

SECRETARIA
DA SAÚDE



Plano Estadual de
Saúde
2004_2007

GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS

Marcelo Miranda
Governador

Raimundo Pires dos Santos
Vice – Governador

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Petrônio Bezerra Lola
Secretário

Inez dos Santos Gonçalves
Soraia Roges Jordy Sant'Ana
Assessoria Geral de Planejamento

Plano Estadual de Saúde 2004 - 2007

Palmas, Junho, 2004

Ficha Catalográfica

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde.
Plano Estadual de Saúde: 2004 – 2007

Correspondência:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE TOCANTINS
ASSESSORIA GERAL DE PLANEJAMENTO
Esplanada das Secretarias – Praça dos Girassóis S/N
CEP – 77.800 – 000 Palmas – Tocantins
Telefone – 218.3265/218.1737
E.mail – planejamento@saude.to.gov.br
Home page: www.saude.to.gov.br

Tiragens 500 exemplares

Plano Estadual de Saúde 2004 - 2007

Palmas, Junho, 2004

Redação e Organização
Erlaene Tedesco Canêdo Silvestre
Inez Santos Gonçalves
Josefa de Oliveira Machado
Luciana Ferreira Marques da Silva
Paulo Marcelo Eduardo Alcântara
Soraia Roges Jordy Sant'Ana

Consultores do Ministério da Saúde
Fátima Ticianel Sachrader
Mário Grassi

Digitação
Eleonora Amaral
Lilian Pereira Barros
Rodrigo Fabiano Chiquito Magosteiro

Produção Editorial

Design Gráfico Soraia Roges Jordy Sant'Ana
Revisão
Editoração

Apresentação

No cumprimento do papel que lhe cabe, como gestor estadual do Sistema Único de Saúde – SUS, a Secretaria de Estado de Saúde está empenhada em apoiar mudanças capazes de promover a efetiva estruturação do sistema estadual, fortalecer a descentralização de ações e serviços, fomentar e apoiar a cooperação técnica com os municípios. Nesta perspectiva foi elaborado o Plano Estadual de Saúde – PES.

É importante ressaltar o aprimoramento do desenho inicial que serviu de guia para ampliar uma visão micro e detalhada do Plano Plurianual – PPA, para transformá-la em uma visão macro do PES, cujo produto esperado, seja uma proposta clara com metas objetivas a ser utilizada pelo Conselho Estadual de Saúde. Tendo a clareza que este é um momento inicial de um processo gradual de mudança das práticas em saúde.

Nesse sentido, sabemos que planos que tenham como objetivo integrar ações isoladas, com direcionamento claro, pactuado entre as três esferas de governo e com identificação de problemas regionais relevantes, contribuirá efetivamente para o Estado buscar a ampliação e qualificação do acesso, a diminuição das desigualdades e a construção da intersetorialidade.

Antecipadamente, agradecemos, a todos aqueles que viabilizaram e participaram na elaboração do Plano Estadual de Saúde do Tocantins, na convicção que este instrumento possibilitará a implementação de um SUS – Estadual inclusivo, solidário, democrático e promotor da cidadania.

Petrônio Bezerra Lola

Secretário de Estado da Saúde

Sumário

Introdução	9
Parte I Visão Estratégica	
Missão	11
Valores	12
Objetivos	13
Compromisso	14
Diretrizes	15
Estratégias	16
Parte II Caracterização do Estado	17
Parte III Diagnóstico Situacional de Saúde	20
Parte IV Característica da Gestão e do Modelo de Atenção e Vigilância da Saúde do SUS – Tocantins	
I Fortalecimento da Gestão do Sistema Único de Saúde	
1. Gestão Participativa e o Controle Social	32
2. Modelo de Regionalização da Saúde	33
2.1 Organização da atenção e vigilância da saúde	34
2.2 Controle, regulação, auditoria e avaliação	35
2.2.1 Regulação do fluxo de atendimento	36
2.2.2 Tratamento Fora do Domicílio – TFD	37
3. Intersetorialidade das ações	38
4. Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS	38
5. Informação e a Comunicação em Saúde	39
6. Administração Hospitalar	40
7. Financiamento	41

II	Modernização da Secretaria Estadual de Saúde	
	1.Estrutura Organizacional	44
	2.Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	44
II	Promover a Reorganização do Modelo de Vigilância e Atenção à Saúde	
	1. Vigilâncias Epidemiológica e Ambiental	47
	2. Vigilância Sanitária	49
	3. Saúde do Trabalhador	50
	4. Saúde das Populações Indígenas	50
	5. Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	51
	6. Caracterização da Atenção Básica	53
	7. Atendimento Ambulatorial de Urgência e Emergência	54
	7.1 Caracterização dos Serviços de Resgate	55
	8. Rede Ambulatorial Especializada	55
	9. Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência	58
	10. Rede de Atenção em Saúde Mental	59
	11. Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapia	59
	12. Caracterização da Rede Hospitalar	60
	13. Hemorrede	62
	14. Assistência Farmacêutica	65
Parte V	Quadro de Metas – Plano de Trabalho	67
Parte VI	Análise e Acompanhamento da Metas Pactuadas	109
Parte VII	Considerações Finais	111
Parte VIII	Anexos	113
Parte VII	Referência Bibliográfica	115

Introdução

O Plano Estadual de Saúde do Tocantins – PES, apresentado neste documento, é baseado na construção coletiva, na medida em que houve um trabalho de resgate de movimentos conjuntos realizados pela Secretaria de Estado da Saúde – SES: Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento norteador do processo de regionalização da assistência; Programação Pactuada Integrada da Assistência e da Epidemiologia e Controle de Doenças, através do levantamento dos problemas identificados nas oficinas regionalizadas onde opinião dos gestores e técnicos da saúde foram utilizadas para elaboração da programação; a visão da sociedade civil, em seus diversos setores e conferências de saúde; e no processo de construção do Plano Plurianual do Governo do Estado para o período 2004-2007, em parceria com a Secretaria de Estado do Planejamento e Meio Ambiente – SEPLAN.

A metodologia utilizada na sua elaboração foi baseada no levantamento de problemas na percepção dos principais dos principais atores sociais, os gestores, técnicos e comunidade e na incorporação do perfil epidemiológico no processo de planejamento.

Os componentes deste plano são delimitados pela caracterização do Estado, diagnóstico situacional de saúde, compromissos, visão estratégica e finalmente os eixos prioritários, o quadro de metas e as ações definidas para o período. As ações apresentadas no Plano Estadual de Saúde serão objetos de detalhamento no instrumento operacional da Secretaria de Estado de Saúde – Plano de Trabalho Anual.

O Plano Estadual de Saúde possui três eixos prioritários ou norteadores: I – Fortalecimento da Gestão do Sistema Único de Saúde do Tocantins; II – Modernização da Secretaria Estadual de Saúde e III – Promover a Reorganização do Modelo de Vigilância e Atenção à Saúde, que sistematiza e articula os 11 programas definidos no Plano Plurianual do Governo.

O Plano estabelece uma nova relação entre a Secretaria de Estado de Saúde e os municípios, a partir da explicitação da missão e dos objetivos da SES, e do plano de organização do Sistema Único de Saúde no Estado. Um instrumento de gestão e controle social, superando o modo de agir no imediato, ousando na integração dos serviços e sociedade, fortalecendo as parcerias.

Parte I

Visão Estratégica

Missão

Viabilizar, desenvolver e garantir o cumprimento das Políticas de Saúde, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população do Estado do Tocantins.

Valores

Os valores da Secretaria Estadual de Saúde estão fundamentados nos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.

Universalidade

Todas as pessoas têm o direito de acesso aos serviços de saúde, em qualquer instância.

Equidade

Tratando de forma diferenciada os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir as desigualdades.

Integralidade

Articulado as ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema, com respeito à individualidade do ser humano e ao processo histórico, social e cultural.

Participação da Comunidade e Controle Social

Democratizando o conhecimento do processo saúde/doença, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema. Promovendo a participação da comunidade na definição das necessidades, prioridades, acompanhamento e avaliação do que está sendo feito pelo SUS, através dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Descentralização

Descentralizando a gestão político-administrativa, com direção única em cada esfera do Governo, ênfase na regionalização do sistema de saúde e na hierarquização da rede de serviços.

Prioridade com base na necessidade

Utilizando a Epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, orientação programática e alocação de recursos, organização e estruturação dos setores e sistemas de informação para apuração das causas de doenças e mortes.

Resolução, Qualidade e Humanização

Qualificando os serviços de saúde para atendimento as pessoas de maneira ágil, satisfatória e humanizada.

Objetivos

Da Secretaria de Estado de Saúde

I

Implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins, de acordo com as políticas aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde e pactos estabelecidos na Comissão Intergestora Bipartite

II

Formular, normatizar e regulamentar a Política Estadual de Saúde

III

Coordenar a implantação e executar de maneira complementar, as ações de saúde no Estado

IV

Realizar cooperação técnica para a promoção da descentralização e organização dos sistemas municipais/microrregionais de saúde

V

Promover a formação e o desenvolvimento de recursos humanos para atuar na área de saúde no Estado

VI

Orientar ações para regiões e grupos sociais com maior necessidade de atenção à saúde

VII

Fomentar a construção de modelos de atenção à saúde, priorizando ações de promoção e prevenção, com reorientação das ações de assistência ambulatorial e hospitalar

VIII

Garantir a oferta de serviços de referências sede módulo, microrregião e macrorregião

IX

Controlar e avaliar a prestação de serviços e a execução das ações de saúde, no setor público e privado

X

Fortalecer o Controle Social e a Gestão Participativa

Compromissos

De governo

1. Redução da Mortalidade Materna;
2. Redução Mortalidade Infantil e Neonatal;
3. Promover a Longevidade com qualidade de vida;
4. Qualificação da assistência prestada pelo SUS segundo dimensões de resolutividade, humanização, motivação dos profissionais e controle social.

Diretrizes

Da Política Estadual de Saúde

- 1 . Fortalecer a capacidade de gestão do Sistema Estadual de Saúde, a descentralização das ações e serviços e a implementação dos sistemas microrregionais em parceria com os municípios;
- 2 . Desenvolver a modernização administrativa e gerencial da Secretaria Estadual de Saúde no processo de gestão participativa do SUS no Estado, buscando a intersetorialidade das políticas públicas;
- 3 . Promover a reorganização do modelo de atenção e vigilância à saúde, buscando a integralidade das ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, garantindo a qualidade de vida da população.

Estratégias

O novo processo de construção e de consolidação da política estadual de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, exige uma reorganização da atual estrutura técnica – operacional da SES – TO e dos municípios, principalmente a organização dos espaços de planejamento e gestão, permitindo uma maior capacidade de articulação e execução das políticas setoriais e intersetoriais.

Neste sentido, as estratégias para o desenvolvimento dos eixos prioritários e execução das ações programáticas, para o fortalecimento da Gestão do Sistema Único de Saúde do Tocantins, Reorganização do Modelo de Vigilância e Atenção à Saúde e Modernização Gerencial da SES, são:

1. Planejamento orientado por problemas, objetivos, resultados e projetos;
 - 1.1 – Operacionalização dos instrumentos de gestão, gerência e organização do SUS/TO (Agenda de Saúde, Plano Estadual de Saúde, Plano Plurianual – PPA, Plano de Trabalho Anual – PTA e as Programações Pactuadas e Integradas – PPI's da Assistência, Atenção Básica e das Vigilâncias Epidemiologia, Ambiental e Sanitária);
2. A gestão do Trabalho e Educação em saúde;
3. Desenvolvimento dos Sistemas Microrregionais e das Sede de Módulos dos Serviços de Saúde;
4. Parceria e Cooperação técnica com os Municípios;
5. Fomento da rede estratégica de serviços de saúde e de insumos:
 - 5.1 – Implantação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica;
 - 5.2 – Implantação da Política da Hemorrede – garantia de recursos humanos nas agências transfusionais;
 - 5.3 – Implementação da rede de laboratórios de saúde pública e de análises clínicas;
 - 5.4 – Modernização gerencial da rede hospitalar do SUS;
6. Reorganização da estrutura da SES e organização dos processos de trabalho.

Parte II

Caracterização do Estado

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

Com área territorial de 278.420,7 km e população de 1.207.014 milhão de habitantes em 2003, a Unidade Federada do Tocantins tem fronteiras com o Mato Grosso, Pará, Maranhão, Piauí, Bahia e Goiás. O sistema de governo e sua organização política administrativa compreendem o Estado, 18 Regiões Administrativas de Governo, 139 municípios e a Capital Palmas, sede de governo.

O Tocantins encontra-se política e geograficamente dividido em dez regiões distintas, que possuem trocas comuns nos aspectos físicos, humanos econômicos e culturais. Os limites de cada Região Administrativa de Governo: Extremo Norte (22), Norte (13), Noroeste (15), Nordeste (9), Centro – Oeste (11), Central (11), Leste (8), Sul (10), Sudoeste (6) e Sudeste (18) – coincidem com as fronteiras dos estados, exceto a Região Central.

O Estado ocupa 3,3% do território brasileiro e 7,2% da Região Norte. A densidade populacional média do estado é de 4,35 habitantes por Km² com valores extremos nas Regiões Central (72,62 habitantes por Km²) e Leste (0,18 habitantes por Km²).

Em 2003, 74,32% da população total habitava áreas urbanas e a razão de sexo era de 104,6 homens para 100 mulheres.

A taxa geométrica anual de crescimento da população tocantinense de 2,49% (Projeções baseadas no período de 1991/2000).

Avaliando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – Municipal, o Tocantins está em 8º lugar no ranking nacional, com aumento na variação entre os anos de 1991 (0,631) a 2000 (0,721) dos 8 indicadores que compõe o IDH – M, demonstrando melhora de 13,6 % na expectativa de vida em geral do povo tocantinense. O Tocantins está na 12ª colocação do ranking nacional segundo o IDH – M – Longevidade (a saúde e sobrevivência) variação entre os anos 1991 (0,657) e 2000 (0,703), alcançando um incremento de 7% deste indicador, ou seja, a criança que nasce hoje, tem uma esperança de vida ao nascer de 7% a mais daquela que nasceu em 1991.

Demograficamente em 2003, o Tocantins apresentou um percentual de 87,80% da população até 49 anos de idade, 11,90% de seus habitantes são

crianças menores de 5 anos de idade e 48,80% do total populacional são mulheres, tendo 64,60% dessa população feminina idade fértil.

Dos municípios do Tocantins em 2003, 59%(82) possuem populações inferiores a 5.000 habitantes, 33,8%(47) entre 5.000 e 20.000 habitantes e somente 7,2%(10) apresentam população acima de 20.000 habitantes, desses apenas 2 municípios apresentam população superior a 100.000 mil habitantes (Palmas e Araguaína).

A população indígena tocantinense é estimada em 13.000 mil pessoas, pertencentes à cerca de 05 etnias identificadas (Karajá, Javaé, Apinajé, Krahô e Xerentes), distribuída em 5 áreas demarcadas como reserva indígena.

Constituindo 1,04% da população total do estado, deve – se levar em conta que cada povo tem uma forma própria de organização – social, política, econômica de relação com o meio ambiente e de ocupação territorial.

O abastecimento de água por rede pública supre 71,32% da população, enquanto 28,68% é abastecida através de poços, nascentes e outros, sendo que desse percentual 78,91% trata a água por filtração, fervura e/ou cloração, no domicílio. Cerca de 21,09% não tem nenhum tipo de tratamento de água. E a destinação dos resíduos sólidos domiciliares, se distribui, da seguinte forma: 65,53% e feito por coleta pública, 17,25% são queimados ou enterrados e 17,22% são depositados, ainda, a céu aberto, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB 2003.

O sistema de informação referido acima, mostra que no Estado, 83,69% das habitações são construída de tijolos, 8,00% de taipa revestida ou não, 5,12% de madeira e 3,27% de material aproveitado e outros, sendo que nesses domicílios, em relação ao destino dos dejetos, somente 5,92% apresenta sistema de esgotamento sanitário público, 72,75% possui fossa séptica e rudimentar e 21,33% a destinação é a céu aberto.

Na educação, a rede estadual de ensino está atendendo mais de 396.500 alunos, em 2.417 estabelecimentos de ensino do pré-escolar ao nível médio, o SIAB-2003, mostra que 87,59% da população na faixa etária de 7 a 14 anos estão na escola e que a taxa de analfabetismo na população de 15 anos e mais é de 13,56%.

As características acima descritas compõem o quadro que determina o processo de saúde e doença da população tocantinense.

Parte III

Diagnóstico Situacional de Saúde

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE

Situação Epidemiológica

O Estado do Tocantins possui características ambientais, sócio-econômicas e demográficas favoráveis ao surgimento de algumas doenças principalmente as vetoriais e/ou zoonoses. Em vista destas características, o Estado é considerado área endêmica para algumas doenças e agravos tais como: Dengue Febre amarela, Malária e Leishmaniose Tegumentar e Visceral e Acidente por Animais Peçonhentos. Nas transmissíveis há um destaque para os casos de Hepatites Virais e Meningites, DST/AIDS, Tuberculose e Hanseníase e nas crônicas, aos casos de Câncer e complicações cardiovasculares.

Tabela 1
Freqüência dos Principais Agravos e Doenças Notificadas
Residentes no Tocantins de 1999 – 2003*

DOENÇAS E AGRAVOS	Casos notificados por ANO									
	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003*	%
HIPERTENSAO ESSENCIAL	913	18,29	6.625	22,61	9.067	20,68	12.680	24,76	13.245	23,67
DENGUE	132	2,64	2.998	10,23	8.013	18,27	4.012	7,83	5.448	9,74
DIABETES MELLITUS NE	189	3,79	1.366	4,66	2.864	6,53	2.290	4,47	2.281	4,08
HANSENIASE	1.522	30,49	1.293	4,41	1.269	2,89	1.437	2,81	1.540	2,75
ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	53	1,06	492	1,68	760	1,73	1.020	1,99	1.097	1,96
HEPATITE VIRAL	155	3,10	1.225	4,18	1.401	3,20	522	1,02	1.174	2,10
LEISHMANIOSE VISCERAL	3	0,06	172	0,59	295	0,67	311	0,61	744	1,33
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	22	0,44	793	2,71	795	1,81	675	1,32	677	1,21
TUBERCULOSE	316	6,33	257	0,88	296	0,68	311	0,61	240	0,43
MENINGITE	12	0,24	108	0,37	107	0,24	84	0,16	71	0,13
AIDS	47	0,94	41	0,14	75	0,17	65	0,13	63	0,11
FEBRE AMARELA	0	0,00	21	0,07	4	0,01	2	0,00	11	0,02
Total Casos Notificados	4.992	100,00	29.304	100,00	43.849	100,00	51.208	100,00	55.957	100,00

Fonte: SINAN W/ SESAU-TO

* dados parciais

Segundo a tabela 1, dentre os principais agravos e doenças ocorridos no Estado nos últimos anos, o agravo com o maior número de notificações é a Hipertensão Arterial com 13.245 casos notificados em 2003, seguidos da Dengue com 5.448. As doenças crônicas possuem uma importância

epidemiológica considerável com 2.281 casos de Diabetes Mellitus e 1.540 casos de Hanseníase. Tem ocorrido nos últimos anos um aumento do número de casos de acidentes por animais peçonhentos provocados por vários fatores destacando-se: a criação de assentamentos rurais, a construção de hidrelétricas e barragens, os incentivos para aumento da produção agrícola, o aumento da malha viária do Estado e a construção da ferrovia Norte-Sul, que provocaram aumento do acesso e permanência de pessoas em locais rurais e habitat destes animais.

Destacamos abaixo o perfil epidemiológico de algumas destas doenças e agravos, a saber :

Leishmaniose Visceral Americana - LVA

Em relação à Leishmaniose Visceral Americana (LVA) no período de 5 anos entre os anos de 1999 à 2003, 48 municípios já tiveram casos notificados dessa doença, correspondendo a 34,53% dos municípios do Estado, segundo critério de classificação das áreas de transmissão. Observamos a média anual de casos nestes anos, concentrada nas regiões central, norte e sul do Estado, envolvendo os municípios de Palmas (45,2), Porto Nacional (22,4), Paraíso (15,8), Araguaína (6,0), Tocantinópolis (16,0) totalizando em 2003 cerca de 73,23% dos casos notificados, consideradas áreas de transmissão intensa. Observa – se uma transmissão moderada em apenas dois municípios (Cristalândia e Buriti do Tocantins), enquanto que em 41 municípios, a transmissão é esporádica e nos demais 72 municípios não há transmissão de casos.

