

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO
E GESTÃO EM SAÚDE

NÚBIA COSTA SANTOS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JESUS DAS SELVAS

Bom Jesus das Selvas
2009

NÚBIA COSTA SANTOS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JESUS DAS SELVAS

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do Título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

Bom Jesus das Selvas

2009

NÚBIA COSTA SANTOS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JESUS DAS SELVAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

A Deus, eterna fonte de luz e sabedoria...
Por me presentear com as dádivas da vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Igor e Isadora pela compreensão, dos momentos em que não pude estar presente fisicamente.

Ao meu pai, Núbio Emanuel e meu irmão Heitor Guy que sempre se sobrepõem a distância e se apresentam tão próximos, me incentivando ao crescimento.

Ao Roberto, amigo e companheiro, sempre presente, não me deixando esmorecer diante das dificuldades. O carinho que recebi destas pessoas tão especiais na minha vida foi responsável pela motivação que me impulsionou a conquistar mais esta vitória.

Aos mestres, que nos transmitiram seus conhecimentos e experiências profissionais, e em especial a Prof^a Doutora Mônica Elionor Alves Gama, pelo incentivo, dedicação e pela forma como conduziu todo este trabalho, incitando o discente à descobertas, abrindo horizontes e expectativas durante a trajetória do Curso de Especialização.

“É impossível mudar o final de um começo, mas, é totalmente possível mudar o começo para um novo fim.”
(Chico Xavier)

RESUMO

O Plano Municipal de Saúde do município de Bom Jesus das Selvas para o exercício de 2009/2012, traz estratégias de defesa para melhor qualificação de oferta dos serviços de atendimento a saúde pública. Após avaliação em colegiado, foi possível diagnosticar falhas e discutir possibilidades para solucionar toda a problemática detectada. A partir deste retrato traçamos diretrizes que acreditamos ser capazes de melhorar a qualidade da oferta dos serviços de saúde pública municipal. Nossa preocupação maior emana diante dos recursos disponibilizados para amparar os programas Federais em que estamos habilitados. O pequeno repasse do Governo Estadual que cobre 15% da despesa do Hospital Municipal. O fato de município estar enquadrado dentro do Módulo de Atenção Básica, fica restrito ao recebimento de determinados incentivos oriundos dos Governos Estadual e Federal. E diante da demanda reprimida e da total carência populacional, que incessantemente busca por amparo da saúde pública, acabamos por dispensar porcentagem considerável do repasse municipal a fim de sustentar tais necessidades. Tudo isso coloca-nos em situação delicada e dependente da Administração, que vem sendo generosa, ultrapassando o limite mínimo do repasse exigido pela EC 29. Através deste planejamento obteremos um olhar voltado às perspectivas de incrementar as diversas áreas de atenção à saúde, respondendo com políticas eficazes nas áreas de atenção básica, urgência e emergência. Incorporando novos serviços e procedimentos, priorização do atendimento ambulatorial, cuidado especial à saúde da mulher, da criança e do idoso, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Os projetos já implementados terão a garantia da busca integral e resolutiva para sua permanência e eficácia, tendo como base estruturante a Estratégia de Saúde da Família - ESF. Este plano se sustenta em métodos de planejamento qualitativo, que certamente viabilizarão o equacionamento dos principais desafios da saúde pública local. Visando alcançar a concretização do Sistema Único de Saúde – SUS no município de Bom Jesus das Selvas, defendendo seus princípios: IGUALDADE, UNIVERSALIDADE E EQUIDADE, fundamentados na Constituição Brasileira, Lei 8.080/90, Lei 8.142/90 e demais normatizações.

Palavras-Chave: Saúde Pública. Plano Municipal. Bom Jesus das Selvas/MA.

ABSTRACT

The Municipal Health Plan of the city of Bom Jesus das Selvas for the financial year 2009/2012, which provides strategies for better qualification of defense for supply of services of public health care. After evaluation in schools, it was possible to diagnose faults and discuss ways to solve all the problems detected. From this portrait we draw guidelines to be able to improve the quality of municipal public health services. Our major concern emanates forth the resources available to support the federal programs that are enabled. The small transfer of the State Government which covers 15% of the expenditure of the Municipal Hospital. The fact the city is framed within the Primary Care Module is restricted to receive certain incentives from the State and Federal Governments. And before the repressed demand and total lack of population, who tirelessly search for support of public health, we shall dispense considerable percentage of the municipal lending in order to support such needs. All this puts us in a delicate situation, depending on the administration, being generous, exceeding the minimum required to pass the EC 29. Through this plan get a look back to the prospects of increasing the areas of health care, responding with effective policies in the areas of primary care, urgent and emergency. Incorporating new services and procedures, prioritization of outpatient care, the health care of women, children and the elderly, epidemiological surveillance and health monitoring. Projects already implemented will ensure the full and resolute search for permanence and effectiveness, based on structuring the strategy for Family Health - FHS. This plan is supported by methods of quality planning, which will certainly enable the equating of the major challenges of local public health. To achieve the implementation of the Unified Health System - SUS in the city of Bom Jesus of jungles, defending its principles: equality, universality and equity, based on the Brazilian Constitution, Law 8080/90, Law 8142/90 and other regulations.

Key-words: Public health, municipal plan, Bom Jesus das Selvas/MA.

SUMÁRIO

		p.
1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	9
2.1	Geral	9
2.2	Específicos	10
3	MARCO TEÓRICO	11
3.1	Análise da Situação de Saúde: evolução da saúde no Brasil	11
3.2	Descrição da Macrorregião	13
3.3	Macrorregião de Imperatriz	15
3.4	Microrregião e Módulo Assistencial de Açailândia	17
4	REDE ESTADUAL DE ALTA COMPLEXIDADE	18
4.1	Rede Estadual de Assistência em Nefrologia	19
5	CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DAS SELVAS	22
5.1	Aspectos demográficos	22
5.2	Aspectos populacionais	23
5.3	Aspectos econômicos	24
5.4	Perfil epidemiológico	25
6	A ESTRUTURAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SANEAMENTO E QUALIDADE DE VIDA	26
6.1	Departamentos e Atribuições	26
7	A SAÚDE DE ACORDO COM O NOVO MODELO ASSISTENCIAL	27
7.1	Níveis de Atenção Primária	28
8	QUADRO DE METAS	29
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	36
	ANEXOS	38

1 INTRODUÇÃO

Obedecendo as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS, as Portarias, Instruções e instrumentos básicos reordenadores da Política de Saúde, referenciados pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2002, apresenta-se o PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JESUS DAS SELVAS. Documento indispensável para alicerçar a construção de uma saúde pública municipal equânime e eficaz.

Trata-se de um Plano Participativo em que os assuntos pertinentes foram evidenciados num processo do qual extraiu-se diagnósticos e traçaram-se metas para adequações. Desta maneira serão otimizados desempenhos no que diz respeito à oferta de um serviço qualificado e humanizado. Esta dinâmica promoverá interação com a população, apresentará variantes da saúde pública, suas ramificações, estrutura e amplitude. Valorizará e externará os objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS, fazendo-o acontecer e contribuindo para sua efetivação e fortalecimento no município de Bom Jesus das Selvas.

Considerando o direito de saúde para todos os cidadãos brasileiros a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Bom Jesus das Selvas em parceria com a Prefeitura Municipal se dispõem a enfrentar todos os obstáculos oriundos da demanda excessiva em busca de uma saúde curativa nos moldes hospitalocêntricos. E reverter esta procura desenvolvendo e potencializando a saúde preventiva. Acredita-se numa proposta intersetorial para garantia do sucesso deste empreendimento. Os pactos servirão de norteadores para os planejamentos. E dentro deste “planejar”, metas serão traçadas e constantemente avaliadas. Neste roteiro edificaremos no município uma saúde pública justa e eficiente.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar o Plano Municipal de Saúde do Município de Bom Jesus das Selvas.

2.2 Específicos

- Promover constante integração do conselho de saúde, usuários do SUS, profissionais de saúde e gestores municipais em audiências públicas para discussões de assuntos relacionados a efetivação dos serviços de saúde no município de Bom Jesus das Selvas;
- Incentivar participação efetiva do poder público municipal, verificando a intersetorialidade que se faz coadjuvante neste processo, Membros do Conselho Municipal de Saúde e Sociedade Civil a fim de planejar ações para garantir a eficácia da saúde preventiva;
- Garantir ao atendimento ambulatorial nas unidades de saúde do município;
- Promover momentos de reflexão e avaliação de desempenho das equipes;
- Monitorar o combate as endemias, a prevenção de doenças e as ações de educação em saúde;
- Reduzir o índice de doenças primárias a partir das reflexões e apropriação dos conceitos básicos da higiene corporal e ambiental;
- Ampliar o Programa de Saúde Bucal,
- Capacitar Agentes Comunitários de Saúde – ACS's e Agentes Comunitários de Endemias – ACE's,
- Mobilizar a população para construir o hábito de realizar atividades esportivas leves, moderadas e monitoradas objetivando o combate de doenças e agravos não transmissíveis,
- Garantir a adesão e implementação de todos os programas oferecidos pelo Ministério da Saúde de acordo com o que preconiza suas referidas Portarias Ministeriais,
- Oferecer atendimento a todas as necessidades relacionadas com saúde, norteados pelo Pacto de 2005 e PDR;
- Transmitir à população bonjesuense segurança no que diz respeito a oferta de serviços de saúde/SUS no município.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Análise da Situação de Saúde: Evolução da Saúde no Brasil

A preocupação com a saúde pública no Brasil emergiu com efetiva prioridade de governo no início do século XX, com a implantação da economia exploradora de café, na região Sudeste. Perceberam que a melhoria das condições sanitárias dependia basicamente de controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano. E para tanto instituíram uma efetiva política de Estado. Primeiramente essas ações aconteceram concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. No nível central da Federação, sendo regulamentada em 1901 a Diretoria Geral de Saúde Pública. De um modo geral, a assistência à saúde, prestada por este e pelos Órgãos Federais que lhe sucederam, estavam restritos às situações de epidemia e aos casos de especial interesse para o controle das condições de saúde pública, no eixo central da economia, havendo de fato quase nenhuma capacidade de atenção do Poder Federal na assistência individual à saúde. Assim sendo, a assistência médico-hospitalar, nesse período, dependia em sua grande maioria de entidades beneficentes e filantrópicas. (TV CULTURA, 2008)

No período de 1940 a 1950, aumentou bastante o mercado de trabalho no setor urbano, cerca de 1,5 milhões de oferta de emprego. A intensificação da urbanização que se processava, fez o país transitar de uma sociedade rural para uma industrial, embora ainda concentrada no espaço do Rio de Janeiro e São Paulo. No plano social, esse período caracterizou-se por mudanças importantes introduzidas pelo governo autoritário de Getúlio Vargas, como a Consolidação da Legislação Trabalhista e a estatização da Previdência Social. Devido ao grande anseio e manifestações trabalhistas, a Previdência Social passou a ser organizada por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), segundo grupo de categorias profissionais, como contribuição obrigatória por parte de empregado e empregador. (BARCELLOS, 1983)

A partir de 1985 até 1988, com a nova República, foram introduzidas importantes modificações nas políticas econômicas e sociais brasileiras. Do ponto de vista econômico, um compromisso com o crescimento; do ponto de vista social, os movimentos organizados da sociedade começam a ter maior presença nos

Conselhos de Gestão Nacional, nas áreas de saúde, previdência, educação e trabalho. No caso da saúde, esse processo se dá através do movimento da Reforma Sanitária, que levou a criação do Sistema Único de Saúde. (BARCELLOS, 1983)

A existência das desigualdades regionais foram verificadas e aprendidas pelas diferenças entre os indicadores de mortalidade. Nas regiões Sul e Sudeste as doenças infecto parasitárias – DIP's, já ocupavam o quinto lugar na lista de causas de óbitos em 1980, não considerando as declarações de óbito por sintoma mal definido. Na região Nordeste esta mesma causa insistia em ocupar o segundo lugar. Recentemente se igualou as demais regiões.

