
2001	3.899	Estimativa
2000	3.949	Censo
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas		

Quanto à estrutura etária podemos observar que houve um decréscimo da população de forma geral. O quadro a seguir demonstra a distribuição por faixa etária, sexo e ano.

População Residente por Faixa Etária e Sexo				
Faixa etária	Mulheres 2010	Mulheres 2013	Homens 2010	Homens 2013
Menor 1	18	10	18	18
1 a 4	121	100	99	98
5 a 9	176	162	175	110
10 a 14	208	134	176	150
15 a 19	193	141	202	156
20 a 39	603	496	633	472
40 a 49	301	249	296	258
50 a 59	219	185	235	183
Maiores de 60	330	278	344	300
Total	2169	1755	2178	1745

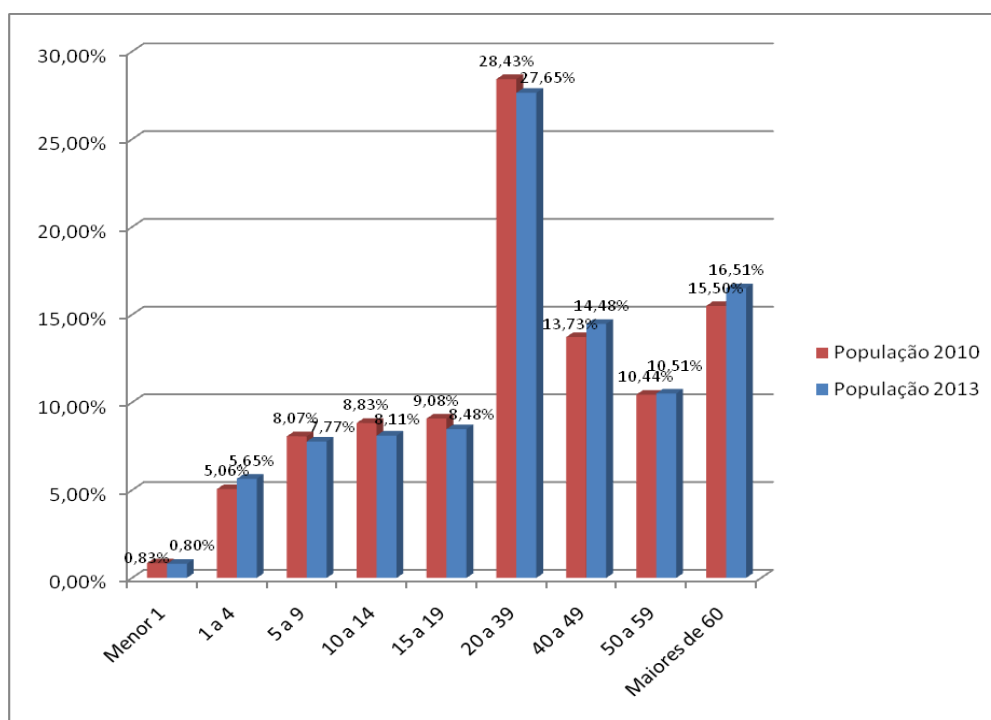
Fonte: DATASUS/ Informações Estatísticas SIAB

Quanto à distribuição da população por faixa etária não se observam discrepância entre os sexos, como podemos observar nos gráfico a seguir.



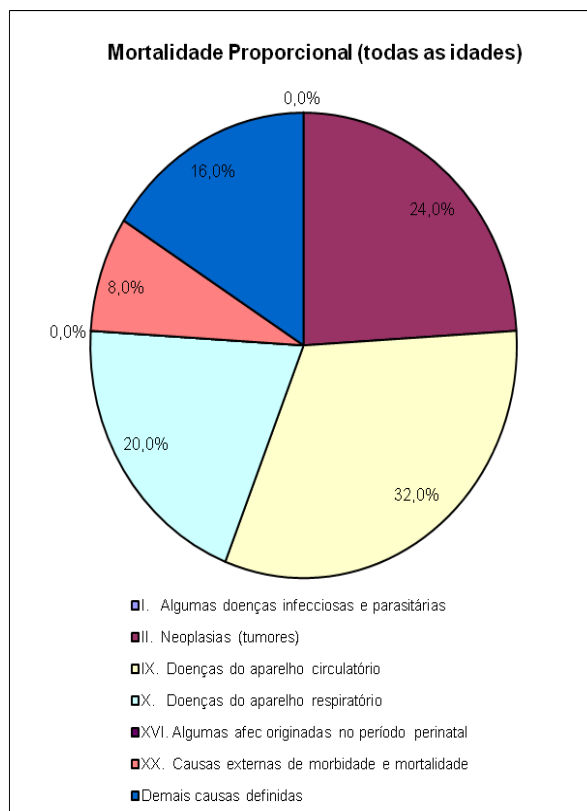
Quanto ao índice de envelhecimento, pudemos observar que houve crescimento da população acima de 60 anos, que era de 15,50% em 2010 e passou para 16,5% em 2013, confirmando uma realidade nacional que demonstra maior expectativa de vida da população devido às melhores condições de vida e acesso à saúde. Em 1991, a esperança de vida ao nascer para o

nosso município era de 66,68 anos, passando para 68,41 anos em 2000 e atingindo 73,01 anos em 2010. A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Bugre, a esperança de vida ao nascer aumentou 6,3 anos nas últimas duas décadas. (ATLAS BRASIL, 2013)



Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10							
Grupo de Causas	0-15	15 a 19	20 a 49	50 a 64	60 e mais	65 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	-	-
II. Neoplasias (tumores)	-	-	25	57,1	7,1	17,6	24
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	25	28,6	35,7	35,3	32
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	35,7	29,4	20
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	-	-	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	25	14,3	-	-	8
Demais causas definidas	-	-	25	-	21,4	17,6	16
Total	-	-	100	100	100	100	100

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.



Em 2010 contávamos com 1305 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), em 2013 esse número foi de 1020 mulheres. A taxa de fecundidade também vem decrescendo nas últimas décadas, em 1991 era de 3,2, em 2000 era 2,4 e em 2010 foi de 2,3.

Coefficiente de Mortalidade para Algumas causas seleccionadas (por 100.000 habitantes)				
Causa do Óbito	2005	2006	2007	2008
Aids	-	-	-	-
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	-	-	-	51,0
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	-	-	-	-
Infarto agudo do miocardio	26,8	-	82,1	49,0
Doenças cerebrovasculares	53,6	27,1	54,7	49,0
Diabetes mellitus	-	27,1	82,1	73,4
Acidentes de transporte	-	-	-	49,0
Agressões	-	-	-	-
Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.				

A mortalidade infantil em Bugre reduziu 44%, passando de 33,7 por mil nascidos vivos em 2000 para 18,6 por mil nascidos vivos em 2010.

Outros Indicadores de Mortalidade	2004	2005	2006	2007	2008
Total de óbitos	21	18	22	30	26
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	5,5	4,8	6,0	8,2	6,4
% óbitos por causas mal definidas	57,1	44,4	18,2	30,0	3,8
Total de óbitos infantis	1	-	1	-	-
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	1	-	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	4,8	-	4,5	-	-
% de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	100,0	-	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	20,4	-	17,5	-	-
* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional					
**considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC					
Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.					

PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

ECONOMIA

Grande parte da nossa população tem como meio de subsistência o setor agropecuário, perfazendo conforme dados do IBGE de 2010, aproximadamente 576 indivíduos.

População Ocupada por Setores Econômicos	
2010	
SETORES	Nº DE PESSOAS
Agropecuário, extração vegetal e pesca.	576
Construção	191
Comércio de Mercadorias	126
Educação	95
Serviços domésticos	68
Indústria	77
Administração Pública, defesa e seguridade social	60
Saúde Humana e Serviços Sociais	48
Trabalhadores na produção para próprio consumo	40
Serviços	22
Transporte, armazenagem e correio	17
Alojamento e alimentação	17
TOTAL	1337
Fonte: Fundação Instituto de Geografia e Estatística - IBGE	

Nos últimos anos, obtivemos uma melhora considerável no nosso produto interno bruto, o que se pode relacionar com as melhorias das condições de vida da população. Em 2010 o PIB per capita era de R\$ 5.594,11. A renda per capita média de Bugre cresceu 192,85% nas últimas duas décadas, passando de R\$115,55 em 1991 para R\$181,64 em 2000 e R\$338,39 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 57,20% no primeiro período e 86,30% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 42,68% em 1991 para 34,06% em 2000 e para 6,59% em 2010.