A incidência da Leishmaniose Visceral Americana é maior na zona urbana em relação à zona rural. Essa mudança de zona rural para urbana é um fenômeno epidemiológico que vem sendo observado pelos pesquisadores, segundo literatura, desde da década de 70. Atualmente no Brasil, a LVA está registrada em 19 das 27 Unidades da Federação, com aproximadamente 1.600 municípios apresentando transmissão autóctone.

A ocorrência dos casos de Leishmaniose Visceral Americana no Estado é maior em pessoas do sexo masculino (55%) que do sexo feminino (45%). A faixa etária mais acometida é de menores de 9 anos de idade, com

predominância na faixa etária específica de 0 - 4 anos. A taxa média de letalidade no Estado é de 3% para este agravo.

A Leishmaniose Visceral Americana encontra-se em processo de expansão no Estado, evidenciado pelo aumento da incidência e pelo número de municípios com transmissão.

Dengue

Dos casos de dengue notificados em 2001, 26% ocorreram em Palmas, 15% em Araguaína e 12% em Gurupi. Durante esse período registrou-se cinco (5) casos confirmados de Febre Hemorrágica do Dengue – FHD, dos quais um (1) resultou em óbito.

Em 2002 foram notificados 4010 casos em todo o Estado. Quanto a Febre Hemorrágica do Dengue (FHD) foram confirmados dois (2) casos, não sendo registrados óbitos nesse ano. Ocorreu um declínio de aproximadamente 50% dos casos no ano de 2002 (4010) quando comparados a 2001 (8013).

No ano de 2003, foram notificados 5483 casos da doença, destes, 7 casos foram da forma hemorrágica e 1 caso de dengue com complicação. Até a 22ª semana epidemiológica do ano de 2004, já foram notificados 2233 casos de dengue. Esse valor corresponde a um decréscimo de cerca de 31% quando comparado ao número de casos notificados no mesmo período de 2003 (3.245). Nesse ano, foi constatado 1 caso da forma hemorrágica e 2 casos de dengue com complicação.

Havia 119 municípios infestados e 115 com transmissão de dengue no ano de 2001. Em 2002, existiam 122 municípios infestados e 103 com transmissão. Em 2003, existiam 107 municípios infestados, dos quais 48 com transmissão e, 18 municípios sob investigação.

Atualmente, 108 municípios do Estado estão infestados pelo *Aedes aegypti*, destes, evidencia-se, porém, a transmissão da doença em 40 municípios.

Malária

Até a semana epidemiológica 48, já haviam sido notificados no Tocantins cerca de 3.924 casos sendo 1098 casos confirmados. Destes, 576

são importados de outros estados em sua maioria oriundos do Pará e 522 são autóctones, sendo que 6 municípios (Araguacema, Caseara, Marianópolis, Araguatins, São Salvador e Peixe) possuem cerca de 82% do total de casos confirmados localizando-se no extremo oeste do Estado, nos limites do Rio Araguaia e em locais de assentamento e outros 2, em virtude da construção da Usina do Peixe, na parte sul do Estado.

Hanseníase

O Estado do Tocantins dentro dos parâmetros da Organização Mundial de Saúde é considerado hiperendêmico para Hanseníase, possuindo 1473 casos novos em 2002, com uma taxa de incidência de 12/10.000 habitantes e uma prevalência de 14/10.000 habitantes. Em 2003, até a Semana Epidemiológica 45 já havia cerca de 1.147 casos novos.

No geral ocorreu um aumento de cerca de 115% na detecção de casos novos entre os anos de 1996 e 2002.

A taxa de abandono é em torno de 6%, a cura ocorre em 72% para os casos paucibacilares e em 56% para os multibacilares.

Tuberculose

Em 2003, foram notificados 195 casos novos de tuberculose, apresentando um coeficiente de incidência de 15,85/100.000 habitantes. Nesse ano, atingimos apenas 64% da meta estimada para descoberta de casos. No ano de 2002, a taxa de abandono foi de 9%, considerada alta em relação à meta de abandono que é de 5%.

Hepatites Virais

Foram notificados em 1999, 155 casos de hepatites virais, ocorrendo uma melhoria na notificação dos casos com um incremento de 87,35% dos dados em relação ao ano de 2000 com 1.225 casos oscilando entre os anos de 2002 e 2003 com 522 e 1.174 casos respectivamente. Os dados sobre hepatites informados até 1999 são de difícil interpretação, pois somente em

2000 passou – se a registrar separadamente os tipos A, B, C e D. Em 2003 foram notificados 107 casos de hepatite B e 27 de hepatite C, entre novos e antigos. Sua distribuição geográfica é heterogênea com prevalência mais elevada na região norte do país.

AIDS

Do início da epidemia em 1988, até julho de 2003, foram notificados 375 casos de AIDS no Estado. Observa-se que a epidemia está em crescimento, mesmo tendo um número menor de notificações em 2002 que em 2001, o que pode ser atribuído a atraso nas notificações. A AIDS está presente em todas as regiões do Estado, com predominância na microrregião de Palmas (40%), seguido das microrregiões de Araguaína (32%) e Gurupi (13,6%). Dos 139 municípios, em 39% temos pelo menos 1 caso de AIDS.

Em 2002, o município de maior incidência foi Bom Jesus do Tocantins (44/100.000 hab.), seguido dos municípios de Cristalândia (42/100.000 hab.), Palmeiras (40/100.000hab.) e Ponte Alta do Bom Jesus (22/100.000 hab.) .

A expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença pode ser constatada na progressiva redução da razão de sexo que era de 5 em 1991, para 1 em 2002 demonstrando a feminilização da AIDS. Uma das conseqüências diretas dessa maior participação feminina é o possível aumento da transmissão vertical e aumento de crianças órfãs da AIDS.

Quanto à distribuição dos casos de AIDS, segundo categoria de exposição hierarquizada, a Heterossexual vem aumentando em ambos os sexos (62,4% dos casos), mas para o sexo masculino há um considerável percentual em homossexuais (23%) e bissexuais (16%). É importante ressaltar a presença de 7,5% de categoria ignorada, o que indica que essa variável ainda é muito problemática em termos de preenchimento. Quanto à distribuição dos casos segundo faixa etária, observa-se que a mais atingida está entre 25 e 39 anos concentrando 65% dos casos. Devido ao longo período desde a infecção até o aparecimento dos sintomas, verifica-se que os adolescentes estão mais expostos à infecção pelo HIV.

Imunização

A vacinação de rotina dos menores de um ano de idade, realizada no triênio 2001-2003, alcançou coberturas médias anuais de superior a 95% contra Poliomielite (três doses), Tuberculose e Sarampo, e de 93%-94% contra Difteria, Tétano e Coqueluche (três doses). Entretanto, cerca da metade dos municípios brasileiros apresentou, em 2002, cobertura abaixo de 90% para as três doses das vacinas DPT e contra Poliomielite. Em 57% dos municípios, a cobertura vacinal contra Sarampo era inferior a 95%. Além da vacinação de rotina na infância, são realizadas campanhas periódicas, dirigidas a doenças e ou grupos populacionais. As estratégias especiais de intervenção são adotadas segundo tipos de vacinas ou áreas específicas, com base em programação pactuada em níveis estadual e municipal.

As estratégias de ação para erradicar o sarampo incluíram duas campanhas nacionais de vacinação realizadas em 1997 e 2000, e a organização de um grupo – tarefa para dinamizar as atividades de vigilância e controle de focos. Em 1996, a rubéola foi integrada às ações de vigilância do sarampo e, em 2001, foi introduzida a vigilância da Síndrome de Rubéola Congênita.

Têm sido mantidas campanhas anuais de vacinações e ações de vigilância de Paralisia Flácidas Agudas, com a meta de detectar pelo menos um caso anual por 100 mil menores de 15 anos de idade, pois em 1 milhão de habitantes no Estado foram pactuados 04 casos de Paralisia Flácida Agudas para o ano de 2003; ocorreram 7 casos notificados e investigados neste mesmo ano, garantindo assim a coleta de uma amostra fecal até 14 dias após o início da paralisia.

O Tétano Neonatal persiste no Tocantins com 1 caso, em 2000, para 2 em 2002, e 1 caso em 2003, mas sua incidência está em constante declínio há mais de uma década em todo país.

Foram notificados, em 2000, 9 casos de Meningite por *Haemophilus influenzae* tipo B, dos quais 4 (44,44%) em menores de um ano de idade, principal grupo de risco. Os dados para 2003 registraram apenas 21 casos, 8 (38,10%) deles em menores de um ano de idade.

Mortalidade

O sistema de informação sobre mortalidade (SIM) processa anualmente, em torno de 5.500 óbitos no Estado. Estima-se que sua cobertura média tenha alcançado 64,84% em 2003, com valor abaixo da preconizada pelo Ministério da Saúde (90%). Esta proporção tenderá a aumentar com a incorporação de dados de fontes complementares, com a notificação de óbitos por agentes comunitários de saúde. O preenchimento das declarações de óbitos é praticamente completo para as variáveis sexo (0,02%) e idade (6,61%); a proporção de causas mal definidas – que engloba os óbitos sem assistência médica – diminuiu 80,86% nos últimos anos, situando – se em cerca de 6,78% em 2003. A análise por sexo evidencia o maior peso das mortes masculinas, em praticamente todas as idades, representando cerca de 60,85% dos óbitos totais. A distribuição etária mostra que a proporção de mortes em menores de um ano de idade, sobre o total de óbitos, reduziu – se de 15,50%, em 1996, para 9,31 em 2003. Em contrapartida, 48,42% dos óbitos informados em 2003 ocorreram na faixa etária de 60 anos ou mais de idade.

No ano de 2003, o Estado registrou 717 óbitos por causas externas representando 14,73% dos 4.866 óbitos nesse ano, dos quais 432 (60,25%) foram registrados como acidentes de trânsito, 195 (27,20%) como homicídios e 70 (9,76%) de suicídios.

Analisando os acidentes de trânsito, verifica – se que a faixa etária de 20-39 anos corresponde à de maior incidência, com 119 óbitos equivalendo a 52,19% dos 179 (78,51%) do sexo masculino. No sexo feminino, a faixa etária de maior predominância de óbitos é de 15 - 29 anos com 23 ocorrências e percentual de 46,94% dos 49 óbitos.

Dos óbitos por causas externas, 195 são homicídios, 175 (89,74%) foram masculinos, e destes, 130 (74,29%) ocorreram na faixa etária de 20-49 anos. Enquanto que no sexo feminino do total de 20 óbitos, 11 (55,00%) ocorreram na faixa etária de 20-49 anos. Quanto aos suicídios, 53 óbitos foram no sexo masculino e a faixa etária mais acometida foi de 20-59 anos com 38 óbitos, correspondendo a 71,70%. Já no sexo feminino, dos 17 óbitos totais, houve predominância na faixa etária de 20-39 anos com 9 óbitos (52,94%) e na

faixa etária de 20 – 59 anos correspondeu ao percentual de 70,59%, (totalizando 12 óbitos).

Excluídos os óbitos por causas mal definidas, a distribuição proporcional das demais causas mostra discretas variações entre 2002 e 2003. Excetua - se a tendência ascendente das neoplasias, responsáveis por 8,96% dos óbitos totais em 2003 e vindo a substituir as causas externas como segunda razão de morte, em 2003. As doenças do aparelho circulatório mantiveram – se como primeira causa de morte nos anos de 2002 e 2003 com taxas de 117,07 e 127,14 por 100 hab. / ano, respectivamente. As taxas por 100 mil habitantes foram de 127,14 para as doenças do aparelho circulatório, 58,28 para causas externas, de 44,14 para as infecções originadas no período perinatal, 35,44 para as neoplasias, 29,75 as doenças do aparelho respiratório para o ano de 2003.

Dos óbitos maternos a taxa por 100 mil Nascidos Vivos – NV no Tocantins foi de 58,4 com um total de 15 óbitos para o ano de 2002, sendo desses 7 ocorridos na microrregião de Palmas, com uma taxa de 89,4. As microrregiões de Araguaína e Dianópolis respectivamente apresentaram 57,8 e 57,4. NO ano de 2003, registrou-se uma taxa de mortalidade materna de 70,63/100 mil NV para o Estado com um total de 18 óbitos, Palmas, Araguaína e Gurupi com taxa de 53, 98, 147,44 e 142,45 respectivamente. As principais causas de óbitos foram as complicações do parto e puerpério, Infecção Puerperal, Eclâmpsia, Descolamento Prematuro de Placenta e Aborto.

Dados relativos a nascidos vivos no período de 2002 e 2003 mostram que cerca de 6,37 e 6,68% apresentaram baixo peso ao nascer, sem variações significativas entre os anos observados. Esses valores excedem os esperados em condições ideais para o crescimento intra – uterino, embora se situem abaixo do limite máximo de 10% admitido mundialmente.

Em 2003, a taxa de mortalidade infantil situou – se em 17,78 óbitos por mil nascidos vivos, valor 26% inferior à taxa de 1996, que foi de 24,00 por mil.

A mortalidade tende a concentrar – se no período neonatal, à medida que decresce a proporção de mortes evitáveis por ações básicas de saúde e saneamento. Em 2003, 61,81% dos óbitos infantis ocorreram no primeiro mês de vida e 51,00% na primeira semana. Nesse ano, as afecções originadas no período perinatal causaram 56,95% das mortes infantis, seguindo - se as

doenças infecciosas e parasitárias (11,26%), anomalias congênitas (9,71%) e as doenças do aparelho respiratório (8,83%).

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, foi implantado na década de 1990 no País. No estado do Tocantins sua implantação efetivou – se em 1993 e a partir deste ano é que se dispõe de dados para a produção de diversos indicadores relativos à atenção pré – natal e ao parto. Em 1993 e 2003 suas coberturas médias foram de 66,32% e 71,40%, em relação ao número estimado por métodos demográficos.

Uma das preocupações do Estado é a melhoria da qualidade da informação, tais como: a declaração da causa de óbitos maternos e busca da subnotificação através do Programa Saúde da Família – PSF, melhorando a cobertura da Declaração de Óbitos – DO e Declaração de Nascidos Vivos – DN.

Os óbitos do capítulo IX – Doenças do Aparelho Circulatório do Código Internacional de Doenças – CID 10, correspondem a 29,9% do total de óbitos ocorridos no Estado e desses as 4 principais causas foram: Acidente Vascular Cerebral (23,2%); Infarto Agudo do Miocárdio (45,5%); Insuficiência Cardíaca (12,1%) e Hipertensão Arterial Essencial (8,3%).

Morbidade Hospitalar

No Tocantins, a morbidade hospitalar por local de residência, demonstrou que as internações hospitalares realizadas no sistema público de saúde em 2003, tiveram como principais causas capítulos do Código Internacional de Doenças – CID 10, doenças do aparelho respiratório com (17,20%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,36%), doenças do aparelho circulatório (7,06%), doenças do aparelho geniturinário (6,95%) e doenças do aparelho digestivo (6,93%).

A análise por sexo e distribuição etária demonstra que a proporção é maior no sexo masculino em relação ao feminino, apresentando como as cinco principais causas de morbidade hospitalar: Capítulo X do CID-10 – as doenças do aparelho respiratório (23,83%) onde a faixa etária mais acometida foi a <1 ano (19,43%) e 1 – 4 a (32,33%), totalizando 51,78% desta causa; Capítulo I – algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,69%) destacando o grupo

etário 0 – 4a (48,03%); Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequência causas externas (13,32%), predominando as faixas etárias 5 – 14a (21,03%), 15 – 24a (23,70%) e 25 – 34a (19,76%) com um total de 64,49%; Capítulo XI - doenças do aparelho digestivo (9,91%) demonstrando a predominância nos grupos etários 25 – 34a (15,62%), 35 – 44a (13,77%) 45 – 54a (14,61%) e 65a e mais (16,52%) e Capítulo IX - doenças do aparelho circulatório destacando a faixa etária 65a e + (49,14%), seguida do grupo etário 55 – 64a (18,35%) com uma proporção nestas faixas etárias de 67,49%. Deve – se ressaltar que nos menores de 1 ano no sexo masculino as principais causas de internação – CID 10 foram nas doenças do aparelho respiratório, em algumas doenças infecciosas e parasitárias e em algumas afecções originadas no período perinatal, apresentando proporções de 37,72%, 27,06% e 25,60% respectivamente.

Enquanto que no sexo feminino as principais causas de morbidade hospitalar tiveram o comportamento diferenciado, apresentando: Capítulo X – as doenças do aparelho respiratório (12,97%) predominando as faixas etárias <1 ano (17,22%) e 1 – 4 a (30,65%); Capítulo I – algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,60%) destacando os grupos etários <1 ano (19,68%) e 1 – 4 a (27,87%); Capítulo XIV – doenças do aparelho geniturinário (7,31%) demonstrando a predominância nos grupos etários 15 – 24a (22,05%), 25 – 34a (23,03%); Capítulo IX doenças do aparelho circulatório (5,30%) onde a faixa etária mais acometida foi 65a e + (45,77%) e Capítulo XI – doenças do aparelho digestivo (5,04%) destacando os grupos etários 25 – 34 a (17,94%), 35 – 44a (15,04%) e 45 – 54a (13,91%).

A principal causa de internações demonstradas pelo Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, refere – se às causas ligadas à gravidez, parto e puerpério com 20.384 internações representando 26,35% do total das morbidades hospitalares.

Analisando os dados referentes a gravidez na adolescência (10-19 anos) em 2003 no Tocantins, verifica-se que a taxa é de 30,59% considerada alta. Enquanto a análise da proporção de nascidos vivos de parto cesáreo no mesmo ano é de 29,69%, tomando por base que o limite aceitável pela Organização Mundial de Saúde(OMS) é no máximo de 15%, o Estado excede em quase duas vezes o limite considerável aceitável,

Parte IV

Característica da Gestão e do Modelo
de Atenção e Vigilância da Saúde
do SUS - TO

I FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO TOCANTINS

1 – Gestão Participativa e o Controle Social

A SES vem pautando o desenvolvimento de sua gestão dentro dos princípios e diretrizes do SUS, porém como gestora estadual nunca pleiteou nenhuma forma de habilitação junto ao Ministério da Saúde; sendo assim uma prestadora de serviços deste.

Dos 139 municípios que compõem o Estado temos o seguinte cenário de habilitação: 128 habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica e 7 habilitados na Gestão Plena do Sistema, segundo a NOB 01/96. Em relação à NOAS 01/02, 4 municípios encontram-se habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada GPAB-A e o estado encontra-se em fase de construção do seu processo de habilitação.

Em relação aos mecanismos de controle social, o Conselho Estadual de Saúde do Tocantins – CES, é um órgão permanente e deliberativo ligado à Secretaria de Estado de Saúde, que tem por finalidade o exercício do controle social democrático do sistema de saúde, entendido como participação na formulação de estratégias e controle da execução das políticas de saúde. O CES-TO foi criado pela Lei 350/91 de 24 de dezembro de 1991, e é composto de 24 membros titulares e 23 suplentes, assim distribuídos de forma paritários entre usuários e prestadores e gestores.

Sendo as Conferências de Saúde um fórum ampliado de discussão e participação da população, foram realizadas 10 conferências estaduais de Saúde. Destas 4 foram específicas nas áreas: 1 Saúde Mental, 1 Assistência Farmacêutica, 1 Vigilância Sanitária – VISA, estando prevista ainda para este 2.º semestre a conferência de saúde bucal.

A instância de negociação e pactuação entre os gestores municipais e o gestor estadual ocorre na Comissão Intergestora Bipartite – CIB- TO, criada oficialmente em 26 de junho de 1997 através da portaria 931/97, da SES.

A CIB – TO está formada paritariamente por 6 representantes da SES-TO e 6 do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-TO), a

CIB conta com uma Câmara Técnica de Trabalho para assessoramento, na execução de serviços técnicos. Atualmente a CIB é presidida pelo Secretário de Estado de Saúde, reúne – se mensalmente na primeira quinta – feira de cada mês e sendo 11 reuniões ordinárias anualmente.

A descentralização da gestão e da execução das ações de saúde proposta pelo SUS está fundamentada no pressuposto da gestão participativa ao garantir maior poder à esfera municipal, sendo que no Tocantins 100% dos municípios realizam ações de atenção básica. Nesse sentido, o espaço municipal fica identificado para a construção de uma rede de participação social de grande capilaridade, entrelaçando os diferentes níveis de gestão da saúde, articulada ao conjunto das outras esferas.

