

**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**



**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE**  
**2008-2011**

**Palmas - 2010**

**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE**  
**2008-2011**

**Palmas - 2010**

© 2010 GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Tiragem: 1ª edição – 2008 – 10 exemplares

2ª edição – 2009 – 05 exemplares

3ª edição – 2010 – 40 exemplares

*Elaboração, edição, distribuição e informações*

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

Gabinete do Secretário

Diretoria de Gestão do Planejamento e Descentralização da Saúde

Coordenação de Apoio à Descentralização da Saúde

Coordenação de Desenvolvimento de Políticas de Saúde

Esplanada das Secretarias

Edifício Sede – Praça dos Girassóis

CEP: 77001-900, Palmas – TO

Tel: (63) 3218 - 1737

Fax: (63) 3218 - 3265

E-mail: [planejamento@saude.to.gov.br](mailto:planejamento@saude.to.gov.br)

Home Page: <http://www.saude.to.gov.br>

*Organização:*

Soraia Roges Jordy Sant'Ana

Maria Luiza Salazar Freire

Misia Saldanha Figueiredo

*Projeto Gráfico e Diagramação:*

Maria Luiza Salazar Freire

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Tocantins. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Diretoria de Gestão do Planejamento e Descentralização da Saúde.

Plano Estadual de Saúde 2008-2011/ Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Gestão do Planejamento e Descentralização da Saúde. – Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

201p.

ISBN

1. Planejamento em saúde. 2. Diretrizes para o Planejamento em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. título. II. Série

CDU

---

*Titulos para indexação:*

Em Inglês. Estadual Health Plan (PES Tocantins) 2008/2011

Em espanhol: Plano Estadual de la Salud (PES Tocantins) 2008-2011

**GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS**

*Carlos Henrique Amorim*

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

*Francisco Melquíades Neto*

**DIRETORA DE GESTÃO DO PLANEJAMENTO E  
DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE**

*Soraia Roges Jordy Sant'Ana*

**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE**

*Valéria Silva Paranaguá*

**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE**

*Ruth Mercês Lustosa Paranaguá*

**SUPERINTENDÊNCIA GESTÃO ADMINISTRATIVA E DESENVOLVIMENTO DOS  
RECURSOS HUMANOS**

*José Wilson Noronha Aguiar*

**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**

*Antonio Marques Barros Rocha*

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>06</b>
<b>1 - INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>2 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE</b>	<b>11</b>
<b>2.1 - Condições de Saúde da População</b>	<b>12</b>
2.1.1 - Perfil Geográfico	12
2.1.2 - Perfil Demográfico	14
2.1.3 - Perfil Sócio-Econômico	18
2.1.4 - Situação Epidemiológica	21
2.1.5 - Vigilância em Saúde	50
2.1.5.1 - Vigilância Epidemiológica	50
2.1.5.2 - Vigilância Sanitária	52
2.1.5.3 - Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador	54
2.1.6 - Atenção a Saúde	74
2.1.6.1 - Atenção Básica da Saúde no Tocantins	74
2.1.6.2 - Assistência Especializada	83
2.1.6.3 - Sistema Estadual de Urgência e Emergência	93
2.1.6.4 - Assistência Farmacêutica	94
2.1.6.5 - Hemorrede	98
<b>2.2 - Determinantes e condicionantes de Saúde</b>	<b>100</b>
2.2.1 - Meio Ambiente	100
2.2.2 - Saneamento	101
<b>2.3 - Gestão em Saúde</b>	<b>104</b>
2.3.1 - Planejamento e Gestão	104
2.3.2 - Descentralização e Regionalização da Saúde	105
2.3.3 - Financiamento	108
2.3.4 - Participação Social	109
2.3.5 - Gestão do Trabalho	111
2.3.6 - Educação em Saúde	112
2.3.7 - Informação em Saúde	113
2.3.8 - Infra - Estrutura	113
2.3.9 - Comunicação Social	114
2.3.10 - Jurídico	115
2.3.11 - Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria	117
<b>2.4 - Compromissos de Gestão Assumidos</b>	<b>125</b>
2.4.1 - Relatório das Conferências de Saúde;	125
2.4.2 - Termo de Compromisso de Gestão Estadual;	133
2.4.3 - Resultados da Análise das Funções Essenciais em Saúde Pública	138
2.4.4 - Metas Prioritárias de Governo	145
<b>3 - EIXOS, MACRO OBJETIVOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS</b>	<b>147</b>
<b>3.1 - Eixo I - Fortalecimento da Capacidade de Gestão do Sistema de Saúde do Tocantins</b>	<b>148</b>
<b>3.2 - Eixo II - Promoção do Acesso adequado à Assistência Farmacêutica</b>	<b>172</b>
<b>3.3- Eixo III - Promoção da Atenção Primária</b>	<b>176</b>
<b>3.4- Eixo IV - Desenvolvimento de Serviços e Ações de Saúde na Média e Alta Complexidade</b>	<b>180</b>
<b>3.5- Eixo V - Modernização das Ações e Serviços da Hemorrede</b>	<b>186</b>
<b>3.6- Eixo VI - Prevenção, Controle e Vigilância de Doenças e Agravos de Relevância à Saúde Pública</b>	<b>189</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>193</b>

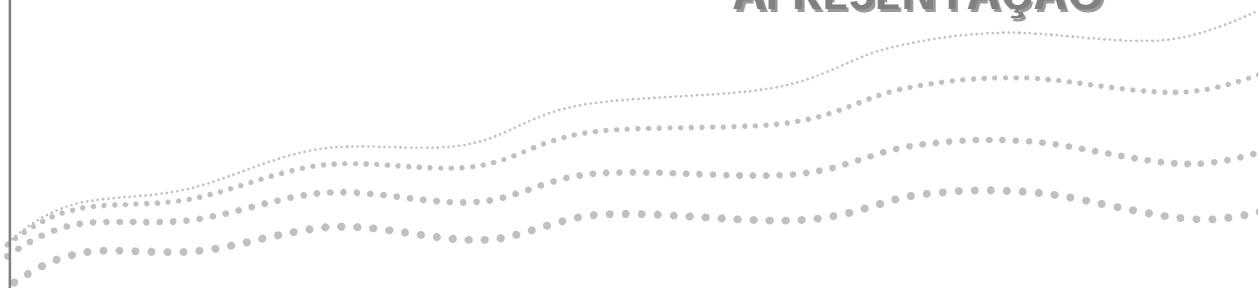


Secretaria da  
**SAÚDE**

PES - TO  
2008 - 2011



**APRESENTAÇÃO**



O Estado do Tocantins foi criado pela Constituição da República Federativa do Brasil e instituído em 05 de outubro de 1988, tornando-se independente da região do antigo norte do Estado de Goiás. Passou a fazer parte da Amazônia Legal e da região norte do Brasil, limitando-se com os Estados do Pará, Maranhão, Piauí, Bahia, Goiás e Mato Grosso, abrangendo uma área geográfica de 277.620 km<sup>2</sup>. Nasceu junto com o Sistema Único de Saúde do Brasil – SUS e no ano de 2008 completou 20 anos de implantação com muitos os desafios ainda pela frente de um Estado tão novo principalmente no que se refere a organização e serviços de saúde.

O presente Plano Estadual de Saúde 2008-2011 traz em sua construção o desafio do fortalecimento da gestão e do esforço de gestores, trabalhadores e usuários na construção de uma saúde cada vez mais integral e equânime.

Surge após a constituição do Pacto pela Saúde que trouxe diretrizes para a Gestão do Sistema enfocando a importância do planejamento e gestão à tona como diretrizes fundamentais para o fortalecimento do SUS.

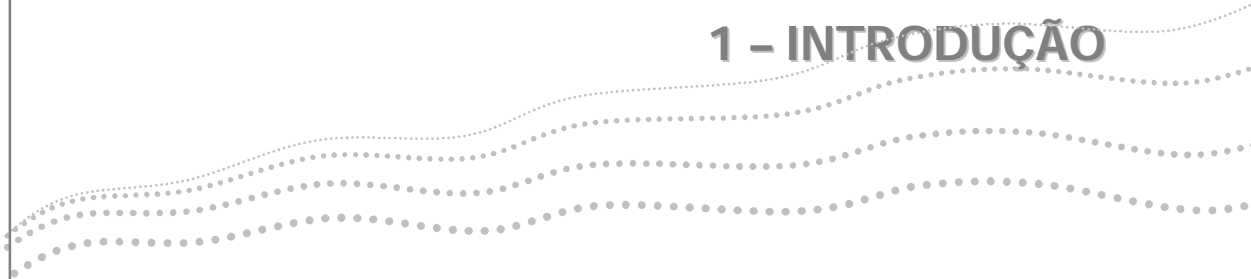
Ao apresentar este Plano, fruto de uma construção coletiva e participativa buscamos consolidar uma nova etapa e uma nova fase no direcionamento das ações e serviços de saúde do Estado do Tocantins e do início de construção de um modelo de saúde voltado ao fortalecimento da descentralização e da regionalização da saúde, da organização de redes de atenção e cuidado e do alcance das pactuações e dos compromissos sanitários assumidos no Pacto pela Saúde.

O PES – TO 2008-2011 traz em sua construção a descrição dos principais problemas de saúde identificados no Estado, fruto da análise das condições de saúde da população, dos determinantes e condicionantes de saúde, da gestão e das demandas da população oriundas das Conferências de Saúde e da participação do Controle Social, do Termo de Compromisso de Gestão Estadual, dos resultados das avaliações das Funções Essenciais em Saúde pública e das prioridades políticas do Plano de Governo Estadual.

Elaborado sobre a estrutura de 06 Eixos considerados prioritários foram elaborados os objetivos, diretrizes e metas a serem alcançadas. Pretende-se que este plano seja um instrumento capaz de reduzir as desigualdades da saúde, aumentar a resolutividade do sistema na busca da melhoria das condições de saúde da população tocantinense.



# 1 - INTRODUÇÃO





O início da construção do PES – TO deu-se em meados de 2006, logo após todo o processo de implantação do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS.

A Secretaria de Estado da Saúde começou a desenvolver o processo caminhando junto com a elaboração do PPA 2008 – 2011, em cerca de 18 oficinas regionais realizadas sob comando da Secretaria de Planejamento – SEPLAN, com a participação de toda população tocantinense, dos conselhos estadual e municipais de saúde, entidades de classe, organizações, sindicatos, ouvindo a população e catalogando todas as demandas surgidas.

A partir daí foi deflagrado o processo interno através de várias reuniões e oficinas que contou com o envolvimento de vários atores estratégicos da secretaria tais como gerentes, gestores, coordenadores, diretores e equipe técnica da sede, dos anexos e da Rede Hospitalar Estadual. Buscou-se nestas oficinas a sistematização das informações e demandas advindas da população para que fossem somadas a outras internas, estabelecendo o que denominou-se de **Instrumentos Nortecedores para Construção do Plano Estadual de Saúde – PES 2008 – 2011**. Estes instrumentos foram: os relatórios das conferências de saúde; os resultados das reuniões do Plano Plurianual – PPA (SEPLAN), a análise da situação de saúde pela área técnica; as demandas dos processos de trabalho da SESAU; os relatórios das Oficinas Regionalizadas da Saúde e o Termo de Compromisso de Gestão Estadual do Pacto pela Saúde; os resultados da pesquisa das Funções Essenciais em Saúde Pública – FESP e as metas prioritárias de Governo.

Os aspectos metodológicos estabelecidos nas oficinas de construção e conciliação trouxe um avanço para gestão promovendo entre os atores envolvidos um “despir-se” da visão “GT” e se “vestir” da visão “Problema de Saúde”. O Planejamento Estratégico Situacional foi o método que mais esteve presente na construção do novo processo de planejamento, utilizando ferramentas metodológicas tais como *Brainstorming* (tempestade de idéias), a limpeza e agrupamento dos problemas, mas também foram utilizadas ferramentas de priorização de problemas agrupando método NGT com o CENDES/OPS. Utilizou-se a matriz de seleção de problemas e a explicação ou análise dos problemas através do Fluxograma Situacional (Árvore de Problemas) feito por cada área técnica responsável pelos problemas elencados. A análise situacional foi embasada em quatro aspectos denominados condições de saúde da população, determinantes da saúde, gestão e compromissos assumidos pela gestão gerando a construção dos objetivos, diretrizes e metas deste PES.

A partir daí iniciou-se o desafio de conciliar e integrar o PES e a Programação Anual de Saúde ao PPA associando as diferentes estruturas com a busca dos mesmos resultados. Os macros objetivos do PES foram oriundos dos problemas de saúde encontrados, através da análise dos norteadores. Foi então estabelecido o consenso de que todos os **Eixos Estruturantes do PES** seriam os chamados **Programas do PPA** ficando assim relacionados respectivamente: Atenção Básica ⇨ Saúde mais perto de você; Vigilância em Saúde ⇨ Prevenir é melhor do que Remediar; Media e Alta complexidade ⇨ VidaSUS; Assistência Farmacêutica ⇨ Remédio para Todos; Gestão do SUS ⇨ GestaSUS; Hemorrede ⇨ Sangue é Vida.

No PES dos Eixos nos deslocaríamos para os Macro objetivos, no PPA dos Programas para as ações, buscando sempre a integração entre vigilância, atenção e gestão e a correlação entre os instrumentos. Os Macro Objetivos do PES são as ações do PPA e que poderiam ser aglutinadas conforme a necessidade. As Diretrizes do PES deveriam estar contidas na descrição das ações do PPA. Os indicadores estariam estabelecidos no PPA nos Programas e no PES nos Eixos, podendo ter mais de um e obrigatoriamente mensurar o resultado das metas. As ações da Programação Anual de Saúde serão relacionadas a cada diretriz do PES.

Definiu-se que o PES e PPA teriam metas Macros e que as metas mínimas ou mais detalhadas por GT e problemas identificados deveriam constar na Programação Anual de Saúde.

Todo esse processo foi longo e inovador para a gestão considerando que o Planejamento é visto pela primeira vez como diretriz estratégica do SUS. Todo o processo foi de construção passo a passo, buscando aproximar cada vez mais o planejamento da realidade das condições de saúde da população e com propostas de solução, concretas, viáveis e factíveis conforme a capacidade de governabilidade.



## 2 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE



## 2.1 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

### 2.1.1 - PERFIL GEOGRÁFICO

O **Estado do Tocantins** é uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo seu mais novo estado. Está localizado a sudeste da Região Norte tendo como capital a cidade planejada de Palmas e apresenta as seguintes características:

**ÁREA:** 277.620,914 Km<sup>2</sup>

**NÚMERO DE MUNICÍPIOS:** 139

#### LIMITES:

**Norte:** Estados do Maranhão e do Pará

**Sul:** Estado de Goiás

**Leste:** Estados do Maranhão, do Piauí e da Bahia

**Oeste:** Estados do Pará e do Mato Grosso

#### LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

**Latitude Sul:** entre 5°10'6" e 13°27'59" **Longitude Oeste:** entre 45°41'46" e 50°44'33"

O estado foi criado por determinação da Constituição de 1988, a partir da divisão do estado de Goiás (parte norte e central), criado em 5 de outubro de 1988, o estado do Tocantins foi oficialmente instalado em 1º de janeiro de 1989.

O Tocantins é apresentado por seus gestores como uma *terra nova*, de novas possibilidades e oportunidades, atrativa para migrantes e propícia ao aporte de novos investimentos com uma série de incentivos fiscais: a economia tocanтинense está assentada em um agressivo modelo expansionista de agroexportações e é marcada por seguidos *records* de hiper-*superávits* primários: cerca de 89% de sua pauta de exportação é puramente soja em grão, cerca de 10% é carne bovina e 1% outros.

A vegetação é bastante variada; apresenta desde o campo cerrado, cerradão, campos limpos ou rupestres a floresta equatorial de transição, sob forma de "mata de galeria", extremamente variada.

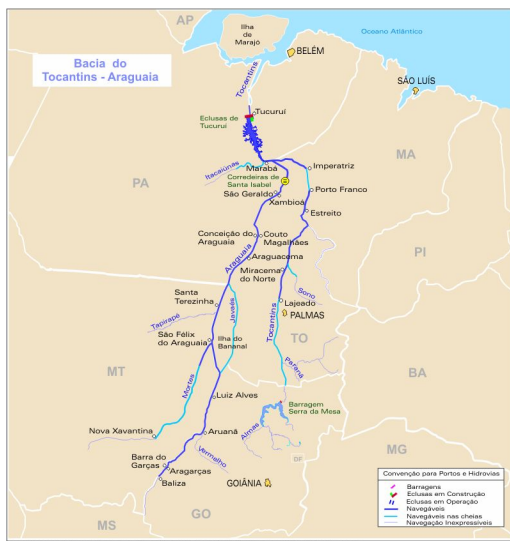
Os recursos naturais de origem vegetal que merecem maior destaque no Tocantins são: o coco babaçu, o pequi e o buruti. O babaçu é rico em celulose e óleo, que, ao lado do pequi é aproveitado nos pratos típicos da região. O coco tem grande valor industrial, pois serve para a fabricação de gorduras, sabões e sabonetes. A casca do coco serve como combustível e a palha do babaçu presta-se para o fabrico de redes, cordas, cobertura de casas etc.. Outra riqueza vegetal largamente explorada é a produção da madeira-de-lei.

O relevo do Tocantins em geral é considerado plano, ou suavemente ondulado, estendendo-se por imensos planaltos ou chapadões, com pouca variação altimétrica, se comparado com outros estados. Suas altitudes ficam entre 300 e 600 metros acima do nível do mar. As maiores estão situadas na chapada do São Francisco, sendo que a parte mais elevada esta na serra da Traíra, com divisa com Goiás, com 1.340m.

O Tocantins possui muitas belezas naturais, entre elas a Ilha do Bananal, a maior ilha fluvial do mundo, localizada na região sudoeste do Estado, onde também estão o Parque Nacional do Araguaia e o Parque Nacional Indígena.

**FIGURA – 01**

**MAPA BACIA HIDROGRÁFICA. TOCANTINS, 1999**



Fonte: Ministério dos transportes

cabeceiras elevadas entre 200 a 600 metros, especialmente pelo relevo mais acidentado, acima de 600 metros de altitude, ao sul.