ANO	AGROPECUÁRIO	INDÚSTRIA	SERVIÇO	TOTAL
1998	1.225	256	1.736	3.217
1999	3.101	925	3.927	7.953
2000	3.747	1.051	4.622	9.420
2001	1.184	1.076	4.711	6.971
2002	1.147	1.308	5.138	7.593

Fontes: Fundação João Pinheiro (FJP)
Centro de Estatística e Informações (CEI)

A agricultura é a grande responsável pela criação de novas frentes de trabalho e rendas no município, sendo predominante o cultivo do tomate, por isso medidas educativas estão sendo implementadas neste setor de modo a reduzir possíveis danos a saúde do trabalhador.

Agropecuária			
Principais Produtos Agrícolas 2003			
Produto	Área colhida (ha)	Produção (t)	Rendimento médio (kg/ha)
Arroz em casca várzea úmido	75	90	1.200,00
Banana (2)	26	390	15.000,00
Cana-de-açúcar	19	246	12.947,37
Café	6	2	333,33
Feijão (1 a.safra)	60	42	700,00
Feijão (2 a.safra)	68	61	897,06
Milho	75	180	2.400,00
Tomate (de mesa)	35	2.170	62.000,00
Coco-da-Bahia	10	120	12.000,00

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
(1) Produção em mil frutos e rendimento em frutos/ha
(2) Produção em mil cachos e rendimento em cachos/ha

Pudemos observar ainda que houve crescimento na produção de bovinos e retração do restante de animais. Medidas educativas estão sendo realizadas junto à Vigilância Sanitária com os produtores de bovinos, uma vez que a comercialização do leite e seus derivados são um dos destinos desta produção.

Pecuária – Principais Efetivos		
ESPECIFICAÇÃO	Nº de Cabeças	
	2003	2006
BOVINOS	3.807	11.526
CAPRINOS	130	-
EQUINOS	138	117
GALINACEOS	7.886	2.000
MUARES	150	44
SUINOS	780	355

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 30,74% em 2000 para 50,88% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 10,70% em 2000 para 6,68% em 2010. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 41,95% trabalhavam no setor agropecuário, 0,27% na indústria extrativa, 5,89% na indústria de transformação, 14,34% no setor de construção, 0,96% nos setores de utilidade pública, 7,16% no comércio e 28,17% no setor de serviços.

Ocupação da população de 18 anos ou mais - Bugre - MG

	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	30,74	50,88
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	10,70	6,68
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	24,29	31,50
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	16,45	36,34
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	8,77	18,44
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	72,98	44,12
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	91,37	91,21

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

PERFIL SOCIAL

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Bugre era de 0,627 em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com

crescimento de 0,237) apresentando uma taxa de 0,511 em 2010 seguida por Renda (0,602) e por Longevidade (0,800).

Ao todo contamos com 1.113 (100%) famílias cadastradas no SIAB, conforme dado atualizado do mês de dezembro de 2013. Destas temos 879 famílias (79%) que fazem o uso de água filtrada, 21 famílias (1,88%) relataram que utilizam o método de cloração, 3 famílias (0,26%) consome água após processo físico de ebulição (fervura da água) e 210 famílias (18,86%) sem qualquer dos métodos de tratamento citados acima.

Em alguns pontos ainda temos lixos em locais indevidos, por falta de conscientização dos moradores, pois já temos coleta seletiva, sendo que 590 (53%) utilizam a coleta pública para a dispensação do lixo, 434 (39%) dos domicílios queimam ou soterram os seus lixos e 89 (8%) relataram que os lixos ficam em céu aberto. Apresentamos também fontes poluidoras do ar, tais como retíficas e algumas borracharias que constituem possíveis focos de doenças.

Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo		
Coleta de lixo	2010	2013
Coletado	47	53
Queimado/Enterrado	43	39
Céu Aberto	10	8
Fonte: DATASUS/SIAB Informações Estatísticas		

Com relação ao abastecimento de água 734 famílias (66%) são favorecidas por meio da rede pública, já 367 (33%) utilizam poços ou nascentes.

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água		
Abastecimento Água	2010	2013
Rede geral	68	66
Poço ou nascente (na propriedade)	32	33
Outra forma	0	1
Fonte: DATASUS/SIAB Informações Estatísticas		

Temos 1.112 (99,9%) casas de tijolo e 01 de madeira (0,1%). Destas 1.107 (99,4%) dos domicílios possuem energia elétrica e 06 (0,6%) não possuem rede de distribuição de energia.

Com relação ao destino dos dejetos humanos, temos que 779 famílias (70%) possuem sistema de tratamento de esgoto, 223 possuem fossa (20%) e 111 à céu aberto (10%).

Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária		
Instalação Sanitária	2010	2013
Rede geral de esgoto ou pluvial	67	70
Fossa	22	20
Céu Aberto	11	10
Fonte: DATASUS/SIAB Informações Estatísticas		

Nem todas as ruas possuem pavimentação, algumas possuem asfalto, outras blocos de concreto e áreas de total ausência de cobertura. Possuímos transporte público para o deslocamento dos estudantes e 02 linhas de transportes particular, ligando o município a Iapu, e outra ligando o município aos povoados.

Ações municipais com relação ao meio ambiente já vem sendo implementadas de forma a identificar e monitorar os fatores de risco ao meio ambiente, mantendo assim condições favoráveis a vida humana e animal, além das condições de preservação do solo e do ar. Minimizando primordialmente os fatores de riscos ambientais e assim preservando a saúde do trabalhador.

Visto que no município de Bugre, as atividades mais voltadas a subsistência é a agropecuária, vale salientar a importância da sensibilização destes trabalhadores, visto que cada indivíduo deve ser pro-ativo nas ações de prevenção de doenças e da reabilitação de possíveis danos intercorrentes já presentes.

Por isso palestras educativas e visitas técnicas já estão sendo realizadas em todo território municipal, enfocando principalmente sobre a necessidade do uso racional e discriminado de pesticidas nas lavouras, preservando assim a saúde do homem e evitando também a contaminação dos solos, das águas e do ar.

Entidades comunitárias existentes

Em nosso município possuímos uma entidade de apoio aos trabalhadores rurais denominada como Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Bugre, este serviço presta apoio e subsídios necessários ao trabalhador rural em todas as suas singularidades, tanto na parte assistencial quanto burocrática, tendo como benfeitor e presidente desta instituição o Sr. Baltazar.

Em 2009 tivemos a implantação de mais um grupo social voltado à prestação de serviços a comunidade, que foi a implantação do CRAS que veio servir de apoio as famílias, incentivando-as a serem co-participantes da vida em comunidade; diversas oficinas foram implantadas e encontram-se em perfeito funcionamento.

Uma recente conquista da área da saúde em consonância com a assistência social foi o aluguel de um novo espaço, onde teremos atividades de promoção à saúde (com atendimento psicológico e nutricional, entre outros) e onde funcionarão diversas oficinas direcionadas aos mais diversos ciclos de vida. Além do grupo de terceira idade e ações do PETI que também estão utilizando a estrutura física.

EDUCAÇÃO

Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária	
Faixa Etária	2000
5 a 9	47,8
10 a 14	96,1
15 a 19	96,1
20 a 49	83,2
50 e +	40,5
Total	73,0
Fonte: IBGE/Censos	

Conforme dados do IBGE, temos um percentual de 73% da população alfabetizada e 27% de analfabetos.