Sendo componente prioritário da gestão do SUS, o fortalecimento do controle social e gestão participativa é a superação de lacunas existentes nestes espaços como: a representatividade e legitimidade dos conselheiros, a paridade e presidência dos Conselhos, os regimentos internos, a precariedade das condições de infra-estrutura e operacionais dos Conselhos e a necessidade de oferta de capacitação contínua para os conselheiros.

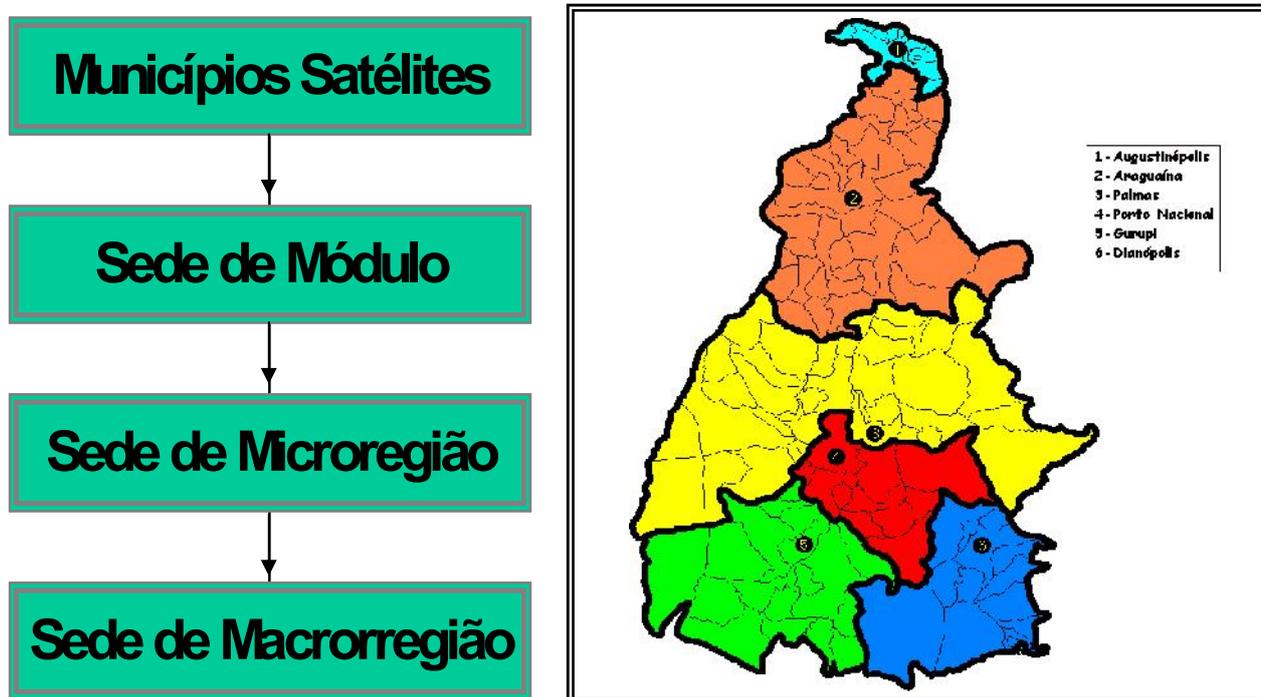
A Lei 8142, de 19 de setembro de 1990 em seu artigo 4º, estabelece que os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com o fundo de saúde para receber os recursos previstos pela Lei 8080. A Lei Estadual no. 429, de 28 de julho de 1992, institui o Fundo Estadual de Saúde – FES do Tocantins. Atualmente a gerência do FES está na Secretaria de Finanças (SEFAZ) e a gestão deste na SES. No processo de habilitação do Estado, está sendo negociada a autonomia do Fundo Estadual de Saúde – FES.

2 – Modelo de Regionalização da Saúde

O modelo de regionalização da atenção e vigilância da saúde que está sendo implementado no Estado do Tocantins, norteia-se pelos eixos do planejamento regionalizado orientado por problemas de saúde, integralidade da atenção e satisfação do usuário, capacitando e estruturando as microrregiões e unidades de saúde. De acordo com o desenho da regionalização, o Estado é

dividido em 2 macrorregiões, 6 microrregiões e 20 módulos assistenciais. Este desenho descrito no Plano Diretor da Regionalização, conforme instruções da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/02 foi elaborado de acordo com o fluxo do sistema de referência e contra-referência, considerando o acesso, a demografia, o mapa geo-político, a hierarquização a capacidade resolutiva dos serviços assistenciais.

O mapa a seguir apresenta a configuração regional do Estado, definida no PDR, com o desenho das macrorregiões, microrregiões e módulos assistenciais, com os respectivos municípios sedes e municípios satélites.



2.1— Organização da Atenção e Vigilâncias da Saúde

Apesar do eixo inicial do desenho da regionalização estar orientado pelo eixo da assistência à saúde, a SES de Tocantins propõe que o Plano Estadual de Saúde seja um compromisso pela integralidade das ações de vigilância à saúde e da organização dos serviços assistenciais, promovendo a parceria com os municípios e sociedade na construção do Sistema Único de Saúde-SUS, para a melhoria dos indicadores de desenvolvimento social.

Na organização da rede assistencial, segundo o PDR, o Estado possui 5 níveis de hierarquia na Rede Ambulatorial sendo esses: Atenção básica, Média complexidade 1(M1), Média Complexidade 2 (M2), Média Complexidade 3 (M3) e Alta Complexidade (MAC); e 2 níveis na Rede Hospitalar : Média Complexidade e Alta Complexidade. Os municípios satélites têm como referência os municípios Sede de Módulos e estes, os municípios Sedes de Microrregião, que por sua vez seguem o fluxo de referência para os municípios Sedes de Macrorregião. Na perspectiva da integralidade das ações de vigilância e da atenção à saúde, pretende-se fazer um estudo para identificar se os níveis de complexidade do desenho do PDR configurados a seguir aproximam-se do ordenamento e caracterização do processo de regionalização das ações e serviços das vigilâncias.

Através do estudo da Programação Pactuada Integrada – PPI da Assistência, verifica – se que a oferta de apoio diagnóstico na média complexidade M2 e M3, encontram – se alocados nos Hospitais de Referência.

2.2- Controle, Regulação, Auditoria e Avaliação

A função de gestão relativa ao Controle, Regulação, Auditoria e Avaliação é ligada a Diretoria de Atenção à Saúde. As atividades de Controle e Avaliação estão voltadas às questões assistenciais. O controle realiza o Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde, porém sem um instrumento formal de contrato, operacionaliza os sistemas de informação ambulatorial e hospitalar SIA/SIH/SUS e as autorizações de procedimentos de Alta Complexidade – APAC e de Internação Hospitalar – AIH.

As ações de Regulação começaram a ser estruturadas somente no final do ano 2002, com a criação da Central de Regulação de Alta Complexidade, na perspectiva de regular as demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial.

O Sistema Estadual de Auditoria da SES-TO iniciou suas atividades em 1997e atualmente faz parte da estrutura formal da Secretaria, exercendo seu papel de controle e avaliação, inclusive na perspectiva de avaliação da satisfação dos usuários mensurada pelo desenvolvimento do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde.

A avaliação vem sendo realizada de forma não sistematizada nos diversos setores da SES, principalmente focada na avaliação dos indicadores pactuados pelas Vigilâncias e Atenção à Saúde.

No Tocantins, apesar da descentralização das ações e serviços de saúde ainda, predomina uma baixa cultura de organização e utilização dos serviços de controle e avaliação.

No processo de habilitação, a estruturação sistematizada do controle regulação, auditoria e avaliação, conforme estabelecido no PLANO ESTADUAL DE CONTROLE, REGULAÇÃO, AUDITORIA E AVALIAÇÃO é primordial para a qualificação da gestão de saúde e deve englobar todo o sistema de saúde, para que a regulação, papel regulador do Estado, aconteça de forma a respeitar o interesse público na racionalização dos gastos e utilidade social dos serviços ofertados à população com qualidade

2.2.1- Regulação do Fluxo de Atendimento

Na regulação do fluxo de referência e contra-referência persiste ainda a lógica da procura por demanda espontânea. Na atenção básica os municípios ainda têm dificuldade de disponibilizar as clínicas básicas, como ginecologia e pediatria; assim o fluxo dá-se na referência natural para o município que possui esses serviços, não obedecendo nenhuma ordem de fluxo. Para os serviços de média e alta complexidade a referência se dá de forma aproximada ao desenho disposto pelo PDR, esbarrando na insuficiência de alguns serviços pois 10 das 20 sedes de módulos assistenciais não possuem os serviços de M1 estruturados, resultando também na média complexidade um fluxo desordenado. Já a alta complexidade por estar concentrada nas duas macrorregiões (Palmas e Araguaína), determinam o fluxo a ser obedecido. O processo de regulação tem como objetivos específicos: organizar a oferta de ações e serviços de saúde e o fluxo dos usuários, visando o acesso da população segundo suas necessidades; otimizar os recursos disponíveis, garantindo o acesso da população à melhor alternativa assistencial e estabelecer as estratégias de implantação e de gestão dos complexos reguladores, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização- PDR, segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS 01/02.

Fazem parte do complexo regulador os seguintes serviços:

- 1- Central de Regulação de Urgência e Emergência – SAMU/192;
- 2- Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados;
- 3- Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), ligada a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC);
- 4- Central de Regulação de Internações Hospitalares, onde serão igualmente reguladas as internações das Gestações de Alto Risco;
- 5- Central Estadual de Captação de Órgãos e Doadores.

O desenho operacional do complexo regulador previsto no Plano Estadual de Controle, Regulação, Auditoria e Avaliação- PCAA, envolverá a criação de instrumentos, para viabilizar o processo de regulação e baseia-se no modelo de gestão descentralizado, com ênfase na regionalização, organizando-o em 6 microrregiões, utilizando como referência os atuais Hospitais de Referência e/ou as instalações das Secretarias Municipais de Saúde.

Atualmente o Estado possui em funcionamento 8 centrais de Marcação de Consulta e Exames Especializados (Palmas, Paraíso, Guaraí, Porto Nacional, Araguaína, Augustinópolis, Gurupi), 1 Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade, baseada e operacionalizada pela SES e no segundo semestre de 2004 serão implantadas 3 Centrais de Regulação de Urgência e Emergência.

Por outro lado, é premente o investimento para a efetiva implementação dos mecanismos de regulação como aquisição de equipamentos, qualificação de recursos humanos e implantação dos serviços de regulação de leitos hospitalares, transplantes e implementação da regulação de consultas e exames especializados.

2.2.2- Tratamento Fora do Domicílio – TFD

O Tratamento Fora do Domicílio – TFD está sendo estruturado no estado. Uma Comissão Técnica elaborou o Manual do TFD que foi aprovado no Conselho Estadual de Saúde e está elaborando os protocolos de concessão do benefício. Em 2003 (maio-outubro) foram concedidos 406 TFD's, sendo que 95 (23%) destes foram para tratamento oncológico em radiologia e

quimioterapia infantil, 72 (17%) para neurologia para reabilitação, 51 (12,5%) ortopedia, 41 (10%) oftalmologia em exames especializados e 27 (6,6%) nefro transplante. O Estado recebe também usuários cadastrados na Central de Regulação de Alta Complexidade para procedimentos na área de cardiologia, ortopedia e oncologia, além da demanda espontânea do sul do Pará, Maranhão e Piauí. Em 2002, o Tocantins recebeu de outros estados através da Central de Regulação, 6 (seis) pacientes e em 2003, 197.

3 – Intersetorialidade das Ações

A reflexão, assim como a prática de gestão, no aspecto da intersetorialidade pode ser ainda considerada como incipiente, mas através das prioridades estabelecidas em função dos levantamentos de problemas de saúde em reuniões de governo com diversos setores da sociedade, tem-se iniciado um trabalho conjunto, envolvendo atores da saúde, educação, meio ambiente e assistência social. Dentre estes trabalhos podemos citar o Programa de Saúde do Escolar, Programa Ver, Ouvir e Sorrir, Programa de DST/AIDS dentre outros, portanto é necessário ampliar e articular a promoção da saúde, buscando cada vez mais as articulações com os demais setores governamentais e não governamentais, assim como valorizando os diferentes saberes e práticas de saúde.

4 – Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS

Trata – se de um sistema que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS ao usuário, ao profissional responsável e também à respectiva unidade de saúde. O delineamento dessa nova proposição já tem o seu projeto piloto implantado: o CNS, enunciado na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB – SUS 01/96) como parte integrante do processo de reordenamento do SUS. Nos termos da própria NOB: ” identificando o indivíduo para garantir a cidadania, coordenando informações para humanizar o atendimento, padronizando os procedimentos para democratizar o acesso e cumprindo a lei para racionalizar o uso do recurso público”.

O Cartão SUS representa importante instrumento de apoio aos gestores estaduais no que se refere, por exemplo, à regulação e à organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, e ao planejamento, pactuação e acompanhamento da PPI, por incorporar, também, os dados de procedência do paciente, tornando – se importante subsídio para as Câmaras de Compensação.

O processo de implantação do Cartão Nacional de Saúde, em curso, passa pelo desenho de um projeto piloto que abrange 44 municípios brasileiros, e que inclui o desenvolvimento de software e a construção de uma rede de abrangência nacional e cobertura de cerca de 13 milhões de usuários do SUS.

O Tocantins está em 4^o lugar em proporção de usuários cadastrados em relação todos os Estados do país, e o processo de cadastramento, em andamento, vem sendo executado pelos municípios, razão pela qual já foram identificados mais de 1.030.517 usuários em todo o estado.

No entanto, o processo de identificação, que se conclui com a entrega dos cartões aos usuários, tem apresentado alguns obstáculos, particularmente no tocante à emissão dos Cartões Definitivos. Até o momento, foram viabilizadas as produções de 147.056 Cartões definitivos para apenas 20 municípios, quantitativo que representa apenas uma fração do total de usuários já identificados. Dessa forma, os municípios que não foram priorizados nesta fase dos cartões definitivos foram distribuídos pela Secretaria de Estado cerca de 471.041 mil Cartões Provisórios, perfazendo um total de 618,097 cartões distribuídos, tanto definitivos como provisórios. Em várias oportunidades, os municípios vêm sendo estimulados para que utilizem os cartões nos sistemas locais de saúde.

5 – Informação e a Comunicação em Saúde

Os sistemas de informação em saúde no Estado tiveram um crescimento acelerado nos últimos anos, especialmente no período da descentralização da gestão para os municípios. Iniciou – se a partir 1999 com a implantação da Rede Nacional de Informação em Saúde – RNIS, tal processo se deu de forma

rápida, onde percebeu – se que a dificuldade apresentada pela maioria dos municípios esta relacionada com parque computacional adequado.

Com a necessidade de identificar, aprimorar e formar as redes de informação e comunicação entre sociedade e governo, esforços para aquisição de tecnologias foram realizados pelos gestores, que permitiu a descentralização dos sistemas de informação em saúde para os 139 municípios. Combinadas de modo criativo e inovador, a tecnologia da informação e a integração dos sistemas de informação em saúde contribuíram para aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS, fortalecendo o comando único do Sistema em cada esfera de governo, aprimorando a descentralização progressiva dos recursos e contribuindo para a orientação das ações de saúde segundo as necessidades e demandas locais.

Informática e informação são recursos basilares para o planejamento e a avaliação de ações de promoção, prevenção e reabilitação, capazes de reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.

Atualmente está sendo trabalhada a questão da qualidade e da quantidade dos dados gerados pelos SIS nos municípios, através da emissão de relatórios gerenciais por agravos para cada gerente técnico, capacitando técnicos dos municípios em tabulações para análise epidemiológica em nível local, permitindo conhecer o real perfil epidemiológico do Estado. É de fundamental importância para garantir não só a fidedignidade das bases de dados, mas também a permanência e plena utilização das mesmas, na perspectiva que a comunicação, a educação e a informação são componentes essenciais para alcançar equidade, qualidade e humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no âmbito do SUS.

6 – Administração Hospitalar

A Administração Hospitalar no Tocantins, por duas gestões esteve sob gerência das seguintes instituições: Sociedade Beneficente São Camilo – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – Pró – Saúde, que com sua expertise gerenciou os 14 hospitais de referência que estão sob

gestão estadual, do total de 43 hospitais públicos/filantrópicos, cadastrados no Sistema Único de Saúde – Estadual.

A SES – TO, após estudos de custo/benefícios de suas unidades hospitalares próprias, resolveu através de convênios, firmar parcerias com instituições comunitárias locais para a gestão dos hospitais estaduais, onde foi cedidos bens móveis, imóveis e recursos humanos para o funcionamento dos mesmos. Além disso, o Estado através de um contrato firmado com a Sociedade São Camilo, que implantou no hospital toda a estrutura organizacional, além de administrar o dia – a – dia dos hospitais em nome das entidades mantenedoras. Essas parcerias refletiram a filosofia de dotar os hospitais de uma metodologia de administração eficiente; garantindo a participação de toda comunidade na vida do hospital, através das instituições comunitárias; certificação a continuidade da cultura administrativa implantada;

A terceirização da gerência hospitalar veio com a necessidade de agilidade nos processos de aquisição de material, assim como a possibilidade de compras com menor custo dentre outros. O staff da gerência hospitalar era contratado diretamente pela Pró – Saúde.

A rede hospitalar pública do Tocantins fez em 2003, 91.123 internações/ano, sem contarmos as consultas médicas, os exames de laboratório e procedimentos de alta complexidade em cardiologia, oncologia e ortopedia dentre outros.

Com o término do contrato da Pró – Saúde, a SES – TO assumiu temporariamente a gerência dos 14 hospitais de referência, repassando a mesma para uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) em 31/07/2003. Devido à dificuldade em cumprir as cláusulas do contrato, este foi revogado em 2004, retornando a gerência hospitalar para a SES.

Diante desse cenário, a SES reassume a gerência hospitalar fragilizada nos aspectos da dependência de recursos humanos específicos, sistema de logística, sistema de informação da nova modalidade de administração pública, regida pela Lei 8666/93.

Para viabilizar este importante e visível componente do sistema de saúde, o gestor estadual criou a Diretoria de Administração Hospitalar, que tem como competência: administrar a logística, realizar pagamentos de

produtividade e administrar o suprimento dos hospitais, ficando as políticas de assistência hospitalar, os protocolos e as normatizações da rede e assessoria aos hospitais municipais (25) sob responsabilidade da Coordenação Atenção Especializada, na Diretoria de Atenção à Saúde.

Na perspectiva da habilitação do Estado é necessário desenvolver um criterioso trabalho de estruturação, planejamento, programação, controle e avaliação das ações assistenciais prestadas por estes hospitais, resgatar o papel deste em relação a Rede de Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade, assim como, melhorar também suas estruturas físicas. A experiência acumulada pela SES na retomada da gerência destes hospitais permitirá a melhoria da assessoria aos hospitais municipais.

7. Financiamento

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados obrigatoriamente por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, definidas pela Lei n.º 8080/90 e n.º 8142/90. A obrigatoriedade das contrapartidas de cada esfera e a manutenção das fontes de forma estável, assegura a efetiva co – participação da União, Estado e Municípios no financiamento das ações e serviços de saúde, visando atingir percentuais de 12% das receitas para a saúde no caso dos Estados e 15% no caso dos Municípios.

Quanto à execução orçamentária das despesas da SES-TO, verifica – se que passou de R\$160.191.743,49 (cento e sessenta milhões, cento e noventa e um mil, setecentos e quarenta e três reais e quarenta e nove centavos) em 2002, para R\$175.296.510,07 (cento e setenta e cinco milhões, duzentos e noventa e seis mil e quinhentos e dez reais e sete centavos) em 2003. A análise dos grupos de despesas mostrou aumento da participação dos gastos com pessoal e encargos sociais que, em 2002, representaram 52%, passando para 57% em 2003. Nesse ano, a SES aportará um montante de recursos maior no item de pessoal, uma vez que reassumiu a gestão e gerências dos hospitais de referência, assim como está ampliando sua rede de

serviços. Em contrapartida, a proporção com as despesas de custeio e capital em assistência médica e hospitalar; atenção básica e os gastos com medicamentos também se elevaram no mesmo período.

Entre os programas desenvolvidos pela SES em 2003, receberam aportes significativos os de Modernização e Implementação dos Serviços Médicos e Sanitários (serviços hospitalares, aparelhamento da rede física de saúde, fortalecimento da vigilância ao SUS, HEMORREDE e LACEN), Vigilância Epidemiológica, Saúde Escolar, Vigilância Sanitária e Desenvolvimento de Pessoal.