Podemos afirmar que o regime hídrico das bacias Araguaia/Tocantins é bem definido, apresentando um período de estiagem que culmina em setembro/outubro e um período de cheias culminando em fevereiro/abril. Há anos em que as enchentes ocorrem mais cedo, no mês de dezembro, dependendo da antecipação das chuvas nas cabeceiras. (MINTER/1988).

As principais Bacias hidrográficas do Estado são: Tocantins, Araguaia, do Sono, das Balsas, Paranã e Manuel Alves. A maior totalmente brasileira também está localizada no Estado - a bacia Tocantins - Araguaia com uma área superior a 800.000 km<sup>2</sup>. Seu principal rio formador é o Tocantins, cuja nascente localiza-se no Estado de Goiás, ao norte da cidade de Brasília. Dentre os principais afluentes da bacia, destacam-se os rios do Sono, Palma e Manoel Alves, todos localizados na margem direita do rio Araguaia.

O clima predominante no estado é tropical caracterizado por uma estação chuvosa (de outubro a abril) e outra seca (de maio a setembro). É condicionado fundamentalmente pela sua ampla extensão latitudinal e pelo relevo de altitude gradual e crescente de norte a sul, que variam desde as grandes planícies fluviais até as plataformas e

## 2.1.2 - PERFIL DEMOGRÁFICO

A densidade populacional média do Estado é de 4,80 habitantes por Km<sup>2</sup> com valores extremos nas regiões central (com 72,62 habitantes por Km<sup>2</sup>) e Leste (0,18 habitantes por Km<sup>2</sup>). A população de brancos corresponde a 24,74%, a de negros 3,38%, os pardos são 71,63% e os amarelos 0,17 e indígenas são 0,07. (IBGE - 2006)

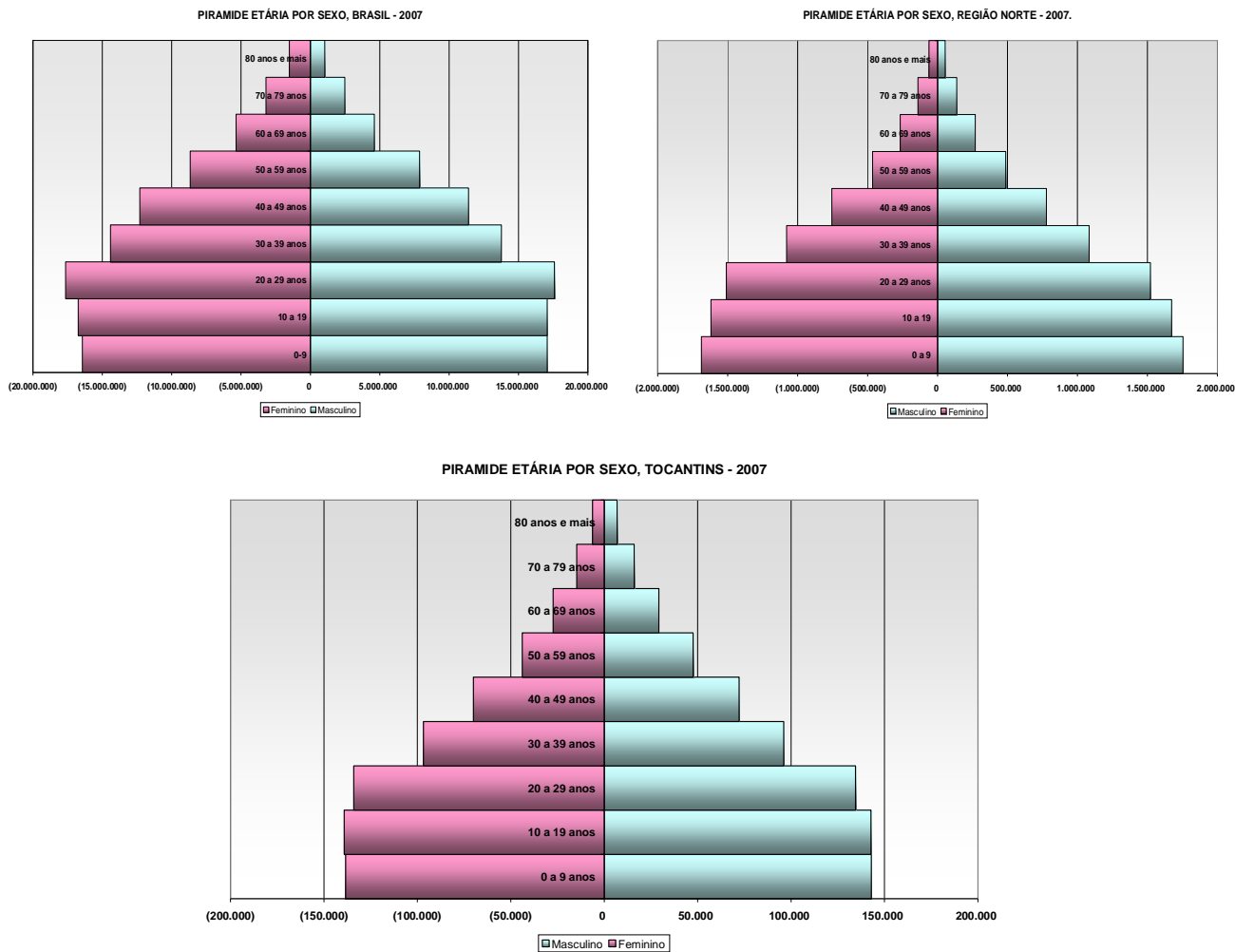
**FIGURA 02**  
**TABELA - POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.**  
**TOCANTINS, 2007.**

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
>1 ano	15.652	50,64	15.255	49,36	30.907	2,27
1 a 4	65.156	51,08	62.390	48,92	127.546	9,39
5 a 9	80.543	51,19	76.801	48,81	157.344	11,58
10 a 14	81.853	50,72	79.523	49,28	161.376	11,88
15 a 19	80.171	50,58	78.328	49,42	158.499	11,66
20 a 29	124.377	50,34	122.706	49,66	247.083	18,18
30 a 39	92.799	50,55	90.764	49,45	183.563	13,51
40 a 49	64.864	51,72	60.559	48,28	125.423	9,23
50 a 59	42.097	53,06	37.238	46,94	79.335	5,84
60 a 69	27.225	53,12	24.030	46,88	51.255	3,77
70 a 79	13.808	53,63	11.940	46,37	25.748	1,89
80 e +	5.332	49,17	5.511	50,83	10.843	0,80
<b>Total</b>	<b>693.877</b>	<b>51,06</b>	<b>665.045</b>	<b>48,94</b>	<b>1.358.922</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

A população do Tocantins, em 2007, era de 1.358.922 habitantes, conforme Quadro 01. Do total da população 51,06% pertenciam ao sexo masculino e 48,94 % ao feminino, sendo a razão de sexos de 104,3 homens para cada 100 mulheres. Do total da população feminina 64,94 % estavam em idade fértil.

**FIGURA 03**  
**GRÁFICO - PIRÂMIDE ETÁRIA**  
**COMPARATIVO POPULAÇÃO RESIDENTE SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA**  
**BRASIL, REGIÃO NORTE E TOCANTINS, 2007**



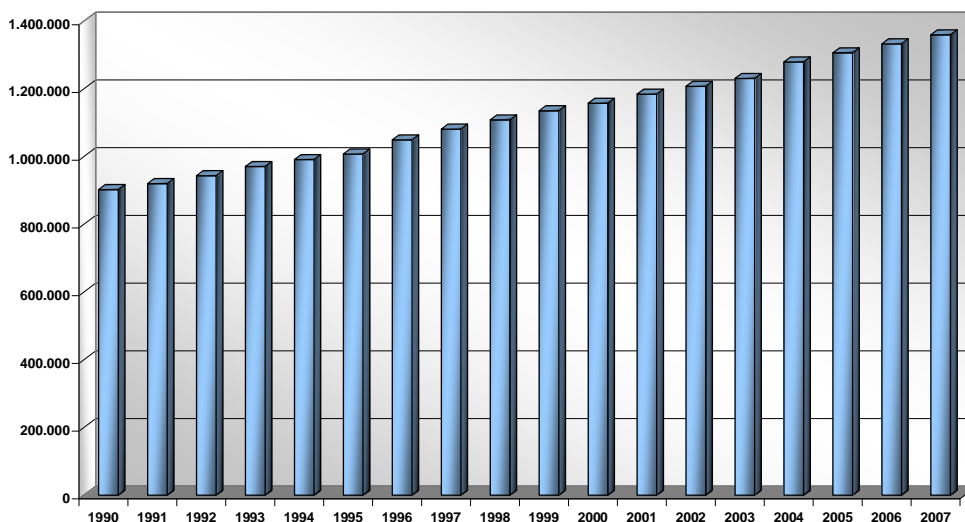
Fonte: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

O Brasil apresenta em sua pirâmide populacional uma base reduzida nas faixas etárias de 0 a 9 anos e de 10 a 19 anos caracterizando uma redução nas taxas de natalidade nos últimos anos semelhantes a países desenvolvidos. Esse comportamento não se observa na Pirâmide populacional da Região Norte que se assemelha em relação a base com uma característica populacional jovem. O Tocantins, apesar de possuir essa mesma característica, já apresenta uma redução na base da população

na faixa etária de 0 a 9 anos, que indica uma tendência a atingir a semelhança com a pirâmide populacional brasileira.

Em todas as faixas etárias do Tocantins, a população masculina é maior que a feminina, excetuando-se a faixa etária de 80 anos e mais.

**FIGURA 04**  
**GRÁFICO - POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE**  
**TOCANTINS, 1999 - 2007.**



Fonte: RIPS/DataSet

O Gráfico acima apresenta o crescimento populacional do Estado apresentando uma taxa de crescimento anual da população, baseada em projeções no período de 2001-2006, foi de 2,39%. O crescimento da taxa nos últimos anos deveu-se particularmente ao fato do Tocantins ser um Estado jovem, ainda em formação, com um fluxo migratório intenso. (IBGE-2006).

O número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano foi de 20,6 (IBGE - PNAD -2006). A população dos menores de 5 anos de idade é de 11,66%, e a maior de 60 anos representa 6,46% dos habitantes.

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD (IBGE - 2002) a população economicamente ativa no Tocantins, incluindo pessoas de 10 anos de idade e mais, era de 621.001, dos quais 60,92% eram do sexo masculino e 70,86% viviam na Zona Urbana. Todos estes valores são maiores que os apresentados pelo Brasil e pela região norte no mesmo período.

A taxa de fecundidade total em número médio anual de filhos por mulher por ano 2,30 (IDD 2005)



A esperança de vida ao nascer foram extraídas das tabuas de mortalidade, levando em consideração a atualização das informações do censo demográfico 2000. Os anos de vida esperados foram de 70,99 (IBGE-2006).

A taxa bruta de mortalidade por 1.000 habitantes por ano foi de 6,40 (IBGE-2005).

**FIGURA 05**

**MAPA – ETNIAS INDÍGENAS. TOCANTINS, 2006**



Oito etnias indígenas fazem parte da população tocantinense, são elas: Apinayé, Krahô, Xerente, Xambioá, Karajá, Javaé, Avá-Canoeiro, Krahô-Kanela, vivendo em terras demarcadas, conforme mapa ao lado.

A taxa de atividade (percentual de pessoas com alguma atividade econômica), segundo o IBGE-2003, foi de 65,7%, sendo maior na zona rural (70,7%) que na urbana (63,9%) e para o sexo masculino, que foi de 77,6% contra 51% para o sexo feminino. A taxa de atividade cresce em percentual quanto maior for o número de anos de estudo, sendo mais alta na faixa entre 9 e 12 ou mais anos de estudo, o que evidencia a importância da educação institucional na melhora dos indicadores econômicos e sociais, uma vez que o desemprego atinge mais aos que têm menor escolaridade.

Fonte: <http://www.palmas.org/tocantinsindios.htm>

**FIGURA 06**

**TABELA – MUNICÍPIOS SEGUNDO PORTE POPULACIONAL. TOCANTINS, 2007**

PORTE POPULACIONAL – 2007	N.º	%
Pequeno (< 5.000 hab.)	75	54,0
Médio (5.000 A 20.000 hab.)	55	39,6
Médio_Grande (> 20.000 hab.)	07	5,0
Grande (> 100.000 hab.)	02	1,4
Estado	139	100

Fonte: MS/DATASUS/TABNET/IBGE-estimada 2006

De acordo com a tabela 1, 93,6% dos municípios do Tocantins possuem menos de 20 mil habitantes e destes 75 municípios possuem menos de 5 mil habitantes. Este fator é desafiado em todo o processo de organização e regionalização de ações e serviços de saúde e educação.

### 2.1.3 - PERFIL SÓCIO - ECONÔMICO

A Razão de renda do Tocantins para o ano de 2007 foi de 18,53%. Esse número é maior que a Região norte com 16,89 e menor que o Brasil com 20,39. (RIPSA/DataSUS 2007).

A maior parte da população tocaninense situa-se na faixa salarial média de até três salários mínimos, ou seja, 70,6% dos trabalhadores, destes, 17,3% recebem até meio salário e 23,8% recebem de meio a um salário. Apenas 11,4% recebem mais de três salários mínimos.

**FIGURA 07**

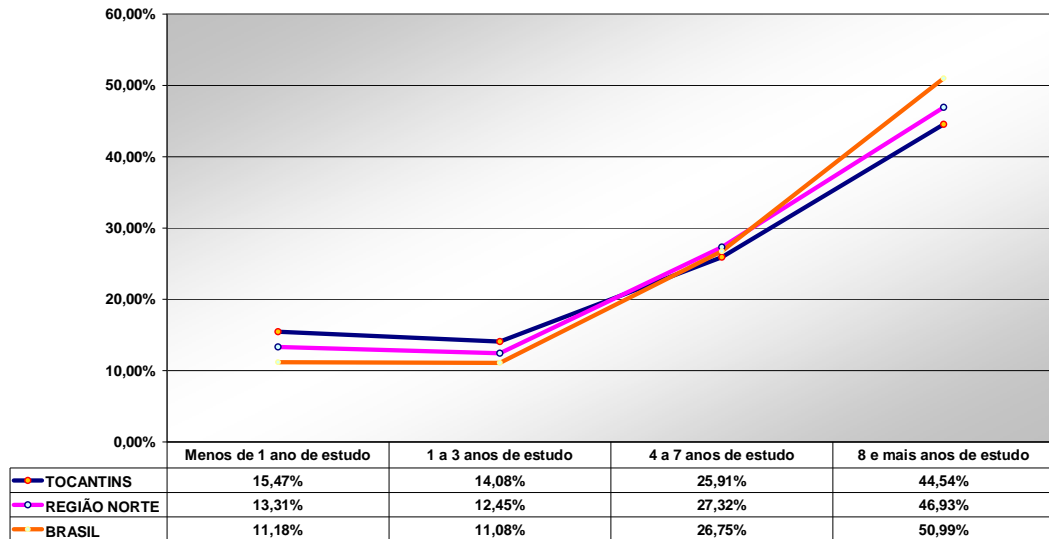
**TABELA – COMPARATIVO DOS NÍVEIS DE ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DE 15 ANOS E MAIS. TOCANTINS, 2002 A 2006**

Escolaridade	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Menos de 1 ano de estudo	17,27	17,8	17,84	16,61	15,47	16,97
1 a 3 anos de estudo	17,6	14,83	14,84	12,92	14,08	14,79
4 a 7 anos de estudo	29,52	28,23	26,36	27,64	25,91	27,48
8 e mais anos de estudo	35,61	39,14	40,96	42,82	44,54	40,76
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: RIPSA IDB/ IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD

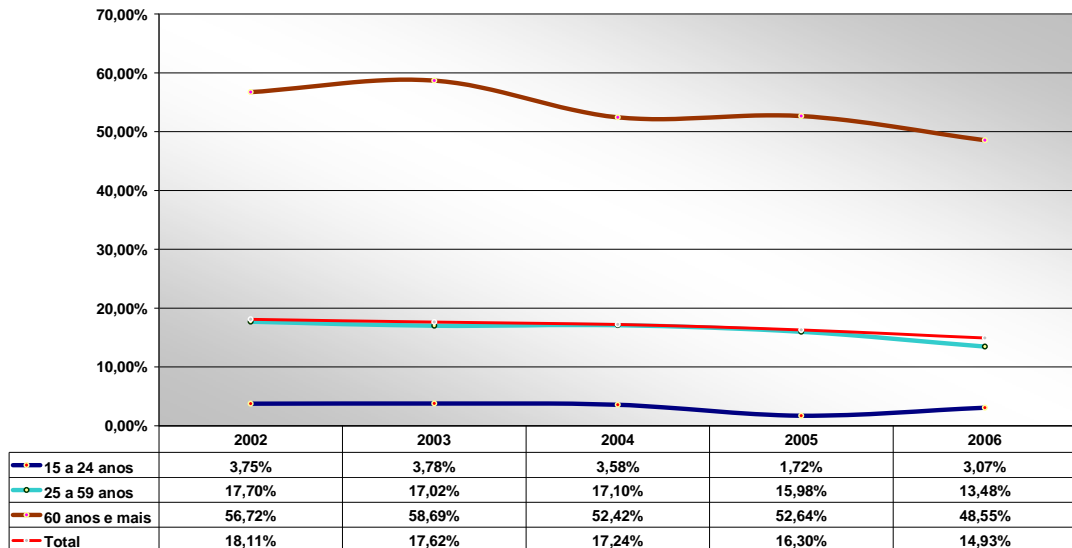
De acordo com a tabela 02, o Tocantins tem apresentado uma significativa melhora em relação aos anos de estudo da população de 15 anos e mais, entretanto ao analisarmos o gráfico 03, o Estado ainda permanece com uma taxa abaixo da região norte e Brasil, demonstrando a necessidade de ampliação de políticas públicas de incentivo ao estudo.