Nossa Escola Estadual Antônio Marques está sob direção de Maria Viana Teixeira Alves, juntamente com uma equipe composta de vinte e um professores em sala de aula, além de outros funcionários no quadro da escola.

Nossa clientela predominante é de classe baixa, alunos moradores urbanos e alunos da zona rural. As famílias lutam muito em busca de uma situação financeira melhor. Vários pais são diaristas, trabalham em hortas e alguns são funcionários públicos e aposentados.

Nosso desafio escolar é muito grande, sabemos que a educação é um processo contínuo e passível de mudanças, partindo desta concepção definimos metas de melhorias e planejamos ações de intervenção pedagógica através de projetos inovadores que possa promover a aprendizagem dos nossos educandos.

Sendo nossa instituição uma escola inclusiva, estamos hoje com oito alunos de PDI (Plano de Desenvolvimento Individual) que necessitam de um atendimento diferenciado dos demais alunos, com atividades adequadas, planejamento com objetivos voltados a elevação de sua auto-estima e melhorar o rendimento na aprendizagem.

Nos resultados de ensino aprendizagem encontra acima do intermediário, significa que estamos bem, precisamos avançar mais, pois há alunos com defasagem na aprendizagem, por isso contamos com o Projeto de Tempo Integral, temos duas turmas para atender estes alunos, para que assim melhore nossos resultados. Nos indicadores temos 87% de aprovação, 8% de reprovação, 2% de abandono e 3% de distorção idade/série.

Nosso perfil de educadores é muito bom, são graduados e valorizam o pedagógico, juntamente com a direção buscamos aprimorar cada vez mais nosso dia a dia escolar, neste ano estamos com um projeto de leitura, no qual todas as disciplinas desenvolverão de forma específica, trabalhando o gosto pela leitura, com cada turma o seu conteúdo, de modo que venha atender e melhorar cada vez mais o interesse e que tenhamos resultados satisfatórios.

Para uma educação de qualidade é necessário investimento integral do ser humano, e esta parceria Educação e Saúde promoverá a articulação de saberes entre pais, alunos, comunidade, educadores e profissionais da saúde.

Agregamos ao que de melhor for para os nossos educandos e familiares, dentro de uma perspectiva de inclusão social e respeito às diferenças.

Com equilíbrio entre os diferentes aspectos afetivos e sociais, abraçamos e queremos participar da integração no campo saúde e educação nas atividades de avaliação clínica e psicossocial, avaliação nutricional, avaliação da saúde bucal, verminoses, avaliação auditiva e oftalmológica, distúrbios alimentares, obesidade, desnutrição, anemias, uso de drogas, redução do sedentarismo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Gostaríamos de ressaltar a promoção da atividade física, pois se faz urgente e necessário nas escolas municipais de Bugre, como programa cultural e saúde zelando para que a prática seja oferecida com qualidade e segurança, precisando ser orientada, alicerçada na qualidade técnica, na ética e no compromisso social, contribuindo na formação geral dos educandos, através do desenvolvimento da cultura, das capacidades motoras, cognitivas, afetivas e sociais, visando a aquisição do hábito da prática regular de atividades físicas como componente fundamental da educação para uma vida saudável, promovendo o estilo de vida

ativa, lazer, hábitos e atitudes que são próprias da atividade física utilizando os fatores de bem estar, de paz, de cooperação e exercício da ética.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

De acordo com o escore de risco familiar, temos no município:

- Sem risco: Total de famílias (risco 0): 485
- Risco I: Total de famílias (risco baixo): 391
- Risco II e III: (II: 215) e (III: 90)
Total de famílias (risco médio): 305
- Risco IV, V, VI: (IV: 14), (V: 05) e VI(nenhuma).
Total de famílias (risco alto): 19

Como podemos observar, temos um índice até baixo de famílias de médio e alto risco se comparado ao número total de famílias, mas no intuito que este número não se eleve, mas sim reduza gradativamente, já estamos iniciando medidas cabíveis.

Encontramos no município as seguintes vulnerabilidades sociais:

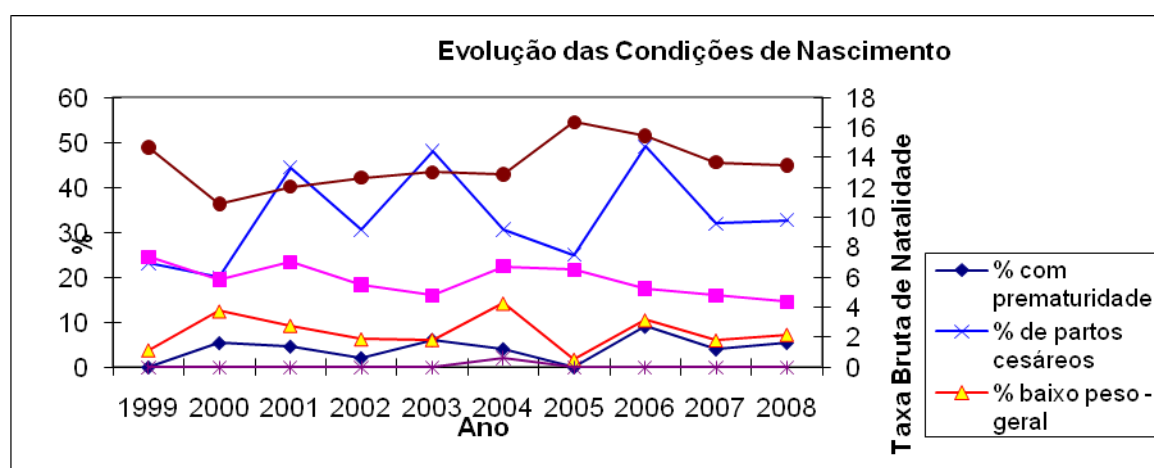
Vulnerabilidade Social - Bugre - MG

Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	34,02	33,68	18,60
% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	-	92,95	38,09
% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	35,59	10,30	1,54
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza	-	40,87	18,16
% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos	0,00	0,00	0,00
% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos	0,00	1,01	7,53
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	2,65	2,87
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos	7,68	8,34	35,26
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	4,79	11,67	4,93
% de crianças extremamente pobres	56,48	49,30	11,66
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	93,12	81,30	51,69
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	82,11	63,60
Condição de Moradia			
% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	0,97	3,15	0,43

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Informações sobre Nascimentos										
Condições	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de nascidos vivos	57	43	47	49	50	49	61	57	50	55
Taxa Bruta de Natalidade	14,7	10,9	12,1	12,6	13,0	12,9	16,3	15,4	13,7	13,5
% com prematuridade	-	5,4	4,7	2,1	6,1	4,1	-	9,1	4,0	5,5
% de partos cesáreos	23,2	20,0	44,4	30,6	48,0	30,6	25,0	49,1	32,0	32,7
% de mães de 10-19 anos	24,6	19,5	23,4	18,4	16,0	22,4	21,7	17,5	16,0	14,5
% de mães de 10-14 anos	-	-	-	-	-	2,0	-	-	-	-
% com baixo peso ao nascer										
- geral	3,8	12,5	9,3	6,3	6,1	14,3	1,7	10,5	6,0	7,3
- partos cesáreos	7,7	12,5	10,0	6,7	12,5	20,0	-	3,6	12,5	11,1
- partos vaginais	2,5	12,5	8,7	6,1	-	11,8	2,2	17,2	2,9	5,4
Fonte: SINASC. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.										
Nota: Dados de 2008 são preliminares.										