As desigualdades entre as regiões podem ser também visualizadas nos indicadores relacionados à composição de morbidade. Assim para os mesmos grupos de causas de morbidade hospitalar que foram analisados para a mortalidade, verifica-se que as doenças cardiovasculares representaram, em 2001, a segunda causa de internações nas regiões Sul e Sudeste, em seguida às doenças respiratórias. Nessas duas regiões, no mesmo ano, as DIP corresponderam à terceira e à quarta causa de internações, respectivamente. Na região Nordeste, contudo, as DIP ainda representavam a segunda causa de internações em 2001, enquanto as doenças cardiovasculares constituíram a terceira causa (MOREIRA JUNIOR et al., 2002, p. 99).

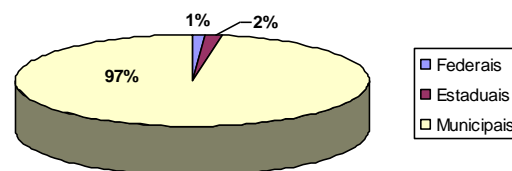
Na região Nordeste, mais especificamente no Estado do Maranhão as desigualdades também foram marcantes durante todas estas décadas em todos os municípios do Estado. De acordo com dados do IBGE (2005), o Estado do Maranhão tem uma área territorial compreendida em 331. 983.293 km², e uma população estimada do ano 2005 de 6.103.327 hab., com 217 municípios.

Os dados do IBGE em 2005 registraram o estado do Maranhão com 1.754 Estabelecimentos de Saúde Pública, distribuídos da seguinte forma:

Tabela 1 – Distribuição dos estabelecimentos de Saúde Pública do estado do Maranhão, 2005.

Estabelecimento	Quant.	%
Federais	19	1
Estaduais	30	2
Municipais	1.705	97
TOTAL	1.754	100

IBGE/ 2007.

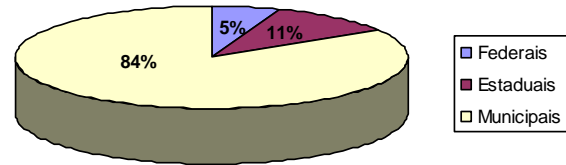


Nestes estabelecimentos de Saúde Pública, foram identificados 8.018 leitos hospitalares, sendo:

Tabela 2 – Distribuição de leitos hospitalares nos estabelecimentos de Saúde Pública do estado do Maranhão, 2005.

Estabelecimento	Quant.	%
Federais	435	5
Estaduais	857	11
Municipais	6.726	84
TOTAL	8.018	100

IBGE/ 2007



O número de óbitos identificados foi de 5.292 por várias doenças como: neoplasia, tumores, transtornos mentais e comportamentais, gravidez, parto e puerpério, más-formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, por sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais, lesões, envenenamentos e causas externas, por contato, por serviço de saúde. Destes foram identificados: 2.934 homens com menos de 01 ano de idade, até 80 ou mais anos de idade; 2.358 mulheres com menos de 01 ano de idade, até 80 ou mais anos de idade (SIAB,2006).

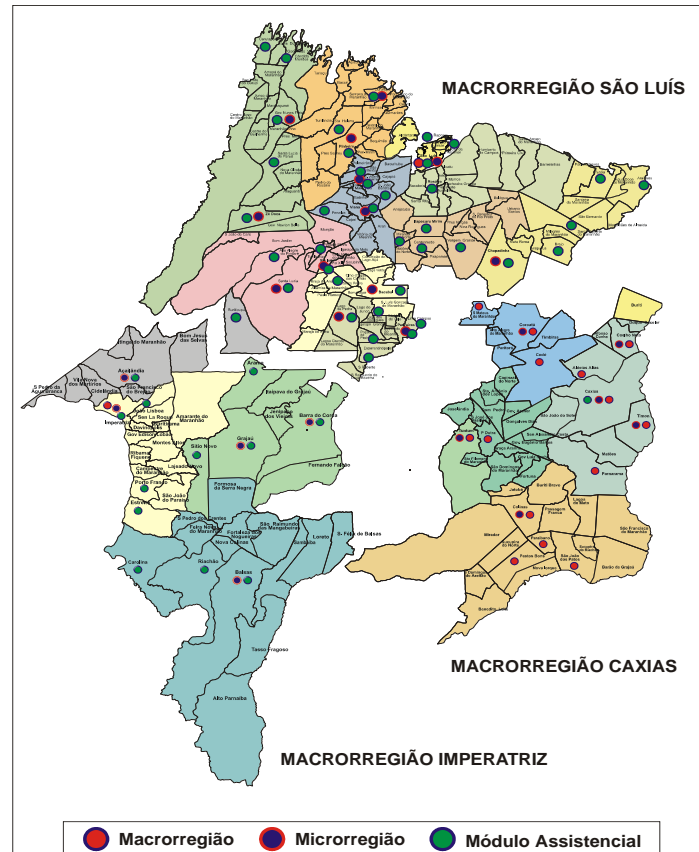
Considerando a grande extensão territorial da União, foram definidos os Planos Diretores de Regionalização, onde os Estados foram divididos em macrorregiões e microrregiões. Atendendo a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, estabelecendo a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços.

3.2 Descrição da Macrorregião

Com o intuito de oferecer uma saúde pública eficiente e segura. Em que todos tenham a seguridade de um atendimento resolutivo, o estado constituiu o Plano diretor de Regionalização – PDR. Após dividir o Maranhão em três grandes macrorregiões, novamente traça demarcações, destacando das macrorregiões as microrregiões e módulos assistenciais. Visando acolher as necessidades de atendimento à média complexidade II e III e alta complexidade, a partir do Plano de Pactuação Integrada - PPI. Os municípios de Imperatriz, Caxias e São Luis estão inseridos no Plano Diretor de Regionalização definidos como macrorregião, por terem capacidades para oferecerem serviços com maior nível de resolutividade

ambulatorial e hospitalar, correspondente ao elenco de procedimento de Média Complexidade III e Alta Complexidade, tais como:

Mapa 1 : Macrorregião do Estado



Fonte: Plano Diretor de Regionalização

Setor Ambulatorial – ofertar o elenco de procedimentos de Média Complexidade III, que basicamente inclui:

. Consultas especializadas, nas demais especialidades como: Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Hematologia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Reumatologia, Tisiologia e Urologia; Procedimentos cirúrgicos (especializados); Ações especializadas em Odontologia (Média Complexidade III): Periodontia, Próteses, Cirurgias e Odontorradiologia; Radiodiagnóstico, Ultrasonografia e Patologia Clínica (Média Complexidade III); Anátomo Patologia e Citopatologia; Terapias Especializadas (Média Complexidade III) (PDR, 2004).

Setor Hospitalar – Serviço de maior complexidade em regime de interação hospitalar nas clínicas: médica, pediátrica, cirúrgica e obstétrica, bem como

tratamento especializado em Unidades de Terapia Intensiva e UTI de Adulto, UTI Pediátrico, UTI Neonatal e UTI Materno (PDR, 2004).

Setor de Urgência e Emergência – dispor de serviço para atendimento de Urgência e Emergência em regime de 24 horas (Urgência Nível III) com capacidade para atendimento nas clínicas básicas, ortopédicas, neurocirurgia e suporte para atenção ao paciente grave (tratamento intensivo) em hospitais habilitados como referência para os sistemas de atenção em urgência e emergência e gestação de alto risco.(PDR, 2004).

Serviço de Referência em medicina física e reabilitação – dispor de leitos de reabilitação em hospital geral ou especializado.

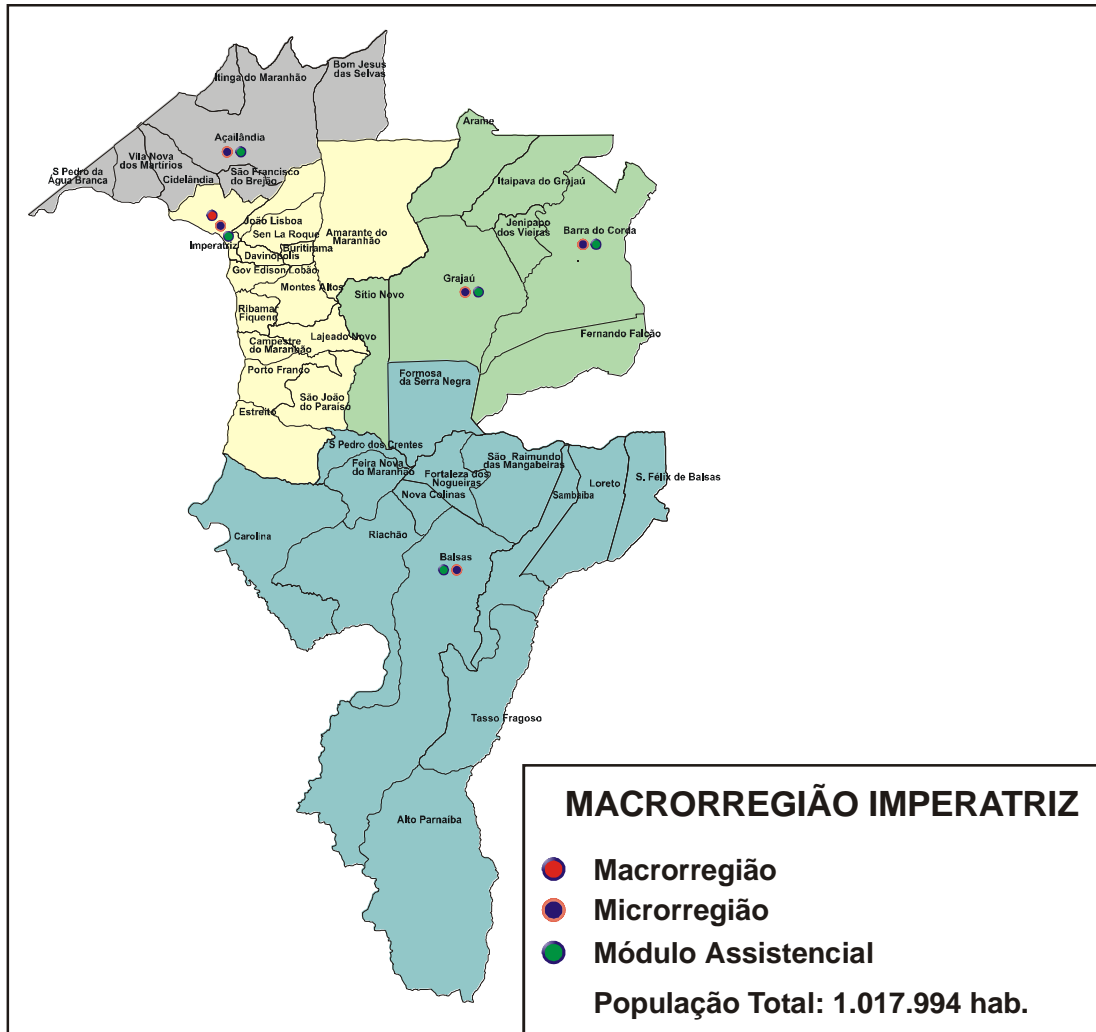
Alta complexidade envolve procedimentos de alto custo, tecnologia de ponta e recursos humanos especializados, tais como: terapia renal substitutiva, transplantes, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia cardíaca.(PDR, 2004).