- Saúde da Família (R\$231.080,67);
- Prevenção, Controle e Assistência aos Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS (R\$ 207.514,66);
- Prevenção e Controle de Endemias e Doenças Transmissíveis (R\$1.658.437,44);
- Imunização (R\$291.546,98);
- Assistência Farmacêutica – medicamentos de alto custo e estratégicos (R\$2.800.000,00).

Outros aspectos, também a ser considerado, são os convênios firmados com os municípios somando o montante de R\$4.759.091,69 (quatro milhões, setecentos e cinquenta e nove mil, noventa e um reais e sessenta e nove centavos) no ano de 2003, com isso fortalecendo a gestão municipal e expressando iniciativas de construção de uma política de saúde estadual em parceria com os municípios, firmando cooperação técnica e financeiro em nosso estado.

Os recursos alocados em saúde são oriundos de repasses Fundo a Fundo, destacando-se, o Fundo de Epidemiologia e Controle de Doenças, o Fundo DST/AIDS, Fundo Multivacinação e Saúde do Trabalhador; de Transferências Voluntárias: convênios VIGISUS, ANVISA/LACEN, CÂNCER, Termo de Ajuste e Metas da Vigilância Sanitária; e de recursos Ordinários (Tesouro do Estado).

É necessária a organização de uma política de investimentos para o fortalecimento do sistema estadual de saúde, que promova melhores condições de oferta de serviços de saúde no *locus* municipal e regional.

II MODERNIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

1. Estrutura Organizacional

Uma questão relevante e atual na gestão do SUS é a necessidade de rever a estrutura dos organismos estaduais do SUS, com o propósito de adequar as estruturas ao novo papel do Estado na gestão da política estadual e no contexto epidemiológico e sanitário atual.

A atual estrutura organizacional da SES-TO em funcionamento não corresponde com a estrutura formal. O organograma funcional é constituído de: Gabinete do Secretário, Sub-Secretaria, 11 Diretorias e 4 assessorias, todos ligados ao Gabinete do Secretário o que aponta uma forte hierarquização.

A reformulação da estrutura vigente implica em romper com modelos anteriores, fortemente centralizados e burocráticos. Um dos desafios da gestão estadual do SUS é mudar a estrutura envolvendo intensa discussão técnica para a escolha do melhor desenho, compatível com o novo papel da SES; institucionalizar espaços para decisões coletivas, assim como perceber a necessidade de novas incorporações tecnológica da gestão, dando sustentação à modernização. Nesse sentido foi realizado um diagnóstico inicial das necessidades para a construção de nova estrutura organizacional, que foi colocada como demanda de apoio integrado ao Ministério da Saúde.

2. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

A Gerência de Recursos Humanos em organizações modernas enfatiza e prioriza as políticas institucionais voltadas para esta área, uma vez que a produtividade e qualidade dos produtos oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições em que são tratados os recursos humanos que atuam nestas organizações.

Mesmo com o quadro de conquistas e avanços no setor de saúde, muito ainda há que ser construído e implementado para que de fato a política de saúde seja resolutiva onde um dos tripés de um bom sistema de saúde está na qualificação técnica e humana dos seus trabalhadores. Assim, a consolidação

do SUS - estadual está calcada na existência de profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas ao modelo de promoção à saúde, capazes de uma prática em equipe multiprofissional e transdisciplinar, realizando assistência integral ao indivíduo em seu contexto individual, familiar e comunitária.

Em um diagnóstico situacional dos recursos humanos, realizado pela consultoria do Projeto REFORSUS – subprojeto Fortalecimento e Desenvolvimento Institucional da SES, realizado pela consultoria Bolsinhas&Campos/IPES/Maximus foram identificadas as seguintes lacunas na área de recursos humanos: a divisão de RH desempenha atividades burocráticas e de administração de pessoal; inexistência de Plano de Carreira, Cargos e Salários-PCCS; inexistência de mecanismos de avaliação de desempenho; deficiência quantitativa e qualitativa de profissionais e inexistência de um sistema de informação sobre recursos humanos.

Neste contexto, a SES realizou alguns movimentos para superar as lacunas apontadas como: constituição de uma comissão interinstitucional que elaborou um pré-projeto de PCCS, instituiu instrumentos de avaliação para desempenho e desencadeou a organização dos processos educativos para os trabalhadores do SUS, que estavam fragmentados nas diversas áreas técnicas, conduzidos em sua maioria, a partir de uma linha clássica de transmissão de conhecimentos e carente da dimensão de revisão dos processos de trabalhos e das práticas concretas de saúde. Este movimento de organização dos processos educativos induziu a reflexão e o estabelecimento das interfaces intrainstitucional e interinstitucional.

São consideradas situações favoráveis para o avanço nesta área a criação do Pólo de Capacitação, Educação e Formação para o pessoal da estratégia Saúde da Família; a implantação da Escola Técnica do SUS e a criação da Coordenação de Gestão da Educação na Saúde, com a missão de qualificar os profissionais adequando o perfil profissional às novas exigências da assistência integral, abrindo as portas para a implementação de uma formação contínua, integral e integrada que possibilite a revisão das práticas profissionais. A implantação dos Pólos de Educação Permanente (Rodas de Articulação Interinstitucional) e a elaboração do PPA 2004-2007, centralizando na Educação Permanente o orçamento das capacitações realizadas pelas

Diretorias/ áreas técnicas da SES , abrindo possibilidades de redirecionar a política das capacitações na perspectiva de desenvolver processos educativos e integrados..

A despeito das limitações, é necessário avançarmos na área de gestão e regulação do trabalho, onde ações estratégicas como: a desprecarização do trabalho em saúde, a implantação de Mesas de Negociação no SUS, PCCS, qualificar as gerência dos Recursos Humanos, que estão atuando na esfera municipal, bem como intensificar os incentivos aos processos de educação popular dos movimentos sociais, da participação e do controle social.

III PROMOVER A REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE

1. Vigilâncias Epidemiológica e Ambiental

A Vigilância em Saúde é um importante instrumento de orientação para tomada de decisão no SUS – estadual, considerando que “Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendência da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la”. (A. Langmuir-1963)

As vigilâncias epidemiológica e ambiental estão organizadas na Secretaria de Estado da Saúde – TO na Diretoria de Vigilância em Saúde, através de suas coordenações (epidemiológica e ambiental) e gerências técnicas que desenvolvem as seguintes funções: coleta das informações básicas necessárias ao controle das doenças; avaliação, análise e interpretação dos dados processados; diagnóstico das doenças que estejam sob o regime de notificação compulsória; averiguação da disseminação da doença notificada e determinação da população sob risco; proposição e execução das medidas de controle pertinentes e divulgação de informações.

A responsabilidade direta do estado na execução da maioria das ações de vigilância epidemiológica (vacinação, combate de focos de *Aedes aegypti* e notificação e investigação de doenças incluídas na lista de notificação compulsória) diminuiu com a descentralização das ações para o nível e de recursos humanos na maioria dos pequenos municípios a SES-TO ainda executa ações de vigilância pertinentes ao nível municipal. Concomitantemente, vêm assumindo o papel de coordenação, supervisão e assessoria aos municípios.

A heterogeneidade da capacidade de resposta dos municípios, aliada à necessidade de ações integradas, que ultrapassam as fronteiras municipais, em especial nas intervenções voltadas às doenças transmissíveis, evidencia a

necessidade de implantação de estruturas microrregionais de vigilância e controle de doenças.

A SES – TO necessita operar de forma ainda mais competente, investindo nos seus recursos humanos do SUS, suprimindo as insuficiências na formação de grandes parcelas dos profissionais, tanto da área gerencial como para execução de atividades técnicas rotineiras ou especiais. Implantar novas estratégias, capazes de ampliar a identificação e notificação do número de casos suspeitos e de unidades notificadoras, que estejam prontas para iniciar imediatamente, já no nível local, as investigações epidemiológicas e intervenções necessárias para cada situação específica.

O processo da incorporação da Vigilância Ambiental pela SES – TO e Secretarias Municipais de Saúde ocorreu paulatinamente a partir de 2000, sendo compreensível que o estado e municípios ainda não tenham consolidado sua operacionalização de forma plena. Uma vez que, o detentor do acúmulo de conhecimento desta área se encontrava na Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. Alguns municípios atuam de forma mais efetiva no que diz respeito às atividades de controle da qualidade da água para consumo humano. Ressalta – se que as prioridades de intervenção desta área envolvem também, a qualidade do ar e do solo, a prevenção de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos e ainda, juntamente com a vigilância epidemiológica, a atuação sobre os fatores de risco biológicos.

No contexto atual dois aspectos devem ser ressaltados: 1 – o fortalecimento dos Centros de Controle de Zoonoses – CZZ's como núcleos de vigilância ambiental, com caráter regionalizado que darão suporte às suas áreas de abrangências; 2 – operacionalização de modo interinstitucional da questão do manejo ambiental.

Apesar dos Sistemas de Informação em Saúde, terem sido descentralizados para os 139 municípios em 2001, sabe – se que a utilização dos sistemas estadual e municipal ainda é incipiente, tanto pela insuficiente formação dos recursos humanos, quanto pela inexistência de uma cultura de análise rotineira de dados nestes níveis.

Diante da situação da maioria dos municípios, a SES tem procurado suprir as deficiências através e de: capacitação dos técnicos, condições operacionais e estruturais para a execução das ações (o exemplo disso, são as

ações de Imunização), assessorando e acompanhando os municípios na superação dos problemas, estabelecendo parcerias, buscando interface com outras diretorias e instituições, pactuando e negociando com os municípios e instâncias gestoras do SUS, a execução do trabalho de vigilância.

2. Vigilância Sanitária

A principal função da Vigilância Sanitária em um Estado moderno é controlar os riscos resultantes da produção, da comercialização e do consumo de produtos e serviços. Viver sem riscos é um direito do cidadão moderno; isso é civilização. Em países desenvolvidos, esse conceito começa a evoluir para o do benefício. Isto é, não só o risco deve ser eliminado como o benefício deve ser buscado.

O Sistema Estadual de Vigilância Sanitária no Estado do Tocantins vem sendo implementado a partir de diretrizes que enfatizam a organização do sistema através do fortalecimento institucional da Secretaria de Estado e Secretarias Municipais de Saúde, na perspectiva da descentralização das ações com as diversas estruturas na implantação/implementação de serviços municipais de vigilância sanitária com ênfase nas ações básicas. Assumindo no âmbito estadual prioritariamente o papel de coordenador; supervisor; avaliador, como preconizado na Lei Orgânica do SUS e a Pactuação proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária celebrado com o Estado.

O município deverá se comprometer em ter recursos humanos qualificados e infra-estrutura suficiente para exercer suas ações. Ao Estado compete a execução complementar das ações, a capacitação de Recursos Humanos a supervisão, o acompanhamento e a coordenação das atividades.

3. Saúde do Trabalhador

A Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Tocantins foi instituída em Janeiro 2000, com elaboração de um projeto junto ao Ministério da Saúde para financiar ações de implantação da política estadual de saúde do trabalhador.

Em 2002 a apresentação do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador culminou na habilitação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Estadual e posteriormente a habilitação do Centro de Referência Regional de Palmas. A expectativa frente a esta nova realidade é de implantação de mais dois centros de referência regionais nos municípios de Araguaína e Gurupi.

Dentro desta perspectiva foram priorizados projetos estruturadores iniciais para a implantação dos centros, de acordo com diretrizes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST para a Amazônia Legal, sendo estes a Criação do Observatório Estadual em Saúde do Trabalhador, responsável pelo desenvolvimento de atividades como o monitoramento de eventos, indicadores e informações, por acidentes graves e fatais e ainda por eventos sentinelas: Projeto de Atenção aos Trabalhadores da Construção Civil e Projeto de Atenção aos Trabalhadores Expostos a Agrotóxicos.

No tocante ao controle social, já se encontra organizada a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, vinculada ao CES e com regimento interno aprovado. Foram realizadas 02 oficinas para capacitação da equipe técnica e 02 oficinas para os membros da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, visando fortalecer o exercício do controle social. Faz-se necessário ainda à sensibilização e organização da atenção e vigilância à saúde do trabalhador em toda a rede do SUS.

4. Saúde das Populações Indígenas

A atenção à saúde indígena está sob a responsabilidade do Ministério da Saúde desde agosto de 1999, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, onde se estabeleceu a criação das Equipes de Saúde dos Pólos Indígenas, que desenvolve ações de atenção básica, referenciadas à rede formal do sistema de saúde, sob o controle dos conselhos local e distrital de saúde indígena. Estes povos pertencem a dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, o Tocantins e o Araguaia.

Dados relativos ao nascimento no ano 2003, mostra que em relação ao total de nascidos vivos do estado (25.484NV), apenas 1,89% (482NV) dos nascimentos representam a população indígena, provavelmente isso se dá ao fato cultural destes povos na tradição do parto domiciliar.

Outro aspecto a ser considerado é a situação sanitária dos povos indígenas caracteriza – se por taxas de incidência e letalidade por doenças respiratórias, gastrointestinais aguda (diarréias), imunopreviníveis, malária e tuberculose, e DST/AIDS. Em relação à mortalidade, observa-se que a faixa etária mais acometida ocorre em menores de cinco anos, principalmente por doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e doenças do aparelho geniturinário.

Deve – se ressaltar que as práticas assistenciais e de promoção à saúde deverão ser executadas nas próprias comunidades indígenas, pois com certeza gerarão impactos significativos nas condições de saúde e de qualidade de vida desta população, respeitando a cultura de cada etnia.

Vale salientar que a cobertura das equipes indígenas de saúde é de 100% no Estado do Tocantins. Essa cobertura é de responsabilidade dos DSEI/FUNASA e a Secretaria Estadual de Saúde entra com as ações complementares.

A Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins até o ano de 2003 não realizava nenhuma ação integral a saúde indígena, apenas programas específicos como Imunização e DST/AIDS.

5. Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN

O Laboratório Central de Saúde Pública do Tocantins – LACEN – TO, criado em 1996, tem como missão “Promover a execução e o desenvolvimento da Política de Assistência Laboratorial de Saúde Pública subsidiando as ações de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária, através de diagnóstico, pesquisa e controle de qualidade de produtos e serviços, com excelência na gestão e em consonância com o Sistema de Único de Saúde”.

Para a promoção das ações de diagnóstico, que auxiliam a vigilância epidemiológica quando da definição de suas ações, foram implantados metodologias de média e alta complexidade, que dão apoio na confirmação de agravos relevantes à saúde pública, e que por sua complexidade, necessitam de pessoal altamente qualificado e de equipamentos de alta resolutibilidade, ficando os diagnósticos de baixa complexidade para que os municípios

cumpram seu papel na gestão de saúde. Como meta , temos a implantação de novos diagnósticos como a cultura para tuberculose e meningites, o isolamento viral para dengue, a biologia molecular para hepatites e outros agravos, bem como o laboratório de micologia.

Com ênfase na vigilância sanitária e com apoio dos convênios ANVISA e REFORSUS em parceria com o Estado, foram adquiridos equipamentos, capacitados os profissionais e implantados os laboratórios de Bromatologia e de Toxicologia e Química para que realizem as análises e o controle de qualidade da água e dos produtos que são oferecidos e consumidos pela nossa população, como também na investigação da contaminação pelos agrotóxicos tanto no nível de alimentos e produtos, como também a saúde do trabalhador.

Outra perspectiva de expansão é a implantação das análises de medicamentos e saneantes.

Na área de vigilância ambiental com o apoio do convênio VIGISUS, também em parceria com o Estado, montou-se o Programa de Vigilância da Qualidade da Água – VIGIÀGUA, que controla a qualidade da água para consumo humano oferecida à população tocantinense. Temos também as análises de metais pesados na água, que identifica a utilização destes no meio ambiente contaminando os córregos próximos de plantações. Como meta está a qualificação do LACEN como referência da Região Norte para análises de metais pesados como mercúrio, chumbo e outros.

Além do diagnóstico, o LACEN realiza o controle de qualidade analítica da rede de laboratórios públicos e privados conveniados ao SUS que realizam análises de agravos de interesse da saúde pública como tuberculose, hanseníase, leishmanioses, malária, citologia (SISCOLO) e outros. Fazendo parte da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, o LACEN – TO participa do controle de qualidade externo realizado pelo Ministério da Saúde em alguns agravos como leishmanioses, quantificação da carga viral para HIV, contagem de linfócitos T CD4/CD8, hepatites, sífilis e na área de produtos e de um teste de proficiência externo para certificação da qualidade de seus exames.

Sendo uma das suas ações a capacitação dos recursos humanos integrantes da Rede Estadual de Laboratórios e em parceria com a CGES são realizados cursos de atualização em biossegurança e qualidade laboratorial e

em outros agravos como também o envio de profissionais para outros LACEN's para que possam se atualizar em novas metodologias.

6. Caracterização da Atenção Básica

O fortalecimento da atenção básica é uma prioridade na organização das ações e serviços do SUS – estadual, que tem como principal estratégia, a saúde da família e/ou unidade básica de saúde. está o fortalecimento da atenção básica de saúde que tem como principal estratégia, a saúde da família e/ou unidade básica de saúde. Conforme legislação vigente os municípios são responsáveis pela Atenção Básica em sua total complexidade e esta deve ser o primeiro contato do cidadão com a rede de saúde, referenciando os casos de maior complexidade aos outros serviços. Apesar da importante cobertura do Programa de Agente Comunitário de Saúde- PACS e do Programa de Saúde da Família- PSF no estado (anexo) e considerando a importância deste nível de atenção na promoção, e prevenção da saúde, faz-se necessário um processo de qualificação e de organização do apoio diagnóstico da Atenção Básica para garantir a resolubilidade que lhe é requerida.

Hoje, a população tocantinense tem cobertura de 100,0% do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e 83,5% do PSF (Programa Saúde da Família). Dos 139 municípios do Tocantins, 69 municípios (49,6%) possuem apenas a estratégia do PSF. Destaca-se que a ampliação da cobertura do programa de saúde da família no estado, se dá através do apoio financeiro do estado na contratação do médico, enfermeiro e odontólogo das equipes.

Dentro da proposta do Ministério da Saúde para a expansão do Saúde da Família (PROESF) no Estado do Tocantins, apenas dois municípios, Palmas e Araguaína, foram contemplados porque o Ministério da Saúde utilizou como critério o acúmulo populacional, privilegiando os municípios com mais de 100.000 habitantes.

Vale ressaltar que a ação básica de saúde será institucionalizada para a população prisional através da implantação do Programa Saúde do Penitenciário.

7. Atendimento Ambulatorial de Urgência e Emergência

O Estado tem cadastrado 4 unidades denominadas como Pronto Atendimento, funcionando por um período de 8 horas, sendo uma no município de Araguaína, uma no município de Pindorama e duas no município de Porto Nacional, estas Unidades são consideradas na verdade como Unidades de Atenção Básica.

O Estado possui 37 Prontos Atendimentos. Estas unidades não hospitalares de atendimento às urgências não desenvolvem plenamente o seu papel no sistema, devido os limites estruturais de suporte diagnóstico, equipamentos, recursos tecnológicos e humanos; tendo assim seu papel reduzido ao atendimento básico de quadro clínico agudo de qualquer natureza, principalmente à noite e nos finais de semana, quando a rede básica não está ativa; ou prestando consulta ambulatorial aos usuários que não conseguiram acessar a rede básica, referenciando os casos mais complexos ou que precisam de elucidação aos hospitais que atendem urgência/emergência. Nota-se ainda, uma desarticulação destas unidades com a rede assistencial, seja a atenção básica ou a rede hospitalar. O anexo 2 demonstra a disponibilidade dos principais serviços de saúde por microrregião.

Como o serviço de pronto atendimento em regime 8 ou 24 horas, faz parte do módulo assistencial e do primeiro nível de complexidade do sistema de referência, e que vários municípios de sede de módulo/microrregiões não possuem este serviço, tais como: Augustinópolis, Gurupi, Araguaína, Dianópolis e Porto Nacional, provavelmente pela existência de hospitais de referência, torna-se prioritário repensar nos fluxos de atendimento das urgências de baixa complexidade nestas microrregiões, seja através de investimento para construção e adequação de pronto atendimento ou estruturação das unidades de saúde da família com equipamentos e materiais e medicamentos e capacitação de recursos humanos para realização do atendimento desta demanda ou ainda na ampliação e qualificação da atenção especializada ambulatorial.