Nascidos vivos - registrados (lugar do registro) 58 pessoas em 2009.IBGE



Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10										
(por local de residência)										
2009										
Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	7,7	-	-	8,7	2,7	12,1	4,8	5,4	4,9
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	1,8	3,0	7,1	5,4	2,4
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	12,5	15,4	-	25,0	4,3	1,8	6,1	2,4	3,6	4,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	12,5	7,7	-	25,0	8,7	4,5	-	-	-	4,5
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	-	2,4	1,8	0,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	3,6	27,3	40,5	35,7	12,2
X. Doenças do aparelho respiratório	31,3	38,5	33,3	-	-	5,4	6,1	19,0	17,9	11,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	7,7	-	25,0	13,0	8,0	18,2	7,1	14,3	9,3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	0,9	-	2,4	1,8	0,8
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	33,3	-	-	4,5	3,0	2,4	1,8	3,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	7,7	-	-	-	8,0	12,1	7,1	7,1	6,9
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	47,8	44,6	-	-	-	24,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	31,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	6,3	7,7	-	25,0	-	1,8	-	-	-	2,0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	6,3	7,7	33,3	-	17,4	11,6	12,1	4,8	5,4	10,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-	-	0,9	-	-	-	0,4
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas							
(por 100.000 habitantes)							
Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
AIDS.	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres).	-	-	-	-	-	-	51,0
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulheres).	-	-	-	-	-	-	-
Infarto agudo do miocárdio.	-	26,0	-	26,8	-	82,1	49,0
Doenças cerebrovasculares.	25,8	52,1	26,3	53,6	27,1	54,7	49,0
Diabetes mellitus.	-	78,1	26,3	-	27,1	82,1	73,4
Acidentes de transporte.	-	-	26,3	-	-	-	49,0
Agressões.	-	-	-	-	-	-	-
Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.							
Nota: Dados de 2008 são preliminares.							

Outros Indicadores de Mortalidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total de óbitos	17	23	21	18	22	30	26
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	4,4	6,0	5,5	4,8	6,0	8,2	6,4
% óbitos por causas mal definidas	35,3	47,8	57,1	44,4	18,2	30,0	3,8
Total de óbitos infantis	1	-	1	-	1	-	-
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	-	-	1	-	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	5,9	-	4,8	-	4,5	-	-
% de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	-	-	100,0	-	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascido-vivos **	20,4	-	20,4	-	17,5	-	-
* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional							
**considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC							
Nota: Dados de 2008 são preliminares.							

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O reconhecimento da Vigilância em Saúde como responsabilidade indelegável e como um componente indissociável do SUS é a base estratégica da atenção à saúde. Cabe a Vigilância em Saúde atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

O município participa do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais, que visa fortalecer as Vigilâncias Ambiental, Epidemiológica e Sanitária, além da Promoção à Saúde, Saúde do Trabalhador, Situação e Promoção da Saúde. Na última avaliação das metas do projeto o município atingiu 85,7%.

Vigilância Ambiental

Um dos indicadores avaliados foi a realização da vigilância de acidentes por animais peçonhentos, por meio de notificação, investigação e encerramento dos casos. Houve três notificações, entretanto, no município o Sistema de Agravos de Notificação não é descentralizado, tornando-se necessária a aquisição de um computador e o treinamento de profissional para tal fim.

Outro indicador avaliado é a cobertura adequada das visitas realizadas pelos Agentes de Controle de Endemias (ACEs) para o controle da Dengue. O município não alcançou o mesmo, sendo realizada uma programação de atuação dos agentes de endemias e regularizada a instalação do programa para realizar as transferências mensais a fim de que esse indicador seja alcançado. Cabe ainda ressaltar que devido às dificuldades supracitadas, o indicador de supervisão de campo das atividades de controle vetorial da Dengue também não foi alcançado.

Promoção à Saúde

Quanto à promoção da saúde o primeiro indicador avaliado foram as ações de atividade física/prática corporal destinadas aos idosos. O município tem realizado ações de atividades

físicas regularmente com 47 dos 639 idosos cadastrados, o que corresponde a 7,35%, cumprindo assim, além dos 5% preconizados pelo projeto. O próximo indicador avaliado foi a Vigilância alimentar e nutricional de crianças de 0 a 5 anos e gestantes, que também foi realizado com sucesso. Outro indicador avaliado é a notificação dos casos de violência no SINAN, foram notificados dois casos de violência, nos meses de junho e setembro, nos meses de julho e agosto foi enviado o atesto negativo. O último indicador avaliado foi a implantação dos Ambientes Livres de Tabaco nas Unidades de Saúde, foi constituída a comissão executiva e realizado o perfil de fumantes da unidade de saúde, a unidade foi sinalizada como ambiente livre do cigarro. O indicador foi alcançado e para os próximos quadrimestres devem ser realizados o perfil de fumantes do município e a implantação dos grupos de apoio.

Saúde do Trabalhador

O indicador avaliado foi a realização do Diagnóstico do Perfil Produtivo do município, sendo que foi realizado o perfil produtivo da população do PSF Laranja, atingindo 50% (cinquenta por cento) da população, cumprindo assim o preconizado pelo projeto que era de 20% (vinte por cento). Cabe ressaltar que para o próximo quadrimestre o PSF Pioneiro deve concluir seu perfil produtivo, pois será necessário criar o Plano de Ação em Saúde do Trabalhador para alcance do indicador nesse quadrimestre.

Vigilância da Situação de Saúde

O primeiro indicador avaliado foi a digitação das ações de controle da Dengue no programa PCFAD, que não foi realizado devido a problemas técnicos com o programa. Os problemas já foram sanados e ficou acordado que a equipe de vigilância ambiental irá atualizar as informações retroativas. O segundo indicador avaliado foi a digitação das doses de imunobiológicos aplicados no SI-PNI/API mensalmente realizadas com êxito.

Vigilância Epidemiológica

O primeiro indicador avaliado foi a realização de vacinação para crianças de 0 a 2 anos contempladas no Calendário Nacional de Vacinação, das quais foram realizadas 100% das doses preconizadas ultrapassando o preconizado que era de 95%. O próximo indicador foi realizar e alcançar as metas da campanha de vacinação da Poliomielite que também foi alcançada com êxito, atingindo 100% das crianças de 0 a 5 anos ultrapassando o preconizado que era de 95%. Outro indicador avaliado foi a realização da vigilância dos contatos intradomiciliares de casos novos de Hanseníase, foram identificados cinco contatos do único caso de hanseníase do período vigente, que foram investigados adequadamente. O último indicador avaliado era da identificação e exame de BAAR dos sintomáticos respiratórios no período vigente, sendo realizados em cinco pacientes, ultrapassando o preconizado de quatro pacientes para o período.

Vigilância Sanitária

Os três primeiros indicadores estão relacionados à realização de Inspeção Sanitária nos estabelecimentos descritos (anexos 6A, 6B, 6C), sendo realizadas todas as inspeções programadas. O próximo indicador diz respeito a identificação de riscos e situações de risco relacionadas a produtos e serviços sujeitos a controle sanitário existentes no município sendo identificados e registrados no FormSUS sete situações de risco relacionadas a produtos e serviços sujeitos a controle sanitário. Outro indicador avaliado é a realização de ações de informação, educação e comunicação em Vigilância Sanitária, sendo realizadas 6 (seis) ações educativas, ultrapassando o preconizado de 4 (quatro) ações. Por último foi avaliado o indicador de atendimento e acolhida das denúncias, reclamações e demandas relacionadas ao risco em Vigilância Sanitária, incluindo as notificações oriundas no nível central que não foram realizadas.

ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Nossa rede de atenção passou por uma fase de reestruturação com a implantação do Plano Diretor de Atenção Primária visando melhorias no serviço de Saúde. Participamos ainda do Programa de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção Básica visando a cada dia propiciar atendimento cada vez mais qualificado à nossa população.

Contamos com uma Unidade Básica modelo tradicional que passou por reforma em sua estrutura física em 2006, adequando-se às normas da RDC e tem reforma prevista para o ano de 2014. Localiza-se em área estratégica de fácil acesso. Funciona diariamente das 07:00 às 17:00 horas.