**FIGURA 08 - GRÁFICO**  
**Comparativo do Nível de Escolaridade da população de 15 anos e mais .**  
**Brasil, Região Norte, Tocantins - 2006.**



Fonte: RÍPSA – IDB / IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

**FIGURA 09 - GRÁFICO**  
**Taxa de analfabetismo da População de 15 anos e mais.**  
**Tocantins, 2002 a 2006**



Fonte: RÍPSA – IDB / IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

A taxa de analfabetismo do Estado vem decrescendo ao longo dos anos, em todas as faixas etárias acima de 15 anos, caindo no total geral de 18,11% em 2002 para 14,93% em 2006. A faixa etária com maior percentual de analfabetos é a de 60 anos e mais com 48,55 % em 2006. (Gráfico 4).

As condições de vida da população do Estado podem ser avaliadas ao longo da década passada, através da evolução do Índice de Desenvolvimento Humano que pode ser visto no quadro abaixo. O IDH-M varia bastante conforme as regiões, sendo que os municípios com menores índices se encontram no extremo-norte e sudeste do Estado (quadro 2).

**FIGURA 09**  
**QUADRO - EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO.**  
**TOCANTINS, 1991 A 2000.**

<b>Ano</b>	<b>IDH-M (ranking nacional e valor)</b>	<b>IDH-M – Renda (ranking nacional de valor)</b>	<b>IDH-M – Longevidade (ranking nacional de valor)</b>	<b>IDH-M – Educação (ranking nacional de valor)</b>
<b>1991</b>	19° → 0,611	20° → 0,580	22° → 0,589	17° → 0,665
<b>2000</b>	17° → 0,711	19° → 0,633	21° → 0,671	15° → 0,826

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – PNUD ([www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)).

## **2.1.4 – SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**

O Estado do Tocantins está situado geopoliticamente na Amazônia legal com extensa área territorial e transição de vegetação e de grande abundância vetorial, além de um grande potencial e está em expansão econômica com fronteiras agrícolas, empreendimentos no setor de energia, pecuária e/ou outros que contribuem para a produção de impacto direto ou indireto ambiental econômicos e social, criando assim ambientes favoráveis ao surgimento de agravos, doenças e outros danos à saúde.

### **2.1.4.1 – MORTALIDADE**

Muitos países com o aumento da expectativa de vida passaram por um processo de alteração nos padrões de morbidade e mortalidade, com declínio das mortes por doenças infecciosas e aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares (OMS, 2001).

As doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, as neoplasias, a doença pulmonar obstrutiva crônica e o diabetes tipo 2 são também consequência das características das sociedades modernas como a urbanização, as mudanças de comportamento da população e as falhas na prevenção, diagnóstico e gestão das principais causas de morbidade (OMS, 2003; OMS, 2006-2007).

No Brasil as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbito, presentes no capítulo IX da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as doenças do aparelho circulatório são denominadas na prática de doenças cardiovasculares.

Para análise da situação da mortalidade do Tocantins foram elencados os indicadores básicos por gênero e faixa etária destacando-se a taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade materna, a taxa de mortalidade proporcional por grupos de causas e seus desdobramentos. Apresentamos a seguir as análises realizadas.

A cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no Tocantins, exibiu valores que flutuaram entre 42% e 71% nos últimos dez anos. Em 2004, Tocantins apresentou cobertura de 71%, valor inferior à cobertura da região que foi de 76,2%. (SVS – 2006). Em função dessa deficiência, o cálculo da taxa não é feito com dados diretos, mas por estimativas a partir de métodos demográficos indiretos conforme gráfico a seguir.

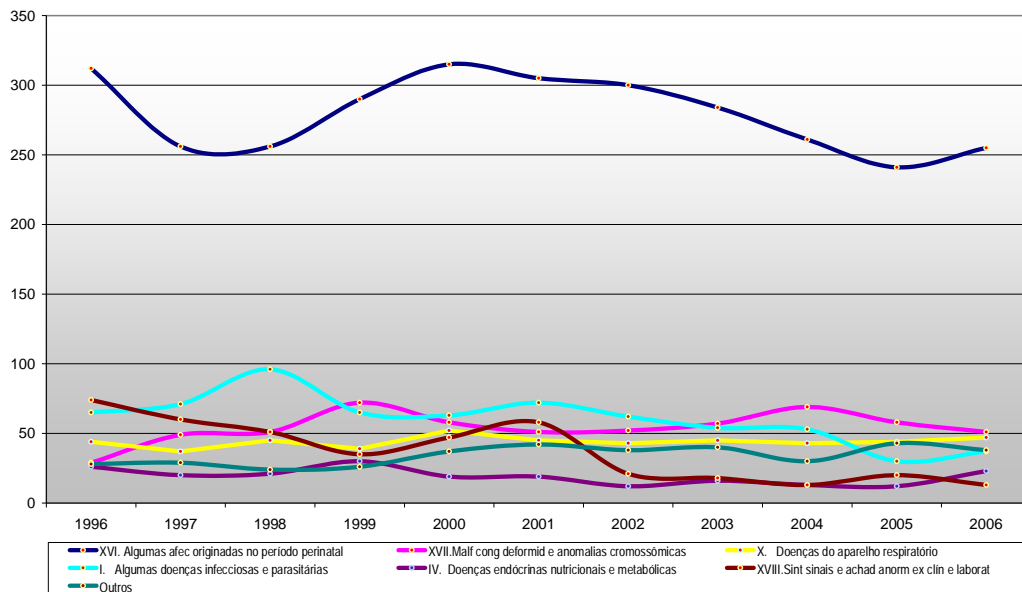
**FIGURA 10**  
**TABELA – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.**  
**TOCANTINS, 1997 A 2006.**

REGIÃO	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Brasil	31,9	30,4	28,4	27,40	26,30	24,90	23,90	22,60	21,40	20,70
Região Norte	32,2	31,1	29,8	28,60	27,70	26,60	25,60	24,50	23,60	22,80
Tocantins	32,1	31,1	30,2	28,50	27,00	25,90	24,90	23,80	22,90	22,00

Fonte: RIPSA – IDB /MS/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A taxa de mortalidade infantil do Estado vem decrescendo a uma média de 4,04% ao ano caindo de 32,1/1.000 nascidos vivos em 1997 para 22/1.000 em 2006, com maior redução entre os anos de 1999 a 2000. A variação dos últimos 9 anos foi uma redução geral em torno de 31,4%. Tal fato reflete a melhoria das condições de vida da população, a intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento, incentivo ao aleitamento materno, declínio da fecundidade que no Tocantins caiu de 3,08 em 1997 para 2,30 filhos em média por mulheres, entre outros. (IBGE / Projeções demográficas preliminares, 2006).

**FIGURA 11 – GRÁFICO**  
**Óbitos Infantís por residencia, segundo Capítulo CID - 10. Tocantins 1996 a 2006.**



Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

De acordo com a Figura 11 , nos últimos 10 anos, o motivo primordial dos óbitos em crianças menores de 1 ano no Tocantins foi por afecções perinatais. Esses óbitos estão diretamente relacionados a fatores associados às condições do recém –nascidos e à qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, necessitando da intervenção de medidas que minimizem esses danos. As malformações congênitas e deformidades que em 1996 vinham em 5º lugar, passaram a ocupar o 2º no ano de 2006, ocorrendo uma queda significativa das causas mal definidas que passaram do 2º para o 6º lugar em 2006. Esse mesmo padrão é apresentado no Brasil que apresentou de 2000 a 2005 um aumento de 5% nas mortes por malformação congênita. (Saude Brasil, 2007).

**FIGURA 12**  
**Tabela - Mortalidade Proporcional por causa capítulo.**  
**Tocantins, 1999 a 2005.**

Causa (Cap CID10)	Anos							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	22.5	23.7	25.1	30.9	33.1	35.6	34.6	29.7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	13.5	15.0	14.8	14.9	15.5	16.2	15.5	15.1
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	24.7	21.2	19.9	11.8	6.6	5.0	5.5	13.0
II. Neoplasias (tumores)	7.6	6.8	7.7	10.5	11.2	10.2	10.2	9.3
X. Doenças do aparelho respiratório	6.0	7.3	6.9	7.1	7.8	8.1	8.4	7.4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	6.8	7.2	6.4	6.2	5.7	5.1	4.8	6.0
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.4	5.0	5.4	4.8	4.5	4.6	4.4	4.9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4.6	4.3	4.5	3.9	5.0	5.0	5.4	4.7
XI. Doenças do aparelho digestivo	3.1	3.4	4.0	4.1	4.2	4.5	4.6	4.0
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.8	1.6	1.3	1.3	1.5	1.8	1.4	1.5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0.9	1.1	1.1	1.2	1.4	1.5	1.9	1.3
VI. Doenças do sistema nervoso	1.3	1.4	1.2	1.2	1.2	0.9	1.3	1.2
V. Transtornos mentais e comportamentais	0.4	0.6	0.4	0.7	0.7	0.7	0.9	0.6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0.4	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
XV. Gravidez parto e puerpério	0.5	0.4	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.4	0.3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0.1	0.2	0.2	0.2	0.4	0.1	0.1	0.2
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: Sistema de Mortalidade – SIM Datasus/MS

De acordo com a tabela anterior, a maior causa de óbito no Estado segundo CID 10 foi por Doenças do Aparelho Circulatório, segundo os anos de 1999 a 2005.

Observamos que nos anos de 2002 a 2005 a mortalidade proporcional ficou acima da média dos 7 anos em estudo, onde ocorreu um aumento de 10,7%.

Em relação ao período de 1999 a 2005 ocorreu um incremento de 65% do número de óbitos no estado.

Conforme tabelas explicitadas pelas áreas técnicas, onde é possível observar e avaliar o comportamento de agravos e doenças de relevância epidemiológica quanto a magnitude, potencial de disseminação, transcendência e vulnerabilidade.

#### 2.1.4.2 – DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

A Diarréia aguda, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) se define em 3 ou mais evacuações líquidas/pastosas, em um período de 24 horas e com menos de 14 dias.

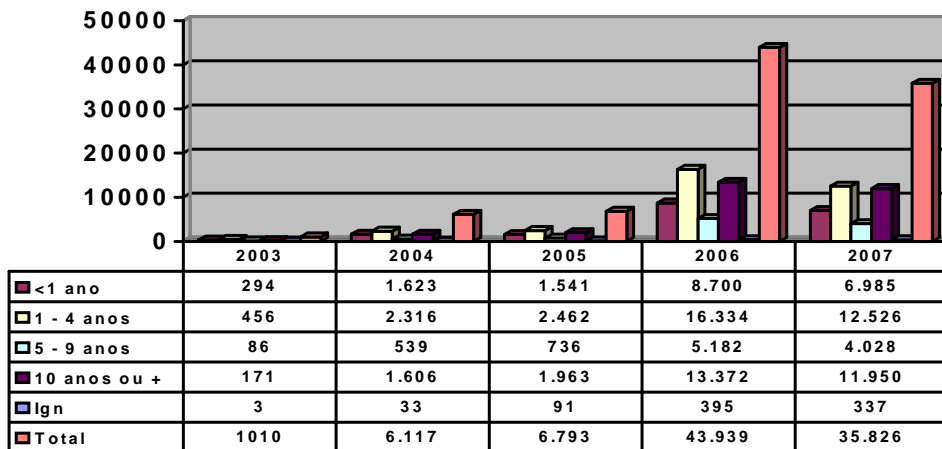
Suas causas infecciosas podem ser provocadas por bactérias, vírus ou protozoários.

No Tocantins, o aumento de Doenças Diarréicas agudas acontece principalmente no verão, quando começam as temporadas de praia. As pessoas descuidam um pouco dos hábitos saudáveis, passando a comer petiscos fora de casa, muitas vezes desconhecendo sua procedência. O que a maioria não sabe, é que os germes causadores das Doenças Diarréicas Agudas (DDA) costumam chegar ao ser humano através da boca, podendo estar contidos na água ou alimentos contaminados.

Estas doenças podem ser prevenidas, mantendo bons hábitos de higiene, ingestão de água tratada, uso do hipoclorito de sódio a 2,5%, para águas que não recebem tratamento e, o aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida.

As complicações que podem ocorrer em um caso de Doença Diarréica Aguda são: Desidratação, Desnutrição, Diarréia Persistente, Septicemias e Óbito.

**FIGURA 13**  
Gráfico – N.º de Casos de DDA por faixa etária  
Tocantins 2003 a 2007



Dados Parciais. Fonte: SIVEP/SESAU/GT - DDA



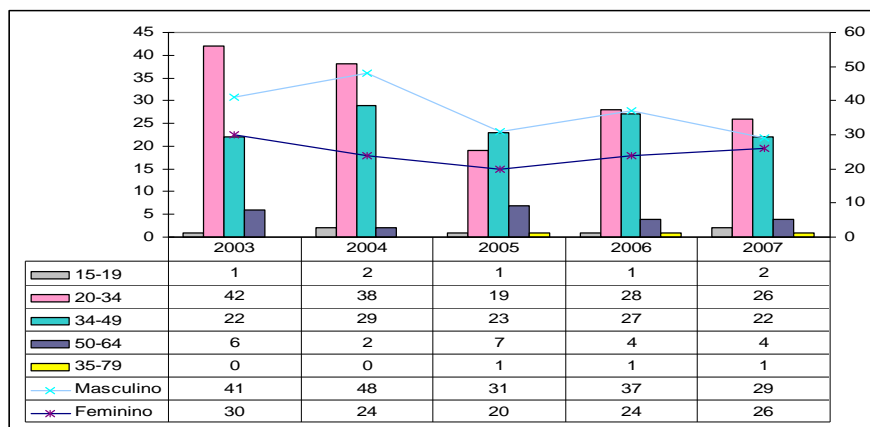
No ano de 2007 foram notificados um total de 35.826 casos de DTHA. Observa-se que a maior incidência foi em crianças menores de 1 ano.

Em relação ao ano anterior houve uma diminuição de 18,5% no número de casos.

### 2.1.4.3 – DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS

FIGURA 14

Gráfico – N.º de Casos notificados de Aids em adultos segundo faixa etária e sexo Tocantins de 2003 a 2007.

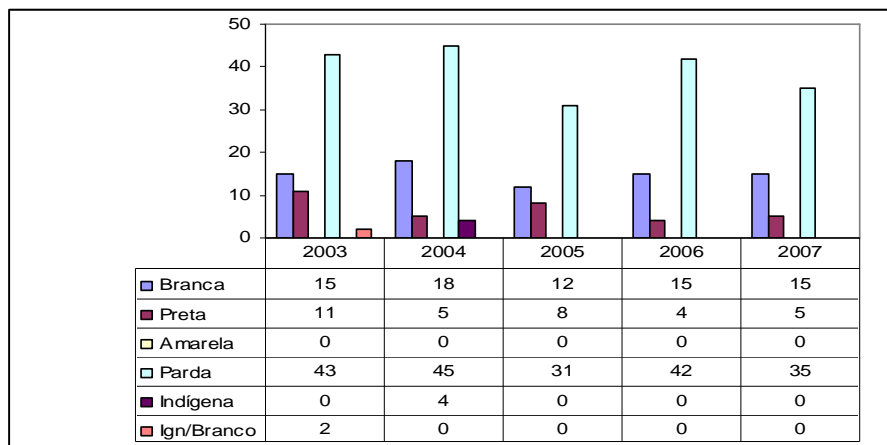


Fonte: SINAN/SESAU

Total de casos notificados no período estudado: 310 casos

FIGURA 15

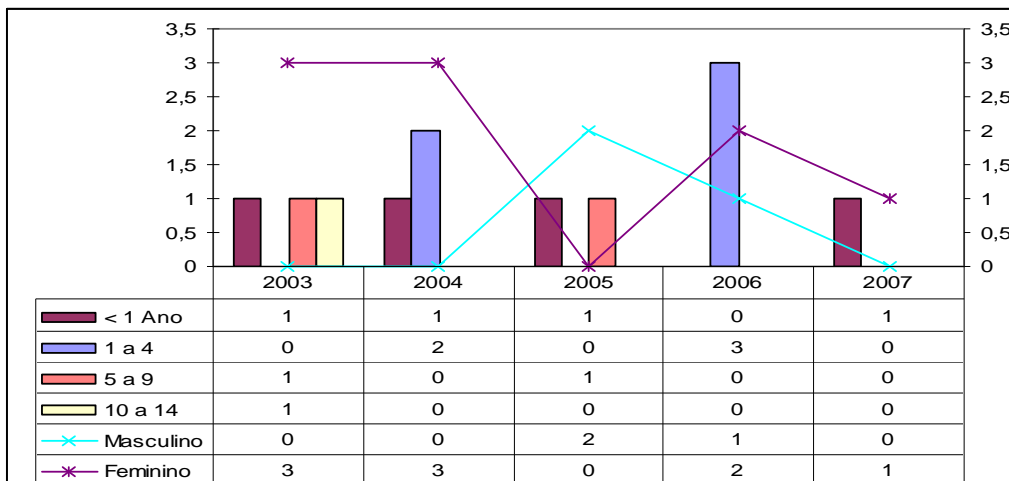
Gráfico – N.º de Casos notificados de Aids em adultos segundo a raça Tocantins de 2003 a 2007.