3.3 Macrorregião de Imperatriz

Quadro 1 – Demonstrativo da constituição da Macrorregião de Imperatriz

POPULAÇÃO	1.017.994 habitantes
Percentual da População do Estado	17,33 %
Municípios	42
Microrregiões	05
Módulos Assistenciais	12

Mapa 2 – Macrorregião de Imperatriz



A macrorregião Imperatriz é constituída por 42 municípios (Quadro 2) que totalizam 1.017.994 habitantes, correspondendo a 17,33 % da população do Estado. Divide-se em 05 microrregiões: Imperatriz, Açaílândia, Barra do Corda, Grajaú e Balsas e 12 Módulos Assistenciais.

Na Alta Complexidade, o município de Imperatriz se constitui como referência para os procedimentos de TRS, Radiodiagnóstico, Ressonância Magnética, Neurocirurgia, Cirurgia Ortopédica e Litotripsia para as microrregiões de Imperatriz, Açaílândia, Barra do Corda, Balsas e Grajaú. Em Tomografia Computadorizada é referência para as microrregiões de Imperatriz, Açaílândia e Barra do Corda e em Hemoterapia (Hemonúcleo) para as microrregiões de Imperatriz e Açaílândia (PDR,2004).

Quadro 2 – Municípios integrantes da Macrorregião Imperatriz

Açailândia	Fernando Falcão	Porto Franco
Alto Parnaíba	Fortaleza dos Nogueiras	Riachão
Amarante do Maranhão	Formosa da Serra Negra	Ribamar Fiquene
Arame	Governador Edson Lobão	Sambaíba
Barra do Corda	Grajaú	São Félix de Balsas
Balsas	Imperatriz	São Francisco do Brejão
Bom Jesus das Selvas	Itaipava do Grajaú	São João do Paraíso
Buritirana	Itinga	São Pedro da Água
Carolina	Jenipapo dos Vieira	Branca São Pedro dos
Campestre do Maranhão	João Lisboa	Crentes
Cidelândia	Lajeado Novo	São Raim. das
Davinópolis	Loreto	Mangabeiras
Estreito	Montes Altos	Senador La Roque
Feira Nova do Maranhão	Nova Colinas	Sítio Novo
		Tasso Fragoso
		Vila Nova dos Martírios

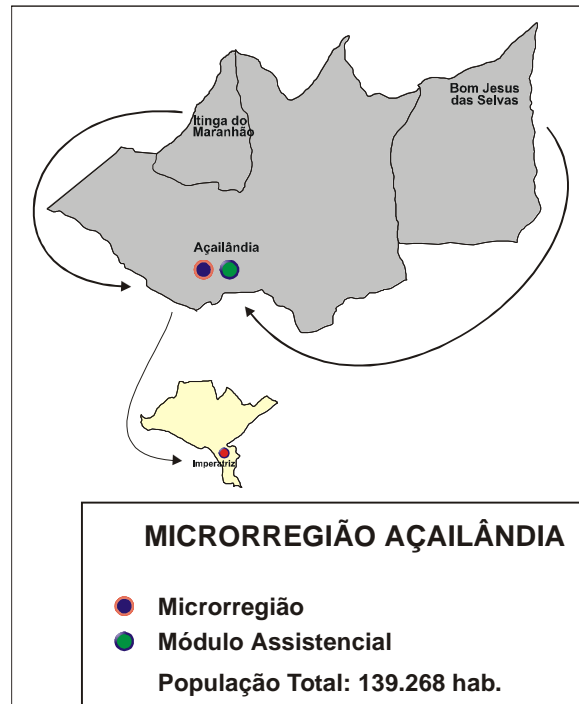
3.4 Microrregião e Módulo Assistencial Açailândia

O município de Açailândia com uma população de 95.839 habitantes é o único módulo desta microrregião, que possui 139.268 habitantes. É constituída pelos municípios de Açailândia, Bom Jesus das Selvas e Itinga do Maranhão. Como sede de micro e módulo assistencial, ofertará os procedimentos de Média Complexidade I e II para a sua população e encaminhará os procedimentos da Media Complexidade III e Alta Complexidade para Imperatriz. Açailândia é a primeira referencia do município de Bom Jesus das Selvas.

A microrregião de Açailândia compreende alguns municípios do Corredor da Ferrovia Carajás e, portanto enquadradas no Plano de Gestão Integrada – PGI. Este plano surgiu a partir de uma pesquisa da Vale no intuito de apropriar das necessidades, vocações e expectativas destes municípios e assim se apresentar

como parceira na promoção do desenvolvimento dos municípios de entorno. (Anexos I e II).

Mapa 3 – Microrregião de Açailândia



4 REDE ESTADUAL DE ALTA COMPLEXIDADE

A Rede de Referência para a Alta Complexidade no Estado do Maranhão encontra-se em diferentes estágios de consolidação.

A Terapia Renal Substitutiva e a Hematologia já possuem uma rede razoavelmente estruturada e pactuada, enquanto as outras especialidades encontram-se em fase de adequação e organização.

O Governo Federal vem envidando esforços no sentido de organizar o Sistema de Alta Complexidade por meio de portarias e resoluções com o propósito de melhor instrumentalizar e normatizar esses serviços. Estes instrumentos permitem aos estados e municípios organizarem e operacionalizarem os seus Sistemas de Alta Complexidade, além de garantir o financiamento por parte do Ministério da Saúde desses procedimentos aos usuários referenciados pelos níveis municipais e interestaduais. (PDR/2004)

Quadro 4 - Procedimentos de Alta Complexidade de acordo com Portarias Ministeriais:

• Cirurgia Cardíaca;	• Neurocirurgia;
• Hemodinâmica;	• Cirurgia ortopédica;
• Terapia Renal Substitutiva,	• Oncologia Clínica e Cirúrgica;
• Quimioterapia;	• Radioterapia;
• Ressonância Magnética;	• Radiologia Intervencionista;
• Medicina Nuclear;	• Busca de órgãos para transplante;
• Tomografia Computadorizada;	• Gestação de Alto Risco;
• Hemoterapia;	• Radiodiagnóstico;
• Litotripsia;	• Transplantes e busca de órgãos;
• Eletrofisiologia;	• Acompanhamento de pacientes.
• Patologia Clínica Especializada	

4.1 Rede Estadual de Assistência em Nefrologia

No Estado do Maranhão, de acordo com a configuração do PDR, existem três Macrorregiões consideradas referências para resolubilidade das ações de Alta Complexidade em Terapia Renal Substitutiva. A rede está constituída atualmente de sete serviços de hemodiálise localizados em 4 municípios: São Luís (3 serviços / 89 máquinas), Caxias (1 serviço / 14 máquinas), Timon (1 serviço / 8 máquinas), Imperatriz (1 serviço / 32 máquinas) e um em processo de credenciamento no município de Bacabal (1 serviço / 22 máquinas).

Estes serviços, oferecidos pelo SUS no Maranhão, apresentam em conjunto, uma capacidade instalada com potencial de atendimento para 1.695 pacientes/mês e realização de 20.340 sessões/mês.

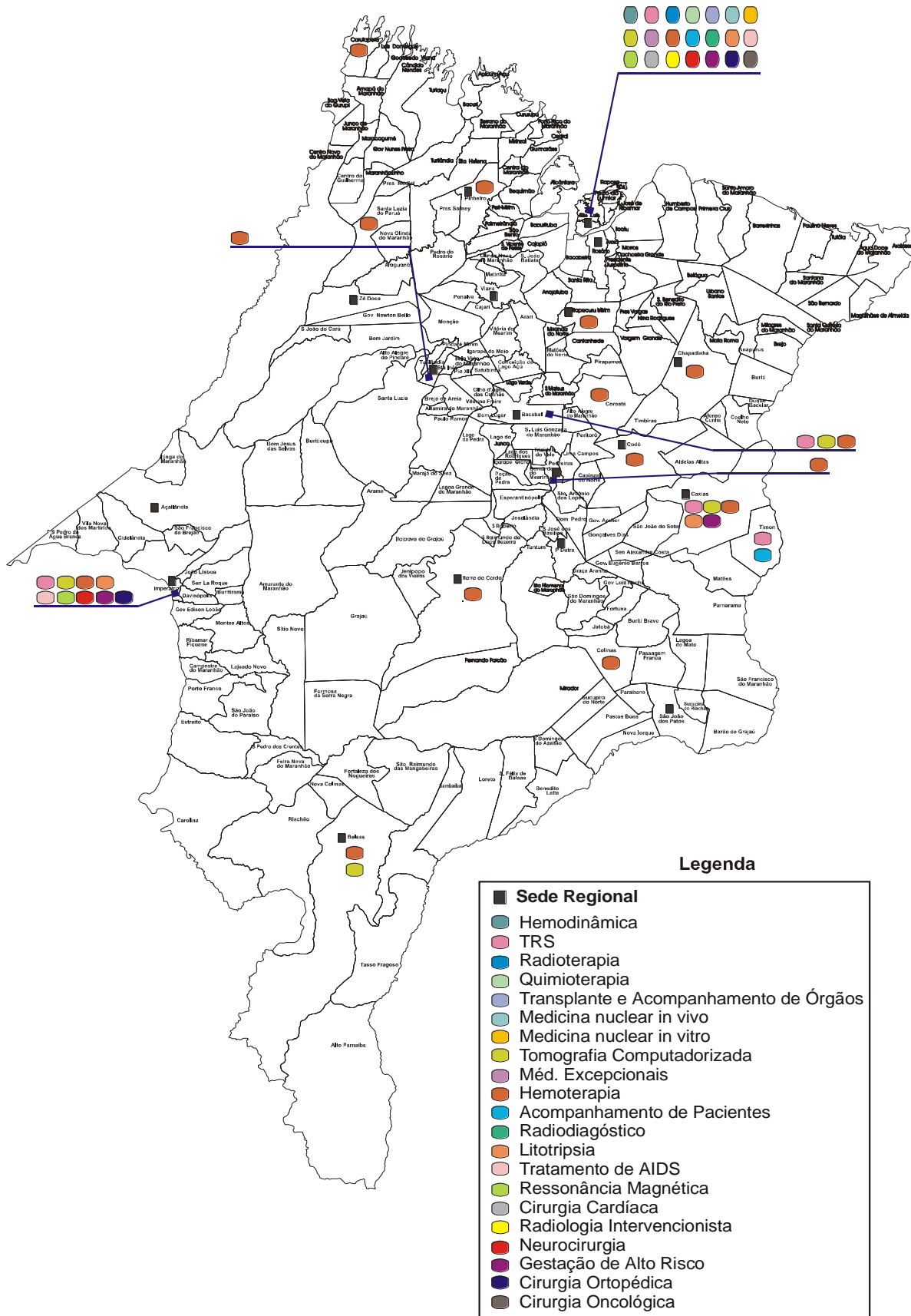
Também utilizando-se os parâmetros de cobertura da Portaria 1101/GM de 12.06.1992, 40 pacientes em 100.000 habitantes necessitam de TRS. Considerando a população do Estado, identifica-se uma população alvo a ser atendida de 2.349 pacientes no Estado. Em Bom Jesus das Selvas temos hoje quatro (04) pacientes que necessitam do serviço de hemodinâmica. Estes são encaminhados para Imperatriz três vezes por semana.