Tendo em vista que a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, esse modelo foi implementado no município de Bugre que possui duas equipes de Estratégia de Saúde da Família abrangendo 100% das famílias de sua área de abrangência. A ESF Laranja tem sua área de abrangência predominantemente urbana, sendo subdividida em quatro microáreas, conta com uma equipe composta por 04 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Enfermeiro, 01 Médico, 01 Odontólogo e 01 Auxiliar de Consultório Dentário. A ESF Pioneira abrange várias áreas rurais subdivididas em seis microáreas e abrangendo os povoados de São José, Rio Branco, Livramento, Boachá e São Lourenço e conta com uma equipe composta por: 06 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Enfermeiro, 01 médico, 01 Odontólogo e 01 Auxiliar de Consultório Dentário.

A Unidade Básica de Saúde também conta com as seguintes especialidades: pediatria, ginecologia, psiquiatria, fonoaudiologia e fisioterapia. Contamos com os seguintes profissionais para auxiliar no trabalho da Unidade de Saúde: 03 clínicos gerais; 01 pediatra; 01 ginecologista; 01 psiquiatra; 01 fisioterapeuta; 01 farmacêutico; 01 enfermeiros; 03 técnicas de enfermagem; 04 auxiliares de enfermagem; 02 atendentes de farmácia; 04 recepcionistas; 04 ajudantes de serviços gerais.

Além desses profissionais contamos ainda com uma equipe de NASF, que integrados à Atenção Primária objetivam a potencializar as ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, aumentando a resolutividade. A equipe é composta por 01 nutricionista, 01 fonoaudióloga, 01 psicóloga, 01 fisioterapeuta, 01 Educadora Física.

Perfil de atendimento da UAPS de Bugre	
Item	Número
Nº de crianças < 1 ano inscritas e acompanhadas na puericultura	51
Nº de crianças < 1 ano com vacinação em dia	51
Nº de crianças < 5 anos com desnutrição moderada ou grave inscritas e acompanhadas (último ano)	04
Nº de crianças < 5 anos com doença respiratória moderada ou grave inscritas e acompanhadas (último ano)	04
Nº adolescentes de 10 a 14 anos inscritos no programa de acompanhamento (último ano)	336
Nº de adolescentes grávidas acompanhadas no último ano	07
Adultos e idosos com hipertensão acompanhados (último ano)	536
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensos de baixo risco acompanhados • Hipertensos de médio risco acompanhados • Hipertensos de alto e muito alto risco acompanhados 	434 89 71
Adultos e idosos com diabetes acompanhados (último ano)	96
<ul style="list-style-type: none"> • Diabéticos s/ tratamento medicamentoso acompanhados • Diabéticos não usuários de insulina s/ hipertensão acompanhados • Diabéticos não usuários de insulina c/ hipertensão acompanhados • Diabéticos usuários de insulina acompanhados 	Dado inexistente 06 74 13

Adultos e idosos com transtornos mentais acompanhados (último ano)		117
Nº de mulheres de 25 a 59 anos que realizam coleta de exame papanicolau no último ano		240
Nº gestantes inscritas no pré- natal (último ano)		80
Nº gestantes risco habitual acompanhadas, com no mínimo 6 consultas de pré- natal no último ano		80
Nº gestantes alto-risco acompanhadas, com no mínimo 6 consultas de pré- natal no último ano		0
Nº de idosos > 60 anos inscritos no acompanhamento (último ano) *Idosos de 60 a 79 anos de alto risco		592
Nº de usuários que realizaram ação coletiva de escovação dental supervisionada no último ano		400
Nº de usuários que realizaram primeira consulta odontológica no último ano		546
Nº de usuários que receberam escova e dentifrício fluoretado no último ano		600
Saúde Bucal	Proporção de crianças de 5 anos livres de cárie.	50% (1/2)
	CPOD– 12anos	3.5 (Moderada)- Dados de 2007
	Proporção de adolescentes com todos os dentes presentes.	70% (7/10)
	Proporção de adultos com 20 ou mais dentes funcionais.	80% (8/10)
	Proporção de idosos com 20 ou mais dentes funcionais.	10% (1/10)

Outro aliado à Atenção Básica é o Programa de Saúde na Escola (PSE) que preconiza a articulação dos serviços de saúde com a rede de ensino de modo a fortalecer o papel da escola na preservação e na educação para a saúde e está integrado à Atenção Primária de acordo com a PNAB. O trabalho é realizado em articulação do NASF com 01 Enfermeiro fornecido pelo Ministério da Saúde através do Programa de Valorização da Atenção Básica.

Indicadores da Atenção Básica											
Ano	Modelo de Atenção	Pop. coberta (1)	% pop. coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família (2)	% de crianças c/ esq. vacinal básico em dia (2)	% de crianças c/aleit. materno exclusivo (2)	% de cobertura de consultas de pré-natal (2)	Taxa mortalidade infantil por diarreia (3)	Prevalência de desnutrição (4)	Taxa hosp. por pneumonia (5)	Taxa hospitalização por desidratação (5)
2006	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.186	113,4	0,08	100,0	74,8	97,9	-	0,4	6,1	3,0
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.186	113,4	0,08	100,0	74,8	97,9	-	0,4	6,1	3,0
2007	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.221	115,5	0,08	99,8	80,1	96,5	-	0,5	3,2	9,6
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.221	115,5	0,08	99,8	80,1	96,5	-	0,5	3,2	9,6
2008	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.795	117,4	0,08	100,0	84,6	95,8	-	0,1	-	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.795	117,4	0,08	100,0	84,6	95,8	-	0,1	-	-
2009	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.828	117,9	0,09	100,0	72,5	99,3	-	0,1	6,1	3,0
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.828	117,9	0,09	100,0	72,5	99,3	-	0,1	6,1	3,0

Fonte: SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010.

Notas:

(1): Situação no final do ano

(2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

(3): por 1.000 nascidos vivos

(4): em menores de 2 anos, por 100

(5): em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Atenção Especializada Ambulatorial caracteriza-se pelo papel complementar a atenção básica proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ ou assistência especializada e, quando necessário através do apoio matricial (consultorias, interconsultas e teleconsultas).

Os componentes da atenção especializada são serviços de média complexidade, ambulatórios e serviços especializados que constituem as redes de atenção, convergindo com a organização de linhas de cuidado.

Os procedimentos ambulatoriais básicos são atendidos através do posto de Saúde, e os demais são realizados através da PPI ou do Consórcio Intermunicipal. Os atendimentos hospitalares são referenciados em sua maioria para a sede da macrorregião de Ipatinga.

As consultas especializadas e exames são agendados através do Setor de Tratamento fora do Domicílio por meio do Sistema SUS-fácil, entretanto, as cotas não são suficientes para atender a demanda, em vista disso o município participa do Consórcio de Saúde da microregião do Vale do Aço para suprir essa demanda reprimida.

O quadro a seguir demonstra a distribuição dos procedimentos ambulatoriais realizados no município no ano de 2013.

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL BUGRE 2013								
CONSULTA POR FAIXA ETÁRIA								
<1ano	1-4anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60 e mais
197	528	431	418	510	1542	1034	1207	4048
TIPO DE ATENDIMENTO								
Pré-natal	DST/Aids	Diabetes	Hipertensão	Puericultura	Preventivo	HAN	TBC	ConsMédica
89	-	277	1547	745	243	11	9	9915
EXAMES E ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS								
Patologia	RX	Citopatol	USG	Outros	Especialista	Hospital	Urgência	Ac. Trabalho
842	193	168	97	7	330	3	-	-
PROCEDIMENTOS REALIZADOS								
At.Ind.Enf.	At.Nív.Sup	Curativos	Inalações	Injeções	Ret. Pontos	Sutura	At. Grupo	Visitas Dom.
6791	3374	488	105	1016	49	7	488	801
OUTROS PROCEDIMENTOS								
Fisioterapia	Tratamentos Odontológicos	Pequenas cirurgias	Cirurgia Orofacial	Procedimentos Cirúrgicos				
259	1749	1042	967	2009				
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB								

Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado				
Serviço prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde	
			Público	Privado
Internação	-	-	-	-
Ambulatorial	1	-	-	-
Urgência	-	-	-	-
Diagnose e terapia	1	-	-	-
Vig. epidemiológica e sanitária	-			
Farmácia ou cooperativa	-	-	-	-
Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.				