Fonte: SINAN/SESAU

**FIGURA 16**

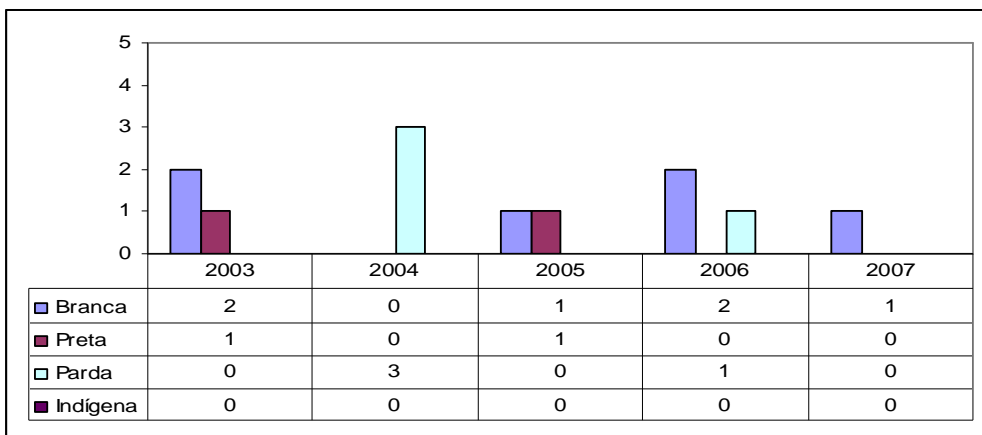
**Gráfico - N.º de Casos notificados de Aids em crianças segundo sexo e faixa etária Tocantins de 2003 a 2007.**



Fonte: SINAN/SESAU

**FIGURA 17**

**Gráfico - N.º de Casos notificados de Aids em crianças segundo a raça Tocantins de 2003 a 2007.**



Fonte: SINAN/SESAU

#### 2.1.4.4 - MENINGITES

As meningites têm distribuição mundial e sua expressão epidemiológica depende de fatores como diversos agentes infecciosos sendo: bactérias, vírus, fungos, dentre outros e agentes não-infecciosos (ex: traumatismo), a existência de aglomerados populacionais e características socioeconômicas.

Constituem um grave problema de saúde pública, principalmente as meningites infecciosas (bactérias e vírus), especialmente nos países em desenvolvimento, pela magnitude de sua ocorrência e potencial em produzir surtos, alta morbidade e seqüelas. Dentre as meningites bacterianas destacamos a Doença Meningocócica, Haemophilus, Tuberculosa e Pneumocócica.

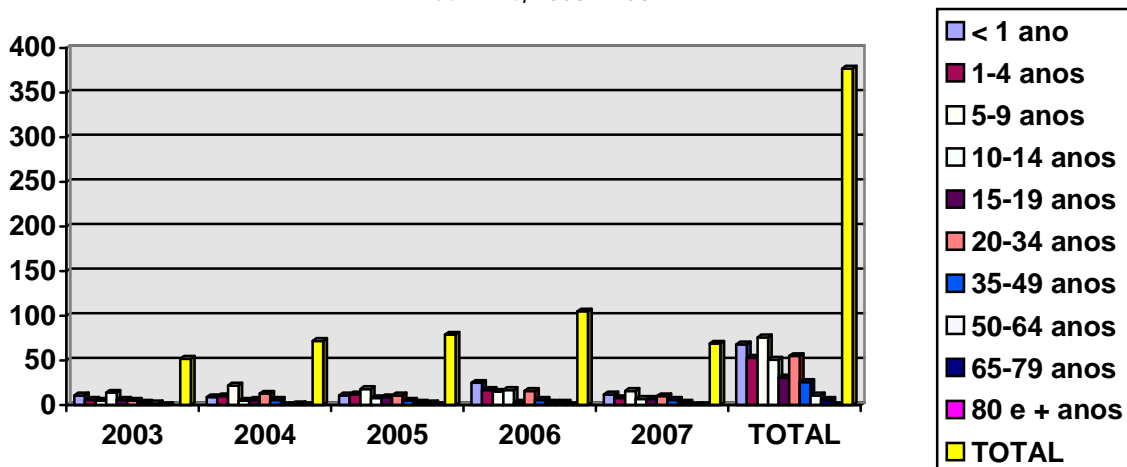
Os objetivos principais do programa são: reconhecer as características clínica e epidemiológica das meningites, efetuar ações de vigilância epidemiológica com relação à doença e descobrir precocemente o surto.

É imprescindível para a identificação do agente etiológico a confirmação laboratorial através das técnicas de cultura do LCR (técnica padrão ouro para as meningites), hemocultura, aglutinação pelo LÁTEX e Contraímunoeletroforese (CIE).

As meningites são de notificação compulsória, para que possamos realizar as investigações e adotar as medidas de controle em tempo oportuno. Nos casos de meningite meningocócica e haemophilus é necessário realizar a quimioprofilaxia para os comunicantes íntimos (contato domiciliares do doente), e deverá ser administrado o mais precoce possível.

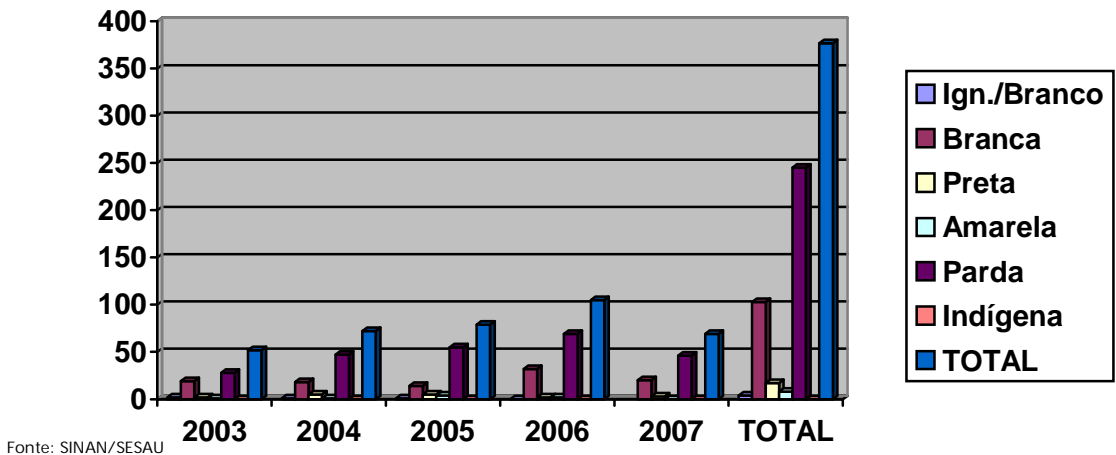
De acordo com a figura 18, no Tocantins as meningites acometem todas as faixas etárias, sendo em maior número na faixa etária pediátrica, devido à menor responsividade imunológica.

**FIGURA 18**  
**GRÁFICO – N.º DE CASOS NOTIFICADOS DE MENINGITE SEGUNDA FAIXA ETÁRIA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINAN/SESAU

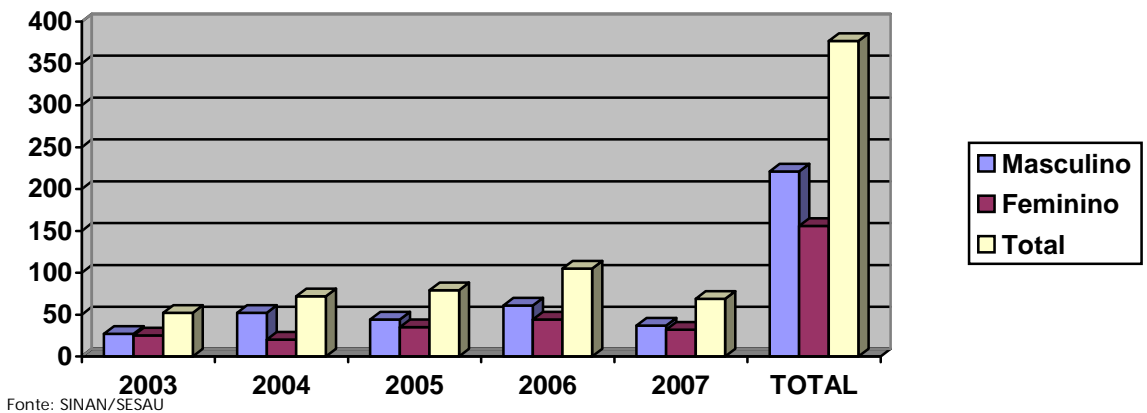
**FIGURA 19**  
**GRÁFICO – N.º DE CASOS NOTIFICADOS DE MENINGITE SEGUNDO RAÇA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Não há diferenças de suscetibilidade entre as raças, sabendo que a prevalência é a parda em seguida da branca, sendo que, estas representam a maior parte da população.

Conforme a figura 19, as meningites incidem nos dois sexos em proporção e semelhança, sendo que 58,6% do número de casos acometeram o sexo masculino.

**FIGURA 19**  
**GRÁFICO – N.º DE CASOS NOTIFICADOS DE MENINGITE SEGUNDO RAÇA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



OBS: O LACEN distribui o kit para sementeira do LCR e sangue para os hospitais de referência que tem estrutura laboratorial para as técnicas de cultura e hemocultura para a identificação do agente etiológico

#### 2.1.4.5 – HEPATITES VIRAIS

As Hepatites Virais são de distribuição universal, sendo que a magnitude varia de região para região, de acordo com os diferentes agentes etiológicos. No Brasil essa variação também ocorre.

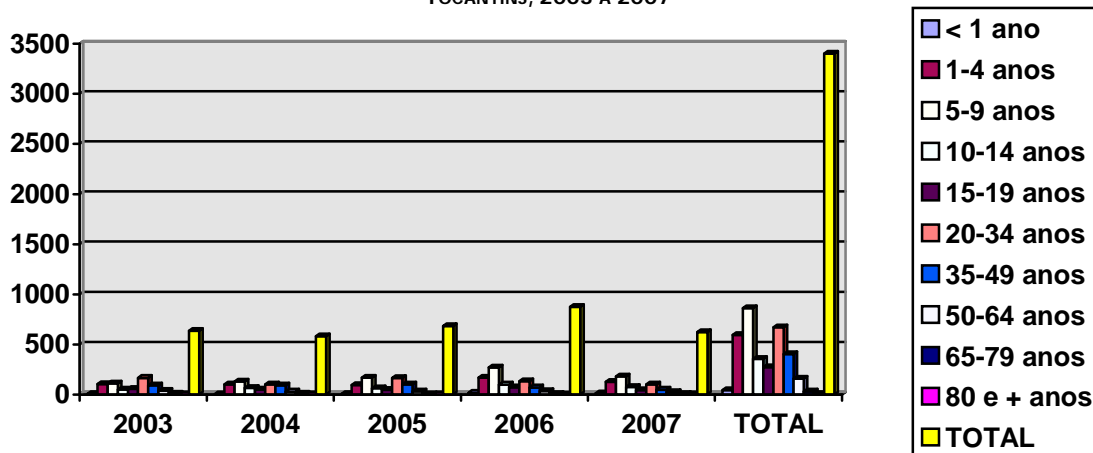
Segundo estimativas, bilhões de pessoas já tiveram contato com vírus das hepatites e milhões são portadores crônicos.

Sendo agravo de interesse em saúde pública e para o indivíduo, é uma doença provocada por diferentes agentes etiológicos e apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Há possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas, devidas ao seu alto índice de disseminação, pelas várias formas de contágio.

Sabendo que as hepatites virais são classificadas pelas letras do alfabeto latino de A a G, no entanto as de maior relevância epidemiológica são as hepatites de A,B e C. Sendo que A e E são de transmissão fecal oral e quadro agudo e as hepatites B, C e D, transmissão sexual e sanguínea, representando causas importantes de cronificação, podendo levar a cirrose hepática, hepatocarcinoma e óbito. A Hepatite D é mais freqüente na região da Amazônia, ainda não identificamos nenhum caso no Tocantins, lembrando que a para se ter a D o indivíduo está infectado pelo vírus B.

As maiores incidências das hepatites virais são para os tipos A, seguido de B e C, sendo que a exposição ao HAV acomete em idades mais precoces (crianças na idade pré – escolar) devido à forma de transmissão ser fecal oral: por contato inter-humano ou através de água e/ou alimentos contaminados, já as hepatites virais B e C são de transmissão via parenteral e, sobretudo pela via sexual, sendo também considerada uma DST e de transmissão vertical principalmente a B. A incidência da B e C é pouco freqüente em idade pré – escolar ao contrário da hepatite A, sendo a faixa etária mais acometida adulto.

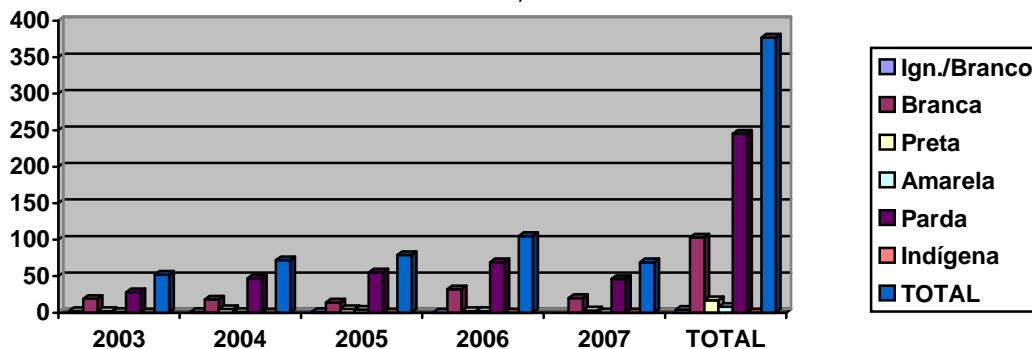
**FIGURA 20**  
**GRÁFICO – N.º DE CASOS NOTIFICADOS DE HEPATITES VIRAIS SEGUNDA FAIXA ETÁRIA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINAN/SESAU

As hepatites virais são de distribuição geográfica, atingindo todas as raças e como é sabida a prevalência é maior na cor parda, devido o número populacional ser maior.

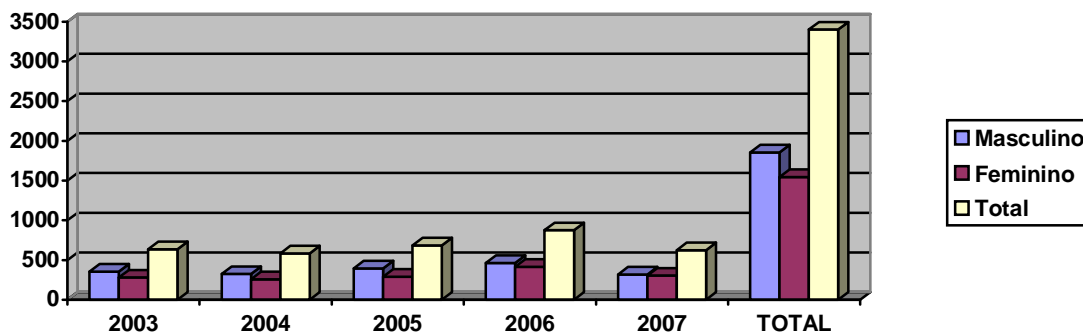
**FIGURA 21**  
**GRÁFICO – N.º DE CASOS NOTIFICADOS DE HEPATITES VIRAIS SEGUNDO RAÇA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINAN/SESAU

A suscetibilidade acomete os dois sexos devido à forma de transmissão e dependendo também do estilo de vida e comportamento do indivíduo que os colocam em situação de risco. Na tabela abaixo prevaleceu no sexo masculino.

**FIGURA 22**  
**GRÁFICO – N.º DE CASOS NOTIFICADOS DE HEPATITES VIRASIS SEGUNDO RAÇA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

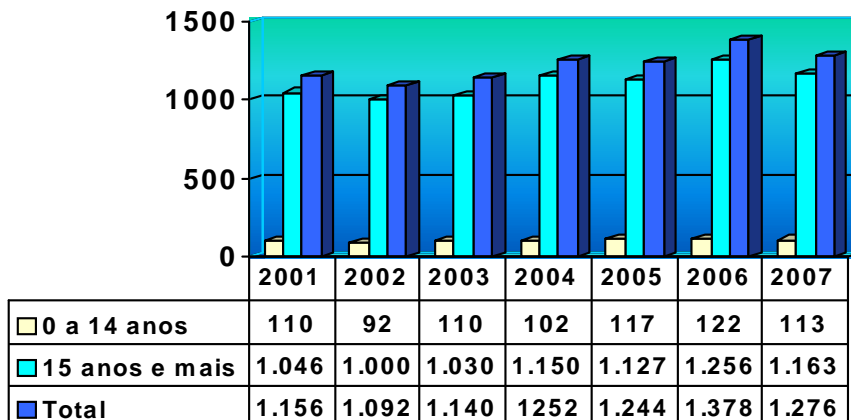


Fonte: SINAN/SESAU

Há muita subnotificação e por ser um agravo na maioria das vezes assintomático, não se realiza exames sorológicos de hepatites na rotina médica, podendo o número encontrado serem inferior. E a hepatite C mais ainda, devido os testes laboratoriais realizados nos hemocentros terem introduzidos no ano de 2003, considera-se haver mais portadores de hepatite C que receberam transfusão sanguínea antes desse ano e que ainda não teve a sintomatologia da doença, que pode vir ou não aparecer anos depois.

## 2.1.4.6 – DERMATOLOGIA SANITÁRIA/HANSENÍASE

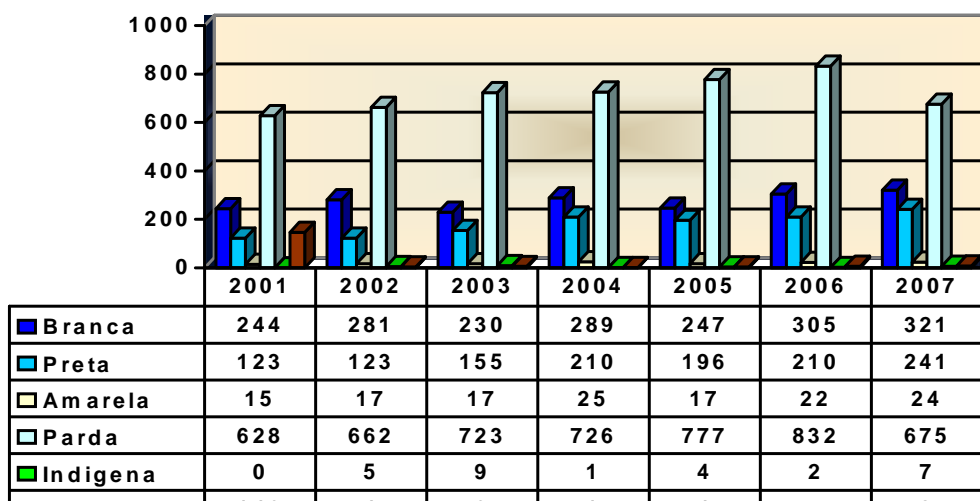
**FIGURA 23**  
**GRÁFICO – DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**  
**TOCANTINS, 2001 A 2007**



Fonte: SINAN NET/TO

Observa-se de acordo com a figura 23, que durante o período analisado, à detecção de casos novos de hanseníase nas duas faixas etárias ( 2,2/10.000 hab. em < de 15 anos e (9,4/10.000 hab. Pop. Geral), apresentam-se com uma queda insignificante em 2002, enquanto que nos outros anos, mantém-se o mesmo nível de detecção, assim sendo o Estado continua hiperendêmico, ou seja, apresentando mais de um caso para cada 10.000 habitantes, conforme parâmetros do Ministério da Saúde.