Quadro 5 - Situação dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS), Maranhão, 2004.

Macrorregião	Microrregião	Microrregiões Atendidas pelos Serviços	Existente		
			Serv.	Máq.	Nº de Pacientes
São Luís		São Luís, Chapadinha, Viana, Pinheiro, Santa Inês, Zé Doca, São Vicente de Ferrer, Cururupu, Governador Nunes Freire.	03	75	1.068
	Bacabal*	Bacabal, Bom Lugar, Lago da Pedra, Paulo Ramos, São Mateus, Alto Alegre do Maranhão, Santa Inês, Pio XII, Santa Luzia, Igarapé do Meio, Pindaré-Mirim, Lima Campos, Pedreiras e Trizidela do Vale.	01	22	48
Caxias		Caxias, Codó, Colinas, Coroatá, Coelho Neto, Colinas, Presidente Dutra e Tuntum.	01	26	142
	Timon	Timon, Barão de Grajaú, Matões, São João dos Patos, Parnarama, e Tasso Fragoso.	01	16	65
Imperatriz		Imperatriz, Açailândia, Barra do Corda, Grajaú e Balsas.	01	34	372
TOTAL			07	173	1.695

* Processo em tramitação para credenciamento. Fonte: Relatório SIA/SUS-2004

Mapa 4 – Municípios que realizam procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade/
Maranhão 2003



5 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DAS SELVAS

5.1 Aspectos Demográficos

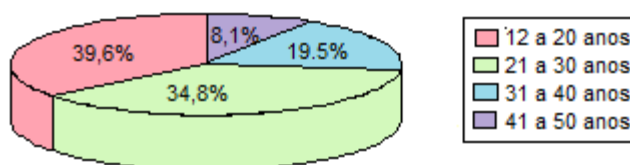
O município de Bom Jesus das Selvas, código IBGE 210203, está localizado na região Pré-Amazônia, há 480 km da capital São Luis. Foi emancipado em 1997. Teve seu território subtraído do município de Santa Luzia do Tide. Com uma vasta extensão geográfica 2.679 km², limita-se com Buriticupu ao norte/60 km, Bom Jardim a leste/235 km², Amarante a oeste/206 km² e Açailândia ao sul/100 km. Está no considerado Portal do Maranhão do Sul, que em caso de desmembramento, será o segundo município do novo estado.

Sua população hoje com 23.822 hab. está distribuída em centro urbano/ sede com 48.15% e zona rural com 51.85%. A sede ainda pequena, não tem seus bairros bem definidos. Hoje possui apenas 04 intitulados. Devido à antropologia, ao nível baixo de escolaridade, a ociosidade proveniente do alto índice de desemprego e as condições precárias favoráveis a vida no campo, as pessoas iniciam a vida sexual na pré-adolescência. E muitas vezes, ainda na infância (9 a 12 anos). Isto faz com que o índice populacional aumente consideravelmente a cada ano. Com a iniciação sexual precoce das mulheres, temos um quadro definido e preocupante no que tange a taxa de fertilidade e a consequência deste fato (IBGE, 2007).

Tabela 3 – Distribuição da faixa etária no grupo de mulheres com idade fértil no município de Bom Jesus das Selvas em 2006.

IDADE	Quant. População	%
12 a 20 anos	39,6%	
21 a 30 anos	34,8%	
31 a 40 anos	19,5%	
41 a 50 anos	8,1%	
TOTAL	100%	

Fonte: SIAB



A vegetação predominante são as matas ciliares e reservas naturais. A agricultura predominante é o arroz, o milho, o feijão e a abóbora.

O clima predominante é subtropical úmido, com temperatura média de 30' C., com variações entre 22'C e 33'C. A pluviosidade anual varia entre 1.564 mm a 1.680 mm.

Sua bacia hidrográfica é formada pelo Rio Pindaré e Rio Buriticupu. E é do Rio Pindaré que se extrai toda a água potável que abastece a sede municipal. Já nos povoados a captação é oriunda de poços artesianos.

5.2 Aspectos Populacionais

Trata-se de um município com uma população de 23.822 hab. (IBGE/2007), sendo 48.15% na zona urbana e 51.85 % na zona rural. Estes distribuídos em 55 Projetos de Assentamentos e comunidades. Possui também 6 aldeias indígenas, com um total de 614 índios (FUNASA, 2007), onde todos são de descendência dos Guajajaras. É importante ressaltar que de acordo com o censo do IBGE (2000), o município teve reconhecimento de 16.545 hab. E que o crescimento populacional no município foi considerado e não acompanhado pelos dados oficiais, o que vem trazendo grandes prejuízos ao município no que diz respeito a distribuição dos recursos Federais e Estaduais. Em todos estes Assentamentos, comunidades e aldeias existe uma escola em funcionamento. O que não acontece com as Unidades de Saúde que estão restritas às áreas adstritas das Equipes de Programa de Saúde da Família, sendo que três equipes estão localizadas na sede e um Hospital Municipal (Anexos C , D ,E , F e H).

Em virtude das condições precárias de vida da população, da cultura local, falta de higiene, falta de saneamento básico, escassez de água no município favorece a proliferação de doenças tropicais como leishmaniose e hanseníase, além de outras dermatites. O índice de casos de dengue é grande. E a dificuldade em desenvolver um trabalho de conscientização torna-se um agravante confrontado com as condições de vida e principalmente a cultura local e os hábitos de higiene.

O crescimento populacional fica por volta de 12.4% ao ano. É importante ressaltar que o crescimento populacional do Estado do Maranhão é de 1,9% ao ano e a freqüente migração da população nos municípios do interior do Estado.

As pessoas se ingressam nas atividades agrícolas ainda na menor idade, a partir dos cinco anos de idade. E por ser para a grande maioria, a única fonte de renda e sustento extraída da lavoura, as crianças e adolescentes acabam

abandonando os estudos e em épocas de colheita abandonam completamente suas residências na zona urbana. Este fato acaba trazendo grandes prejuízos aos índices educacionais e também aos da Saúde que dependem de metas. Por este motivo os ACS`s têm muita dificuldades em garantir o acompanhamento das famílias de suas áreas e existe um grande transtorno em deter os cadastros das famílias sem duplicidade em outras equipes.

Tabela 4 – Distribuição populacional por faixa etária – Bom Jesus Das Selvas – 2005,2006,2007.

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO		
	2005	2006	2007
<1 ano	429	380	389
1 a 4 anos	499	322	551
10 a 14 anos	2203	2233	2175
15 a 19 anos	2240	2339	1964
20 a 29 anos	5564	5699	5660
40 a 49 anos	1644	1658	1574
50 a 59 anos	1462	1439	1343
60 a 69 anos	1219	1331	1370
TOTAL	15260	15401	15026

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/DATASUS, 2007.

5.3 Aspecto sócio econômicos

Também conhecido como Km 100, nome adquirido enquanto povoado. Referenciando a sua distância ao município de Açailândia, um percurso de 100 km, e o início da contagem da quilometragem da BR 222. Bom Jesus das Selvas surgiu a partir da construção da Ferrovia Carajás e vem apresentando um crescimento considerável nestes 13 anos de emancipação. A implantação de políticas voltadas para o homem do campo vem provocando uma motivação que tem demonstrado resultados favoráveis.

O desenvolvimento econômico do município está voltado para a agricultura (milho, arroz, feijão e abóbora) e pecuária. O comércio local vem crescendo gradativamente.

O baixo IDH do município, 0.58, é evidente quando observamos a distribuição da renda na população. O índice de analfabetismo é alto. Estando numa proporção de 75% nos adultos. Sendo que, destes 75% da população adulta, 25 % sabem assinar o nome. (IBGE, 2006)

Tudo isso aumenta a responsabilidade do poder público em promover e facilitar meios de geração e promoção de renda à população, para num futuro próximo podermos contar com uma economia transformada e sustentável. É importante ressaltar a chegada de empresas que vêm fazendo investimentos no município, e as conseqüências positivas que acarretarão no setor sócio-econômico, porém, é necessário lembrar que isto elevará o índice populacional, além de provocar um colapso na rede pública de saúde, que não está preparada para atender tal demanda.

As dificuldades de sustentação da saúde pública no município ficam ainda mais evidentes quando observamos o percentual considerado como coeficiente para fins de repasses financeiros das esferas federais e estaduais. O município tendo sua população distribuída em grande parte na zona rural, 51.85% e os dados do censo/IBGE que divergem da realidade por apresentarem em 2005 uma população = 19.651 hab., na realidade apresenta > 25.000 hab. Este fato provoca um déficit considerável, que tem resultado em sérios prejuízos no que diz respeito ao desenvolvimento das políticas públicas principalmente no que diz respeito a educação e saúde.

5.4 Perfil epidemiológico

Em decorrência da situação sócio–econômica, cultural, a falta de saneamento básico e a qualidade da água que abastece a cidade têm conseqüências negativas no que tange a saúde da população. Pesquisas revelam que 95% da população que busca os serviços públicos de saúde são portadores de verminoses, algumas pessoas portando duas ou mais parasitoses. Fato decorrente da má qualidade da água oferecida pela CAEMA ao município. O hospital detém um fluxo contínuo de pessoas acometidas por doenças de veiculação hídrica. A cultura local torna-se um agravante ao permitir às crianças um contato direto da pele com areia e terra, quando estes brincam completamente nus, acrescentando números ao percentual desta problemática. O hábito de andarem sempre descalços, além de não lavarem as mãos antes das refeições e após usar o banheiro abre precedentes para uma infinidade de enfermidades (infecções intestinais, estomacais, micoses e outras manifestações cutâneas). A constante falta de água local reflete nas camadas mais pobres que apresenta uma higiene pessoal ineficiente sem continuidade, além do

zelo comprometido com utensílios domésticos, vestimentas, redes e ambientes locais.

Além destes fatores, as doenças endêmicas e emergentes são mais um agravante. Estando o município localizado na Região Pré-Amazônica, o tratamento e monitoramento de pacientes acometidos por doenças tropicais prevalentes são uma constante.

6 A ESTRUTURAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SANEAMENTO E QUALIDADE DE VIDA

6.1 Departamentos e atribuições

➤ A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SANEAMENTO E QUALIDADE DE VIDA – SEMUS

Instituída em Bom Jesus das Selvas no ano de 1997, data da emancipação do município. Como órgão central do sistema Municipal de Saúde Pública, tem por finalidade assessorar o chefe do Executivo Municipal na formulação e execução das políticas relacionadas com a promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da população, bem como planejar, coordenar, supervisionar, normatizar, controlar e avaliar as atividades de saúde desenvolvidas sob seu controle e pelos demais órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde no nível municipal.