7.1- Caracterização dos Serviços de Resgate

O Estado recentemente implantou a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e Emergências com o início de funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 em três municípios prioritários, a saber: Palmas, Araguaína e Gurupi. Este serviço terá a responsabilidade de organizar a rede assistencial de urgência e emergência, facilitando o acesso ao usuário e regulando os fluxos de urgência e emergência. Num segundo momento, o serviço também realizará a regulação de leitos, contribuindo assim para interromper as discrepâncias de acesso e ocupação hospitalar, permitindo que os usuários sejam atendidos nos hospitais da rede de acordo com o nível de complexidade e hierarquização do sistema.

Numa segunda etapa de implantação, está prevista até o ano de 2007 a ampliação dos SAMU's para mais três microrregiões : Augustinópolis, Porto Nacional e Dianópolis. O Plano propõe uma nova organização na rede de urgência e emergência, estabelecendo Unidades de Saúde, tais como Hospitais Municipais e/ou Pronto Atendimentos como bases estabilizadoras distribuídas em todo o Estado em uma hierarquização de serviços, buscando assim contribuir com a organização da sua rede assistencial.

8. Rede Ambulatorial Especializada

A cobertura de médicos por habitantes no Estado é de 0,79/ 1000 habitantes estando abaixo do parâmetro preconizado, que é de 1 médico por 1000. Das 982 inscrições ativas de médicos no Conselho Regional de Medicina – CRM-TO, 669 médicos(cerca de 68%) encontram-se como contratados e/ou concursados pelo serviço público estadual. O demais ou estão em cooperativas prestadoras de serviço ou atuando somente no setor privado. A necessidade real de médicos no Tocantins é de 1230 médicos. Dos médicos existentes no setor público, apenas 266 prestam serviços nas clinicas básicas, representando 0,24 por 1000 habitantes, valor inferior aos 0,8 por 1000 habitantes estabelecidos na portaria ministerial 1101/GM de 12 de junho de 2002.

Tabela 2
Consultas Médicas Realizadas – Tocantins 2002

Consultas Médicas	Realizadas*	Parâmetro Portaria 1101/GM – 12.06.02**
Consultas Básicas	1.720.248	1.977.078
Consultas Básicas de Urgência	893.442	376.586
Consultas Especializadas:	526.713	690.408
Cardiologia	24.749	39.541
Ortopedia	36.555	57.335
Neurologia	12.071	23.724
Demais especialidades	453.338	-
Consultas Pré Hospitalar e Trauma	0	94.148
Total	3.140.403	3.138.220

Fonte: * SES/DAS/Coordenação de Planejamento – TABWIN SIA/SUS 2002 17.11.2003

** Realizadas - 2,6 consulta/habitante/ano – Parâmetro da Portaria de 2 a 3 consulta/habitante/ano

A falta de apoio para elucidação diagnóstica e a baixa resolubilidade e o baixo número de unidades especializadas (anexo 3), sobrecarrega as unidades de maior complexidade e implica no aumento do número de retornos e de consultas de urgência como mostra a tabela acima, quando ocorreram 893.442 consultas básicas de urgência quando segundo o parâmetro, o Estado deveria ter realizado 376.586.

Em contrapartida as consultas por especialidades estão bem abaixo do parâmetro estabelecido, com um déficit de 37,0%,36,0% e 49,1% respectivamente para as clínicas de cardiologia, ortopedia e neurologia.

Ainda segundo a tabela, dentro das consultas pré-hospitalar e trauma, não houve nesse ano nenhum registro, pois esse procedimento foi inserido a partir de maio de 2003.

A cobertura de médicos por habitantes no Estado é de 0,79/1000 hab estando abaixo do parâmetro preconizado, que é de 1 médico por 1000 habitantes. Das 982 inscrições ativas de médicos no CRM do Estado, 669 médicos (cerca de 68,0%) encontram-se como contratados e/ou concursados pelo serviço público estadual. Os demais ou estão em cooperativas prestadoras de serviço ou atuando somente no setor privado. A necessidade real de médicos no Tocantins é de 1.230 médicos. Dos médicos existentes no

setor público, apenas 296 prestam serviços nas clínicas básicas, representando 0,24 por 1.000 habitantes, valor inferior aos 0,8 por 1.000 habitantes estabelecido na portaria citada anteriormente.

Tabela 3
Produção de Procedimentos Especializados e Apoio Diagnóstico Tocantins 2002

Procedimentos	Realizados *	Esperados Portaria 1101/GM 12.06.2002
Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	110.712	60.350
Diagnose	84.965	156.911
Fisioterapia	113.665	251.057
Patologia Clínica	1.712.966	1.599.110
Procedimentos Traumo-Ortopédicos	59.904	91.008
Radiodiagnóstico	241.386	251.056
Ultra-sonografia	49.308	47.073

Fonte: * SES/DAS/Coordenação de Planejamento – TABWIN SIA/SUS 2002 17.11.2003

Em relação às consultas realizadas em 2002, num total de 3.138.220 verificou – se que a produção dos serviços de apoio diagnóstico, observa-se que a patologia clínica e a ultra-sonografia obtiveram uma produção acima do preconizado pela portaria 1101/GM, caracterizando a falta de protocolos clínicos e demonstrando que a disponibilidade desses serviços é a causa do uso desordenado. Na perspectiva da organização das microrregiões faz-se necessário a reestruturação sistêmica da rede laboratorial estadual do SUS.

Quanto aos exames de radiodiagnóstico, diagnose e fisioterapia os mesmos estão abaixo do preconizado, podendo se relacionar a esse fato a oferta de serviços cadastrados. Apenas 13 municípios apresentaram a produção em fisioterapia, sendo necessário enfatizar a necessidade de organização dos Centros de Reabilitação, visando oferecer a integralidade do tratamento, seja pós – trauma ou outros procedimentos.

9. Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência

A Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência no Estado segue as diretrizes da Portaria MS/GM nº 818 de 05/06/2001 e a Portaria/MS nº 196 de 25 de março de 2002 habilitando o Estado com pendências, no que

concerne a implantação do Centro de Referência em Reabilitação Física, Nível Intermediário em Porto Nacional e o Centro de Referência em Medicina Física e Reabilitação em Araguaína. Conforme o projeto de criação a rede será estruturada em níveis de hierarquização, devidamente cadastrado no SIA/SUS, conforme segue: 03 centros de reabilitação de nível intermediário, destinados a prestar atendimentos às pessoas com deficiências motoras encaminhadas de outros serviços de saúde. Estes serviços deverão estar articulados com as equipes de saúde da família, constituindo-se em uma primeira referência de atenção aos pacientes com deficiência física e subordinada tecnicamente ao nível Intermediário.

Em Porto Nacional, está em fase de implantação os serviços de nível intermediário, que funcionará no prédio da Policlínica que ora encontra-se em processo de reforma e adequação conforme as normas da ABNT. Este nível constitui-se na referência de média complexidade em reabilitação física e deverá contar com uma estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados para prestar assistência em reabilitação física e motora.

A referência em Medicina Física e Reabilitação encontra-se em implantação no município de Araguaína. O imóvel está em processo de adequação. Este nível prestará assistência intensiva em reabilitação aos portadores de deficiência física e auditiva, referenciados por outros serviços de saúde, constituindo-se na referência de alta complexidade em reabilitação (motora e sensorio – motora). Devendo contar com estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados.

Atualmente a SES-TO, baseada em parecer técnico, já vem prestando atendimento a pessoa com deficiência fornecendo órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção, através da Coordenação de Reabilitação, Órteses e Próteses’.

Para a implantação e a organização da Rede de Assistência à pessoa com deficiência faz-se necessário à articulação com as seguintes interfaces: Atenção Básica; Para Ouvir, Ver e Sorrir; Hanseníase; Administrativo; Financeiro, CGES; Regulação; Saúde do Trabalhador; e outras.

10. Rede de Atenção em Saúde Mental

A Política de Atenção à Saúde Mental no Tocantins fundamenta-se nas ações e serviços, através do Sistema Único de Saúde-TO A rede de serviços de saúde mental no Tocantins, constitui-se de serviços de : atendimento ambulatorial, 5 Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial – NAPS/CAPS, Leitos Psiquiátricos em hospital geral cadastrados, porém ainda não estão sendo utilizados e 165 leitos em Hospital Psiquiátrico.

Dentre as estratégias para consolidação da rede de atenção à saúde mental no Tocantins em 2004 pode-se citar: transformação do CAPSII de Araguaína e Palmas em CAPS III; implantação do CAPS infantil e Álcool e Drogas (CAPS AD); negociar a implantação de um albergue, implantação CAPS I em Dianópolis e Augustinópolis. Quanto aos Hospitais Gerais o desafio é adequar o espaço físico destes e capacitar a equipe para efetivamente participar da rede de atendimento deste agravo, sendo prioritariamente os hospitais de referência nos municípios que tenha serviços de CAPS.

11. Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapia

Analisando o apoio diagnóstico no Estado, encontramos algumas dificuldades tais como: quantidade de equipamentos e manutenção dos mesmos. Em relação à manutenção, os técnicos para assistência, geralmente, são de outros Estados, demandando demora da reativação dos serviços prestados, além de, em grande parte dos serviços, não existir manutenção preventiva. Quando avaliamos a quantidade, temos déficit em alguns dos equipamentos, a exemplo: tomógrafos, que ainda faltam 9 aparelhos e ressonância magnética, que inexistente no Estado.

Tabela 4
Densidade Tecnológica por Microrregião de Plano
Diretor de Regionalização – PDR

Microrregião	População	Raio X	Densitometria	Hemodinâmica	Ultra-som	Tomógrafo	Eletroencefalograma	Eletrocardiograma	Mamógrafos	Endoscopia	Video Laparose	Optometria
Araguaína	407.572	38	2	1	18	1	2	18	1	8		
Augustinópolis	112.996	2			2			1				
Palmas	366.632	33	1		21	1	3	21	3	6	3	1
Porto Nacional	93.486	13			7			3		3	2	1
Gurupi	161.999	16			9	1	1	7	1	1		
Dianópolis	87.503	12			5			3				
Tocantins	1.230.188	114	3	1	62	3	6	53	5	18	5	2

Fonte: SES/DAS/Coordenação Controle, Regulação e Avaliação - FCES - 17.11.2003

Quanto ao RX, o número de aparelhos é maior do que o preconizado na portaria 1101/GM que é um aparelho para 25.000, mas a maioria está fora das especificações da norma técnica da ANVISA, além da concentração dos mesmos nos municípios de Palmas, Araguaína e Gurupi, bem como há falta de técnicos para operar os equipamentos. O mesmo acontece com os aparelhos de eletrocardiograma. Os laudos desses exames são dados através da telemedicina na maioria dos pequenos municípios. Lembrando que para avançarmos na habilitação dos municípios em GPAB – A, é necessária a aquisição de eletrocardiógrafos.

12. Caracterização da Rede Hospitalar

No que se refere a classificação para atendimento às Urgências e Emergências, regulamentada pela Portaria GM n.º 2048 de novembro/02, os 14 hospitais considerados de referência no Estado alcançam as seguintes classificações :

- 07 de Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I (UGAUE I);

- 05 de *Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II (UGAUE II)* e
- Os 05 hospitais considerados de alta complexidade, apenas 02 são classificados como *Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III (URAUE III)*, estando os mesmos localizados na microrregião de Araguaína.

Os demais são classificados em sua grande maioria como Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I (UGAUE I). Vale ressaltar que a macrorregião centro-sul, não possui nenhuma unidade hospitalar do tipo URAUE III, devido a inexistência e/ou insuficiência de profissionais e serviços exigidos tais como: pediátra, gineco-obstetra, broncoscopia e terapia renal substitutiva.

Vários hospitais ficaram prejudicados na classificação, por não cumprirem as exigências relativas à permanência dos recursos humanos na unidade, pois apesar de possuírem algumas categorias de médicos especialistas e/ou enfermeiros, as unidades não possuem o quantitativo mínimo para a mantê-los nas 24h conforme exigido na portaria, permanecendo os mesmos na cidade em regime de “sobre-aviso”, sendo acionados na ocorrência dos problemas. Outras unidades consideradas de média complexidade, tais como Gurupi, Araguaína e Palmas estão com falta de várias especialistas exigidos na referida portaria e/ou também possuem em quantidade insuficiente para mantê-los 24h na unidade.

Conforme Portaria GM nº 1101, em linhas gerais, a necessidade de leitos hospitalares, de acordo com a população do Tocantins, é de 3.075, sendo 2.322 o número atual de leitos no estado, para alcançar o parâmetro dado pela referida portaria, seria necessário um aumento de 32,0% do número dos existentes.

O Estado disponibiliza 63 leitos de UTI, onde 33 são adultos, 05 pediátricos e 23 neonatais, seguindo a necessidade leitos de terapia intensiva, pelo número total de leitos existentes, são necessários 92 leitos de UTI, dando um déficit de 29 leitos. Porém, mediante o cálculo feito em relação ao número de leitos necessários, o déficit seria de 60 leitos de terapia intensiva.

Outro desafio a ser enfrentado é a estruturação do Complexo Regulador da Assistência, conforme preconiza a NOAS/01/02.

Tabela – 5
Internações por especialidades – Tocantins 2002

Especialidades	Internação por Especialidade			
	Realizadas*		Parâmetro Portaria 1101/GM 12.06.2002	
	N.º	%	N.º	%
Clínica Médica	26.980	29,12	31.865	33,00
Clínica Cirúrgica	19.647	21,20	19.312	20,00
Obstetrícia	23.603	25,47	19.554	20,25
Pediatria	20.012	21,60	14.484	15,00
Psiquiatria	2.348	2,53	3.380	3,50
Crôn/FPT**	5	0,01	772	0,80
Tisiologia	68	0,07	126	0,13
Tocantins	92.663		89.493	

Fonte: * SES/DAS/Coordenação de Planejamento – TABWIN SIH/SUS 2002 17.11.2003

** FPT – Fora de Possibilidade de Terapêutica

A tabela acima nos mostra que as internações por obstetrícia e pediatria estão bem acima do parâmetro estabelecido pela Portaria GM/ 1101 com cerca de 5% e 6% além do referido parâmetro respectivamente. Este fato pode demonstrar uma baixa resolubilidade do atendimento a estes grupos na Atenção básica, ou também estar aliado a aspectos sociais nas chamadas “internações sociais” tais aspectos reforçam a necessidade de ações intersetoriais na assistência integral à mulher e a criança.

13. HEMORREDE

A Direção da Hemorrede do Tocantins, está vinculada à Secretaria Estadual da Saúde, ligada diretamente ao gabinete do Secretário.

Sua estrutura organizacional é constituída por uma diretoria administrativa, uma diretoria técnica, coordenações regionais e gerências técnicas e administrativas.

Atualmente, a Hemorrede é constituída de: 1 Hemocentro coordenador (Palmas); 1 Hemocentro regional (Araguaína); 1 Hemonúcleo (Gurupi); 2 Unidades de Coleta e Transfusão (Porto Nacional e Augustinópolis); 13 Agências Transfusionais Intra-Hospitalares.

O processo de estruturação da Hemorrede do Tocantins, atravessou diversas etapas nos quinze anos de existência do Estado. Num primeiro momento, foram priorizadas, a construção e implantação da infra-estrutura técnico/administrativa e a adequação e expansão da rede física. Nos últimos anos, priorizou-se a qualificação dos recursos humanos, além da implantação dos serviços de maior complexidade, instalados para atender as demandas dos serviços de oncologia, terapia renal substitutiva, cirurgia cardíaca, UTI-adulto, UTI-neonatal, dentre outros.

Associado a todo esse processo, aconteceu o ordenamento dos serviços hemoterápicos de modo a construir uma rede hierarquizada, regionalizada e integrada. Atualmente a rede Hemoterápica está estruturada de forma estratégica, contando com unidades em quatro níveis de referência assim distribuídos: Nível UM de referência: Hemocentro coordenador, localizado na capital do Estado e o Hemocentro Regional de Araguaína na região norte; Nível DOIS de referência: É constituído por um Hemonúcleo, sendo apenas (01) no Estado, localizado no município de Gurupi; Nível TRÊS de referência: Duas Unidades de Coleta e transfusão, localizadas nos municípios de Porto Nacional e Augustinópolis; Nível QUATRO de referência: Agências Transfusionais, que atualmente são treze em todo o Estado e estão localizadas nos diversos municípios, em instalações intra-hospitalares.

A média de coleta, exames imunohematológicos e sorológicos no Estado do Tocantins, não atingem o estipulado pelo SINASAN, de acordo com cada nível serviço instalado, entretanto supre as demandas atuais da rede hospitalar.

Na elaboração do Plano Diretor Estadual de Sangue, Componentes e Hemoderivados foram utilizados como instrumentos norteadores: potencial de coleta de bolsas de sangue; necessidade de bolsas de sangue; cobertura da assistência hemoterápica; dimensionamento do déficit/superávit da hemorrede; propostas para melhoria da assistência hemoterápica no Estado.

Objetivando garantir o relacionamento intermunicipal a rede Hemoterápica adota/utiliza dois instrumentos normativos :convênio de agência transfusional (agências transfusionais intra-hospitalares) e convênio de assistência hemoterápica (unidade de coleta e transfusão-UCT, hemonúcleos, hemocentros de referência e serviços privados).

O mecanismo de contra-referência fundamenta-se nas informações fornecidas pelas unidades hemoterápicas dos municípios indicados como referência para fornecimento de sangue e componentes.

O controle e avaliação baseiam-se na análise dos dados de coleta, processamento, exames sorológicos, imunohematológicos e distribuição de sangue e componentes pelas unidades, que são encaminhados ao Hemocentro Coordenador e Ministério da Saúde.

O Estado tem uma característica peculiar, onde os Hemocentros são responsáveis pelas unidades transfusionais, porém devido a deficiência de recursos humanos, as transfusões bem como o gerenciamento da mesma são de responsabilidade dos Hospitais, o que dificulta para a Hemorrede o monitoramento da utilização eficaz do sangue e o rastreamento de dados referentes a transfusão.

Atualmente os hospitais não efetuam todos os registros necessários que permitam avaliar a qualidade do processo transfusional, sendo necessário instituir principalmente nos hospitais de médio e grande porte do Estado, comitês transfusionais com fins de traçar critérios para indicação e acompanhamento das transfusões, garantindo assim a rastreabilidade de todo processo, construindo mecanismo para controle, avaliação e regulação da Hemoterapia no Estado. Deve – se ressaltar a necessidade da descentralização da gestão e gerência das agências transfusionais para estes serviços.

São definidas como prioridades de intervenção: a ampliação/estruturação da rede física; implantação da agência transfusional de Pedro Afonso e em outros municípios, caso haja aumento da complexidade hospitalar: conclusão da obra de ampliação do hemocentro regional de Araguaína e reforma da estrutura física existente; reforma de hemonúcleo de Gurupi; unidade móvel de coleta externa para Araguaína: aquisição de veículos; custeio para manutenção e avanços tecnológicos; e o desenvolvimento de educação permanente para a equipe.

É diretriz futura da Hemorrede a transformação desta em uma Autarquia e/ou Fundação, assim como a garantia de aumento dos recursos orçamentários e financeiros para o seu custeio.

14. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica – AF é certamente, um desafio para consolidação do SUS que deve ser entendida como estratégia de suprimento de insumos e de serviços farmacêuticos que permita e efetive o princípio da integralidade da atenção à saúde. É no âmbito da assistência farmacêutica que se desenvolve um conjunto de atividades técnicas e administrativas, científicas, que se destina a programar e executar uma política de medicamentos, dando suporte às ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde. Indica e realiza o consumo de medicamentos e de outros insumos fundamentais ao diagnóstico e à terapêutica, característica que lhe confere natureza estratégica por mobilizar todo o sistema para implementação das diretrizes indicadas no Plano Estadual de Assistência Farmacêutica.

A Coordenação de Assistência Farmacêutica foi institucionalizada como Diretoria de Assistência Farmacêutica (DAF) em 2003, sendo necessário a ampliação do quadro de pessoal e qualificação deste, assim como, a locação de novo espaço físico que atendesse as necessidades da diretoria e da Central de Medicamentos.

Medidas foram tomadas para organização deste insumo estratégico como: instrumentos de controle de entradas, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, melhor avaliação dos processos de entrada dos usuários no programa de medicamentos excepcionais e cumprimento da resolução 002/2004 CIB no co-financiamento da Farmácia Básica, sendo realizado pagamento de três anos retroativos em um ano.

Tendo em vista a necessidade de avançarmos no processo de reorganização, ampliação e melhoria da qualidade das ações da assistência farmacêutica em todos os níveis de atenção faz-se necessário: a descentralização para as seis microrregiões dos medicamentos estratégicos, garantir a aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação em caráter excepcional excepcionais conforme portaria ministerial, informatização dos processos de controle, implementação do Plano estadual da Assistência Farmacêutica, a institucionalização de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica- CFT, a elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas

e a pesquisa de sistemas de gerenciamento da assistência farmacêutica em outros estados.