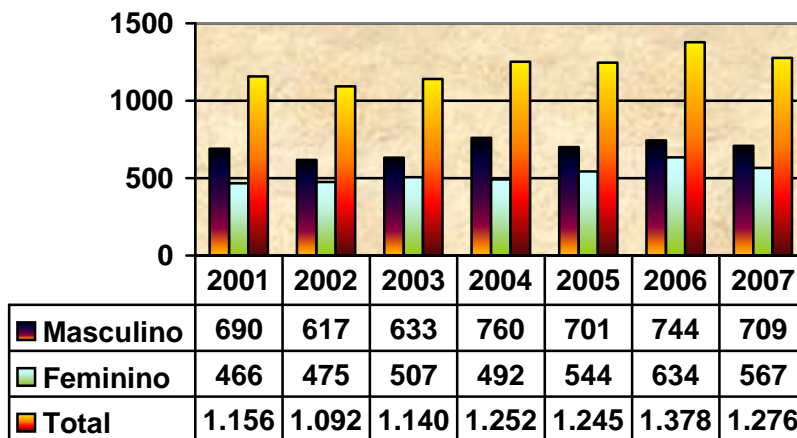
**FIGURA 24**  
**GRÁFICO – FREQUÊNCIA POR ANO DIAGNÓSTICO HANSENÍASE SEGUNDO RAÇA TOCANTINS, 2001 A 2007**



Fonte: SINAN NET/TO

Conforme demonstra a figura 24, há maior registro de casos nas raças parda, branca e negra, enquanto que nos indígenas apresentam uma baixa detecção.

**FIGURA 25**  
**GRÁFICO – FREQUÊNCIA POR ANO DIAGNÓSTICO HANSENÍASE SEGUNDO SEXO**  
**TOCANTINS, 2001 A 2007**



Fonte: SINAN NET/TO

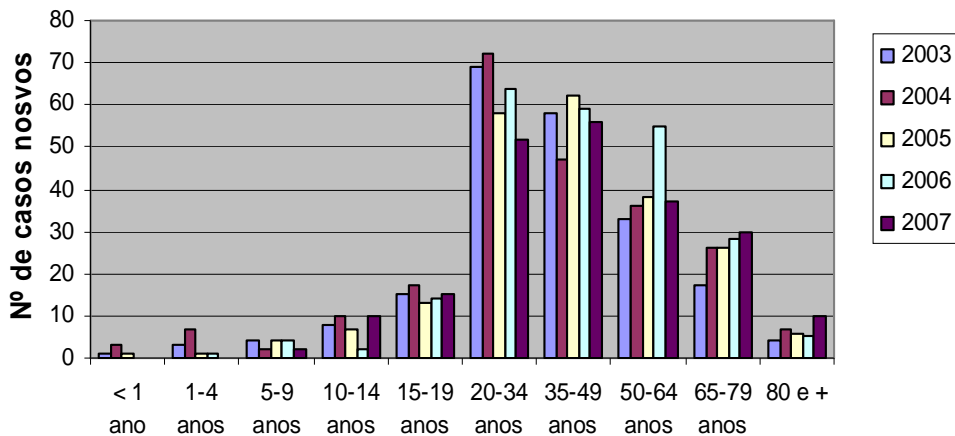
Já no que se refere à frequência de casos novos por sexo, observamos que há maior número de casos de hanseníase, nos indivíduos do sexo masculino.

Observação: essa análise seria mais significativa se utilizássemos um estudo proporcional, já que não podemos afirmar baseados apenas em dados absolutos maior ou menor suscetibilidade do sujeito em adquirir a doença em determinado grupo, levando-se em consideração a raça e a cor.



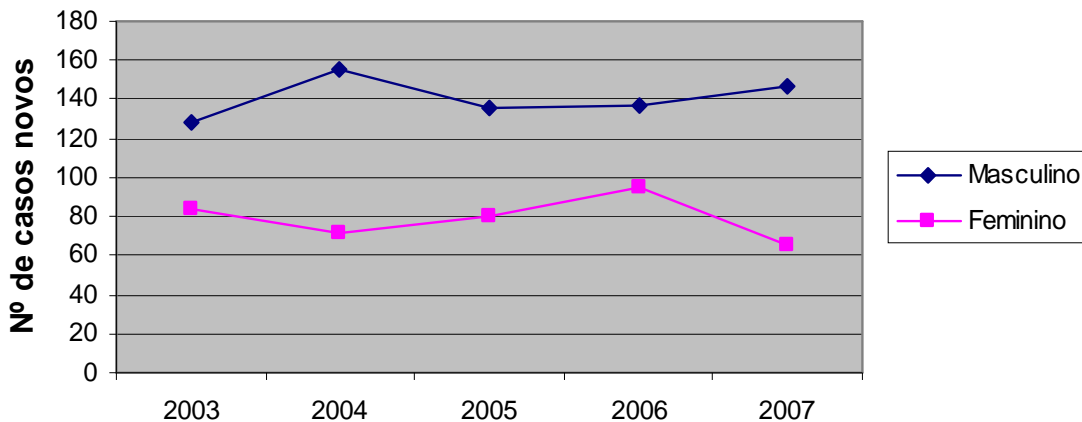
2.1.4.7 – PNEUMOLOGIA SANITÁRIA/TUBERCULOSE

**FIGURA 26**  
**GRÁFICO – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE POR FAIXA ETÁRIA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



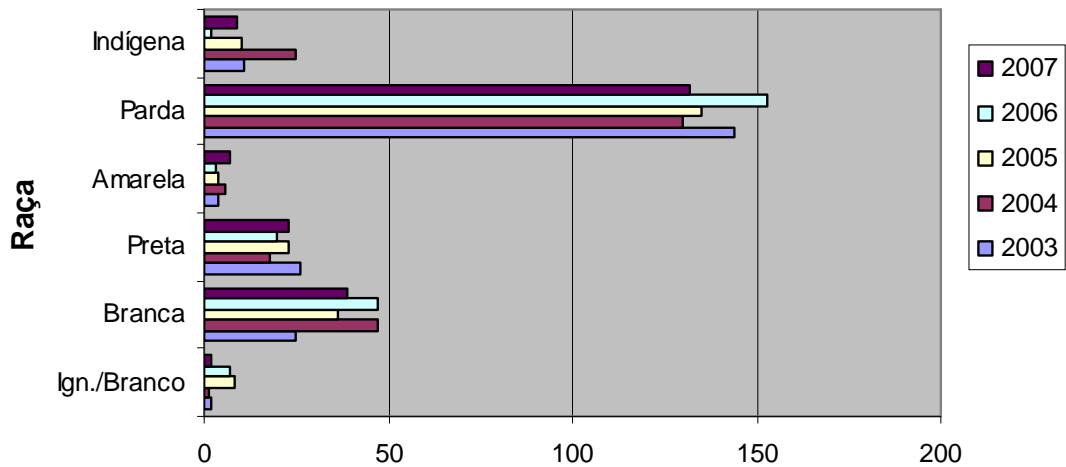
Fonte: SINAN NET/TO

**FIGURA 27**  
**GRÁFICO – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE SEGUNDO SEXO**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINAN NET/TO

**FIGURA 28**  
**GRÁFICO – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE SEGUNDO RAÇA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINAN NET/TO

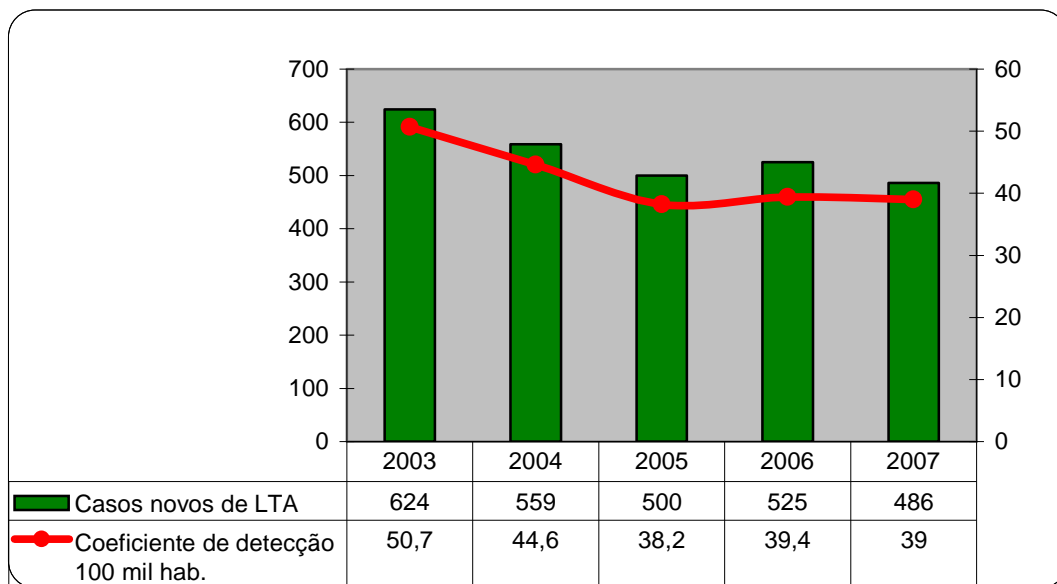
Conforme as figuras 26 a 28 a situação de casos novos da tuberculose no Estado acomete mais homens, a raça parda e se apresenta com maior distribuição na faixa etária de 20 a 34 anos em todos os anos, seguida de 35 a 49 anos.

## 2.1.4.8 – DOENÇAS VETORIAS E ZOONOSES

### 2.1.4.8.1 - LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA)

No período de 2003 a 2007, o Tocantins notificou 2.694 casos novos de leishmaniose tegumentar americana e um coeficiente de detecção médio de 42,3 casos/100.000 habitantes, verificando-se coeficientes mais elevados nos anos de 2003 e 2004, quando atingiram níveis de 50,7 e 44,6 casos por 100.000 habitantes, respectivamente (Figura 29).

**FIGURA 29**  
**GRÁFICO – CASOS NOVOS CONFIRMADOS DE LTA E COEFICIENTE DE DETECÇÃO**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

A LTA ocorre em ambos os sexos e todas as faixas etárias, entretanto na média do Estado, predomina os maiores de 10 anos (figura 30), representando 94,5% dos casos e o sexo masculino (figura 31), 73,4%.

**FIGURA 30**  
**TABELA – CASOS NOVOS DE LTA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

<b>Fx Etaria LTA</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
<b>0 a 10 anos</b>	44	26	33	29	14	<b>146</b>
<b>10 anos e mais</b>	580	533	467	496	472	<b>2548</b>
<b>Total</b>	<b>624</b>	<b>559</b>	<b>500</b>	<b>525</b>	<b>486</b>	<b>2694</b>

Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

**FIGURA 31**  
**TABELA – CASOS NOVOS DE LTA SEGUNDO SEXO**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

<b>Sexo</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
<b>Masculino</b>	454	391	370	399	366	1980
<b>Feminino</b>	170	168	130	126	120	714
<b>Total</b>	<b>624</b>	<b>559</b>	<b>500</b>	<b>525</b>	<b>486</b>	<b>2694</b>

Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

No monitoramento da assistência ao doente, na rede de serviços de saúde, são propostos indicadores operacionais. Nesse período em questão, 80,8% dos casos foram confirmados laboratorialmente e o percentual de cura clínica foi de 91,5%, permitindo a avaliação da efetividade dos tratamentos, redução das formas graves e deformidades, como também, subsidia o serviço na implementação de ações de vigilância e assistência.

No período de estudo observou-se que em relação à raça, predominaram indivíduos pardos, brancos e pretos (Gráfico 3).

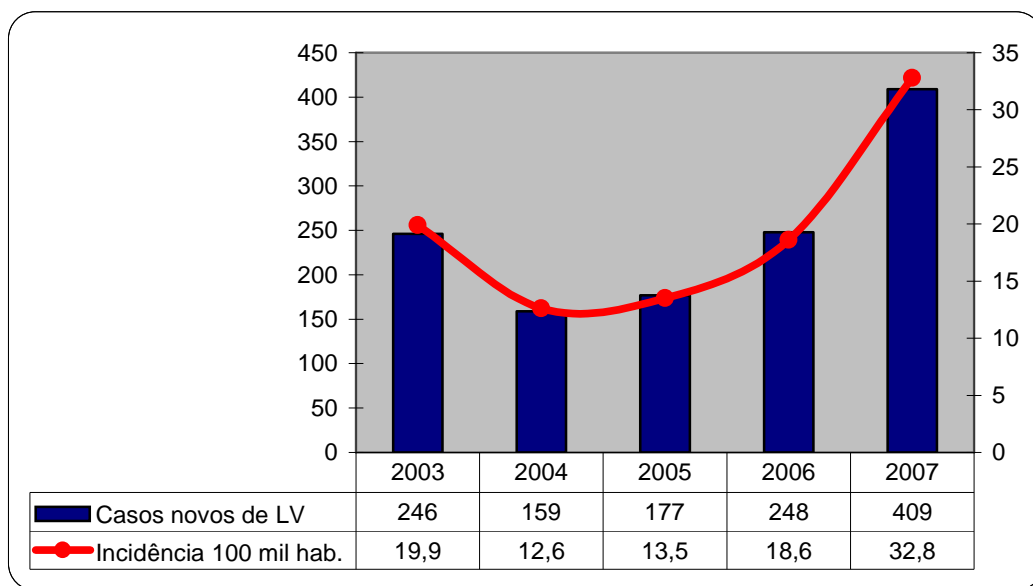
**FIGURA 32**  
**TABELA – CASOS NOVOS DE LTA SEGUNDO RAÇA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

<b>Raça</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
<b>Branca</b>	144	135	113	122	86	<b>600</b>
<b>Preta</b>	76	60	51	52	45	<b>284</b>
<b>Amarela</b>	6	11	5	12	12	<b>46</b>
<b>Parda</b>	389	342	317	317	327	<b>1692</b>
<b>Indígena</b>	3	9	5	19	12	<b>48</b>
<b>IG/Branco</b>	6	2	9	3	4	<b>24</b>
<b>Total</b>	<b>624</b>	<b>559</b>	<b>500</b>	<b>525</b>	<b>486</b>	<b>2694</b>

Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

## 2.1.4.8.2- LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)

**FIGURA 33**  
**TABELA – CASOS NOVOS CONFIRMADOS DE LV E INCIDENCIA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

Os casos de leishmaniose visceral em 5 anos de notificação (2003 – 2007) somaram 1.238 (Figura 34) dos quais, aproximadamente 66,7%, ocorreram nos municípios de Araguaína, Palmas, Porto Nacional, Paraíso e Tocantinópolis. Nesse período a média anual foi de aproximadamente 247 casos e a incidência média de 19,4 casos/100.000 habitantes. A doença é mais freqüente em crianças menores de 10 anos (60,4%), sendo 75% dos casos registrados em menores de 5 anos.

Comparando-se os casos confirmados notificados em 2006 ao mesmo período em 2007, verifica-se um aumento de 38% nos registros da LV. Somente o município de Araguaína, em 2007, foi responsável por 50% dos casos confirmados do Estado.

O sexo masculino é proporcionalmente o mais afetado (58,6%) (figura 35).

**FIGURA 34**  
**TABELA – CASOS NOVOS CONFIRMADOS DE LV SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

<b>Fx Etaria SINAN</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
<b>Em branco/IGN</b>	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>&lt;1 Ano</b>	30	22	31	22	40	<b>145</b>
<b>1 a 4</b>	78	43	63	84	152	<b>420</b>
<b>5 a 9</b>	41	26	25	40	56	<b>188</b>
<b>10 a 14</b>	15	11	19	20	26	<b>91</b>
<b>15-19</b>	14	5	3	10	21	<b>53</b>
<b>20-34</b>	37	20	14	38	58	<b>167</b>
<b>35-49</b>	19	25	9	19	35	<b>107</b>
<b>50-64</b>	6	5	10	12	12	<b>45</b>
<b>65-79</b>	4	2	3	3	8	<b>20</b>
<b>80 e+</b>	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>159</b>	<b>177</b>	<b>248</b>	<b>408</b>	<b>1238</b>

Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

**FIGURA 35**  
**TABELA – CASOS NOVOS CONFIRMADOS DE LV SEGUNDO SEXO**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

<b>Sexo</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
<b>Ignorado</b>	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>Masculino</b>	145	94	102	143	245	<b>729</b>
<b>Feminino</b>	100	65	75	105	163	<b>508</b>
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>159</b>	<b>177</b>	<b>248</b>	<b>408</b>	<b>1238</b>

Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

O percentual de cura clínica no período foi de 90,4%, Destacando-se o incremento no percentual, passando de 85,3% em 2004, para 95,2% em 2006.

No período de estudo observou-se que em relação à raça, predominaram indivíduos pardos e brancos (figura 36).