A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela direção, coordenação, articulação institucional e supervisão das atividades técnico-administrativas, sociais e políticas de saúde no âmbito municipal. O Gabinete do Secretário é o órgão de apoio e assessoramento direto nas relações públicas e de representação política e social.

➤ SECRETARIA ADJUNTA DE SAÚDE

É responsável por gerenciar as atividades programáticas da secretaria municipal de saúde coordenando, controlando e supervisionando o planejamento e as diretrizes emanadas às coordenações e ao departamento de desenvolvimento de recursos humanos, bem como substituir o secretário em suas ausências, exercendo as competências deste.

Os demais Departamentos foram constituídos fundamentados na Lei n. 050/2005 – GAB/Lei de Estrutura.

➤ O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei 002/1997- GAB assim que o município foi emancipado. O município possui uma composição paritária conforme diretrizes da Lei Federal n. 8142/1980.

➤ FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Também criado por Lei Municipal 003/1997 – GAB dispõe de conta corrente (5861-9) na agência do Banco Brasil (3642-0), na cidade de Buriticupu, onde são depositados todos os recursos destinados ao gerenciamento e definições de ações de serviços de saúde do município.

➤ VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Criada através de Lei Municipal, fundamentada na Lei 9.782 de janeiro de 1999/ANVISA, visando proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços, na sua produção e comercialização, submetendo à vigilância sanitária, inclusive os ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, participando da construção de seu acesso.

➤ VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Criada no município fundamentada na e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a vigilância epidemiológica é "o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, tomando medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças e agravos.

7 A SAÚDE DE ACORDO COM O NOVO MODELO ASSISTENCIAL

Instituída a partir do novo modelo assistencial adotado pelo Governo Federal, priorizamos as medidas sanitárias e assistenciais preventivas. Integrada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, o que garante a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde". Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade,

qualidade, equidade e participação social. Dentro destes preceitos interagimos nesta política nacional. Os programas de prevenção e controle de doenças e agravos foram implantados. No município existe uma grande preocupação com as doenças crônicas – degenerativas e endemias. As metas pactuadas na PPI são consideradas e servem de parâmetro para nortear as ações de saúde. Por estar localizado geograficamente na Região da Pré-Amazônia, as doenças tropicais têm grande incidência em suas manifestações, necessitando de um monitoramento constante e minucioso. Dentro deste modelo de assistência Bom Jesus das Selvas aderiu ao Programa de Agentes Comunitários, Estratégias de Saúde da Família e Estratégia de Saúde Bucal e aos demais que estão agregados como Farmácia Básica, Imunização, Programa da Mulher, da Criança e do Idoso, Hipertensão, Educação e Saúde e TFD. (Anexo H).

7.1 Níveis de Atenção Primária

Com a implantação do PACS, hoje com 70 Agentes Comunitários, a ESF, hoje com 07 Equipes de Saúde da Família e o SB, atualmente com 03 Equipes de Saúde Bucal garantimos um acompanhamento assistencial, contínuo e vinculado a cada área adstrita, o que proporciona uma maior aproximação entre a população e os profissionais de saúde, atendendo o que preconiza o Ministério da Saúde. A cobertura do município está em 75% com a ESF e o restante fica por conta do PACS. Existem dois grandes obstáculos na sustentabilidade destes programas no município: Recursos Humanos, em relação ao profissional médico e Recursos Financeiros, devido a insuficiência daqueles que são direcionados para atender a política da saúde no município.

Vários são os fatores desta problemática, sendo o principal deles o número de habitantes apontado, que não condiz com a realidade e que é utilizado como coeficiente nos cálculos para distribuição de recursos. Também oferecemos serviços hospitalares de urgência e emergência no Hospital Municipal Dr. Milton Lopes, que tem funcionamento de 24 horas, com enfermarias, sala de observação, sala de parto, centro cirúrgico e internação. Oferecendo procedimentos de média complexidade nível I. Possui 30 leitos cadastrados no CNES e para a sustentabilidade deste temos apenas recursos referentes a 82 AIH's. Assim a política de saúde no município de Bom Jesus das Selvas acaba ficando alienada a

incrementos oriundos do FPM para garantir a efetividade de suas ações (Anexos C,D, E e H).

8 QUADROS DE METAS

QUADRO DE METAS 1

OBJETIVO	. Reduzir o índice de mortalidade materna
METAS	. Ampliar o número de gestantes com pré-natal completo; . Ampliar o número de partos assistidos por profissionais capacitados; . Melhorar o nível de nutrição durante a gestação.
ESTRATÉGIAS	. Intensificar visitas dos ACS's; . Realização de Palestras Educativas para grupos de gestantes; . Garantir vacinação no pré-natal; . Promover momentos constantes de atividade físicos monitorados; . Construir o hábito da alimentação saudável e natural . Interagir com Secretarias de Assistência Social e Promoção Humana e Agricultura; .Despertar o interesse no cultivo e ingestão de hortaliças .Promover treinamento e capacitação para parteiros.
RECURSOS MATERIAIS	. R.H.- Profissionais de Saúde e Equipes de ESF; . Data Show; . Objetos de atividades fisioterapêuticas; . Folders, cartilhas; . Cartão de vacina; . Sementes, terra e adubo.
RECURSOS FINANCEIROS	. Material gráfico - R\$ 4.200,00; . Sementes - R\$ 200,00; .TOTAL - R\$ 4.400,00.
EXECUÇÃO	. Início - Fev./2009; . Término - Dez./2009.
RESPONSÁVEIS	. Coordenador da Equipe ESF; . Agentes Comunitários de Saúde; . Membros do Conselho Municipal de Saúde; . Profissionais Nível Superior das ESF.
PRODUTO DE AVALIAÇÃO	. Fotos dos encontros promovidos e das atividades físicas; . ficha de acompanhamento pré-natal; . Prontuários; . Cartão de vacina.

QUADRO DE METAS 2

OBJETIVO	. Reduzir o índice de mortalidade infantil
METAS	. Identificar e cadastrar crianças e nutrizes; . Incentivar o aleitamento materno; . Manter o índice de cobertura vacinal igual ou superior a 90% das crianças < 5 anos; . Incentivar hábitos de higiene; . Reduzir em 60% índices de PFA's; . Controlar índice de infestação por parasitoses.
ESTRATÉGIAS	. Promover palestras educativas; . Garantir acompanhamento da ESF, principalmente com os profissionais de nível superior; . Monitoramento e do desenvolvimento da criança (peso, medida e estado nutricional) pelo ACS; . Campanha de vacinação; . Construir hábitos de higiene pessoal e na manipulação e consumo dos alimentos; . Garantir o hábito de lavar as mãos após usar o banheiro.
RECURSOS MATERIAIS	. RH – Profissionais das equipes de ESF; . Carro de som; . rádio e TV; . Folder e faixas; . Vacinas; . Cartão de vacinas.
RECURSOS FINANCEIROS	. Material Gráfico – folder 500 und. = R\$ 400,00 - faixas – 04 und. = R\$ 240,00 - carro de som – 10 horas = R\$ 300,00 - TOTAL = R\$ 2.340,00
EXECUÇÃO	Início – Fev./2009; Término – Dez./2009
RESPONSÁVEIS	. Coordenador da equipe de ESF; . Diretor clínico do hospital municipal; . Membros do Conselho Municipal de Saúde; . ACS's; . Coordenador da vacina.
PRODUTO DE AVALIAÇÃO	. Fotos; . Lista de presença nas palestras; . Cartões de vacina; . Prontuários; . Cartão da evolução da criança.

QUADRO DE METAS 3

OBJETIVO	. Realizar ações de prevenção e controle das DST's e AIDS
METAS	. Reduzir a incidência da infecção pelo HIV/AIDS e de outras DST's; . Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência em DST's e AIDS.
ESTRATÉGIAS	. Campanhas sobre medidas de prevenção de DST's e HIV para um público com idade a partir de 10 anos; . Palestras educativas nas Escolas e Unidades de Saúde; . Distribuição gratuita de preservativos; . Distribuição de material educativo; . Teatros; . Seminários; . Informar e facilitar o acesso aos Centros de DST's/AIDS.
RECURSO MATERIAL	. RH- Profissionais de Saúde e ACS's; - Professores e Assistentes Sociais. . TV e rádio; . faixas, folders, cartilhas e convites; . data show; . carro de som; . Aparelho de som e microfone; . filmes; . preservativos.
RECURSO FINANCEIRO	. material gráfico = R\$ 4.200,00; . carro de som – 10 horas = R\$ 300,00; . faixas – 04 und. = R\$ 240,00; TOTAL = R\$ 4.740,00
EXECUÇÃO	. Início – Abr./2009; . Término – Out./2009.
RESPONSÁVEIS	. Profissionais de saúde nível superior; . Psicólogo; . ACS's; . Assistente Social
PRODUTO DE AVALIAÇÃO	. Lista de Presença; . Fotos; . Filmagens; . Depoimentos.

QUADRO DE METAS 4

OBJETIVO	Controlar o índice de incidência de AVC's e Pré-eclâmpse
METAS	<ul style="list-style-type: none"> . Ampliar o Programa de controle de hipertensão arterial; . Controlar hipertensão arterial dos pacientes portadores; . Monitorar gestantes com manifestações de hipertensão.
ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"> . Intensificar campanhas de esclarecimentos sobre o risco da falta de monitoramento da pressão arterial; . Incentivar alimentação "saudável" e insossa, dentro da realidade da população; . Garantir administração e distribuição correta de medicamentos; . Promover inserção no programa de atividades físicas monitoradas por profissionais especializados: "Projeto Corpo e Ação"; . Promover caminhadas comunitárias.
RECURSOS MATERIAIS	<ul style="list-style-type: none"> . RH – Profissionais de Saúde e das equipes de ESF; <ul style="list-style-type: none"> - ACS's; - Fisioterapeuta; - Terapeuta Ocupacional. . rádio e panfletos; . materiais fisioterapêuticos; . camisas e bonés.
RECURSOS FINANCEIROS	<ul style="list-style-type: none"> . Material gráfico – R\$ 400,00; . Camisas – 500 und. – R\$ 5.000,00; . Bonés – 150 und. – R\$ 2.250,00; TOTAL – R\$ 7. 650,00
EXECUÇÃO	<p>Início – Abr./2009</p> <p>Término – Out./2009</p>
RESPONSÁVEIS	<ul style="list-style-type: none"> . Coordenador; . Fisioterapeuta; . Terapeuta Ocupacional; . ACS's e Membros do Conselho Municipal de Saúde
PRODUTO DE AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> . Filmagem; . Fotos; . Lista de presença; . Prontuários; . Fichas de cadastro e acompanhamento na Farmácia Básica; . Ficha de cadastro e acompanhamento no Projeto "Corpo e Ação".