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Os Hospitais devem funcionar como retaguarda para os demais pontos de atenção atendendo a demandas de urgência e emergência ou eletivas. Os hospitais que contarem com serviços de Urgência e Emergência, caracterizados como Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência podem atender à demanda regulada e/ ou espontânea.

A contratualização de serviços deve ser definida conforme as necessidades locais e regionais de saúde estabelecidas nos planos de saúde municipais e estaduais e nos Planos de Ação Regional baseado na oferta dos prestadores conforme a sua tipologia.

A Assistência Hospitalar de urgência quanto os procedimentos eletivos à população de Bugre são realizados mediante pactuação com o Município de Ipatinga, sendo os mesmos atendidos pelo Hospital Municipal Eliane Martins e o Hospital Márcio Cunha. No ano de 2009 as internações aconteceram segundo a distribuição do quadro a seguir.

Internações por Grupo de Causas 2009	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,9
II. Neoplasias (tumores)	2,4
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	-
VI. Doenças do sistema nervoso	4,5
VII. Doenças do olho e anexos	0,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	12,2
X. Doenças do aparelho respiratório	11,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	9,3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,8

XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6,9
XV. Gravidez parto e puerpério	24,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2,0
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2,0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	10,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,4
Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.	

Número de leitos complementares existentes por tipo de prestador segundo tipo de leito complementar										
Cirúrgicos	Público		Filantrópico		Privado		Sindicato		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Unidade intermediária	1.179	1.179	666	666	948	948	2	2	2.795	2.795
Unidade intermediária neonatal	2.540	2.540	943	943	778	778	-	-	4.261	4.261
Unidade isolamento	1.889	1.889	914	914	1.081	1.081	1	1	3.885	3.885
UTI adulto I	1.346	1.346	1.521	1.521	5.925	5.925	-	-	8.792	8.792
UTI adulto II	3.575	3.575	3.585	3.585	2.212	2.212	-	-	9.372	9.372
UTI adulto III	829	829	1.106	1.106	491	491	-	-	2.426	2.426
UTI infantil I	398	398	150	150	989	989	-	-	1.537	1.537
UTI infantil II	899	899	435	435	323	323	-	-	1.657	1.657
UTI infantil III	238	238	272	272	116	116	-	-	626	626
UTI neonatal I	564	564	369	369	1.987	1.987	-	-	2.920	2.920
UTI neonatal II	1.750	1.750	1.113	1.113	578	578	-	-	3.441	3.441
UTI neonatal III	331	331	305	305	190	190	-	-	826	826
UTI de Queimados	204	204	50	50	10	10	-	-	264	264
Total	15.742	15.742	11.429	11.429	15.628	15.628	3	3	42.802	42.802

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

De acordo com a Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011, são considerados componentes e interface da Rede de Atenção às Urgências, todos os serviços e ações que buscam garantir a integralidade do cuidado. Conforme a resolução 1451/95 do conselho regional de medicina as definições de urgência e emergência são bem categóricas instituindo desta forma a URGÊNCIA “como ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de atendimento imediato” e EMERGÊNCIA “constatação que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigindo o tratamento adequado imediatamente”.

O Modelo de Atenção às Urgências deve ser centrado no usuário, garantido a universalidade, equidade e integralidade do cuidado, ampliando o acesso com acolhimento e classificação de risco, integrando os componentes da Rede de Atenção à Saúde por meio da regulação. No município de Bugre é estabelecida de forma prioritária a triagem dos indivíduos, levando-se em conta os conceitos pré-estabelecidos de urgência e emergência. Entre as ações podemos citar:

- Organização das normas de acesso;
- Identificação e estratificação correta do que é urgência e emergência;
- Priorização dos casos;
- Identificação e competência dos pontos de atenção;

Para que as ações sejam realizadas de forma eficaz e resolutiva, o município está em processo de educação continuada, com treinamento dos funcionários vinculados a saúde (médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, recepcionistas, atendente de farmácia e motorista), de modo a aperfeiçoar a qualidade da assistência e dos serviços prestados.

A Rede de Atenção às Urgências foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deva ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior ou menor complexidade, em uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica é uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, que constituiu um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações, capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

No município de Bugre, a assistência farmacêutica é realizada através da Farmácia de Minas, que fornece os medicamentos da farmácia básica. A farmácia funciona de 07:00 às 17:00 hs, possui 02 farmacêuticas que atendem durante todo o período de funcionamento, conta ainda com 02 atendentes.

DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (Tarlov, 1996).

Ao atuarmos sobre as causas das desigualdades de saúde e doença, temos a oportunidade de melhorar a saúde nas regiões mais vulneráveis da cidade. Uma das causas mais importantes são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (determinantes sociais de saúde).

As condições de vida e ambiente incidem diretamente nas questões de saúde da população. Para essa análise, deve-se analisar as condições de saneamento básico, moradia, transporte, meio ambiente e o perfil de desastres.

GESTÃO EM SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS, criada em 1995 após a emancipação do município de Bugre, é órgão de atividade fim, integrante da Administração Pública Municipal Direta, com livres poderes de resolutividade e estabelecimento das ações de saúde em âmbito municipal.

A sua proposta de atuação se consolida como objeto da ação das ações de saúde, após dados de levantamento das reais necessidades de saúde do município. A municipalização das ações e serviços é assumida como princípio para caracterização do novo modelo de assistência, fortalecida com a criação do Conselho Municipal de Saúde.

Em se tratando da estruturação do Sistema Único de Saúde, a SMS, procura sempre atender ao disposto na Legislação, em especial, o que preconiza a Constituição Federal (art. 196 aos 200) e legislação suplementar (Leis 8.080 de 19/09/1990 – Lei Orgânica da Saúde e, 8.142 de /12/1990 – Dispõe sobre Participação Social e Financiamento do SUS e o pacto pela saúde).

Desta forma, constitui-se responsabilidade da SMS, desenvolver a **Política de Saúde no âmbito do Município**, atendendo às necessidades de sua população própria, e ainda, cumprir com os termos do Plano Diretor de Reestruturação da Atenção Primária PDAPS, cujo município encontra-se atuante e participativo desde 2009.

Desde a sua criação em 1995 a SMS incorporou aos seus quadros de funcionários **equipes multidisciplinares/multiprofissionais**, na perspectiva de atuar com um Modelo de Atenção Integral à Saúde, percebendo assim, a importância de um trabalho em equipe, visando a prevenção e promoção da saúde.

Planejamento

O Planejamento é um processo que leva ao estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de determinados objetivos. Nesse sentido, para a SMS consiste principalmente na elaboração de planos e programas governamentais para dar conta das necessidades populacionais em saúde diagnosticadas pela gestão do SUS. O planejamento do SUS também está sendo organizado para atuar de forma sistêmica, sendo que, para isso, tem ocorrido mudanças significativas na estrutura de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O Plano **Municipal de Saúde** é a base programática das atividades que serão desenvolvidas no âmbito do Município, definindo períodos, estratégias, prioridades e metas, e suas respectivas propostas orçamentárias. Sua importância está fortalecida na Lei Orgânica da Saúde, que estabelece em seu artigo 15 que a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde é a base para programação orçamentária do SUS. A mesma lei, no seu art. 9º estabelece que a direção do SUS deverá ser exercida no âmbito municipal por uma Secretaria Municipal de Saúde, criada por lei municipal, responsável por definir as atribuições e objetivos, bem como as estruturas organizacionais e de cargos. A SMS, atualmente, assume o processo

de planejamento como instrumento condutor e indispensável ao desenvolvimento da Política de Saúde. O eixo de condução é a realidade local, o envolvimento dos profissionais e usuários, a missão e a direcionalidade do sistema municipal de saúde, sempre de forma condizente com o que é preconizado por suas instâncias superiores.

Constitui responsabilidade da gestão municipal a alimentação contínua dos seus bancos de dados e disseminação das informações junto às instâncias competentes para garantias de financiamento do Sistema e também como recurso de avaliação das condições de saúde e da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas pelo Município.