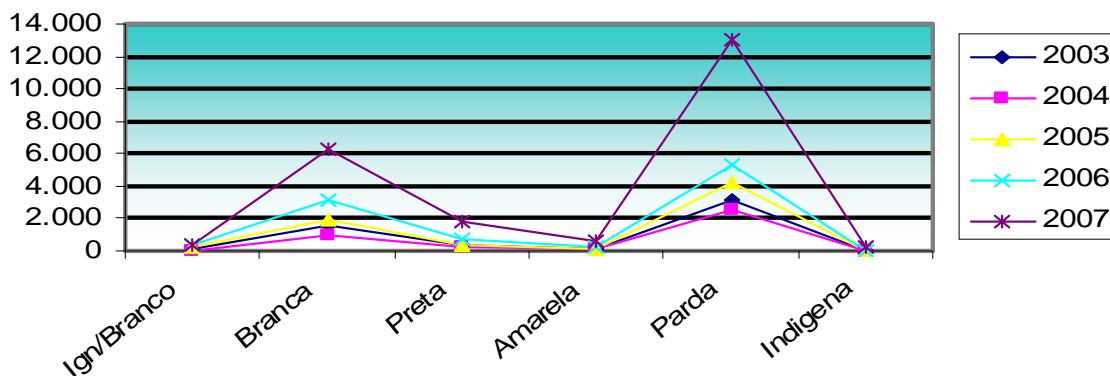
**FIGURA 36**  
**TABELA – CASOS NOVOS CONFIRMADOS DE LV SEGUNDO RAÇA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

<b>Raça</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
<b>Branca</b>	53	33	29	27	47	<b>189</b>
<b>Preta</b>	23	10	14	16	13	<b>76</b>
<b>Amarela</b>	7	4	5	10	5	<b>31</b>
<b>Parda</b>	135	109	123	194	338	<b>899</b>
<b>Indígena</b>	1	1	0	0	3	<b>5</b>
<b>IG/Branco</b>	27	2	6	1	2	<b>38</b>
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>159</b>	<b>177</b>	<b>248</b>	<b>408</b>	<b>1238</b>

Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

2.1.4.8.3- DENGUE:

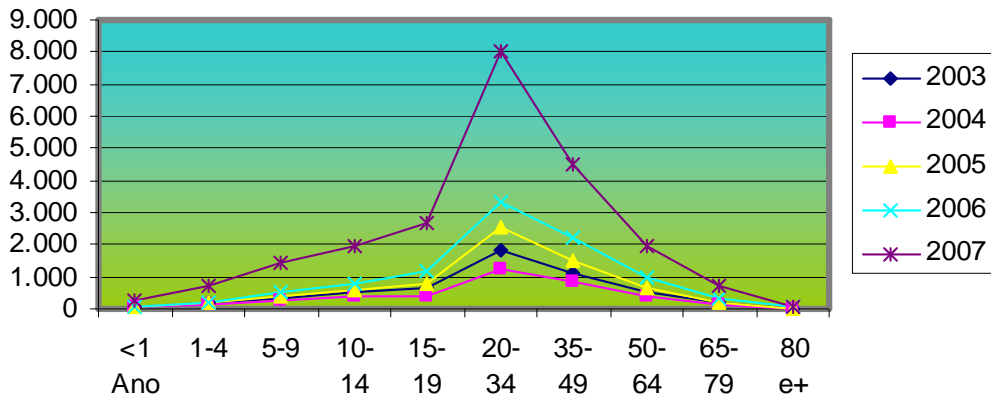
**FIGURA 37**  
**TABELA – N.º DE CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE SEGUNDO RAÇA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



O Estado do Tocantins tem demonstrado uma variação significativa de aumento de casos de dengue residentes no Estado, ao longo dos anos. Em 2003 tivemos 5353 casos notificados e em 2007, 22233 casos, variação de 415 % no período. Em 2007 todos os municípios do Estado têm registro de casos de dengue a exceção de Centenário e Oliveira de Fátima. Com esse fortalecimento da vigilância permiti-se uma sinalização precoce da mudança do comportamento do padrão de ocorrência de casos.

A estratificação por raça permite inferir que a parda tem forte predominância ao longo do período chegando a 58 % do total de casos em 2007 (figura 37)

**FIGURA 38**  
**TABELA – N.º DE CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE POR FAIXA ETÁRIA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

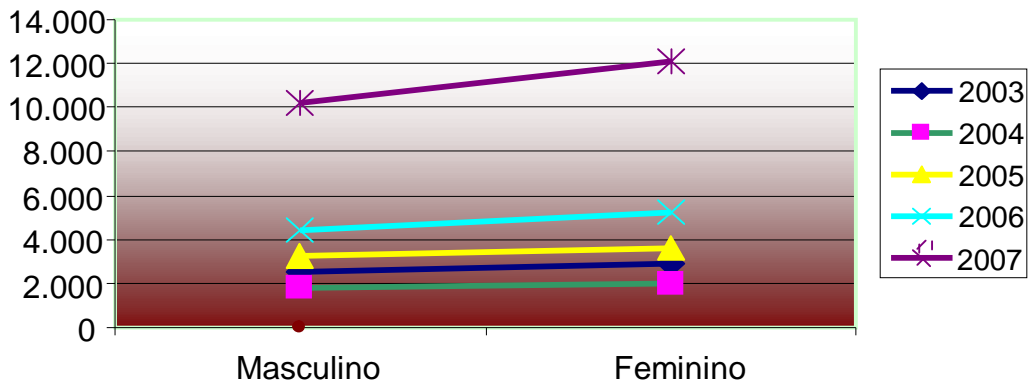


Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

Conforme visualizado na figura 41, encontramos a maior parte dos casos de dengue na faixa etária de 20 a 34 anos. Ao longo do período a faixa etária mais prevalente é esta, fato evidenciado em 2007 com 36 % dos casos. Isso pode ser explicado pela forte presença de pessoas jovens, talvez ainda não tão conscientes dos métodos de prevenção da doença.

Em relação ao sexo conforme mostra a figura 39 ,os casos de dengue tem se mantido equilibrado ao longo do período.Ao longo do período não houve variação significativa de sexo,sendo que a partir de 2006 houve um acréscimo dos casos no sexo feminino,fato este que comprova ainda a prevalência de casos em mulheres ,embora o incremento da inserção do sexo feminino no mercado de trabalho.

**FIGURA 39**  
**TABELA – N.º DE CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE POR SEXO**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO



#### 2.1.4.8.4- MALÁRIA E TRACOMA:

**FIGURA 40**  
**TABELA – QUANTIDADE DE EXAMES POSITIVOS DE MALÁRIA POR FAIXA ETÁRIA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

<b>Faixa Etária</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>&lt; 1</b>	11	9	4	4	1
<b>1 a 4</b>	63	21	21	14	5
<b>5 a 9</b>	78	42	45	23	11
<b>10 a 14</b>	80	45	44	14	13
<b>15 a 19</b>	149	91	93	41	24
<b>20 a 29</b>	302	239	183	112	86
<b>30 a 39</b>	229	194	139	75	69
<b>40 a 49</b>	161	130	100	54	50
<b>50 a 59</b>	95	45	59	30	18
<b>60 a 69</b>	30	23	25	7	10
<b>70 a 79</b>	12	11	3	5	1
<b>80 a +</b>	1	0	1	0	0
<b>Total</b>	<b>1211</b>	<b>850</b>	<b>717</b>	<b>379</b>	<b>288</b>

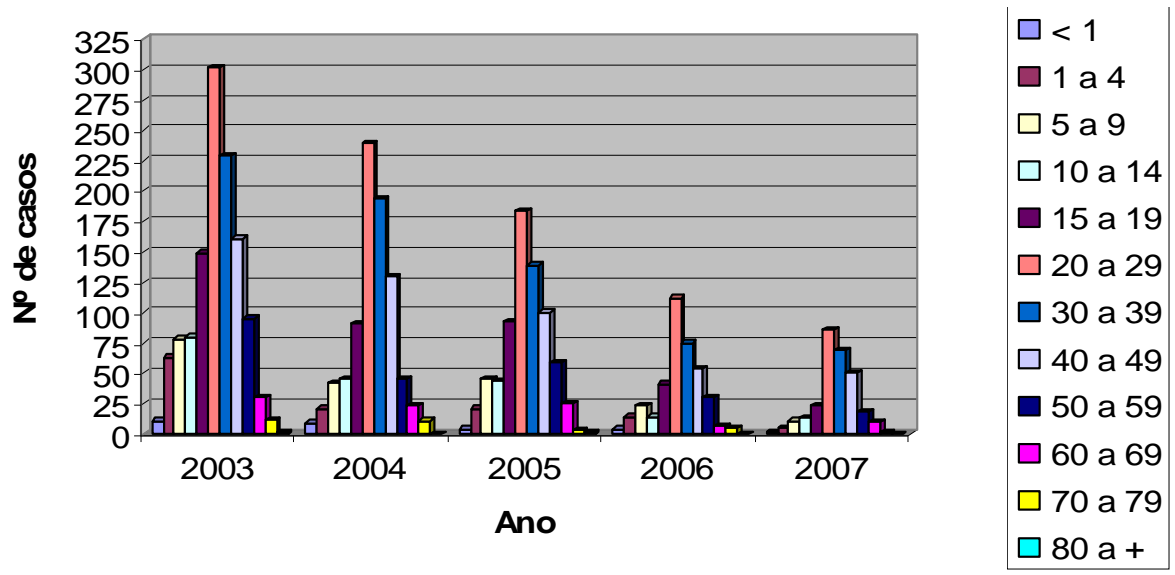
Fonte: SIVEP-MALÁRIA

Mesmo sendo receptivo e vulnerável à malária, o Tocantins tem apresentado a menor incidência dentre os Estados da Amazônia Legal: entre 2003 e 2007, esta declinou de 1,5 para 0,3 lâminas positivas/1.000 habitantes e atualmente não apresenta mortalidade por malária.

A redução constate de casos, fruto das ações executadas pelos municípios, sustentam-se pelas capacitações contínuas oferecidas pela SES, objetivando qualidade no diagnóstico e tratamento oportuno, conjugadas a dados entomológicos que orientam o controle vetorial. Associa-se a estas ações, coleta sistemática de lâminas semanais e quinzenais de febris atuais e recentes. Nesta oportunidade, realizam-se ações de informação, educação e comunicação comunitária.

Mesmo com todo empenho desenvolvido nos últimos anos, é necessário continuar desenvolvendo atividades de vigilância e criar estratégias de manutenção para área indene de malária.

**FIGURA 40**  
**GRÁFICO – QUANTIDADE DE EXAMES POSITIVOS DE MALÁRIA POR FAIXA ETÁRIA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



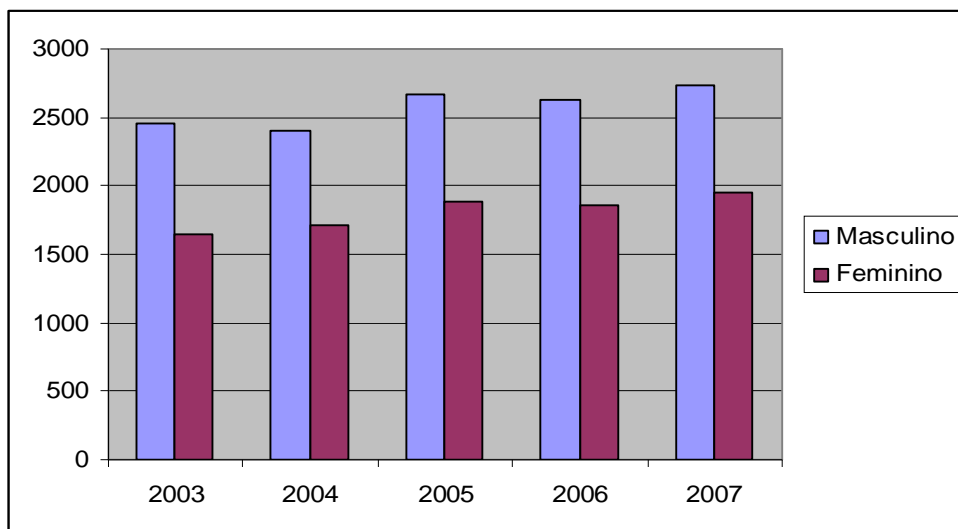
Fonte: SIVEP-MALÁRIA

## 2.1.4.9 – ZOONOZES E ANIMAIS PEÇONHENTOS.

### 2.1.4.9.1- ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO-HUMANO.

Foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de janeiro de 2003 a dezembro 2007, 21.944 atendimento anti-rábico humano.

**FIGURA 41**  
**GRÁFICO – N.º DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO SEGUNDO SEXO**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

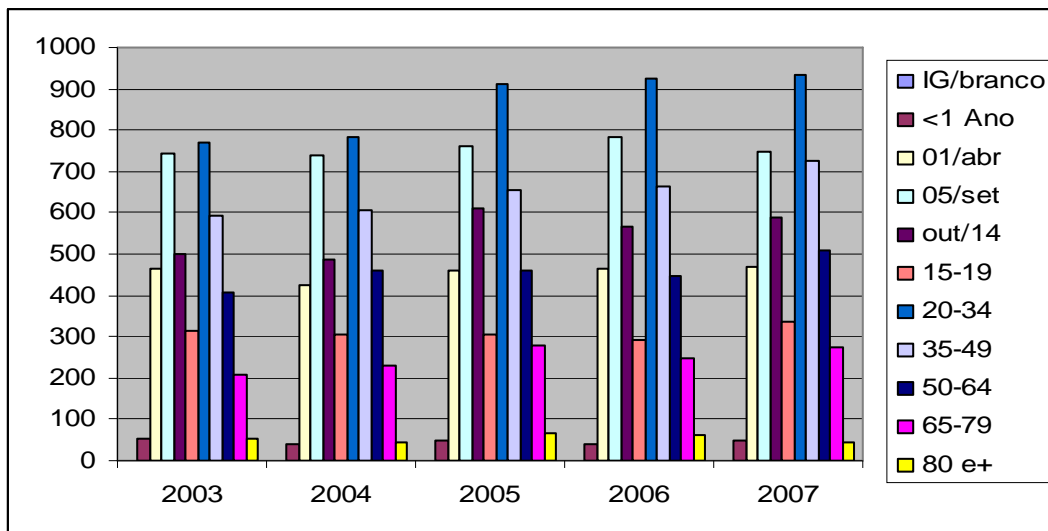


Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

O sexo masculino foi acometido em 59% das agressões por animais mamíferos (figura 41), e corresponde o grupo predominantemente na zona urbana

A raça parda e a branca foram as que predominaram nas agressões por animais mamíferos no período analisado correspondendo a aproximadamente 63% e 24% respectivamente para cada grupo.

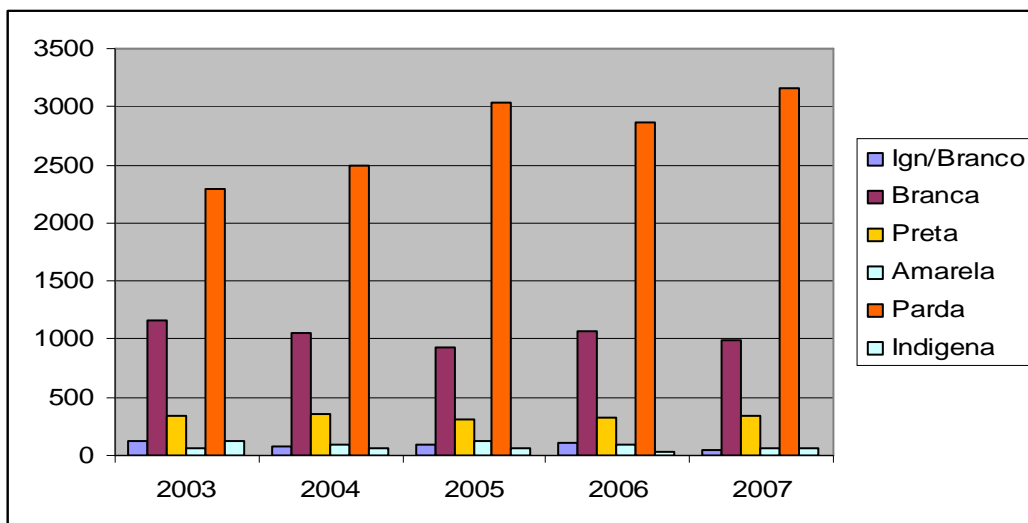
**FIGURA 42**  
**GRÁFICO – N.º DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

Em 71% das notificações, a idade variou de 5-49 anos, sendo o grupo etário mais acometido pelas agressões dos animais mamíferos.

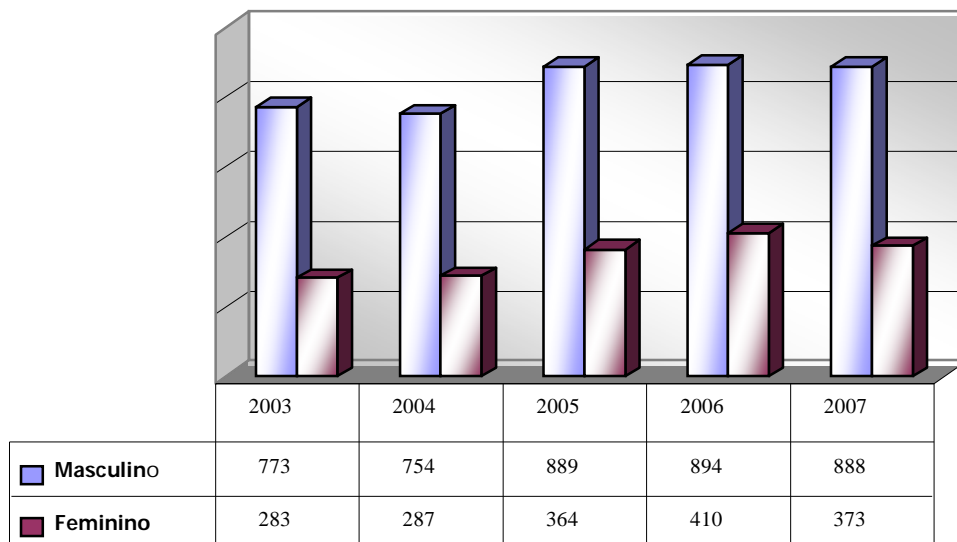
**FIGURA 43**  
**GRÁFICO – N.º DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO SEGUNDO RAÇA**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

#### 2.1.4.9.2- ANIMAIS PEÇONHENTOS

**FIGURA 44**  
**GRÁFICO – N.º DE NOTIFICAÇÕES DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS POR SEXO**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

No período analisado, das 5.915 notificações, o sexo masculino foi acometido em 71% dos acidentes (Figura 44), que corresponde o grupo relacionado com o trabalho predominantemente na zona rural, sendo necessária a utilização de equipamentos individuais de proteção como sapatos, botas, luvas de couro e outros como prevenção em grande parte dos acidentes.