QUADRO DE METAS 5

OBJETIVOS	. Fortalecer o Programa TFD.
METAS	. Garantir à população necessitada o acesso a serviços de saúde especializados; . Dinamizar atendimento aos serviços de Média Complexidade II e III e Alta Complexidade; . Multiplicar conhecimentos relacionados às referências pactuadas na PPI; . Promover integração do público usuário e profissionais da saúde na contextualização da Programação da Pactuação Integrada.
ESTRATÉGIAS	. Capacitar responsáveis pelo setor TFD; . Informatizar setor TFD; . Informar à população da dinâmica do TFD e PPI; . Contactar com gestores e equipes TFD's das referências (microrregiões e macrorregiões); . Disponibilizar transporte para o acesso aos serviços especializados referenciados; . Oferecer agendamento antecipado e seguro o de consultas e exames especializados referenciados.
RECURSOS MATERIAIS	. RH – Profissionais de Saúde; - Funcionários do Departamento TFD; . Transporte; . Combustível; . Ajuda de custo para pacientes carentes; . computador e impressora; . papel A 4 e panfletos; . blocos para o referenciamento; . som e microfone.
RECURSOS FINANCEIROS	. Aluguel de veículo/mês = R\$ 1.600,00; . Combustível/mês – 520 L/mês X 2.98 = R\$ 1.549,00 . Ajuda de custo/ mês = R\$ 1.500,00 . Material Gráfico = R\$ 2.400,00; TOTAL = R\$ 7.049,00
EXECUÇÃO	. Início – Jan./2009; . Término – Dez./2009.
RESPONSÁVEIS	. Diretor do Programa TFD; . Diretor do Hospital Municipal; . Secretário Adjunto de Saúde.
PRODUTO DE AVALIAÇÃO	. Ficha cadastral dos pacientes inseridos no TFD; . Listas de presença; . Fichas de referências; . Fichas de contra- referências.

QUADRO DE METAS 6

OBJETIVOS	. Conter proliferação do mosquito Aedes Aegipse.
METAS	. Promover interação com Secretaria de Educação e Assistência Social; . Reduzir em 70% a proliferação do mosquito; . Reduzir em 70% da manifestação e notificação de casos de Dengue na população; . Conduzir a população à cuidados com o meio ambiente e construção de conceitos referentes aos benefícios refletidos na saúde da população local; . Construir hábitos de processamento do lixo residencial; . Promover campanhas, campeonatos e gincanas educativas.
ESTRATÉGIAS	. Reuniões intersetoriais; . Combate intensivo aos agentes vetoriais; . Palestras educativas; . Promover mutirões de extermínio; . Caminhadas de protesto ao lixo nas ruas da cidade; . Campanha de combate a proliferação do mosquito; . Campeonato da rua mais limpa; . Gincanas educativas.
RECURSOS MATERIAIS	. RH – Profissionais de Saúde (ESF); - ACS's e ACE's; - Gestores municipais; - Professores; - Alunos das Escolas Municipais. . carro de som; . rádio e TV; . faixas e troféus; . certificados e gibis; . camisetas; data- show
RECURSO FINANCEIRO	. carro de som – 10 horas = R\$ 300,00; . troféu - 03 und. = R\$ 150,00; . faixas – 04 und. = R\$ 240,00; . Material gráfico = R\$ 4.000,00; TOTAL = R\$ 4.600,00.
EXECUÇÃO	. Início – Ago./2009; . Término – Nov./2009.
RESPONSÁVEIS	. Supervisor da Vigilância Epidemiológica; . Diretor da Vigilância Epidemiológica; . Supervisor da Vigilância Sanitária.
PRODUTO DE AVALIAÇÃO	. filmagens; . fotos; . Listas de freqüência; . ficha de acompanhamento das famílias pelos ACS's; . ficha de notificação dos ACE's; . fichas de notificação das Unidades de Saúde e Hospital Municipal.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde de Bom Jesus das Selvas foi construído a partir de um processo participativo e contextualizado, tendo como norteadores as diretrizes do SUS. Ocorreram momentos de reflexões integrando diferentes atores que se fazem coadjuvantes no processo de “fazer acontecer”. Setores de diferentes áreas da Administração, Membros do Conselho Municipal, Profissionais de Saúde, funcionários da Secretaria de Saúde e usuários foram envolvidos e levados a interagir com relação a dinâmica dos serviços de saúde previamente pactuados e as dificuldades peculiares a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Bom Jesus das Selvas em efetivar uma saúde operante e eficiente, tão almejada por todos.

A partir deste diagnóstico as necessidades e obstáculos foram levantados. A realidade do município foi evidenciada. Momentos de estudos ocorreram e foram norteadores de nossas decisões. Elencamos ações, elegemos prioridades e traçamos metas. O Plano Municipal de Saúde de Bom Jesus das Selvas foi edificado e servirá de suporte para conduzirmos a trilha tão esperada para oferecermos serviços de saúde e atender as necessidades da população do município.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Tanya Maria Macedo (coord.). **A Política social brasileira 1930-64:** evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983.

BRASIL. **História da saúde pública no Brasil.** Disponível em: < <http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>. Acesso em: 13 dez. 2008.

_____. TV Cultura. **A Revolta da Vacina.** Disponível em: <http://tvcultura.com.br/aloescola/historia/cenasdoseculo/nacionais/revoltadavacina.htm>. Acesso em: 12 dez. 2008.

_____. **Revolta da Vacina.** Disponível em: <http://scribd.com/doc/2980602/historia-do-brasil-prevestibular-1904-revolta-da-vacina>. Acesso em: 14 dez. 2008.

_____. **Revolta da Vacina.** Disponível em: <http://historianovest.blogspot.com/2009/01/revolta-da-vacina-html>. Acesso em: 4 jan. 2009.

_____. **Reformas da saúde pública.** Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/viewfile/2242/1874>. Acesso em: 4 jan. 2009.

_____. **O Desafio da Febre Amarela.** Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/febreamarela.htm>. Acesso em: 6 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. **A História do SUS:** SUS 20 anos: a saúde do tamanho do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://157.86.8.13/sus20anos/index.php?option=com_content&view=article&id=54:a-historia-do-sus&catid=31:geral. Acesso em: 13 dez. 2008.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Acervo bibliográfico.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://acervo.anvisa.gov.br/html/pt/home.html>. Acesso em: 2 jan. 2009.

_____. _____. **Políticas e diretrizes do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Disponível em:

<http://bvsmms2.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=23>. Acesso em: 2 jan. 2009.

_____. _____. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf. Acesso em: 14 dez. 2008.

_____. _____. **Política Nacional de Promoção em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf. Acesso em: 2 dez. 2008.

_____. _____. **Saúde da Família: Atenção Básica: SAS – DAB**. Brasília, DF:

Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>. Acesso em: 26 nov. 2008.

_____. _____. **Sistema de planejamento do SUS: uma ação coletiva: organização e funcionamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. v.1.

_____. _____. **Sistema de Planejamento do SUS: uma ação coletiva: instrumentos básicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. v. 2.

_____. _____. **Manual de orientação para contratação de serviços no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2007.

_____. _____. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2008. (Série Pacto Pela Saúde. v.4).

_____. _____. Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção Básica para o Programa Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários. **Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil, 2006**.

COUTINHO, Maria José Pereira et al. **Reestruturação e reimplantação da Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia do Maranhão**. 2008. 60f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Saúde, LABORO – Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município: um estudo no Rio Grande do Sul**. Rio de Janeiro, 1999.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. **História viva: a morte anunciada**. Disponível em: <http://historianovest.blogspot.com/>. Acesso em: 4 jan. 2009.

MARANHÃO. Secretaria Municipal de Santa Luzia. **Plano Municipal de Saúde, Exercício 2001 a 2005**. Santa Luzia, 2001.

_____. Secretaria Municipal de São Luís. **Plano Municipal de São Luís, Exercício 2003 a 2006**. São Luis, 2003.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. São Luis, 2004. 12 p.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Minas Gerais. **Manual para o Gestor Municipal de Saúde**. Belo Horizonte, 2005.

PARANÁ. Secretaria Municipal de Paranavaí. **Plano Municipal de Saúde, Exercício 2005 a 2008**. Paranavaí, 2005.

ANEXOS

ANEXO A – Caracterização Geográfica, Econômica e Social dos municípios de
entorno do Corredor de Carajás



Região de Planejamento dos Carajás

Tabela 24 - Caracterização Geográfica, Econômica e Social dos Carajás

Região / Município	Área (km ²)	População 2007			Densidade demográfica (hab/km ²)	PIB 2005* R\$ milhões
		Urbana	Rural	Total		
CARAJÁS	18.739,9	158.161	89.902	248.063	13,2	1.125,3
Açailândia	5.806,3	73.386	23.648	97.034	16,7	677,6
Bom Jesus das Selvas	2.679,4	11.250	12.577	23.827	8,9	61,3
Buritcupu	2.545,0	31.210	30.270	61.480	24,2	135,0
Cidelândia	1.464,4	5.068	7.339	12.407	8,5	51,1
Itinga do Maranhão	3.590,0	18.110	6.990	25.100	7,0	98,5
São Francisco do Brejão	745,5	4.108	4.323	8.431	11,3	25,6
São Pedro da Água Branca	720,5	9.853	1.260	11.113	15,4	31,3
Vila Nova dos Martírios	1.188,8	5.176	3.495	8.671	7,3	44,9

Fonte: IMESC - Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

* Dado mais atualizado, para maiores informações Cf. Produto Interno Bruto dos municípios do Estado do Maranhão: nova série 2002 a 2006. São Luís: IMESC, 2007.

Anexo B: Mapa dos Municípios de entorno do corredor da Ferrovia de Carajás na Região de Açailândia



Região de Planejamento dos Carajás

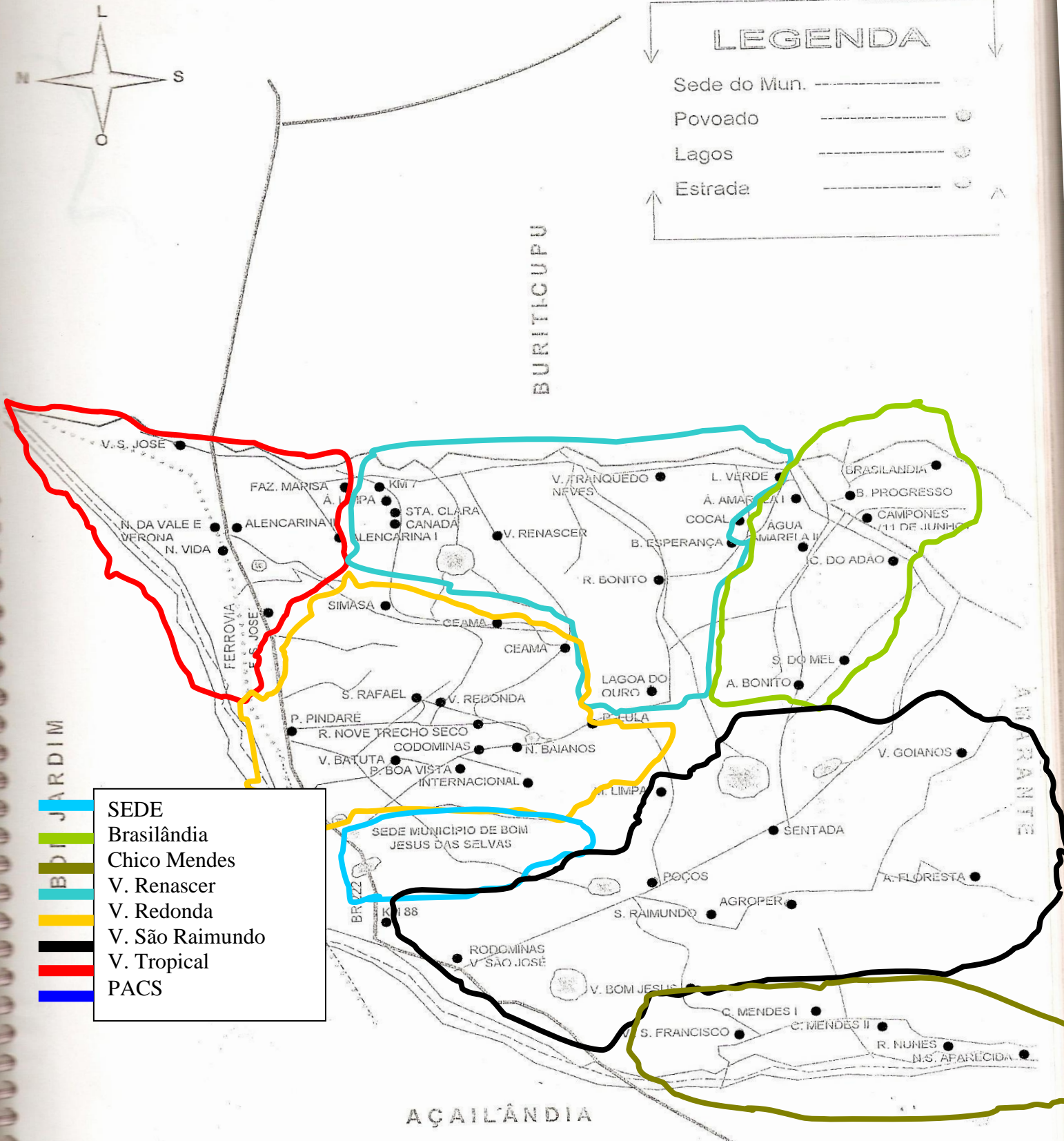


ANEXO C - Divisão das Áreas de Cobertura para ESF e PACS
 MAPA DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DAS SELVAS-MA