Na perspectiva de promover o acesso e o uso racional de medicamentos, assim como, valorizar os conhecimentos tradicionais do povo tocantinense a respeito da flora medicinal articulando – as a pesquisa científica será dada prioridade à conclusão da **FARMATINS – Laboratório Farmacêutico do Tocantins** que produzirá medicamentos básicos e fitoterápicos.

Parte V

Quadro de Metas e
Plano de Trabalho Anual

I FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO TOCANTINS

OBJETIVO 1 – Implementar o Processo de Gestão e Regionalização no Tocantins

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturar o Plano Diretor de Regionalização; • Elaborar e implementar Planos Microrregionais de Saúde; • Implementar a Programação Pactuada Integrada – PPI da Atenção e Vigilâncias à Saúde; • Implementar o Plano Estadual do Controle, Regulação, Auditoria e Avaliação – CRAA; • Implementar o Cartão Nacional de Saúde; • Descentralizar o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - FCES e responsabilizar pela validação do cadastramento à Auditoria e inspeção da Vigilância Sanitária; • Implementar o Plano Diretor de Investimentos; • Aplicar Recursos Estaduais em Ações e Serviços de Saúde, conforme a Emenda Constitucional numero 29; • Habilitar os municípios segundo a NOAS 01/02; • Cooperar e monitorar a descentralização da gestão nos processos de trabalho junto as Secretarias Municipais de Saúde; • Desenvolver e sistematizar os instrumentos de avaliação dos sistemas e serviços de saúde. 	<p>Percentual de municípios habilitados em forma de gestão prevista na NOAS 01/02</p>						<p>Total de municípios habilitados/ total de municípios x 100.</p> <p>SES, Municípios</p>	

OBJETIVO 1 – Implementar o Processo de Gestão e Regionalização no Tocantins

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar a rede de comunicação integrada da saúde no Tocantins; • Trabalhar com rádios da capital e interior do estado criando "um minuto de controle social"; • Ampliar as Ações da Assessoria de Comunicação; • Estabelecer contratos de gestão com os prestadores de serviços; • Construir e participar da articulação Interestadual e Intermunicipal no SUS_TO; • Promover e divulgar as ações de saúde, através dos meios de comunicação, bem como elaborar material gráfico para a realização destas. 	<p>Percentual de municípios habilitados em forma de gestão prevista na NOAS 01/02</p>						<p>Total de municípios habilitados/ total de municípios x 100.</p>	<p>SES, Municípios</p>

OBJETIVO 2 – Implementar o processo de regulação da assistência, garantindo o acesso da população à melhor alternativa assistencial e otimizando os recursos disponíveis.

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Implantar e manter 6 Centrais de Regulação de exames e consultas especializadas; Desenvolver o sistema de regulação de leitos hospitalares; Disponibilizar leitos na rede hospitalar do estado para internação, proveniente das transferências intermunicipais e de urgência; Garantir assistência e o deslocamento para pacientes que necessitam de atenção especializada – Tratamento Fora do Domicílio – TFD Interestadual; implantar 3 centrais de regulação médica do SAMU – Araguaína, Palmas e Gurupi; Estruturar a CEEDO (Central Estadual de Captação e Doação de Órgãos). 	Percentual de Centrais de Regulação de leitos implantada	0	4				SES	
	Sistema de regulação de leitos implantado	0		1				
	Tempo de espera							
	Resolubilidade	0	2	1				
				1				

OBJETIVO 3 – Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Estruturar e compor o Pólo de Educação Permanente do Estado; Implantar a Escola Técnica do SUS; Definir linha pedagógica, Construir currículos de acordo com os protocolos estabelecidos pelas áreas técnicas; Agregar as áreas da SES com os órgãos formadores de profissionais de saúde no Estado; Implantar a Gestão do Trabalho; Ampliar a oferta de capacitações para equipes profissionais que atuam nas ações e serviços de serviços de Atenção e Vigilâncias à Saúde e em nível de especialização e mestrado; Formular projetos de pesquisa científica na área de Saúde Pública; Implantar o Coral da Saúde. <p>CONTROLE SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Oferecer cursos de capacitação de gestores, equipe gestoras e conselheiros de saúde; Capacitar educadores a partir do ensino fundamental, com abordagem da cidadania do SUS; Capacitar profissionais de saúde, líderes comunitários para a produção de remédios fitoterápicos e alimentação alternativa em nível comunitário; 	Escola criada, Currículos estruturados, Material instrucional criado Agenda definida		1 1				N. de currículos construídos / n. de currículos necessários x100	SES
				1				

OBJETIVO 3 – Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<p>ATENÇÃO À SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar profissionais das maternidades em Aleitamento Materno, no Programa de Humanização e no Método Mãe Canguru; • Capacitar, acompanhar e avaliar as Equipes Saúde da Família, na investigação do óbito infantil; • Capacitar as equipes de Saúde da Família em AIDPI (Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância); • Capacitar Profissionais da Atenção Básica, da Média e Alta Complexidade, na atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal; • Capacitar Profissionais das Equipes de Saúde da Família na Assistência ao Pré Natal, • Capacitar os profissionais de saúde para diagnóstico, tratamento e redução de danos (tabagismo); • Promover capacitação contínua de forma descentralizada para os profissionais de saúde do Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama (PCCCUM), próstata, pele, boca e estômago; • Realizar cursos de gerenciamento de programa, visando a implementação da descentralização do programa de oncologia; • Capacitar recursos humanos em saúde mental; • Capacitar técnicos para Central Estadual de Captação de Doadores e Órgãos – CECDO; 								

OBJETIVO 3 – Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<p>ATENÇÃO À SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar recursos humanos para manejo dos Sistemas de Informações da Atenção Básica à Média e Alta Complexidade; • Criar e implementar as ações do Núcleo de Educação em Urgência; • Firmar convênio para qualificação de ACS; • Capacitar os profissionais de saúde da Rede de Assistência Farmacêutica; • Capacitar os profissionais ao atendimento a saúde prisional; • Estabelecer uma Política de acompanhamento dos estágios na rede pública de saúde; <p>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe técnica da rede de laboratórios; • Realizar capacitações para profissionais da rede pública, visando aumentar a capacidade laboratorial; • Capacitar os profissionais de saúde da Atenção Básica e da Rede Básica e Hospitalar no diagnóstico e tratamento da dengue; • Capacitar os Agentes de Endemias no controle químico do vetor (borrifração), manejo ambiental, técnica de coleta de material biológico para diagnóstico sorológico e eutanásia de cães; • Capacitar os profissionais de saúde em situações de surtos; 	Proporção de profissionais capacitados	-	19	57	-	-	N de profissionais capacitados/ total de profissionais X100	GT – Saúde Prisional

OBJETIVO 3 – Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<p>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar técnicos p/ Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano; • Capacitar os profissionais dando prioridade à prevenção de incapacidades de Hanseníase; • Capacitar técnicos nos diversos níveis da rede do SUS através de cursos, oficinas e seminários de Saúde do Trabalhador ; • Capacitar profissionais de saúde na Atenção à Saúde em DST's/HIV/AIDS e Sífilis Congênita; • Capacitar médicos e enfermeiros que trabalham nos Pólos Indígenas através das Equipes de Saúde indígenas em abordagem sindrômica para 16 pessoas; • Capacitação em SIS e banco de dados para os técnicos da SESAU e municípios; • Capacitação em codificação em causas de óbitos; • Realizar capacitação para os técnicos do SVO; • Realizar capacitação em preenchimento das Declarações de Óbitos - DO's e Nascidos Vivos - DN's para os técnicos das Unidades de Saúde; 	<p>% de técnicos capacitados</p> <p>Proporção de profissionais capacitados</p>	-	-	1	-	-	<p>N. de profissionais capacitados/ no. De capacitações necessárias x 100</p> <p>N. de técnicos do SVO capacitados/total de técnicos do SVO X 100</p>	
		-	22%	44%	66%	88%		

OBJETIVO 4 – Implementar os Sistemas de Informação e a Comunicação em Saúde para a melhoria da qualidade do banco de dados do SUS.

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Implementação, atualização e manutenção dos SIS; <ul style="list-style-type: none"> 89% municípios com SIVEP_MALÁRIA 100% municípios com SIS atualizados 	% de SIS atualizados	89% SIVEP_Malária	95%	95%	95%	95%	N.0 de SIS disponíveis atualizados/ total de municípios x 100	SIS – RNIS SES, Municípios
<ul style="list-style-type: none"> Reduzir as causas mal definidas dos óbitos; 	% causas mal definidas	6,78% de causas mal definidas	5%	4%	3%	3%	N.0 de óbitos mal definidos/Total de óbitos ocorridos x 100	SIS – RNIS SES, Municípios
<ul style="list-style-type: none"> Realizar investigação dos óbitos de menores de 01 ano e fetal, em parceria com área da criança e CMMI; 	% óbitos de menores de 01 ano		25%	50%	75%	100%	N.0 de óbitos menores de ano e fetal investigados/ Total de óbitos menores de 01 ano e fetal ocorridos x 100	SIS – RNIS SES, Municípios
<ul style="list-style-type: none"> Realizar a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, juntamente com o Programa da Mulher e CMMI; 	% mulheres em idade fértil investigados		25%	50%	75%	100%	N.0 de óbitos mulheres em idade fértil investigados/ Total de óbitos mulheres em idade fértil ocorridos x 100	SIS – RNIS SES, Municípios
<ul style="list-style-type: none"> Monitoramento, avaliação e análise dos dados gerados pelos SIS, juntamente com as áreas técnicas; 	municípios monitorados em indicadores básicos epidemiológicos e operacionais	21 (15,11%)	21	21	21	21		SIS – RNIS SES, Municípios

OBJETIVO 4 – Implementar os Sistemas de Informação e a Comunicação em Saúde para a melhoria da qualidade do banco de dados do SUS.

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Validação dos dados de nascidos vivos e mortalidade (SINASC e SIM); Implementação e reestruturação do Serviço de Verificação de Óbitos – SVO; Implantar as Fichas 3-A e 3-B para resgatar os nascidos e óbitos informados pelos ACS como rotina, através de oficinas regionalizadas; Implantar os Núcleos de Epidemiologia nas unidades Hospitalares; Coordenar e implementar o Cadastramento do Cartão SUS no Estado; Distribuir os Cartões SUS para os municípios do Estado, 	Dados validados	-					Definição da amostra	
	municípios com fichas implantadas	-	16	30	30	30		SIS – RNIS SES, Municípios
		-	5	10	10	10		SIS – RNIS SES, Municípios

OBJETIVO 5 – Qualificar o Controle Social e a Gestão Participativa

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar a Conferência Estadual de Saúde e Conferências específicas; Realizar encontro anual de conselheiros de saúde nas microrregiões com a participação do Ministério Público, Câmara de Vereadores, profissionais de saúde, ONGS, Sindicatos e Associações; Criar Câmaras Técnicas do Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite; Assessorar os Conselhos Municipais de Saúde; Reestruturar a Comissão Intergestores Bipartite e o Conselho Estadual de Saúde com assessoria técnica e secretaria executiva; Dotar o Conselho Estadual de Saúde com rubrica orçamentária. 	Nº câmaras técnicas criadas /Nº câmaras necessárias x 100							
				1	1	1		
			1	1	1	1		
				1	1	1		

II MODERNIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

OBJETIVO 1 – Modernizar a Estrutura Administrativa e Gerencial da Secretaria de Estado da Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturação da Secretaria Estadual de Saúde (Organograma, Regimento Interno, PCCS, Organização dos Processos de Trabalho, Informatização dos setores); • Valorização dos Recursos Humanos; • Firmar Convênio de Cooperação Técnica com os municípios; • Buscar parcerias para convênios; • Firmar convênio com a OPAS/ BIRD para ações de Desenvolvimento Institucional da SES; • Firmar convênio com a UFBA/ISC e Universidade de Toronto para qualificação de profissionais de saúde do Estado do Tocantins. 							SES	

III PROMOVER A REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
VIGILÂNCIAS EM SAÚDE <ul style="list-style-type: none"> Descentralização das Vigilâncias em Saúde no fortalecimento das microrregiões do PDR, com a modernização tecnológica e padronização das normas e protocolos 		0	0	1	3	2		

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<p>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> Reduzir a Taxa de Morbi-Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório e Diabetes Mellitus <ul style="list-style-type: none"> Monitorar e avaliar os Sistemas de Informações (HIPERDIA, SIAB, SIM, SIH e SIA/SUS); Implementar protocolos de Atenção aos hipertensos e diabéticos; Monitorar a distribuição de medicamentos orais para hipertensos e diabéticos; Garantir a distribuição de insulina NPH para os municípios de acordo com a demanda; Realizar inquérito sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares; Implementar o Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. 	Taxa de internação por residência na população > 40 anos por AVC	36,75	45,84	45,10	44,74	44,37	Numero de internamentos por AVC em >40 anos/ população de >40 anosx10000.	SIH,
	Taxa de internação por residência na população > 40 anos por ICC	74,16	80,68	79,94	78,84	77,74	Numero de internamentos por ICC em >40 anos/ população de >40 anosx10000.	SIH,
	Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético	7,74	7,74	7,37	7,04	6,88		SIH
	Proporção de internações por Diabetes Mellitus – DM	1,01	1,01	0,99	0,98	0,97	Número de intervenções por diabetes mellitus, cetoacidose e coma diabético/total de internações x100.	SIAB, SIM, IBGE
	Taxa de mortalidade por AVC	152,93	152,93	151,83	150,36	149,63	Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório em >40 anos/ população >40 anos x100000.	

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Acelerar o processo de eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública <ul style="list-style-type: none"> • Garantir os insumos para tratamentos pactuados na PPI/ECD; • Manter Projeto de Intensificação das Ações de Controle e Eliminação; • Assessorar e acompanhar o desenvolvimento das atividades de controle e eliminação realizadas pelos municípios, através do SINAN; • Reduzir o Coeficiente de Prevalência de Hanseníase por 100.000 habitantes • Reduzir o Coeficiente de Incidência e a Taxa de Abandono do Tratamento de Tuberculose por 100.000 habitantes <ul style="list-style-type: none"> • Garantir os insumos para tratamentos pactuados na PPI/ECD; • Manter Projeto de Intensificação das Ações de Controle; • Assessorar e acompanhar o desenvolvimento das atividades de controle e eliminação realizadas pelos municípios, através de resultados de exames laboratoriais e do SINAN. 	Coeficiente de prevalência da Hanseníase	11	9,5	9,3	9,0	8,5	Número de casos de hanseníase na população x 10,000	SIAB, SINAN
	Coeficiente de incidência de Tuberculose	15		16	18	19		
	Taxa de abandono	8%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%		
Detecção de Casos Novos Curados	41,48% 176 CN 73 curados	50%	60%	70%	80%			

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA								
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a Taxa de morbimortalidade por Câncer <ul style="list-style-type: none"> • Reestruturar o diagnóstico e tratamento do Câncer • Avaliar periodicamente o Processo de Descentralização das ações do programa; • Descentralizar para os Pólos Microrregionais a Cirurgia de Alta Frequência; • Rever critérios de credenciamento e licitação dos laboratórios de citopatologia; • Atingir 80% de cobertura do exame citopatológico cérvico vaginal em mulheres de 25 a 59 anos; • Realizar avaliação epidemiológica relacionada com o câncer e seus fatores de risco; • Revisão e supervisão preventiva anual dos serviços de alta complexidade/oncologia. 	Coeficiente de mortalidade por câncer de colo uterino na população feminina.	4,49	4,49				Número de óbitos por câncer de colo uterino/ população feminina x 100.000.	SIM, SIH , IBGE e SISCOLO
	Coeficiente de mortalidade por câncer de mama na população feminina.	2,66	3,39				Número de óbitos por câncer de mama/ população feminina x 100000.	
	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos.	0,23	0,34				Números de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos.	

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA								
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS <ul style="list-style-type: none"> • Aprimorar a detecção de casos de AIDS; • Aprimorar a detecção de casos de DST's; • Aprimorar a detecção de casos de Sífilis congênita; • Garantir os insumos para tratamentos pactuados na CIB; • Manter Projeto de Intensificação das Ações de Controle; • Assessorar e acompanhar o desenvolvimento das atividades de controle realizadas pelos municípios, através de resultados de exames laboratoriais e do SINAN; • Intensificar/Expandir o Projeto profissional do Sexo, Projeto Caminhoneiros; • Aprimorar a abordagem para prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS; • Garantir que 100% das gestantes soropositivas atendidas na rede pública, tenham acesso a exames laboratoriais CD4/Carga Viral e tratamento da AIDS; • Ampliar a rede de assistência aos portadores de HIV e AIDS; • Expandir, Monitorar e avaliar os Projetos de AIDS nos municípios/ONG's/OSC • Implementar o Projeto Nascer nas Maternidades e Hospitais de Referência; • Implantar o Projeto Nascer nas Maternidades e Hospitais de Referência; 	Coef. Inc. AIDS Coef. Inc. DST's Coef. Inc. Sif. Cong.	5,5 32 36	5,5 34 36	5,6 36 38	5,7 38 40	5,8 40 45	N.º de casos de AIDS/pop X 100.000 hab. N.º de casos de DST's/pop X 100.000 hab. N.º de casos de Sífilis Congênita/pop X 100.000 hab.	SINAN
	N.º Municípios com o Projeto Implantado	13	-	-	2	3	N.º Municípios com o Projeto Implantado	GT – DST/AIDS
	Ampliar os serviços de referência	5	-	1	-	-	N.º de Serviços de referência implantado	GT – DST/AIDS SIA/SIH/SUS
	Proporção de Projetos Monitorados	4	8	1	1	1	N.º de Projeto Implantados/monitorados/ total de projetos existentes X 100	GT – DST/AIDS
		8	2	6	-	-		
		8	2	4	-	-		

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA								
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS <ul style="list-style-type: none"> • Produzir e distribuir materiais educativos/informativos em DST's/HIV/AIDS e Sífilis Congênita; • Garantir acesso universal ao usuário aos medicamentos anti – retrovirais, através do repasse feito pelo Ministério da Saúde – MS; • Implantar fluxos/protocolos no atendimento a vítimas de acidentes ocupacionais com material biológico em Hospitais de Referência nos municípios de Palmas, Araguaína e Gurupi; • Implantar fluxos/protocolos no atendimento a vítimas de violência e exploração sexual no Hospital de Referência de Palmas; • Implantar o serviço de atenção a saúde – (diagnóstico, tratamento e assistência) das DST's nas unidades de saúde prisional; • Realizar 3 Campanhas anuais de Prevenção às DST's/HIV/AIDS; <ul style="list-style-type: none"> • Adquirir equipamentos para implementar o diagnóstico laboratorial de HIV para o LACEN; • Implantar nos municípios Protocolos (fluxos) de Prevenção à Transmissão Vertical da Sífilis e HIV; • Melhorar a qualidade do preenchimento e digitação das fichas de AIDS/DST's e Sífilis Congênita; <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar e garantir a distribuição de preservativos aos municípios, vinculando as notificações; 	Proporção de Protocolos implantados nos Hosp de Ref.	02	-	04	-	-	N.º de Protocolos Implantados/ total de Hospitais de Referência existentes X 100	GT – DST's/AIDS
	Proporção de Protocolos implantados nos Hosp de Ref de Palmas	-	-	01	-	-	N.º de Protocolos Implantados/ total de Hospitais de Referência existentes X 100	GT – DST's/AIDS
	Cobertura de serviços implantados nas unidades de saúde prisional	-	01	01	-	-	N.º de serviços Implantados nas unidades de saúde prisional/ total de unidades de saúde prisional existentes X 100	GT – DST's/AIDS
	Proporção de Campanhas Realizadas	03	03	03	03	03	N.º de Campanhas realizadas/ total de Campanhas Programadas X 100	GT – DST's/AIDS
	Proporção de Protocolos implantados nos Municípios	-	-	30	30	30	N.º de Protocolos Implantados/ total de municípios existentes X 100	GT – DST's/AIDS
	N.º de preservativos distribuídos	1.980.000	2.558.796	6.138.339	6.138.339	6.138.339	N.º de preservativos distribuídos	GT – DST's/AIDS