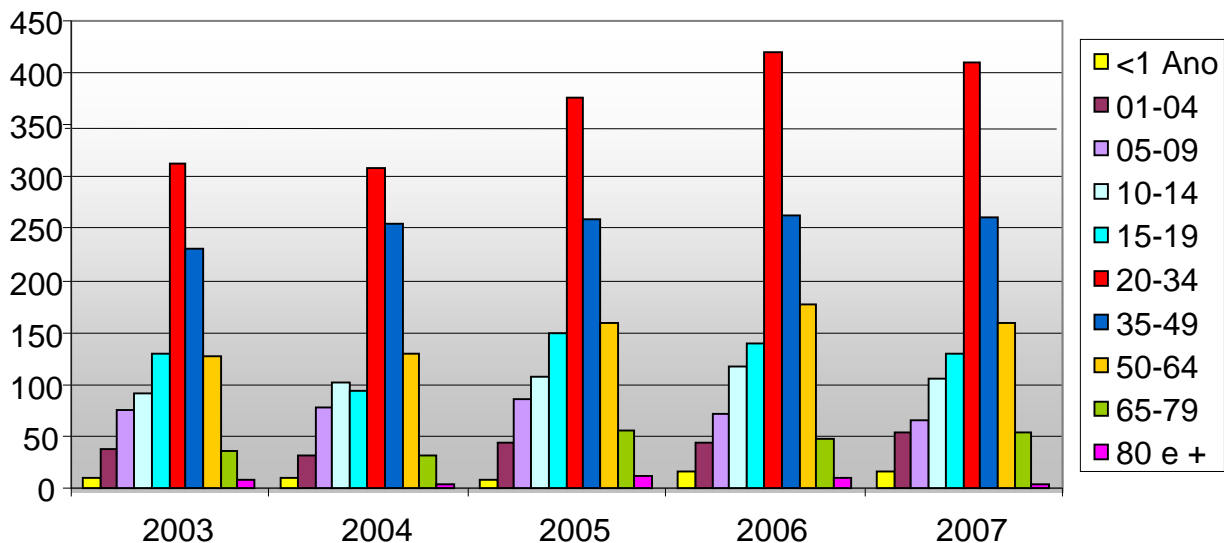
O conhecimento sobre áreas de maior risco e a distribuição geográfica dos animais peçonhentos causadoras de acidentes permite estratégias para a organização da assistência médica e planejamento das ações de vigilância, incluindo a distribuição de soros compatível com o perfil epidemiológico dos acidentes.

No Tocantins, o agravo acidentes por animais peçonhentos está incluso na relação de agravos de notificação pela portaria Nº112, de 2 de agosto de 2004, para todo o território do Estado devido ao quadro epidemiológico que o mesmo apresenta pelo fato de o estado está em processo de implementação de projetos cujas atividades constituem-se na utilização dos recursos naturais e que, via de regra apresentam um potencial degradador do meio ambiente tais como, construção de usinas hidrelétricas, projetos de irrigação que compreende desmatamentos, atividades agrícolas não mecanizadas, lazer (caça e pesca), rodovias dentre outras que favorecem o contato do homem com os animais peçonhentos e conseqüentemente os acidentes.

Foram notificados no SINAN-Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de janeiro de 2003 a dezembro 2007, 5.915 casos o que representa uma média de 1.000 casos/ano.

FIGURA 45

GRÁFICO – N.º DE NOTIFICAÇÕES DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA TOCANTINS, 2003 A 2007

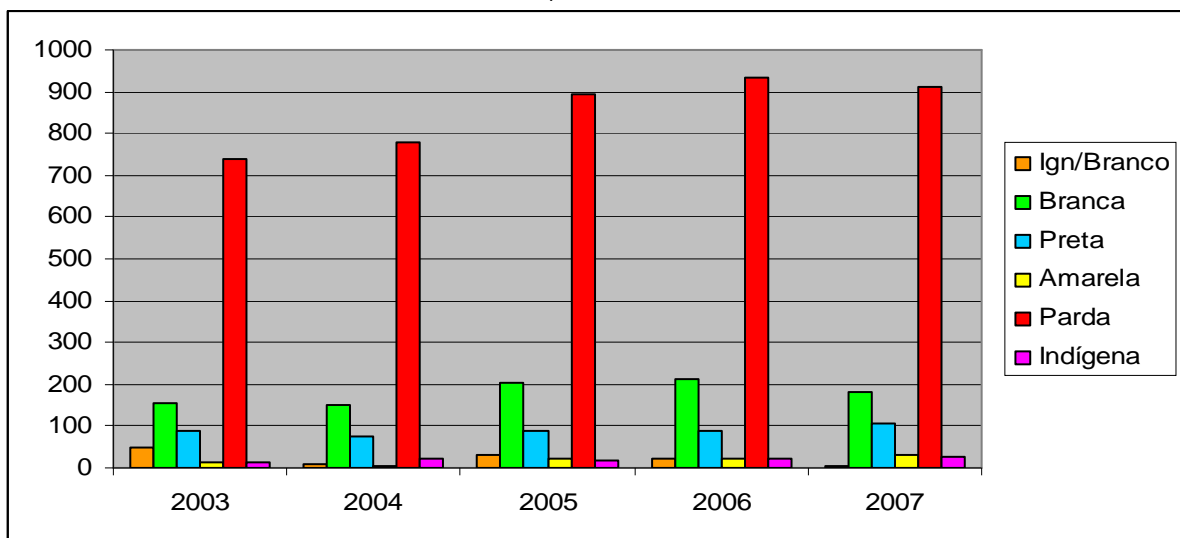


Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

Em 63% das notificações, a idade variou de 15-49 anos, sendo o grupo etário mais acometido pelos acidentes composto por adultos jovens, com predomínio do sexo masculino, devido a maior exposição ao trabalho agrícola.

FIGURA 46

GRÁFICO – N.º DE NOTIFICAÇÕES DE CASOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS SEGUNDO RAÇA TOCANTINS, 2003 A 2007



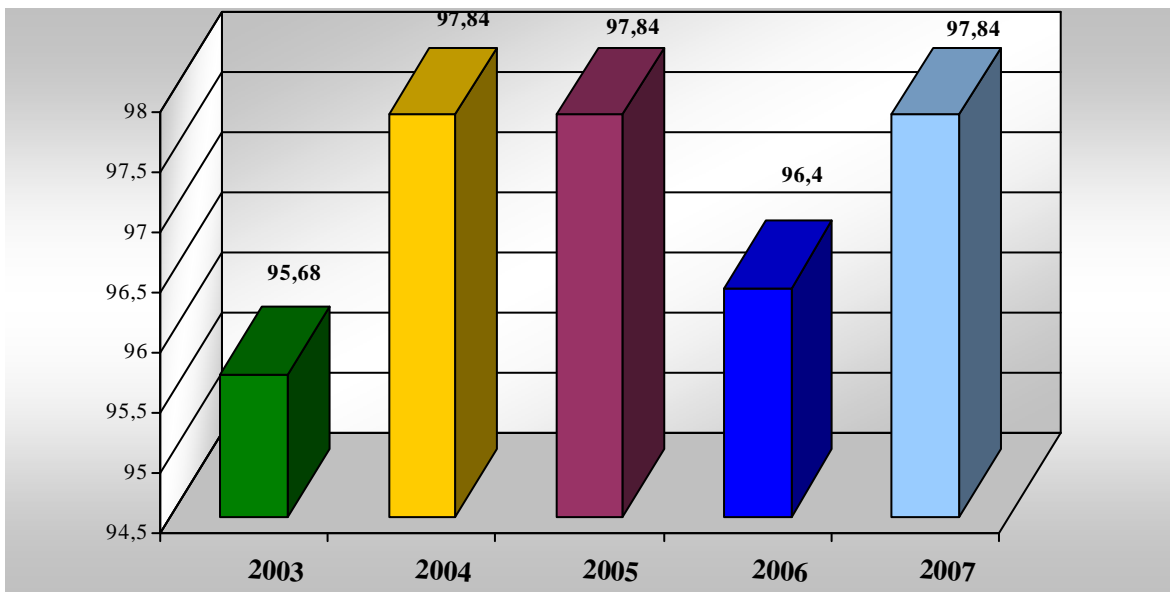
Fonte: SINANW e NET/SESAU/TO

A raça parda e a branca foram as que predominaram nos acidentes no período analisado correspondendo 72% e 15% respectivamente para cada grupo.

No decorrer dos anos após a implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN e constante cobrança da área técnica de animais peçonhentos ocorreu melhoria das notificações compreendendo uma real situação do agravo no Estado através de ações de capacitações e orientações realizadas pelo programa.

#### 2.1.4.10 – IMUNIZAÇÃO

**FIGURA 47**  
**GRÁFICO – HOMOGENEIDADE DA VACINA CONTRA INFLUENZA 60 ANOS E MAIS**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**

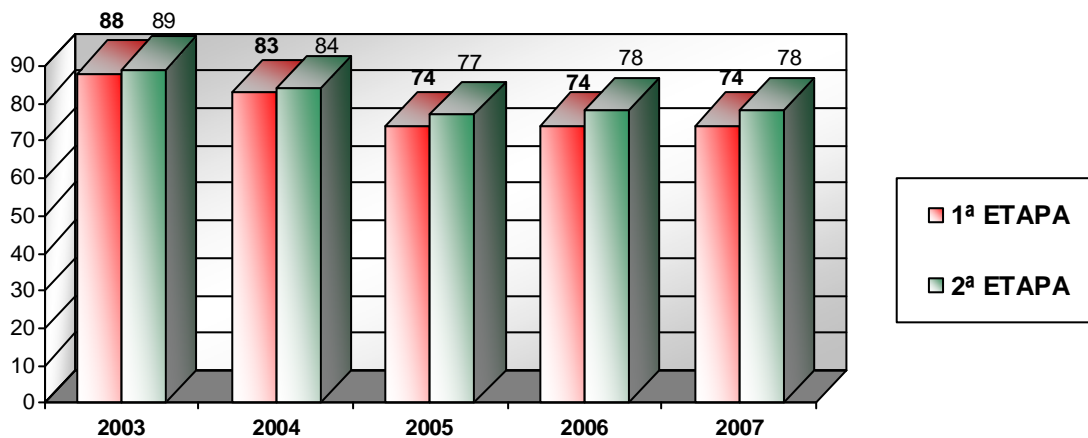


Fonte: SI-PNI/SESAU-TO

De acordo com a Figura 47 há uma instabilidade na homogeneidade da vacinação contra influenza, apontando uma queda nos anos de 2003 a 2003 e alcance de 97,84 nos anos de 2004, 2005 e 2007.

FIGURA 48

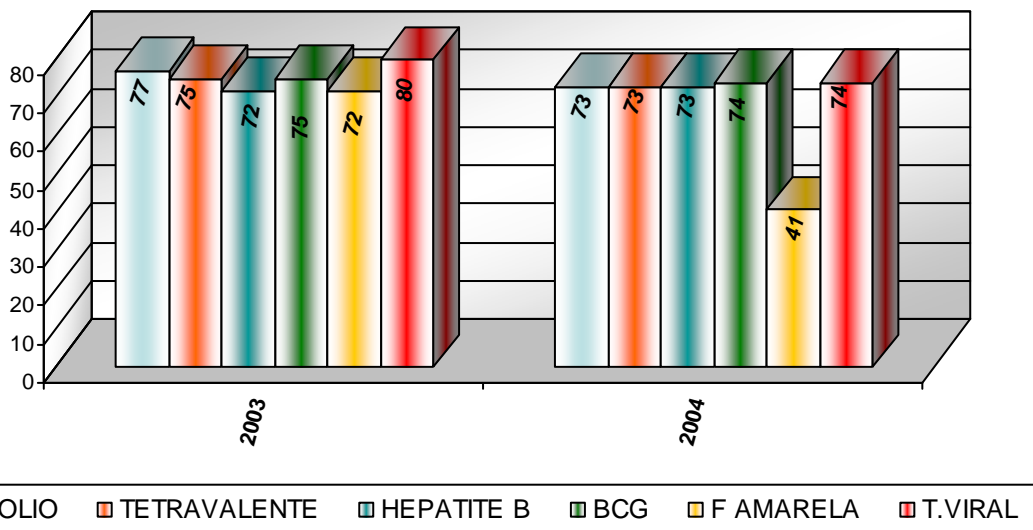
GRÁFICO - HOMOGENEIDADE DA COBERTURA DA CAMPANHA DA PÔLIO O A 4 ANOS - 1ª E 2ª ETAPA  
TOCANTINS, 2003 A 2007



Fonte: SI-PNI/SESAU-TO

FIGURA 49

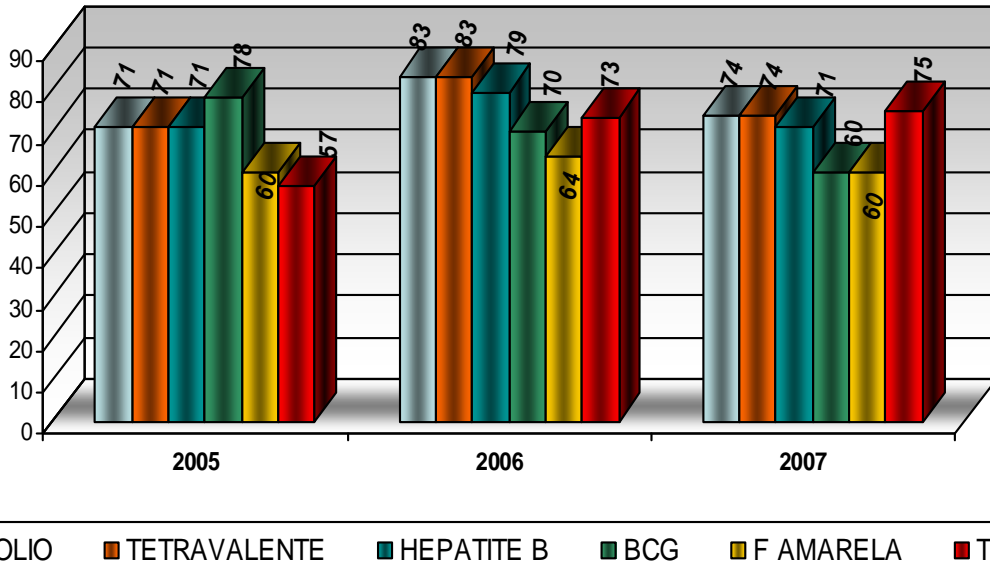
GRÁFICO - HOMOGENEIDADE DA COBERTURA DE VACINAÇÃO DE ROTINA EM MENORES DE 1 ANO  
TOCANTINS, 2003 A 2004



Fonte: SI-PNI/SESAU-TO

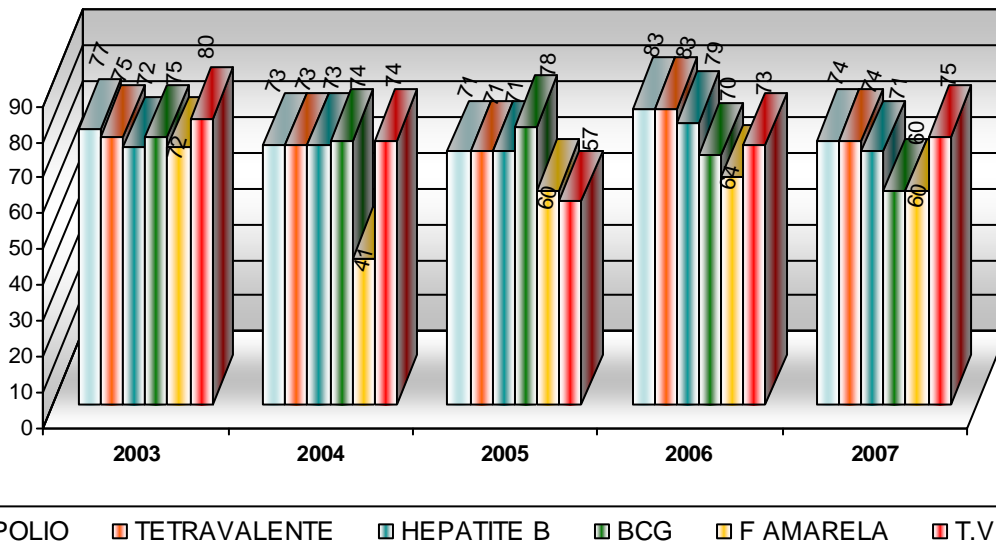


**FIGURA 50**  
**GRÁFICO – HOMOGENEIDADE DA COBERTURA DE VACINAÇÃO DE ROTINA EM MENORES DE 1 ANO**  
**TOCANTINS, 2005 A 2007**



Fonte: SI-PNI/SESAU-TO

**FIGURA 51**  
**GRÁFICO – HOMOGENEIDADE DAS VACINAS BÁSICAS DE ROTINA EM MENORES DE 1 ANO E TRÍPLICE VIRAL**  
**TOCANTINS, 2003 A 2007**



Fonte: SI-PNI/SESAU-TO

## 2.1.5 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### 2.1.5.1- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Houve um avanço considerável na vigilância epidemiológica do estado a partir de 2004, para tanto é necessário avaliá-la sob dois aspectos: organizacional e epidemiológico.

Em 2004 houve uma reformulação funcional no organograma da secretaria e na oportunidade foi criada a coordenação de vigilância epidemiológica o que possibilitou uma reorganização dos processos de trabalho tanto administrativos quanto técnicos (hierarquia, fluxos, rotinas, protocolos, padronizações).