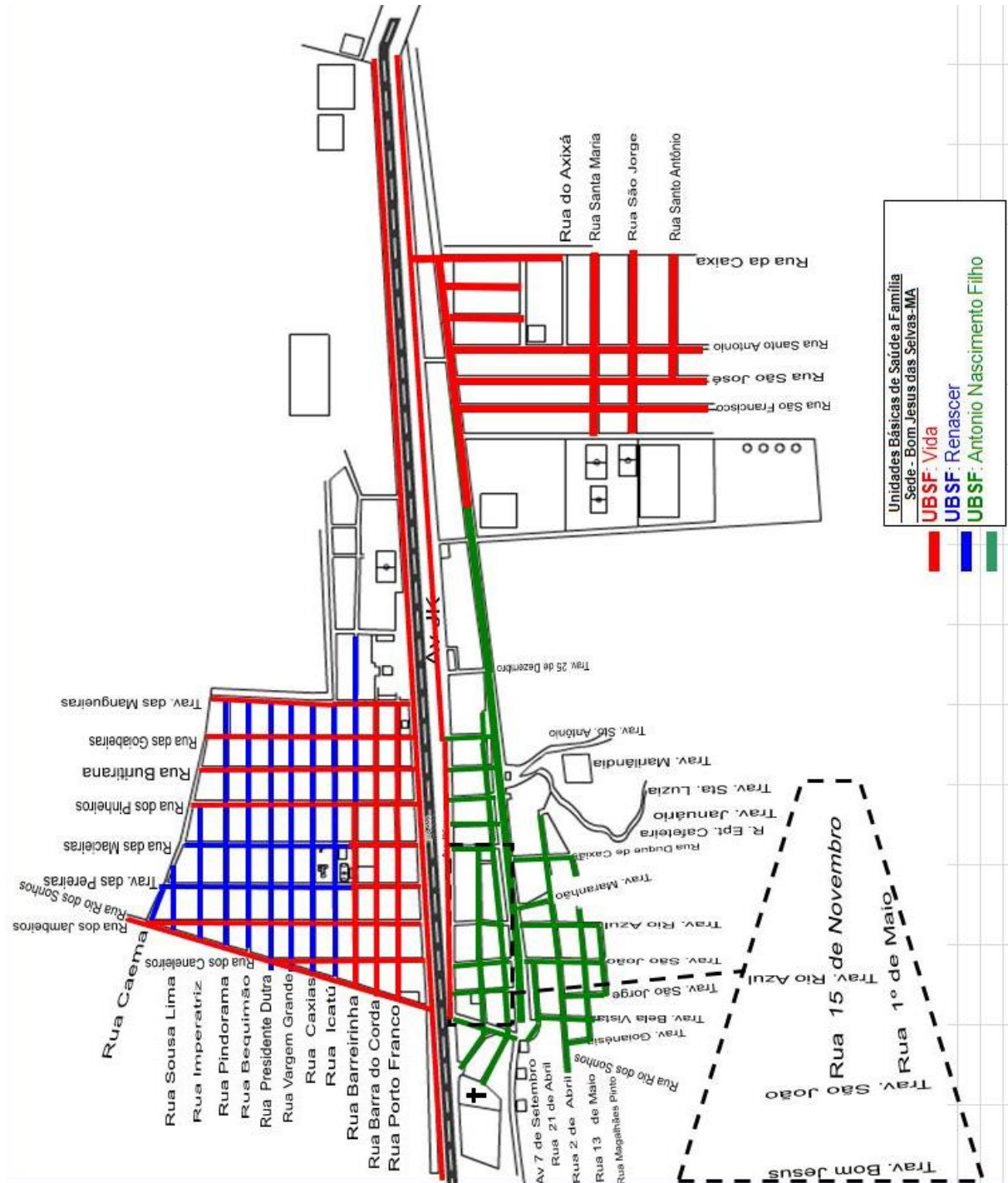
LEGENDA

- Sede do Mun. -----
- Povoado -----
- Lagos -----
- Estrada -----

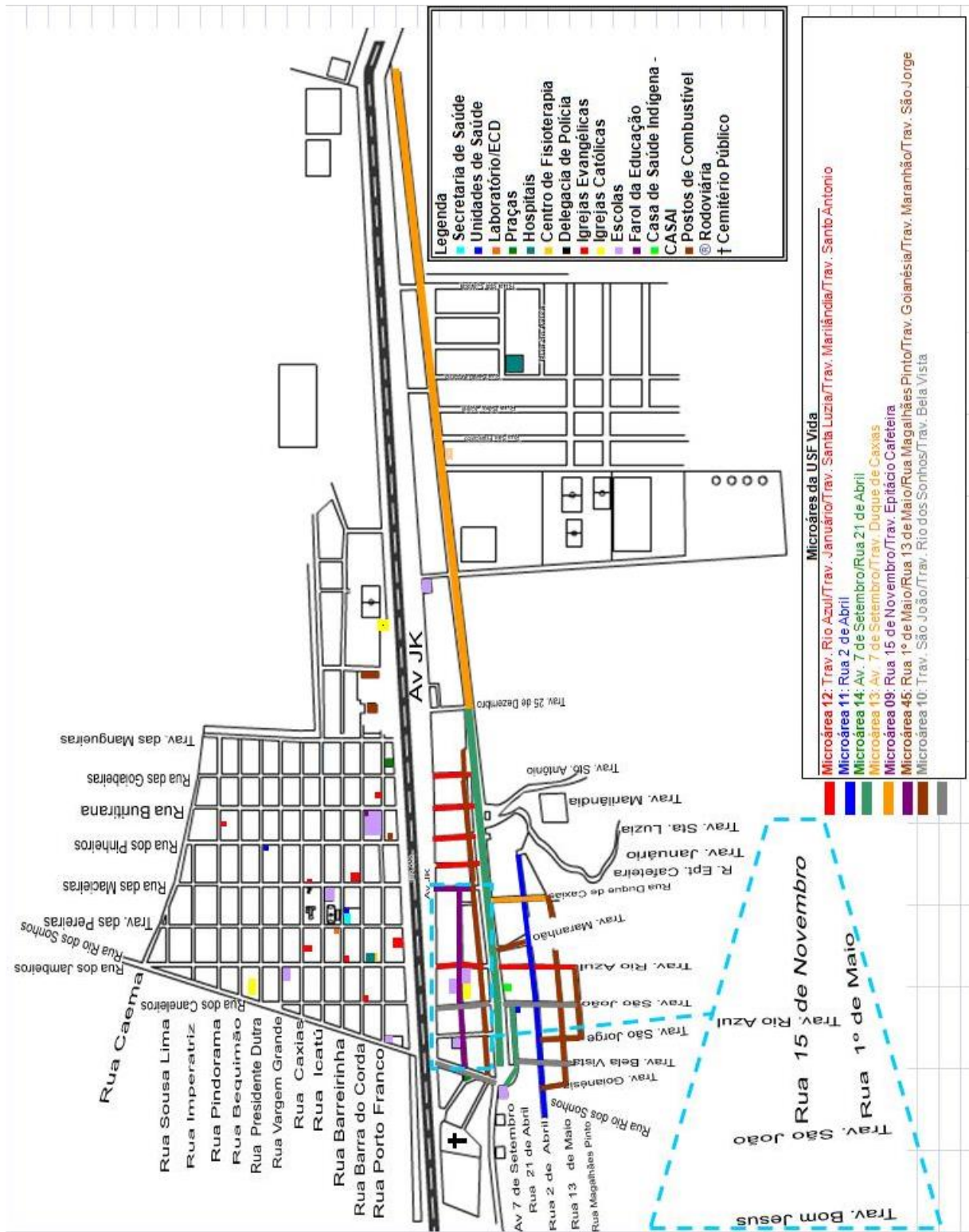


SEDE
 Brasilândia
 Chico Mendes
 V. Renascer
 V. Redonda
 V. São Raimundo
 V. Tropical
 PACS

ANEXO D - Mapa da Sede de Bom Jesus das Selvas com Divisão das Áreas das Equipes de Saúde da Família da Zona Urbana.