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA								
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a incidência das Hepatites Virais; • Ampliar a cobertura de vacinação contra Hepatite “B”; • Garantir a adequada distribuição das imunoglobulinas aos pacientes que necessitem; • Criar o Comitê Técnico para Hepatites Virais; • Intensificar as ações de educação em saúde para a população de grupo de risco acrescido nos municípios; • Garantir marcador sorológico de Hepatite “B” no pré – natal para as gestantes 	Incidência	1.177	950	900	860	820	Somatório anual do número de casos novos de hepatites Virais confirmados por residência Vacinar 95% da pop de 0 a 19 anos 11 meses e 29 dias	SINAN
	Aumentar a cobertura vacinal na população de 0 a 19 anos 11 meses e 29 dias	70%	80%	95%	95%	95%		GT – Imunização
	Aumentar a cobertura de pessoas com imunoglobulinas	70%	80%	100%	100%	100%	GT – Imunização	
		-	-	1	-	-	GT – Hepatite	
	Sensibilizar a população dos municípios quanto a transmissão de Hepatites “B” e “C”	-	-	47	47	45	N. de municípios sensibilizados/total de municípios programados X 100	GT – Hepatite

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE	
			2004	2005	2006	2007			
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA									
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a incidência de Tracoma <ul style="list-style-type: none"> • Implementar os protocolos de diagnóstico e tratamento a população acometida; • Garantir a distribuição de medicamentos à população acometida; • Monitorar e avaliar os relatórios trimestrais dos municípios que pactuaram a PPI – SVS; • Avaliar a qualidade do diagnóstico de Tracoma nos municípios; • Realizar exame ocular externo para vigilância do Tracoma 20% dos alunos de 1ª a 4ª série de escolas públicas em municípios com profissionais capacitados. • Reduzir o índice de colonização intradomiciliar por espécies vetoras secundárias na transmissão da doença de Chagas; Manter a eliminação do <i>Triatoma infestans</i> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar pesquisa entomológica (triatomínica); • Realizar borrifação residual; • Realizar mobilização social em conjunto com os municípios; • Reduzir a incidência de Meningite <ul style="list-style-type: none"> • Implementar os protocolos de diagnóstico e tratamento a população acometida; • Realizar cultura de líquido para diagnóstico laboratorial. 	Taxa de detecção < 5 %	8,1%	7,8%	6,5%	6,0%	4,9%	Número da população com tracoma X 100/ Número da População examinada	GT – Tracoma	
	Índice de Infestação domiciliar	0	0	0	0	0	0	Unidade domiciliares sem infestação pelo <i>Triatoma infestans</i>	GT – Chagas
	Índice de colonização intradomiciliar	13,2%	9,9%	6,6%	3,3%	0	0	Unidade domiciliares sem colonização intradomiciliar por qualquer espécie secundária	GT – Chagas
	Proporção de casos de meningites com cultura de Líquor	26%	40%	60%	80%	100%	Casos de meningite c/ cultura de líquido realizado/ Total de casos notificados X 100	SINAN	

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
VIGILÂNCIA AMBIENTAL								
<ul style="list-style-type: none"> • Manter Eliminada a Febre Amarela Urbana <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar, tratar e controlar Febre Amarela Urbana; • Realizar a vigilância entomológica do Aedes aegypti; • Realizar mobilização social em conjunto com os municípios; • Controlar Incidência de Leishmaniose Visceral e Tegumentar <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar e avaliar os Sistemas de Informações (SINAN e SIH/SUS) visando identificar os municípios com L.tegumentar e visceral; • Garantir os insumos para diagnóstico e tratamento pactuados na PPI/ECD; • Realizar mobilização social em conjunto com os municípios; • Implementar ações de vigilância entomológica. • Reduzir a incidência de casos de malária <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar, tratar e controlar a malária dos casos informados; • Realizar a vigilância entomológica do Anofelino; • Realizar mobilização social em conjunto com os municípios. 	Incidência de Febre Amarela Urbana	0	0	0	0	0	Número de casos novos confirmados de febre amarela urbana	FAD, SINAN, SIH
	Coeficiente de incidência de Leishmaniose visceral	LV=263 casos Coef. Inc. 20,98/100.00 0 hab.	20,95	20,90	20,85	20,80	Número de casos novos de Leishmaniose visceral e/ou tegumentar / população x 1000.	SINAN
	Coeficiente De detecção de casos autóctones de Leishmaniose Tegumentar Americana	LTA=628 casos Coef. Detec. 50/100.000 hab.	7,5%	8,0%	9,0%	10%	Nº de casos novos autóctones de LTA / população x 100.000	
Incidência de malária	1.200	10%	10%	10%	10%	Número de casos novos confirmados de malária	SIVEP MALÁRIA	

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
VIGILÂNCIA AMBIENTAL								
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a Incidência de Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar do Estado <ul style="list-style-type: none"> • Articular com a Vigilância Ambiental e Sanitária as ações de prevenção e controle. Diagnosticar, tratar e controlar Febre Amarela Urbana; • Acompanhar o monitoramento ambiental e o monitoramento das doenças diarreicas agudas; • Garantir insumos para os municípios com famílias que não dispõem de água tratada; • Monitorar agravos de veiculação hídrica; • Realizar parceria entre Vigilância Ambiental e o LACEN. • Controlar a qualidade da água para consumo humano <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a coleta de água e enviar para a análise; • Monitorar os resultados das análises. 	Incidência de doenças de veiculação hídrica.	1.148 53%	1299 60%	1299 60%	1299 60%	1299 60%	Número de doenças de veiculação hídrica/ população x1.000	SINAN, SIAB e SIH
	Padrão de potabilidade	2.148	60%	60%	60%	60%	Número de resultados satisfatórios / Total de amostras realizadas	SISÁGUA

OBJETIVO 1 – Implementar as Vigilâncias em Saúde

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
VIGILÂNCIA SANITÁRIA								
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar as ações de inspeção sanitária de serviços e produtos de interesse a saúde <ul style="list-style-type: none"> • Cadastrar e Inspeccionar para o processo de licenciamento <ul style="list-style-type: none"> • Hospitais; • Unidades hemoterápicas; • Serviço de terapia renal substitutiva; • Serviços de quimioterapia; • Serviços rádio diagnóstico médico; • Serviços radiodiagnóstico; • Serviços radioterapia; • Laboratórios clínicos; • Indústria de alimentos com registro; • Empresas de alimentos dispensadas de registro; • Coleta de amostras/ano para monitoramento de alimentos/estado; • Distribuidoras de medicamentos; • Demais serviços e produtos sujeito ao controle sanitário; • Descentralizar a Vigilância Sanitária <ul style="list-style-type: none"> • Criar 6 núcleos de fiscalização nas microrregionais • Implantar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária nos municípios 	Nº empresas inspecionadas/empresas cadastradas x 100		40%	40%	40%	40%	VISA	
		100%	100%	100%	100%			
		100%	100%	100%	100%			
		100%	100%	100%	100%			
		80%	80%	80%	80%			
		20%	20%	20%	20%			
		100%	100%	100%	100%			
		40%	40%	40%	40%			
		100%	100%	100%	100%			

OBJETIVO 2 – Reestruturar e descentralizar o LACEN para melhoria da oferta de exames de média e alta complexidade de interesse de saúde pública

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Construir ou alocar espaço físico para a Sede do Laboratório Regional de Saúde Pública e Análises Clínicas das microrregiões de Araguaína e Augustinópolis; • Construir e equipar os Laboratórios Regionais de Saúde Pública e Análises Clínicas das microrregiões de Gurupi, Dianópolis, Porto Nacional; • Implantar um sistema móvel de monitoramento de água e esgoto; • Informatizar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública; • Manutenção dos laboratórios (LACEN e Laboratório de Saúde Pública Regional) e aquisição de reagentes e materiais de consumo; • Realizar supervisão, auditoria e controle de qualidade nos laboratórios da rede Estadual; • Aquisição de equipamentos para o LACEN Implantar normas de biossegurança na rede laboratorial; • Implantação de análises toxicológicas de água e solo; • Descentralizar diagnóstico de raiva humana e animal; • Descentralizar o diagnóstico de contagem de linfócitos CD4/CD8 para o Laboratório Regional de Araguaína 		0	-	2	-	-		
		0	-	-	1	2		
		0	1	-	-	-		
	Percentual de Unidades Laboratoriais Informatizadas	0	-	1	1	-	Número de Unidades Laboratoriais informatizadas/número total de Unidades Laboratoriais X 100	LACEN
	Percentual de Unidades Laboratoriais Supervisionadas		60%	60%	60%	60%	Número de Unidades Laboratoriais supervisionadas/número total de Unidades Laboratoriais X 100	LACEN
		0	-	-	1	-		
		0	-	1	-	-		
		0	-	-	1	-		

OBJETIVO 2 – Reestruturar e descentralizar o LACEN para melhoria da oferta de exames de média e alta complexidade de interesse de saúde pública

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Implantar novas metodologias conforme os indicadores epidemiológicos do Estado e a definição da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB/SVS/MS; Conclusão da Obra do Prédio do LACEN; Implantar análises de medicamentos, saneantes e saúde do trabalhador; Realizar exames de controle de Qualidade da Água para Consumo Humano; 	Percentual de resultados satisfatórios	0	-	-	-	1	Nº de resultados satisfatórios/ Total de coletas realizadas.	SISÁGUA e IPH
		0	-	-	1	-		
		2.184	60%	60%	60%	60%		

OBJETIVO 3 – Reduzir a taxa de Mortalidade Infantil

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO O 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Reestruturar o Comitê de Mortalidade Infantil; Implementar o Programa Estadual de Alimentação e Nutrição (SESAU e Provida), Reduzindo os Agravos Nutricionais da Infância; Estabelecer parcerias interinstitucionais (Secretaria da Educação, Comitês e Ong's para a redução Taxa de Acidentes e Violência Intradomiciliar na Infância, Incentivar, sensibilizar e capacitar Maternidades para participar da iniciativa Hospitais Amigo da Criança); Aquisição de Material (balança pediátrica para vigilância nutricional com manutenção para o município) Implantar protocolos de Atenção à Saúde da Criança e Fluxo de Atendimento Garantir acesso ao número mínimo e qualidade nas consultas pré-natal das gestantes do SUS Implantar Protocolos de Atenção à Saúde da Criança; 	Taxas de Mortalidade : Infantil	17,25	22	21,5	21	20	Óbitos de Crianças: < 1 ano de idade/ NV X 1000	SIM e SINASC
	Neonatal precoce	9,1	9,1	9,0	8,9	8,8	< 7 dias de idade / NV X 1000	SIAB e SIH
	Neonatal	11,0	11	10	10	10	7-27 dias de idade / NV x 1000	
	Neonatal Tardia	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	28 dias 1 ano de idade / NV X 1000	
	Pós Neonatal	6,8	6,5	6,3	6,1	6,0		
	Proporção de óbitos em menor de 1 ano por causas mal definidas	3,91	3,5	3	2	1	Número de óbitos em menor de 1 ano por causas mal definidas / número de óbitos menor de 1 ano X 100	SINASC SIAB
	Proporção entre o número de consultas de pré-natal e nascidos vivos						Número de consultas de mães de NV que realizaram 4 e + consultas de Pré Natal/ Número de NV X 100 nascidos vivos	4e +
	4 e +	48,9	70	75	80	80		
	7 e +	35%	35	36	37	38	Nº de consultas de mães de NV que realizaram 7 e + consultas de Pré Natal / Nº de NV X 100 nascidos vivos	7 e +
	Proporção de unidades básicas de saúde com Protocolo Implantado	-	-	97	97	96	Unidades básicas de Saúde com Protocolos implantados/ número total de unidades básicas de saúde X 100	GT – Criança

OBJETIVO 4 – Reduzir a taxa de Mortalidade Materna

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer o Comitê de Mortalidade Materna; 	Coeficiente de Mortalidade Materna	63,49	63,49	63	62,50	62	Óbitos por complicações da gravidez, do parto e puerpério/NV X 100.000	SIM e SINASC
	Proporção de óbitos investigados de mulheres em idade fértil	51,30	60	70	75	80	Número óbitos de mulheres 10 a 49 anos investigados/ número total de óbitos de mulheres de 10 a 49 X 100	GT – Mulher SIM Comitê Mortalidade Materna
<ul style="list-style-type: none"> Implantar Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher; 	Proporção de unidades básicas de saúde com Protocolo Implantado	-	-	97	97	96	Unidades básicas de Saúde com Protocolos implantados/ número total de unidades básicas de saúde X 100	GT – Mulher
<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer as referências para gestação de risco nos municípios Augustinópolis, Palmas, Araguaína e Gurupi; 	Proporção de Unidades de Referência Gestantes de Risco	-	1	1	1	1	Unidades de referência Gestantes de Risco implantadas/ número de total de unidades de alta complexidade x 100	GT – Mulher CNES/FCES SIA/SIH - SUS
<ul style="list-style-type: none"> Implementar as ações do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento – PHPN e SIS Pré-Natal; 	Cobertura de municípios com o Termo de Adesão ao Programa	92,68% (128)	93,52% (130)	94,96% (132)	96,40% (134)	97,84% (136)	Número de municípios com Termo de Adesão/ número total de municípios X 100	GT – Mulher
<ul style="list-style-type: none"> Realizar o diagnóstico da situação da gestação na adolescência; 	Proporção de gravidez na adolescência	53,03	53	52,5	52	51,5		PESMITO, GT – Mulher
<ul style="list-style-type: none"> Realizar a Vigilância Nutricional das Gestantes; 	Taxa de incidência de gestantes com baixo peso	13,23	12,73	12,23	11,73	11,23		SISVAN

OBJETIVO 5 – Expandir e Qualificar a Atenção Básica, garantindo o acesso

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar e avaliar as Equipes da Saúde da Família – ESF nos municípios com a Estratégia Saúde da Família implantada; • Manter a cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF; • Monitorar o indicador de visita domiciliar realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde; • Instrumentalizar os Agentes Comunitários de Saúde – ACS com balanças infantis portátil • Implantar o Prontuário Familiar nas UBS do estado; • Implantar processo de acreditação das equipes de saúde da família/ unidade de saúde da família; • Produção de materiais educativos/Educação em saúde; 	Proporção de Equipes Saúde da Família Monitoradas	55%	60%	60%	60%	60%	Número de ESF monitoradas/ total de ESF implantadas x 100	SIABEST CEAB
	Cobertura da pop coberta pela ESF	61,55%	60%	60%	60%	60%	Número total da população coberta pelas equipes de saúde da família/ população total x 100	SIABEST CEAB IBGE
	Proporção de ACS com balanças infantis portátil	-	30%	60%	80%	100%	Número de UBS com balanças/ total de UBS existente no estado X 100	
	Proporção de Prontuário Familiar implantado nas UBS	-	31	86	86	87	Número de UBS com Prontuário Familiar implantado/ total de UBS existente no estado X 100	
					100 ESF	100 ESF		

OBJETIVO 5 – Expandir e Qualificar a Atenção Básica, garantindo o acesso

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção dos fatores de risco (Tabagismo e na coleta citopatologia); • Implementar os serviços de saúde mental na rede básica; • Incentivar nos municípios a implantar os programas de atenção à saúde da criança, adolescente, adulto (mulher/homem) e idoso; • Realizar o diagnóstico situacional dos ciclos de vida; • Proporcionar ao escolar acesso ao atendimento preventivo e/ou curativo em saúde auditiva, visual e bucal. 	<p>Percentual de municípios com o Programa de Idosos implantado</p> <p>Alunos atendidos pela ação "Para Ouvir, Ver e Sorrir"</p>		80%				<p>Número de Municípios com as ações do Programa do idoso implantado/número total de municípios no estado X100</p> <p>Número de agravos em >/60 anos / população> 60 anos x100,00</p>	

OBJETIVO 6 – Expandir as Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar gestores, quanto a importância da saúde bucal, considerando – a política de saúde pública Reduzir número de exodontias; Priorizar as ações de prevenção, diagnóstico e atenção; Ampliar a cobertura de saúde bucal no PSF; 	Número de municípios sensibilizados	13	20	28	35	9	Número de municípios sensibilizados/ Número total de municípios X 100	Saúde Bucal
	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	10,32	12	10	9	8	Número total de exodontias de dentes permanentes* realizadas em determinado local e período/ Total de ações básicas individuais em odontologia** realizadas X100	SIA/SUS
	Razão de procedimentos odontológicos coletivos na população 0 – 14 anos	0,32	0,10	0,30	0,40	0,50	Média anual de população coberta por procedimentos odontológicos coletivos* em determinado local** / População de 0 a 14 anos de idade, no mesmo local e período	SIA/SUS
	Taxa de cobertura da população com equipes da saúde da família com saúde bucal.	38%	58%	68%	78%	88%	em determinado local e período População coberta pelas equipes de saúde da família com saúde bucal/ população x 100	SIAB

OBJETIVO 7 – Implantar e Implementar a Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar 3 Centros de Reabilitação nas microrregiões Araguaína, Augustinópolis e Gurupi • Manutenção dos serviços de atendimento dos deficientes físicos. • Realizar supervisão, controle e avaliação dos serviços oferecidos; • Elaboração de Projeto Arquitetônico ou locação de espaço físico e adequação para os Centros de Reabilitação, aquisição de equipamentos mobiliários em parceria com os municípios; • Aquisição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para assistir a população portadora de deficiência; • Orientação, supervisão, avaliação e regulação dos processos aquisição e dispensação de órtese e prótese. • Priorizar as ações de prevenção, diagnóstico e atenção auditiva e visual 	Centros de Reabilitações Microrregionais implantados		1	1	1		Centros de Reabilitação implantados/ totais de microrregiões.	FCES

OBJETIVO 8 – Ampliar a Rede de Equipamentos Extra – hospitalares de Saúde Mental

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar 9 CAPS / Centro de Atendimento Psico-Social em microrregião; • Implantar Ambulatórios Especializados de Saúde Mental nas microrregiões; • 	Número de equipamentos extra-hospitalares criados/ total de microrregião.	9	3	4	5	2	Número absoluto por tipo de unidade.	SES, Municípios SIH SIAB

OBJETIVO 9 – Promover a Atenção à Saúde dos povos indígenas

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar o Plano Operativo Estadual de Vigilâncias e Atenção à Saúde Indígena; • Reduzir em 85% a desnutrição da população menor de 5 anos; • Reduzir em 5 % a incidência de tuberculose da população indígena em menores de 5 anos; • Organizar e garantir as referências hospitalares e laboratoriais; • Monitorar as ações de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI; 								

OBJETIVO 10 – Implementar o Programa Estadual de Saúde do Trabalhador

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Implantar 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: Estadual e 3 Regionais (Palmas, Araguaína e Gurupi) Organizar o fluxo de atenção à saúde do trabalhador na rede do SUS; Organizar o fluxo de vigilância em saúde do trabalhador com interface nas demais vigilâncias; Implantar 01 Observatório Estadual em Saúde do Trabalhador; Desenvolvimento de 05 projetos estruturadores de atenção à saúde dos trabalhadores de diversas categorias; Inserir no sistema de informação já existente a notificação de agravos e eventos relacionados ao processo de trabalho. 	Nº de Centros implantados	01	1	1	1	-	Nº de centros implantados/Total de centros proposto	SES
	Percentual de municípios com fluxos implantados	-	5%	10%	20%	40%	Nº de municípios com fluxos implantados/Total de municípios	SES
	Percentual de municípios com fluxos implantados	-	5%	10%	20%	40%	Nº de municípios com fluxos implantados/Total de municípios	SES/SINAN/SIM
	Nº de Observatório implantado	-	-	1	-	-	Nº de observatório implantado/Total de observatório proposto	SES/SINAN/SIM/SINDICATOS/INSS/DIRT
	Nº de projetos desenvolvidos	-	-	1	2	2	Nº de projetos desenvolvidos/Total de projetos propostos	SES
	Percentual de municípios que realizam notificação	-	5%	10%	30%	50%	Nº de municípios que realizam notificação /Total de municípios do estado	SES/SINAN

OBJETIVO 11 – Implantar o Programa Estadual de Saúde do Presidiário

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar o Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário; • Pactuar as ações descritas no Plano Operativo junto ao Comitê; • Aprovação do Plano Operativo na CIB e CIT; • Implantar o Programa de Saúde do Presidiário nos municípios Palmas, Gurupi, Araguaína e Porto Nacional; • Reestruturação da Rede Física 	Programa Implantado.	-	1	-	-	-	Número de ações de saúde no presídio implantadas/ total de ações de saúde programadas x 100	SES, SMS, Segurança Pública
		-	1	-	-	-		
	Ações Implantadas	-	1	-	-	-		
		-	1	3	-	-		
		-	14??	42??	??	?		
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar as ações nos presídios; <ul style="list-style-type: none"> Saúde Bucal; Saúde da Mulher; DST's/AIDS; Hepatites; Saúde Mental; Tuberculose; Hanseníase e dermatoses; Imunização; Aquisição de medicamentos; Humanização; Nutrição; Atividade física e laborais; Cond. Salubridade. • Realizar manutenção, acompanhamento e avaliação das ações, trimestral "in loco". 								