A avaliação dos indicadores de saúde representa um importante recurso para programação de ações que tenham por finalidade a alteração dos quadros que traduzem as condições de vida da população, examinando criteriosamente os indicadores pactuados, bem como o sucesso das políticas delineadas no Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de gestão.

Financiamento

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde, com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

As transferências da União para estados e municípios estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

O **Fundo Municipal de Saúde** foi criado em 1997, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, que tem por objetivo a promoção de melhores condições gerenciais dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Gestão do Trabalho e Educação Permanente

Para a SMS, a Gestão do Trabalho e Educação Permanente no SUS são consideradas partes integrantes da política de qualificação da força de trabalho. O município apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos, cargos em comissão, servidores com contrato temporário.

Participação e Controle Social

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da política pública de Saúde. É instância deliberativa no âmbito do planejamento em saúde, bem como tem papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacional adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

Compreendendo o **Controle Social** como elemento preponderante para efetivação do SUS, reestruturou-se o Conselho Municipal de Saúde, tornando-o permanente e deliberativo, com participação paritária entre profissionais, prestadores e segmentos representantes dos usuários dos serviços.

Os fóruns de debates instalados a partir da criação da SMS culminaram com a realização da V Conferência Municipal de Saúde, em onze de dezembro de 2009, com o seguinte tema: “Saúde como fator determinante na qualidade de vida”. Onde foram discutidas sobre as principais ações de saúde desenvolvidas no município, e onde ocorreu a eleição dos novos conselheiros de saúde.

Com o advento da **12.ª Conferência Nacional de Saúde** em 2003, foram apontadas novas deliberações visando à consolidação do **controle social**. Ao longo dos anos que sucederam a última reformulação da composição do conselho, em 1995, diversas discussões apontaram para necessidade de ajustes na sua estrutura, resguardando o caráter paritário entre os segmentos que o compõem e os critérios de representatividade, garantindo também, o exercício de suas funções.

Todas essas iniciativas, associadas ao fortalecimento dos movimentos sociais, legitimamente organizados, visam ampliar os canais de **participação do cidadão** no processo de discussão junto à comunidade. Um dos pontos relevantes desta forma de gestão adotada é com relação a

oportunidade da população interagir com a direção municipal, fortalecendo os vínculos e favorecendo mudanças.

V – PROGRAMAÇÃO, DIRETRIZ, OBJETIVOS E METAS

EIXO 1: GESTÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, mediante a adequação do perfil das unidades de saúde da rede pública municipal e do aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada à luz da PNH, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.

Objetivo 1.1: Ampliar o acesso e fortalecer a atenção básica, com ênfase na APS.

META

1. Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica em 100%.
2. Contemplar nas Programações Anuais de Saúde (PAS) 100% das ações de promoção, prevenção e tratamento, identificadas como necessárias no território das unidades de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico local, priorizando as áreas e a população de maior vulnerabilidade.
3. Redução das internações por causas sensíveis à atenção básica.
4. Realizar a cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família, de forma articulada com a Secretaria de Ação Social.

Objetivo 1.2: Ampliar o acesso e fortalecer a atenção básica, com ênfase na APS.

META

1. Aumentar a oferta de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente e pactuada.
2. Aumentar a oferta de procedimentos ambulatoriais e clínico-cirúrgicos de alta complexidade para população residente e pactuada.
3. Ampliar a cobertura dos serviços especializados através de convênios e contratos com empresas prestadoras de serviço e CONSAÚDE.
4. Aumentar o atendimento de pessoas com transtornos, doenças psicológicas através do CAPS.

5. Melhoria da qualidade de atendimento ao paciente que necessita do atendimento domiciliar através da implantação do Melhor em Casa.

Objetivo 1.3: Organizar e Implementar a Rede de Atenção às Urgências e emergências no âmbito municipal.

META

1. Manter o protocolo de Manchester nas Unidades de Saúde.
2. Aumentar a prestação de assistência através da adesão a Rede Estadual de Urgência e Emergência através de Consórcio CONSURGE e demais atividades que surgirem por legislação.
3. Manter o transporte sanitário para remover os pacientes para Hospitais da Região, bem como solicitação de renovação de frota.

Objetivo 1.4: Organizar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no âmbito municipal para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

META

1. Promover ações de conscientização que visem a redução de realização de cesarianas.
2. Promover ações em parceria com a Secretaria de Assistência Social a nível municipal que visem a Proteção a Mulheres e Crianças em Situação de Vulnerabilidade Social (violência, em confinamento e demais vulnerabilidades) integrando todas as unidades da pública municipais.
3. Ampliar e qualificar a oferta da atenção do planejamento reprodutivo nas unidades básicas de saúde.
4. Implantar e readequar serviços articulados à Rede de Atenção Materna e Infantil que visam a prestação de cuidados a mulheres.
5. Manter a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal.
6. Realização de exames conforme protocolo de atendimento às gestantes.

Objetivo 1.5: Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

META

1. Manter o serviço da rede de Atenção Psicossocial no município – CAPS.
2. Estabelecer pactuações e buscar recursos para garantir o atendimento da demanda de portadores de transtorno mental que necessitam de tratamento fora do domicílio.
3. Implantar e implementar o apoio matricial em Saúde Mental em parceria NASF e CAPS nas unidades de Atenção Básica
4. Implantar a política municipal de enfrentamento às drogas, com o estabelecimento de uma referência específica para o atendimento AD à crianças e à adolescentes na rede de Saúde Mental do Município.

Objetivo 1.6: Promover a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante a qualificação da gestão e da organização da rede de atenção.

META

1. Buscar medidas de redução da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
2. Efetivar o atendimento à saúde da população idosa, buscando atendimento conforme Estatuto do Idoso
3. Promover ações para redução das internações originadas por doenças crônicas.
4. Promover atendimento resolutivo a pacientes cadastrados e acompanhados nas unidades de saúde do município, conforme protocolo específico.
5. Estabelecer referências para garantia do cuidado longitudinal de pacientes idosos e câncer, atendidos nas unidades públicas municipais.
6. Promover atividades físicas para melhoria da qualidade de vida dos idosos, bem como atividades de educação para a saúde dos idosos.
7. Propor projetos para ampliação de recursos que visem a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Objetivo 1.7: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer.

1. Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada ano.
2. Ampliar a razão de exames de mamografia para rastreamento de casos de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos de idade.
3. Manutenção e ampliação do programa de rastreamento de casos de câncer de próstata em homens com 50 anos e mais de idade.

Objetivo 1.8: Promover a melhoria das condições de saúde do deficiente mediante qualificação da gestão e da organização da rede de atenção.

META

1. Dotar as Unidades da Rede Municipal de dispositivos de acessibilidade para o acolhimento às pessoas com deficiência.
2. Ampliar o acesso aos serviços especializados em reabilitação através do TFD, garantindo o atendimento em Centros Especializados em Reabilitação.

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.1: Fortalecer a promoção e vigilância em saúde, implementando ações para a redução das desigualdades sociais e a promoção da qualidade de vida.

META

1. Alcançar as coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde.
2. Realizar rastreamento e cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
3. Manter baixo o percentual de óbitos por causa básica mal definida em relação ao total de óbitos notificados.
4. Manter a notificação das doenças de notificação compulsória registradas no SINAN.
5. Aumentar número de notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho, com relação ao ano subsequente.
6. Realizar vigilância e monitoramento de 100% dos surtos, eventos adversos.
7. Manter a busca ativa e tratamento visando melhoria da proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase e investigação dos contatos intradomiciliares.