ANEXO E - Mapa da ESF – Unidade de Saúde Vida



ANEXO F - Mapa destacando pontos estratégicos da zona urbana do Município de Bom Jesus das Selvas



ANEXO G - PPI 2005 - Ações da Vigilância em Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DAS SELVAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA – 2005
Parâmetros de Acompanhamento para Ações de Vigilância em Saúde.**

AÇÃO		PARÂMETROS	META MARANHÃO	META MUNICÍPIO
1. Notificação				
1.1	Notificar casos de paralisia flácida aguda (PFA).	Coeficiente de detecção esperada de PFA na América Latina.	22	0
1.2	Realizar notificação de sarampo.	Número de unidades notificando negativa ou positivamente, por semana.	80% das unidades notificantes	80%
2. Investigação				
2.1	Iniciar investigação epidemiológica oportunamente para doenças exantemáticas.	Casos de doenças exantemáticas investigados em 48 horas, em relação aos notificados.	80% dos casos	80%
2.2	Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA.	Casos de PFA com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em relação ao total de casos de PFA detectados.	80% dos casos	80%
2.3	Encerrar oportunamente a investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos.	Surtos de doenças transmitidas por alimentos notificados, com investigação encerrada no máximo 60 dias após a notificação.	70% dos surtos notificados, com encerramento oportuno da investigação	80%
2.4	Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC).	Casos de doenças de notificação compulsória (DNC) notificados, exceto dengue.	alcançar no mínimo 74,3%	80%
3. Diagnóstico laboratorial de agravos de Saúde Pública				
3.1	Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas - sarampo e rubéola.	Casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados laboratorialmente por meio de sorologia, em relação ao total de casos notificados dessas doenças.	80% dos casos	80%
3.2	Encerrar casos de meningite bacteriana por critério laboratorial.	Proporção de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex, em relação ao total de casos confirmados dessa forma clínica	Confirmar laboratorialmente pelo menos 37,0% dos casos de meningite bacteriana diagnosticados	37%
3.3	Realizar testagem do HIV na população geral.	Pelo menos um teste/ano para população alvo (0,017 x população geral).	Testar no mínimo 103.781 pessoas	338 pessoas
3.4	Implantar triagem sorológica para hepatites virais nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).	Percentual de CTA existentes, de acordo com a meta proposta para cada UF, com triagem sorológica para hepatites virais implantada.	4	Não pactuar
3.5	Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes.	No mínimo um teste na gestação e/ou parto.	100% das gestantes com VDRL realizado conforme definido no parâmetro	260 testes
3.6	Elaborar documento contendo a relação e respectivas competências dos laboratórios integrantes da Rede de Laboratórios Públicos e Conveniados identificados pelo LACEN no estado, segundo critérios da CGLAB.	Elaboração de documento.	um relatório até 31 de julho de 2005	Não pactuar
4. Vigilância Ambiental				
4.1	Estruturar competência da vigilância ambiental em saúde no nível central da Secretaria Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das capitais, de acordo com a Instrução Normativa nº	Instituição da vigilância ambiental em saúde na estrutura das SES e das SMS das capitais, por meio de ato oficial.	100% das SES e SMS das capitais com vigilância ambiental em saúde estruturada	Não pactuar

	01/2001			
4.2	Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA.	Desenvolver o VIGIAGUA em municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes.	Emitir dois relatórios anuais (um por semestre) contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA, conforme modelo padronizado	Não pactuar
5. Vigilância de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses				
5.1 Vigilância entomológica				
5.1.1	Realizar pesquisa de triatomíneos em domicílios em áreas endêmicas.	Número de pesquisas realizadas em 2003.	26.497	Não pactuar
5.1.2	Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> em imóveis - municípios infestados.	Seis inspeções por ano, por imóvel, nos municípios infestados em 2003.	7.016.529 inspeções	16.237 inspeções
5.1.3	Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo <i>Aedes aegypti</i> .	Municípios não infestados em 2003.	126 municípios	Não pactuar
5.1.4	Realizar levantamento, investigação e/ou monitoramento de flebotomíneos nos municípios, conforme classificação epidemiológica para leishmaniose visceral.	Municípios programados pela SES, conforme classificação epidemiológica.	100% dos municípios programados	Não pactuar
5.2 Vigilância de hospedeiros e reservatórios				
	Prover sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em áreas focais.	Número de amostras coletadas de carnívoros e roedores resistentes.	-	Não pactuar
5.3 Controle vetorial				
5.3.1	Realizar borrifação em domicílios para controle de triatomíneos em área endêmica.	Número de borrifações realizadas em 2003.	2.345	Não pactuar
5.3.2	Realizar tratamento de imóveis com focos de mosquitos, visando o controle da dengue.	Número de imóveis com depósitos positivos e/ou vulneráveis a focos de mosquito, não elimináveis.	3.357.727 tratamentos	877 tratamentos
5.4 Imunização de reservatórios				
5.4.1	Realizar campanha de vacinação anti-rábica em cães.	População canina estimada.	825.800	1.990
6. Controle de doenças				
6.1	Curar casos novos de Tuberculose Bacilíferos.	Percentual do número de casos novos de tuberculose bacilíferos curados, em relação aos diagnosticados, na coorte de 2004 (de abril/2003 a março/2004).	curar no mínimo de 73,7%	80%
6.2	Aumentar a taxa de cura de Hanseníase.	Proporção de casos curados dentre os casos diagnosticados.	curar no mínimo de 74,25%	75%
6.3	Realizar exames coprocópicos para controle de esquistossomose e outras helmintoses em áreas endêmicas.	Número de exames programados, de acordo com as normas do programa.	70.164	1
6.4	Reduzir a Incidência Parasitária Anual por malária (IPA).	Incidência parasitária anual por malária (IPA) em 2004, nos estados da Amazônia Legal.	Reduzir em 15%	Reduzir em 15%
6.5	Curar casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA) e leishmaniose visceral (LV).	Percentual do número de casos de LTA e LV curados, em relação aos diagnosticados, em 2005, tendo como linha de base o percentual de cura em 2003.	LTA - curar no mínimo de 82%	85%
			LV - curar no mínimo de 81%	85%
7. Imunizações				
7.1 Vacinação de rotina				
7.1.1	Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada	Municípios com cobertura adequada.	152 municípios com cobertura adequada	95%

	(95%) para a tetravalente em < 1ano.			
7.1.2	Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tríplice viral em crianças de 1ano.	Municípios com cobertura adequada.	152 municípios com cobertura adequada	95%
7.1.3	Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a hepatite B em < 1ano.	Municípios com cobertura adequada.	152 municípios com cobertura adequada	95%
7.1.4	Implantar profilaxia utilizando a vacina contra raiva	Vacinação anti-rábica humana disponibilizada em cada município	217 municípios com vacinação disponível.	89 atendimentos
7.1.5	Realizar vacinação de mulheres em idade fértil com a vacina dupla adulta	População de mulheres em idade fértil nas áreas definidas como de risco	Mulheres em idade fértil nos 217 municípios da UF.	3501 mulheres
7.2 Vacinação de campanha				
7.2.1	Realizar campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite	95% de cobertura vacinal contra poliomielite na população < 5 anos	690.910 crianças vacinadas	2513 crianças vacinadas
7.2.2	Realizar campanha anual contra a influenza	70% de cobertura vacinal contra influenza na população com 60 anos e mais.	297.528 idosos vacinados	925 idosos vacinados
7.3 Vigilância de eventos adversos pós vacinação.				
7.3.1	Investigar os eventos adversos graves pós vacinação.	Número de casos notificados de eventos adversos graves pós vacinação.	100% dos casos notificados investigados	100%
8. Monitorização de agravos de relevância epidemiológica				
8.1	Detectar surtos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) por meio da Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA).	Número de surtos de DDA detectados por meio da MDDA, em relação ao total de surtos de DDA identificados.	70% dos surtos de DDA identificados por meio da MDDA	80%
8.2	Implantar a vigilância epidemiológica de sífilis.	Vigilância epidemiológica de sífilis implantada nas SES e SMS.	SES e SMS com a vigilância de sífilis implantada - produção de pelo menos um relatório anual do perfil de sífilis	1 relatório / ano
8.3	Implantar/implementar a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis.	Uma unidade de vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis nas SES e SMS das capitais.	Unidade implantada - com produção de pelo menos um relatório anual com análise por idade, sexo e região, das taxas de internação hospitalar e mortalidade, para as principais doenças não transmissíveis (doença isquêmica do coração, doença cardiovascular, diabetes, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de pulmão, câncer de cólon e reto), acidentes de trânsito e homicídios	Não pactuar
8.4	Investigar óbitos maternos.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil detectados, investigados.	Capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes investigar no mínimo 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil. Municípios com 100.000 habitantes ou menos implantar a vigilância de óbitos maternos.	100 %
9. Divulgação de informações epidemiológicas				
9.1	Elaborar informes epidemiológicos com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos e com análise da situação epidemiológica de agravos relevantes.	Duas publicações por estado por ano.	100% das publicações	Não pactuar

10. Elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia				
10.1	Realizar análise da situação de saúde	Uma análise por unidade federada, com estudo descritivo ou analítico que contribua para o conhecimento da situação da saúde da Unidade Federada.	Documento com análise de situação de saúde elaborado e divulgado	Não pactuar
11. Alimentação e Manutenção de Sistemas de Informação				
11.1 SIM				
11.1.1	Realizar coleta das declarações de óbito - DO.	Proporção da população da Unidade Federada (UF) residente em municípios classificados como tendo grandes deficiências na cobertura do SIM (coeficiente geral de mortalidade padronizado menor que 4 por 1.000 habitantes).	Reduzir para menos de 25%	< = 25%
11.1.2	Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito.	Percentual de óbitos informados ao SIM com causa básica mal definida em relação ao total de óbitos notificados em 2003.	Reduzir para menos de 25%	< = 25%
11.2 SINASC				
11.2.1	Realizar coleta da Declaração de Nascidos Vivos - DN.	Número de nascidos vivos a serem captados pelo Sinasc.	Captar 127.920 nascimentos	260 nascimentos
11.3 SINAN				
11.3.1	Realizar envio regular de dados.	Remessa regular, a cada 15 dias, de um banco de dados da Unidade Federada para a Secretaria de Vigilância em Saúde.	24 remessas regulares de bancos de dados do estado para a Secretaria de Vigilância em Saúde	24 remessas
12 Acompanhamento da PPI-VS				
12.1	Supervisionar a PPI-VS.	Realizar uma supervisão/ano em 100% dos municípios da Unidade Federada.	100% dos municípios	Não pactuar
13. Procedimentos Básicos de Vigilância Sanitária				
13.1	Cadastramento.	Cadastramento dos estabelecimentos sujeitos ao controle da VISA - Fonte: ficha cadastral do SINAVISA.	100% dos estabelecimentos cadastrados	100 %
13.2	Ação educativa em Vigilância Sanitária.	Proporção de equipes do PSF/PACS capacitados a desenvolver ações educativas em Vigilância Sanitária.	100% das equipes do PSF/PACS capacitados	100 %
13.3. Inspeção Sanitária				
13.3.1	Comércio de Alimentos.	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento.	100% dos estabelecimentos inspecionados	100% dos estabelecimentos inspecionados
13.3.2	Drogarias / Ervanárias e Postos de Medicamentos.	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento	100% dos estabelecimentos inspecionados	100% dos estabelecimentos inspecionados
13.3.3	Creches.	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento	100% dos estabelecimentos inspecionados	100% dos estabelecimentos inspecionados
13.3.4	Estabelecimentos de Ensino Fundamental.	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento	100% dos estabelecimentos inspecionados	100% dos estabelecimentos inspecionados
13.3.5	Estações Rodoviárias e Ferroviárias.	Duas inspeções, por ano, por estabelecimento.	100% dos estabelecimentos inspecionados	100% dos estabelecimentos inspecionados

Estabelecimento	CNES	CNPJ	Gestão	LOCALIZAÇÃO
CENTRO DE SAUDE DE BOM JESUS DAS SELVAS	2644126 -		D	ZONA URBANA
CENTRO DE SAUDE ANTONIO NASCIMENTO FILHO	2644142 -		M	ZONA URBANA
HOSPITAL MUNICIPAL DR MILTON LOPES	2531771 -		D	ZONA URBANA
POSTO DE SAUDE DE BOM JESUS DAS SELVAS	2463482 -		M	ZONA URBANA
POSTO DE SAUDE FRANCISCO OLIVEIRA	3251446 -			ZONA RURAL (BRASILANDIA)
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA NOSSA SRA. DA CONCEICAO	2644134 -		M	ZONA RURAL (V. Tropical)
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA VIDA	2644150 -		M	ZONA URBANA
UNIDADE DE SAUDE RENASCER	3251403 -		M	ZONA URBANA
• UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LUZIMAR DE SOUZA TOMAZINE	NÃO CAD.		M	ZONA RURA (V. Renascer) ZONA RURAL
• UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CHICO MENDES II	NÃO CAD.		M	(CHICO MENDES II)