OBJETIVO 12 – Implementar o Programa Estadual Assistência Farmacêutica

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Revisão e implantação do Plano Estadual da Assistência Farmacêutica; Implantar o Laboratório Farmacêutico do Tocantins – FARMATINS; Criar a Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica; Assessorar os Municípios na estruturação e organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica capacitando os profissionais; Dar continuidade ao Programa Estadual de Medicamentos de Caráter Excepcional e Alto Custo; Implantar o Sistema de Informação da Farmácia Básica – SIFAB; 	Assessorias realizadas		3	6	10	10	Número de Assessorias Realizadas	SES e SMS
	Quantidade de municípios com distribuição regular de medicamentos.		139	139	139	139	Número de municípios recebendo medicamentos.	
<ul style="list-style-type: none"> Acondicionar, conservar e distribuir os medicamentos conforme programação e protocolo; Prover os municípios de medicamentos básicos e estratégicos, conforme pactuação CIB; Implementar o Programa de Assistência Farmacêutica de Saúde Mental. 	N.O de itens da farmácia básica por mês	0	47	40	35	35	Número de itens da farmácia básica distribuídos	

OBJETIVO 13 – Reestruturar a Hemorrede garantindo sangue e componentes em quantidade e qualidade para as transfusões seguras e atendimento hematológico à população

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
1. Criar, normatizar a Política de Sangue no Estado do Tocantins;								
2. Implantação e manutenção dos ambulatórios e laboratórios de Hematologia e Hemoterapia da Hemorrede para assistir a população com transtornos hematológicos, visando o diagnóstico e acompanhamento ambulatorial;	Números de ambulatórios implantados	0	-	01	01	-	Números de ambulatórios implantados	Hemorrede
3. Manutenção da Hemorrede do Estado (aquisição de insumos e reagentes);	Números de coletas	26.046	2865	3151	3466	3813	Número de coletas/ano	Hemorrede
4. Ampliação do Hemocentro Regional de Araguaína;								Hemorrede
5. Adequação do espaço físico do Hemocentro Coordenador de Palmas;								
6. Aumentar o número de doadores voluntários de sangue;	% de doadores voluntários	42,7%	80%	80%	80%	80%	Número de doadores voluntários/ número total de doadores X 100	Hemorrede
7. Aumentar o número de doadores de repetição;	% de doadores de repetição	54,6%	60%	60%	60%	60%	Número de doadores repetição/ número total de doadores X 100	Hemorrede
8. Implantar o programa de fenotipagem para doadores/receptores de sangue no setor de Imunohematologia	Número de doadores/receptores fenotipados	90	150	300	350	600	Número de doadores/receptores fenotipados / total de doadores/receptores com complexidade Hematológica X 100	hemorrede

OBJETIVO 13 – Reestruturar a Hemorrede garantindo sangue e componentes em quantidade e qualidade para as transfusões seguras e atendimento hematológico à população

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
9. Implantar o Programa de Saúde Ocupacional;	% de funcionários assistidos	60%	90%	100%	100%	100%	Número de funcionários assistidos/ Total de funcionários X 100	Hemorrede
10. Solicitar a Inclusão do Hemocentro Coordenador de Palmas no Programa de controle de Qualidade em Imunohematologia;								
11. Certificação da Hemorrede;	Número de unidades hematológicas certificadas	0	-	01	01	-	Número de unidades hematológicas certificadas/ total de unidades X 100	Hemorrede
12. Assessoramento para constituição do Comitê Hospitalar de Transfusão em Hospitais de alta complexidade;	% de hospitais de alta complexidade com CHT	0	-	100%	100%	100%	Número de hospitais de alta complexidade com CHT/ Número de Hospitais de Alta complexidade sem CHT X 100	Hemorrede
13. Implantar o programa de cadastro de doadores voluntários de medula óssea (REDOME);								
14. Garantir o aprimoramento tecnológico da Hemorrede.								

OBJETIVO 14 – Reestruturar a Rede Estadual de Urgência e Emergência

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE	
			2004	2005	2006	2007			
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar o SAMU's – 1 Regional em Gurupi e 2 Municipais em Palmas e Araguaína; • Expandir o SAMU para Augustinópolis, Porto Nacional e Dianópolis; • Adequar a Estrutura Física, Material e Equipamentos nas unidades básicas de saúde • Adequar a Estrutura Física, Material, Equipamentos e Manutenção de Recursos Humanos dos Prontos Atendimento – 24 hs; • Adequar a rede hospitalar para o atendimento de urgência e emergência; • Reduzir a Taxa de morbimortalidade por Causas Externas e Violências <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir taxa de Mortalidade por acidente de trânsito; <ol style="list-style-type: none"> 1. Viabilizar parcerias intersetoriais: Secretaria de Estado e Justiça, Detran, Polícia Rodoviária, Secretaria de Estado de Educação e ONGs. • Reduzir taxa de homicídios, suicídios e outras violências <ol style="list-style-type: none"> 1. Viabilizar parcerias intersetoriais: Secretaria de Estado e Justiça, Polícia Militar/Corpo de Bombeiro, Secretaria de Estado de Educação, Esporte e Lazer, Secretaria da Cultura, Secretaria do Trabalho, Entidades religiosas, ONGS e outras instituições não governamentais, 2. realizar ações de promoção e prevenção de uso/abuso de álcool e outras drogas 3. Expandir o atendimento do serviço de psicologia e serviço social em nível ambulatorial nas 6 microrregiões 	<p>Proporção de SAMU'S Implantados</p> <p>0</p>	0	3	-	-	-	<p>N.º de SAMU'S Implantados/6 microrregiões x 100</p>	<p>GT URG/EMRG/CAE/SES</p>	
	<p>0</p>	0	-	1	2	-			<p>N.º de equipamentos adquiridos/ necessários X 100</p>
	<p>% de equipamentos novos necessários e adquiridos</p>	<p>% de unidades com estrutura física readequada</p>						<p>N.º de unidades com estrutura física readequadas / N.º de unidades que necessitam de readequação X100</p>	
									<p>Número de óbitos na população x 100,000. Número de óbitos por acidente de trânsito/ população x 100,000.</p>

OBJETIVO 15 – Promover e Qualificar a Gestão e Gerência da Rede Hospitalar e Ambulatorial de Alta Complexidade

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Implantação do Hospital Geral de Palmas - HGP; • Ampliar os serviços de alta complexidade em ortopedia e neurologia no HGP; • Implantar o Centro de Referência de Cardiologia no HGP; • Apoiar financeiramente 25 hospitais no estado, através de transferência de recursos por meio de processos de subvenção social ou contribuição para os hospitais de referência ou municipais; • Adequação da área física, equipamentos, móveis da recepção e enfermarias nas unidades de saúde; • Expansão de leitos de UTI; • Ampliar a complexidade dos leitos de UTI nas sedes de Macrorregiões (Palmas e Araguaína) para o Tipo III; • Qualificar a Gestão Hospitalar do SUS_TO • Manutenção dos serviços de alta complexidade de oncologia, implantação/implementação nos municípios de Palmas e Araguaína; • Manutenção do serviço de Terapia Renal Substitutiva – TRS; • Implantar novos serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS no município de Gurupi; • Manter e qualificar a Rede Hospitais gestão e/ou gerenciamento Ambulatorial de Alta Complexidade; • Realizar cooperação técnica com a rede hospitalar municipal; • Adequar os Hospitais com menos de 50 leitos à portaria dos Hospitais de Pequeno Porte. 								

OBJETIVO 16 – Estruturar Centros de Especialidades com os serviços de apoio diagnóstico terapêutico nas microrregionais do Plano Diretor de Regionalização

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> Implantar centros de Especialidades, inclusive de pediatria, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologista, psiquiatria, ortopedia, pneumologista, dermatologista, oncologia e cardiologia, odontologia nas microrregiões; Estruturar e adequar a rede de laboratórios de análises clínicas; Aquisição de equipamentos médicos – hospitalares conforme o Plano Diretor de Investimento – PDI; 	<p>% de Centros de Especialidades Implantados</p> <p>Número de equipamentos extra-hospitalares criados/ total de microrregião</p>	02	-	1	2	1	N.º de Centros de Especialidades Implantados/total de microrregiões x 100	SES e Municípios

OBJETIVO 17 – Estruturar Central Estadual de Captação e Doação de Órgãos

AÇÕES	INDICADOR	SITUAÇÃO 2003	METAS				MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE
			2004	2005	2006	2007		
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar o Laboratório HLA; • Incentivar campanhas educativas de doação de órgãos; • Credenciar serviço hospitalar e ambulatorial de transplante no estado. 	<p>Números de órgãos captados. Número de doações recebidas</p>						SIH/ SUS	

Parte VI

Análise e Acompanhamento das
Metas Pactuadas

Análise e Acompanhamento das Metas Pactuadas

O monitoramento das metas estabelecidas será realizado trimestralmente, utilizando os dados do sistema de informação em saúde já implantados no estado e dados específicos de cada Gerência Técnica. Esta avaliação será conduzida pela equipe técnica com todos os setores da SES – TO e posteriormente seus resultados serão apresentados na Comissão Intergestora Bipartite – CIB e Conselho Estadual de Saúde – CES, assim como, para outras instâncias do controle social.

O resultado das avaliações a partir de dados e indicadores, apontará o redimensionamento necessário das ações desenvolvidas.

Parte VII

Considerações Finais

Considerações Finais

O processo de construção de políticas públicas é dinâmico, necessitando de constantes reformulações, baseadas em análises e avaliações sistemática. Com esta clareza o presente plano poderá sofrer implementações e adequações no decorrer de sua execução, porém, sempre respaldado pelos debates e conciliações necessários, realizados pelos órgãos de controle social existente no estado, consolidando assim uma política de saúde legítima e participativa.

A descentralização responsável se apresenta como uma das fortes diretrizes desta gestão, qualificando a produção de projetos e ações ajustando-os às necessidades regionais do Estado, impulsionando a equipe estadual a deixar de agir somente sobre o imediato, mas ousar na integração dos serviços, formar verdadeiras parcerias, tanto na utilização do já disponível, como, e principalmente, na implantação e na oferta de novos serviços, construindo assim o SUS – estadual inclusivo, solidário e promotor da cidadania.

Parte VIII

Anexos

Anexo 1 – Disponibilidade dos principais serviços de saúde do estado por microrregião do Tocantins – 2003

Microrregião	População 2003	Atenção Básica				Ambulatórios Especializados		Hospitais segundo Natureza Jurídica			
		USF	PA 8hs	PA 24hs	Unidades Ambulatoriais	CAPS	SAE/CTA	Municipal	Estadual	Filantropicos	Privado
Augustinópolis	112.996	18		04	05			02	01		
Araguaína	407.572	71	01	09	18	01	01	08	04	01	01
Palmas	366.632	73		10	28	02	01	03	04	03	
Porto Nacional	93.486	17	03	02	15	01		03	01		
Gurupi	161.999	29		03	11	01	01	05	02		
Dianópolis	87.503	21		04	05			03	02		
TOTAL	1.230.188	229	04	32	82	05	03	24	14	04	01

Fonte: SES/DAS/Coordenação Controle, Regulação e Avaliação - FCES - 17.11.2003

Anexo 2 – Relação de Agentes Comunitários de Saúde, por Zona Urbana e Rural, N.º de Equipes de PSF e Saúde Bucal - SB existentes, - Tocantins - referente ao mês de outubro de 2003**

Microrregião	População	Agente Comunitário de Saúde			Cobertura %	N.º de Equipes	Cobertura %	Saúde Bucal		Cobertura %
	IBGE	Urbano	Rural	Total	PACS	ESF	PSF	OD	ACD	S.B.
Augustinópolis	111083	173	101	274	135,7	22	68,3	7	7	21,7
Araguaína	401598	646	347	993	136,0	89	76,5	42	43	36,1
Palmas	353191	627	238	867	135,0	91	88,9	28	28	27,4
Porto Nacional	93463	152	76	228	134,2	23	84,9	12	12	44,3
Gurupi	160763	261	126	387	132,4	37	79,4	20	20	42,9
Dianópolis	87016	106	117	223	141,0	26	103,1	11	11	43,6
Estado	1207114	1965	1005	2972	135,7	288	83,5	120	121	36,0

Fonte: SES/DAS – Coordenação da Atenção Básica – Outubro 2003 – 14.11.2003

Anexo 3 – Grade do quantitativo de Unidades Especializadas – Tocantins 2003

MACRO	MICRO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO 2003	UNIDADES ESPECIALIZADAS				
				CENTROS DE SAÚDE	POLICLÍNICAS	CAPS	SAE/ CTA	ORTESE / PROTESES
ARAGUAÍNA	AUGUSTINÓPOLIS	Araguatins	27646					
		Augustinópolis	13780					
		Axixá	8472					
		Buriti	7913					
		Carrasco Bonito	3740					
		Esperantina	8437					
		Itaguatins	6515					
		Maurilândia	3136					
		Praia Norte	7510					
		Sampaio	2650					
		São Miguel	8953					
		São Sebastião	4033					
		Sítio Novo	10211					

Fonte: SES/DAS/Coordenação Controle, Regulação e Avaliação - FCES - 17.11.2003

MACRO	MICRO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO 2003	UNIDADES ESPECIALIZADAS				
				CENTRO S DE SAÚDE	POLICLÍNI CAS	CAPS	SAE/ CTA	ORTESE / PROTESES
ARAGUAÍNA	ARAGUAÍNA	Aguiarnópolis	3357					
		Ananás	11197					
		Angico	2889					
		Aragominas	7195					
		Araguaína	120214	4	1	2	1	1
		Araguanã	4818					
		Arapoema	6864					
		Babaçulândia	10717					
		Bandeirantes	2615					
		Barra do Ouro	3656					
		Bernardo Sayão	4629					
		Brasilândia	1990					
		Cachoeirinha	2194					
		Campos Lindos	6333					
		Carmolândia	2074					
		Colinas	26620	1				
		Colméia	9541					
		Couto Magalhães	4150					
		Darcinópolis	4578					
		Filadélfia	8441					
		Fortaleza do Tabocão	2509					
		Goianorte	4746					
		Goiatins	10927					
		Guaraí	20500					
		Itacajá	6714					
		Itapiratins	3416					
		Itaporã	2177					
		Juarina	2472					
		Luzinópolis	2219					
		Muricilândia	2655					
		Nazaré	5457					
		Nova Olinda	9911					
		Praia Norte	3639					
		Palmeiras	5170					
		Pau Darco	4482					
		Pequizeiro	4992					
		Piraquê	3210					
		Presidente Kennedy	3814					
		Riachinho	3706					
		Santa Fé	6118					
Santa Terezinha	2616	1						
São Bento	3383							
Tocantinópolis	24535	1						
Tupiratins	1409							
Wanderlândia	10586							
Xambioá	12137							
Sub-total 01				8	3	3	2	1

Fonte: SES/DAS/Coordenação Controle, Regulação e Avaliação - FCES - 17.11.2003

MACRO	MICRO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO 2003	UNIDADES ESPECIALIZADAS					
				CENTROS DE SAÚDE	POLICLÍNICAS	CAPS	SAE/CTA	ORTESE / PROTESES	
PALMAS	PALMAS	Abreulândia	2274						
		Aparecida do Rio Negro	3594						
		Araguacema	5700						
		Barrolândia	4843						
		Bom Jesus	2277						
		Caseara	3930						
		Centenário	2235						
		Chapada da Natividade	1232						
		Cristalândia	7127						
		Divinópolis	5927						
		Dois Irmãos	7059						
		Lagoa da Confusão	7394						
		Lagoa do TO	2694						
		Lajeado	2831						
		Lizarda	3671						
		Marianópolis	3640						
		Mateiros	1776						
		Miracema	26026			1			
		Miranorte	12075			1			
		Monte Santo	1905						
		Nova Rosalândia	3229						
		Novo Acordo	3242						
		Palmas	172177			6	1	1	10
		Paraíso	38709				1		
		Pedro Afonso	9028						
		Pium	4943						
		Pugmil	2276						
		Recursolândia	3456						
		Rio dos Bois	2501						
		Rio sono	5808						
Santa Maria	2324								
Santa Tereza	2242								
São Félix	1407								
Tocantínea	5847								
Tupirama	1233								

Fonte: SES/DAS/Coordenação Controle, Regulação e Avaliação - FCES - 17.11.2003

MACRO	MICRO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO 2003	UNIDADES ESPECIALIZADAS				
				CENTROS DE SAÚDE	POLICLÍNICAS	CAPS	SAE/CTA	ORTESE / PROTESES
PALMAS	PORTO NACIONAL	Brejinho de nazaré	4550					
		Chapada da Natividade	3457					
		Fátima	3839	1				
		Ipueiras	1167					
		Monte do Carmo	4779					
		Natividade	9236					
		Oliveira de Fátima	994					
		Pindorama	4602					
		Ponte Alta	6140					
		Porto Nacional	45886		1	1		1
		Santa Rosa	4468					
		Silvanópolis	4368					
Sub-toal 02			10	11	4	12	11	

Fonte: SES/DAS/Coordenação Controle, Regulação e Avaliação - FCES - 17.11.2003

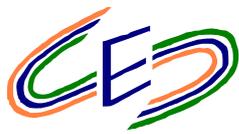
MACRO	MICRO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO 2003	UNIDADES ESPECIALIZADAS				
				CENTROS DE SAÚDE	POLICL ÍNICAS	CAPS	SAE/CTA	ORTESE / PROTESES
PALMAS	GURUPI	Aliança	6307					
		Alvorada	8411					
		Araguaçu	9178	1				
		Cariri	3069					
		Crixás	1462					
		Dueré	4621					
		Figueirópolis	5398					
		Formoso do Araguaia	19434					
		Gurupi	68282	3	1	1	1	1
		Jaú	3197					
		Palmeirópolis	6375					
		Peixe	8724					
		Sandolândia	3487					
		Santa Rita	1892					
		São Salvador	2782					
		São Valério	5488					
		Sucupira	1377					
		Talismã	2515					
PALMAS	DIANÓPOLIS	Almas	8727					
		Arraias	10979					
		Aurora	2987					
		Combinado	4419					
		Conceição	4459					
		Dianópolis	16196		1			
		Lavendeira	1211					
		Novo Alegre	2398					
		Novo Jardim	2346					
		Paraná	10247					
		Ponte Alta do Bom Jesus	4438					
		Porto Alegre	2480					
		Rio da Conceição	1332					
		Taquatinga	13714					
		Taipas	1570					
sub-total 3			4	2	1	1	1	
TOTAL GERAL			22	16	8	15	13	

Fonte: SES/DAS/Coordenação Controle, Regulação e Avaliação - FCES - 17.11.2003

Parte IX

Referência Bibliográfica

1. TOCANTINS, Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Diretor de Regionalização de Assistência à Saúde*. Palmas: SES, 2002.
2. MATO GROSSO, Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde: 2000-2003 / Redação e Organização de Alice Maria Garcia Vaz, et alli*. – Cuiabá: SES, 2000.
3. MATO GROSSO, Secretaria de Estado da Saúde. *Saúde Pública em Mato Grosso – Ações e Perspectivas: 1995-1999*. Cuiabá: SES, 2000.
4. SERGIPE, Secretaria de Estado da Saúde. *Agenda Estadual de Saúde*. Aracaju: SES, 2003.
5. BAHIA, Secretaria da Saúde. *Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. Agenda Estadual de Saúde, mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades*. Salvador: SES, 2004.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. *Modernização das Secretarias de Estado da Saúde: Cooperação Técnica descentralizada para o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde no Brasil, ano 2002 / Eduardo Guerrero...[et al]*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. – (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 5)
7. BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada / Elias Rassi Neto, Cláudia Maria Bógus (orgs.)* – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. – (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3)
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Projeto VIGISUS II – Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Subcomponentes IV: Plano de Vigilância em Saúde – PLANVIGI*. Brasília: MS, 2004.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Manual da 12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sergio Arouca*. Brasília: MS, 2003.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde no Brasil. (Pré-proposta do MS – Documento em construção / para discussão / versão de 26 de maio de 2004*.



Conselho Estadual de Saúde



SECRETARIA
DA SAÚDE



Governo do
TOCANTINS
Um Estado melhor para todos