8. Alcançar de cobertura vacinal antirrábica para cães e gatos no município segundo pactuação SISPACTO.
9. Realizar campanhas de conscientização e atividades para garantir a redução do número de contaminações e de óbitos por dengue.
10. Reduzir o índice de infestação predial para o *Aedes Aegypti* no município.
11. Realizar a coleta de análises de água para consumo humano, e buscar adequação quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
12. Manter a descentralização das ações de VISA, mantendo as atividades atribuídas ao município conforme plano de Vigilância em Saúde.
13. Manter atualizado a base cadastral de estabelecimentos novos sujeitos a Vigilância Sanitária.
14. Manter e ampliar o serviço municipal de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
15. Elaborar e implementar planos de ação intersetoriais de prevenção às violências doméstica, sexual, bullying, no trânsito, e outras identificadas como prioritárias.
16. Elaborar e implantar a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.
17. Implantar programas e práticas regulares de educação em saúde na Atenção Básica de Saúde, de acordo com o perfil epidemiológico local, e de Vigilância Sanitária para população e setor regulado.
18. Investigar e encerrar casos de óbitos de mulheres em idade fértil.
19. Investigar e encerrar casos de óbitos infantis, neonatais e fetais.
20. Investigar e encerrar os casos de óbitos maternos.
21. Alcançar as metas pactuadas no Plano de Ação de Vigilância em Saúde e no SISPACTO.
22. Manter a notificação compulsória da violência doméstica, sexual e outras violências de forma contínua.
23. Identificar e examinar os sintomáticos respiratórios em toda a área do município.
24. Manter o controle de doenças transmitidas por vetores e DTA.
25. Implementar as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Diretriz 3. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo 3.1: Implementar e qualificar a Política e a Gestão da Assistência Farmacêutica no município, com foco no uso racional de medicamentos e na avaliação das demandas dos serviços de saúde.

META

1. Manter atualizado o Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica, na Farmácia de Minas.
2. Realizar o controle de recebimento, armazenamento e distribuição de insumos e medicamentos adquiridos pela SMS, de acordo com a RENAME, possibilitando a sistematização da distribuição regular e o tratamento dos usuários atendidos, cadastrados e acompanhados.
3. Manter a assistência farmacêutica garantindo a presença de farmacêutico, conforme legislação vigente.
4. Implementar a Farmácia de Minas com construção do almoxarifado.
- 5 – Implementar a aquisição de medicamentos básicos e especializados a ser distribuído para os usuários.

Diretriz 4. Garantia do apoio diagnóstico no âmbito do SUS.

Objetivo 4.1: Implementar e qualificar a assistência laboratorial e centros de apoio diagnóstico nos cinco Distritos Sanitários, potencializando a capacidade de resposta da rede municipal de atenção à saúde.

META

1. Adquirir equipamento e implantar o laboratório municipal de análises clínicas.
2. Adquirir equipamentos e estruturar a rede municipal de apoio diagnóstico laboratorial, por imagem e por gráfico.
3. .Monitorar a qualidade dos serviços de diagnóstico da rede municipal de saúde.

EIXO 2: GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS

Diretriz 5. Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Objetivo 5.1: Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

META

1. Implantar a política municipal de educação permanente, contemplando a necessidade de aprimoramento e ampliação dos serviços da rede municipal.
2. Manter a celebração dos termos de convênio para estágios entre a SMS e as instituições de ensino.

Objetivo 5.2: Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.

META

1. Manter e ou ampliar o numero de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculo protegido,
2. Elaborar, aprovar e publicar do Plano de Carreira Cargos e Salários do servidores.

Diretriz 6. Potencialização da Participação e Controle Social, da Educação Popular e da Ouvidoria do SUS.

Objetivo 6.1: Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças informais e de grupos integrados às atividades coletivas dos serviços de saúde e de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

META

1. Manter e incentivar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.
2. Realizar a Conferência Municipal de Saúde.
3. Implantar comissão local de saúde por localidades.

Objetivo 6.2: Fortalecer o Sistema de Ouvidoria do SUS.

META

1. Manter e implementar a ouvidoria municipal do SUS, melhorando seu atendimento e sua estrutura.

Diretriz 7. Implementação de novo modelo de gestão, centrados no planejamento integrado, na informação em saúde, na intersectorialidade e na relação interfederativa, com foco em resultados e em um financiamento estável.

Objetivo 7.1: Promover, instrumentalizar, implementar e qualificar o Processo de Planejamento Integrado no SUS.

META

1. Implementar a dinâmica de planejamento, baseada nos princípios da gestão democrática e participativa, estabelecendo-se a diretiva das programações locais, com avaliação sistemática e incremento do controle social.

2. Elaborar de forma integrada os instrumentos de gestão e planejamento do SUS, a partir do desenvolvimento de um processo de monitoramento e avaliação.

3. Elaborar plano operativo para no âmbito municipal, contendo metas quantitativas e qualitativas.

Objetivo 7.2: Implementar e qualificar a Gestão da Informação e Informática.

META

1. Implantar um Sistema de Informação para gestão em Saúde no município de Iapu, interagindo com os sistemas de informações oficiais.

2. Manter e implementar informatização e conectividade nas unidades básicas de Saúde e na Secretaria de Saúde.

97. Implementar a adesão ao E-SUS no município.

Diretriz 8. Potencialização da Função Regulatória e dos instrumentos de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Objetivo 8.1: Organizar a regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.

META

1. Garantir o acesso do usuário aos serviços com fluxo definido por classificação de risco e vulnerabilidade.

2. Manter e implementar o Serviço de Controle e Avaliação no município.

3. Monitorar as Internações de urgência e emergência, bem com todos os encaminhamentos do TFD.
4. Pactuar via PPI toda a demanda de atendimento necessária ao município, bem como monitorar o atendimento aos usuários.

Diretriz 9. Modernização da Gestão Administrativa, Orçamentária e Financeira.

Objetivo 9.1: Implementar e qualificar a gestão administrativa, de insumos e apoio logístico e de infraestrutura.

META

1. Suprir regularmente todas as unidades de saúde do município com os insumos necessários para o seu funcionamento.
2. Ampliar o rol de equipamentos para a melhoria da qualidade na prestação dos serviços, bem como para o bom desempenho da SMS.
3. Realizar manutenção preventiva e corretiva regular dos equipamentos e das estruturas físicas da rede pública municipal de serviços de saúde, e da Secretaria Municipal de Saúde.

Objetivo 9.2: Implementar e qualificar a gestão do Sistema Municipal de Saúde.

META

1. Realizar captação de recursos de fontes de investimento para despesas de custeio e capital, primordialmente para Atenção Básica porém quando necessário também para a Especializada.
2. Implantar um projeto de gestão da qualidade amparado nos seguintes componentes básicos: gestão sócio ambiental (racionalização de recursos e gerenciamento de resíduos), modernização tecnogerencial e qualidade de vida.
3. Qualificar o processo de execução orçamentária e financeira.
4. Manter, a execução orçamentária e financeira dos exercícios anuais visando o equilíbrio entre receita e despesa em sua totalidade.
5. Estruturar um sistema de apuração de custo instrumentalizando a gestão do SUS no uso racional de recursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento pelo qual a partir de uma análise situacional do município apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período proposto. Esses resultados são obtidos a partir da elaboração de objetivos, diretrizes e metas a serem alcançadas.

Com o Plano Municipal de Saúde pretende-se identificar os problemas e situações que requerem a implementação de soluções; identificar os fatores que, direta ou indiretamente, determinam a situação considerada insatisfatória; estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas; definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado; utilizar os instrumentos pactuados anteriormente, tais como Plano de Saúde, Planos Diretores, Relatórios Anuais de Gestão, relatórios de Conferências, Termo de Compromisso de Gestão, entre outros.

Em síntese, o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

APROVAÇÃO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

HOMOLOGAÇÃO PELO PREFEITO

Eu, Jordão Viana Teixeira, prefeito de Bugre, estou ciente do Plano Municipal de Saúde. Após aprovação prévia deste pelo Conselho Municipal de Saúde e do Secretário Municipal de Saúde.

Jordão Viana Teixeira

Bibliografia:

- <http://www.frigoletto.com.br/GeoEcon/idhmg.htm>.
- biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/bugre.pdf
- <http://cidadesnet.com/municipios/bugre.htm#AtividadesEconomicas>