#### ASPECTO ORGANIZACIONAL:

- Implementação de recursos humanos com perfil para atuar em vigilância;
- Definição de competências;
- Definição de prioridades para as ações dos municípios, através da estratificação de risco epidemiológico;
- Integralidade e intersetorialidade das ações;
- Organização do banco de dados, quanto: irregularidade do envio das informações, encerramento dos casos em aberto, avaliação das inconsistências, disponibilização do banco de dados para áreas técnicas e atualização semanal;
- Carga horária obrigatória para todas as capacitações da vigilância epidemiológica sobre as ações básicas, propósitos e funções da vigilância epidemiológica, ex:quais as doenças e agravos de notificação compulsória, investigação de caso, surto ou epidemia de uma doença, importância do preenchimento correto e completo da ficha de notificação e/ou investigação e etc.
- Ampla divulgação para os municípios e profissionais de saúde da portaria nº1172 de , que rege a vigilância quanto as competências, atribuições, finalidades e penalidades para as três esferas de governo;
- Estabelecimentos de critérios técnicos e epidemiológicos para melhor distribuição de equipamentos, veículos e/ou outros para os municípios através dos planos de investimentos aprovados na CIB;
- Incorporação da área técnica da entomologia;
- Ações de operação de campo às áreas vetoriais;

Em 2006, houve uma reavaliação da estrutura organizacional e funcional da secretaria e a partir de 2007 a vigilância epidemiológica ganhou o status de Diretoria agregando áreas técnicas que até então

estavam em outros setores como as DANT, Georeferenciamento e geoprocessamento, Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Saúde do Índio.

O ano de 2007 foi um marco histórico e determinante para a vigilância epidemiológica a qual conseguiu estabelecer políticas públicas para a promoção, prevenção e controle de agravos e doenças.

Durante muitos anos a área de imunização era executora das campanhas de multivacinação em mais de 40 municípios, com a reorganização dos processos de trabalho houve uma mudança e direcionamento das competências da Coordenação Estadual de Imunização, como: desvinculação da execução de campanhas nos municípios, implantação do sistema de informação, avaliação da metodologia de capacitação e supervisão para as salas de vacinas, busca ativa, investigação, investigação de eventos adversos, agravos e doenças imunopreveníveis, criação de pólos de distribuição de imunobiológicos, implantação do CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais), criação do comitê médico para avaliação de imunobiológicos especiais;

Investimento na qualificação dos profissionais da equipe central através de cursos de pós-graduação, mestrado e doutorado;

Implementação da vigilância epidemiológica com equipamentos de informática, multimídia, laboratório e veículos, visando qualidade e agilidade das ações;

Avaliação e organização das pactuações dos indicadores de saúde da vigilância, quanto: a construção dos parâmetros, assessoria técnica aos municípios, pactuação, monitoramento e avaliação dos indicadores como instrumento para o direcionamento das ações à serem executadas, socialização e envolvimento dos técnicos para conhecimento e direcionamento da pactuação dos indicadores;

Criação da equipe para monitoramento e avaliação dos indicadores de vigilância nos municípios, conforme preconização ministerial, e organização da política de vigilância nos municípios quanto a formação da equipe mínima de vigilância com a definição de atribuições e competências no nível municipal, cadastro das equipes, capacitações, etc;

Em 2004 uma equipe de 27 funcionários entre técnicos e administrativos e em 2007, 113 funcionários;

Implantação da central de insumos estratégicos (inseticidas para o uso em saúde pública) para organizar aquisição e distribuição dos mesmos, bem como equipamentos de aplicação e EPI's;

Racionalização da aplicação do uso de inseticidas para controle vetorial através de critérios e protocolos aprovados em CIB, com objetivo do uso correto e redução de danos ambientais;

Implantação da vigilância de febre amarela em primatas não humanos;

Elaboração do plano de enfrentamento do beribéri;

Inserção das áreas técnicas de entomologia, operação de campo e georeferenciamento na coordenação de doenças zoonoses possibilitando qualidade e agilidade das ações inerentes;

Elaboração do pacto de eliminação da hanseníase;

Premiação na 7ª EXPOEPI de dois trabalhos apresentados sobre as estratégias estadual para eliminação da hanseníase e saída do estado do Tocantins da área endêmica de malária.

### 2.1.5.2- VIGILÂNCIA SANITÁRIA

As ações da Vigilância Sanitária no Tocantins foram desenvolvidas ao longo de vários anos como parte da saúde pública desvinculada dos demais setores da saúde e de outras instituições afins, equivocadamente, por tratar-se de órgão fiscalizador, regulador e com poder de polícia. A falta de prioridade, investimento em tecnologia e desenvolvimento humano também implicou em limitações nas ações de controle sanitário na produção e na comercialização de produtos e serviços, inclusive nos ambientes dos processos de insumos e das tecnologias e a eles relacionados.

Os indicadores epidemiológicos do Estado já indicavam para os índices indesejáveis em várias doenças relacionadas com a falta de higiene, produção de alimentos, abastecimento de água potável, intoxicações domésticas e ocupacionais, entre outros agravos. Neste quadro crítico, também vivido em outras regiões, instigando uma reflexão ampla e envolvimento das ações de Vigilância Sanitária.

A partir de 1999 estabeleceu-se uma nova política com a criação e estruturação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Novos contornos definitivos e irreversíveis, que definiu dentre as prioridades, a Vigilância Sanitária Estadual como fundamental no processo de implementação e consolidação dessas ações.

A ANVISA, como Autarquia Especial com autonomia financeira e administrativa, objetivava introduzir uma nova lógica para as Vigilâncias Sanitárias Estaduais; com isso, tornou-se possível à concretização de um Sistema Nacional de Vigilância ágil, eficiente e capaz de dar respostas rápidas às inúmeras demandas apresentadas.

Em observância a política de saúde proposta pelo Pacto da Saúde, onde estabelece indicadores que precisam ser trabalhados com vista ao alcance das metas e, conseqüentemente, a eliminação, redução e prevenção dos riscos à saúde da população, trouxe para o Sistema de Vigilância Sanitária (SINAVISA) a possibilidade de integração das ações, destarte, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Frente aos desafios propostos pela esfera federal, iniciou-se a implantação do Sistema de VISA na esfera Estadual com estrutura organizada, capaz de conduzir o processo de implantação das Vigilâncias Sanitárias Municipais.

E fazendo parte desse novo processo de saúde, percebe-se que a Vigilância Sanitária passou a ser pauta de algumas discussões dos mecanismos de participação e controle social, tendo como abordagem a efetivação do Sistema de Vigilância Sanitária com vista à proteção e à promoção da saúde, assim como a construção da cidadania. Como resultado desse processo, torna se notável as mudanças ocorridas, tendo como exemplo, o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária propostas nas diretrizes do Pacto Pela Saúde firmado entre os gestores do SUS, onde define as responsabilidades sanitárias pela população das três esferas; a regulamentação do financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde contemplando a VISA e dando autonomia para assumir a gestão e execução das ações de Vigilância em saúde realizadas no âmbito local; a elaboração do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), um instrumento de eleição de prioridades em VISA que reconhece a diversidade do país e respeita a dinâmica das especificidades e heterogeneidades regionais.

Inserido nessa política de saúde, o SINAVISA do Tocantins está implantado nos 139 municípios do Estado. Entretanto, a execução das ações de média e de alta complexidade ainda está centralizada na VISA Estadual, uma vez que, a maioria dos municípios não dispõe de profissionais habilitados e qualificados para o atendimento das demandas pertinentes à vigilância sanitária, além das precárias condições estruturais, organizacionais e de processos de trabalho que dificultam a operacionalização das atividades ao nível municipal, e indubitavelmente representa um desafio para o estadual, pois paralelamente às ações de competência do Estado, torna-se necessário executar ações de competência municipal.

Para transpor tais debilidades do Sistema de VISA, o nível Estadual é fortalecido com um corpo operacional técnico de multiprofissionais, e que contam com uma estrutura física ampla e moderna que garante ações de fiscalização sanitária ao setor regulado, e apoio técnico ao nível municipal em todo território. Porém, para que as ações de VISA sejam realizadas em tempo oportuno e mais eficaz na redução do risco sanitário, faz jus o apelo para ampliação da equipe de inspetores da VISA Estadual com educação permanente nas áreas de fiscalização sanitária e na aplicação das normas vigentes.

Em 2007 e 2008, a Vigilância Sanitária Estadual, com vista à descentralização das ações para os municípios e o fortalecimento das regiões de saúde do Estado, investiu em recursos humanos e financeiros para elaborar o Plano de Ação de Vigilância Sanitária no nível municipal, bem como garantir apoio técnico e capacitação aos técnicos municipais para desenvolver ações de fiscalização e educação sanitária.

O Plano de Ação, como produto de planejamento, tornou-se relevante ferramenta facilitadora e capaz de direcionar as ações de Vigilância Sanitária no Estado, e que, colherá um resultado positivo no que tange às metas pactuadas e a elevação da consciência sanitária da população para o exercício da cidadania.

Neste contexto, vigilância sanitária deve ser entendida como de responsabilidade de muitos atores, dentre eles está a própria população que precisa se empoderar de conhecimentos básicos sobre os riscos sanitários para que possa contribuir no processo de melhoria das condições sanitárias de sua comunidade. Nesse contexto, a VISA Estadual tem um papel importante no que se refere à capacitação das Equipes de Saúde da Família que viabilizarão a disseminação do saber sanitário com enfoque nos riscos à saúde. Como principal função, a VISA é responsável por controlar os riscos resultantes da produção, da comercialização e do consumo de produtos e serviços. Tais ações são desenvolvidas sob a forma de informação, inspeção, notificação, auto de infração, apreensão, interdição, multa, e supervisão podendo exercer inclusive poder de polícia, entretanto, as ações educativas fazem parte das ações fiscalizatórias por meio de abordagens pedagógicas pelos inspetores sanitários.

E, fazer vigilância por meio de uma abordagem pedagógica tornou-se prática da equipe da Vigilância Sanitária Estadual e observada durante as inspeções sanitárias; com isso, os proprietários de estabelecimentos passaram a ter mais informações para o cumprimento das normas vigentes, e redução de aplicação das penalidades previstas na lei.

Assim, protegendo o cidadão do Tocantins executando ações de vigilância sanitária capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervindo nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, a Vigilância Sanitária Estadual, enfrenta um novo desafio: a integralização das ações com vista a redução do risco sanitário.

### 2.1.5.3- VIGILÂNCIA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

A Vigilância Ambiental em Saúde é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

A atuação desta vigilância se dá em todos os níveis de governo, requerendo constante articulação com os diferentes atores institucionais públicos, privados e comunidade para implementações de ações integradas de forma eficientes.

A criação no Ministério da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em junho de 2003, veio reforçar uma área extremamente estratégica desse Ministério, fortalecendo e ampliando as ações de vigilância em saúde. As atividades antes desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde, passam a serem executadas pela SVS.

A Instrução Normativa nº 1, de 7 de março de 2005, regulamentou o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA). Entre suas atribuições estão a coordenação, avaliação, planejamento, acompanhamento, inspeção e supervisão das ações de vigilância relacionadas às doenças e agravos à saúde no que se refere a: água para consumo humano; contaminações do ar e do solo; desastres naturais; contaminantes ambientais e substâncias químicas; acidentes com produtos perigosos; efeitos dos fatores físicos; e condições saudáveis no ambiente de trabalho.

A Vigilância Ambiental em Saúde está inserida na Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde, através da Diretoria de Vigilância Ambiental e do Trabalho e de sua Coordenadoria de Vigilância Ambiental e das Gerências de Núcleos na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins.

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 as vigilâncias epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, Lacer, entre outros setores. Além destas, são desenvolvidas atividades específicas de monitoramento de empreendimentos potencialmente poluidores (usinas hidrelétricas, ferrovias, rodovias, projetos hidroagrícolas, etc). Estas ações são extremamente necessárias, pois muitas vezes o setor saúde é questionado pela ocorrência de determinados agravos que surgem devido às alterações ambientais provocadas por esses empreendimentos.

O programa de Vigilância Ambiental em Saúde relacionado à qualidade da água para consumo humano - VIGIÁGUA, Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado - VIGISOLO e Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição do Ar - VIGIAR foram institucionalizados, respectivamente, no anos 2002, 2003 e 2005.

Visando fortalecer as ações relacionadas com os grandes empreendimentos, torna-se relevante a criação de duas gerências de núcleo dentro da Coordenadoria de Vigilância Ambiental, a primeira voltada

para o *monitoramento de empreendimentos potencialmente poluidores com impactos na saúde humana*, atuando preventivamente e independentemente da demanda de outras instituições, a segunda Vigilância de Desastres que no momento atua de forma desestruturada, realizando ações pontuais, inter e intrasetoriais com relação a desastres naturais, como também, participando ativamente de Comissões e Comitês que tratam do referido assunto com os diferentes órgãos estaduais.

Considerando a magnitude das conseqüências danosas e dos efeitos muitas vezes imprevisíveis e irreversíveis a saúde da população e a qualidade do meio ambiente, decorrentes de situações emergenciais com produtos químicos, produtos perigosos, emissões de campos eletromagnéticos, faz-se necessária a implantação e implementação dos seguintes Programas:

Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionado às Substâncias Químicas – **VIGIQUIM**; e Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Acidentes com Produtos Perigosos –**VIGIAPP**; Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental relacionado a Fatores Físicos (emissões de campos eletromagnéticos) que atuaria sob o Princípio da Precaução – **VIGIFISIS**. Os programas citados anteriormente, apesar de não estarem implantados oficialmente, a Coordenadoria de Vigilância Ambiental vem atuando através de atividades de promoção da saúde relacionadas aos mesmos. Dentre estas atividades a SES-TO, através da Diretoria de Vigilância Ambiental e do Trabalho, estimulou a criação da “*Comissão Estadual de Prevenção, Preparação e Resposta Rápida a Emergências Ambientais com Produtos Químicos (CE-P2R2)*” através do decreto nº 3.104 de 09 de agosto de 2007, junto a diversos órgãos estaduais que fazem interface com acidentes perigosos.

Quanto aos recursos humanos, a maioria dos municípios de pequeno porte não possui equipes específicas de vigilância em saúde, assim não executam na sua totalidade as ações de vigilância ambiental em saúde, ficando a SES-TO sobrecarregada para executar estas ações pertinentes ao nível municipal, além de exercer o papel da esfera estadual, que contempla ações de coordenação, supervisão e assessoria aos municípios.

Diante da insuficiência de recursos humanos, de estrutura física e operacional e de gestão da maioria dos municípios, a SES/TO vem suprindo estas deficiências, através de capacitação dos técnicos municipais, fornecimento de equipamentos, logística operacional para a execução das ações, bem como, assessorando e acompanhando os municípios na superação dos problemas, estabelecendo parcerias, buscando interface com outras instituições, pactuando e negociando com os municípios e instâncias gestoras do SUS, a execução dos trabalhos de vigilância em saúde.

A heterogeneidade da capacidade de resposta dos municípios, aliada à necessidade de ações integradas, que ultrapassam os limites municipais, em especial nas intervenções voltadas às doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis e doenças transmitidas por vetores, evidencia a necessidade de implantação e/ou fortalecimento de estruturas municipais que contemplam as vigilâncias: ambiental, epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador.

Faz-se necessário que a SES/TO invista mais na formação dos seus recursos humanos, com enfoque na área de gestão.

Visando garantir a intersetorialidade e a interinstitucionalidade, relacionado à área de saúde ambiental, o setor saúde, através desta área técnica, está inserido nos espaços de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas, a saber:

- Membro do Conselho Estadual do Meio Ambiente;
- Membro do Conselho Estadual de Recursos Hídricos;
- Membro da Comissão Estadual de Educação Ambiental;
- Membro da Comissão Estadual de Aquecimento Global;
- Membro do Fórum Estadual do Lixo e Cidadania;
- Membro Comitê de Bacias Hidrográficas da UHE – Lajeado;
- Membro da Comissão Estadual da Defesa Civil.

Para um melhor entendimento da atuação da vigilância ambiental, segue abaixo a descrição das atividades inerentes a cada programa e o seu contexto dentro da vigilância ambiental:

#### VIGIAR – QUALIDADE DO AR

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar - VIGIAR tem como objetivo geral a promoção da saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos. Essa vigilância prioriza regiões onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas, denominadas Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de interesse para a Saúde – 4AS. Neste sentido, o campo de atuação do VIGIAR é constituído por localidades onde as populações estão expostas aos poluentes atmosféricos provenientes de regiões metropolitanas; centros industriais; áreas sob impacto de mineração; áreas sob influência de queima de biomassa.

Para promover a sua operacionalização foram definidas, pelo Ministério da Saúde, as seguintes estratégias de atuação:

- Identificação dos Municípios Prioritários para atuação, por meio da aplicação do Instrumento de Identificação dos Municípios de Risco;
- Conhecimento da situação de saúde da população frente aos agravos respiratórios e cardiovasculares associados à exposição à poluição atmosférica, por meio de estudos epidemiológicos;
- Identificação e mapeamento das Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de Interesse para a Saúde – 4AS;
- Avaliação do risco a que estão submetidas populações expostas aos poluentes atmosféricos;
- Implantação de Unidades Sentinelas em localidades consideradas prioritárias.

Atualmente, o VIGIAR busca estabelecer metodologia para o mapeamento das 4AS, visando identificar os grupos populacionais expostos à poluição atmosférica e avaliar o risco a que essas populações estão submetidas.



Como estratégia para a identificação das populações expostas, o VIGIAR, deve realizar o mapeamento das Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de interesse para a Saúde, em âmbito nacional, utilizando como ferramenta a construção de mapas de risco com informações complementares e intercambiáveis baseadas em dados de saúde, de meio ambiente, demográficos, cartográficos e meteorológicos.

Os estudos epidemiológicos serão utilizados como instrumento de acompanhamento capaz de proporcionar um panorama da evolução da situação de saúde em uma dada localidade. Desse modo, uma vez que, uma localidade seja identificada como Área de Atenção Ambiental Atmosférica de interesse para a Saúde, faz-se necessário estabelecer bases para o conhecimento da situação de saúde da sua população, no que diz respeito aos agravos respiratórios e cardiovasculares e outras doenças de interesse de acordo com aspectos regionais, frente à exposição aos poluentes atmosféricos.

Outra estratégia importante para o VIGIAR está representada pela implantação de Unidades Sentinelas. Essas Unidades permitem conhecer a situação de saúde da localidade em tempo real e apresentam sensibilidade suficiente para detectar mudanças que venham a modificar essa situação, propiciando subsídios para a tomada de decisões.

A Gerência do Programa VIGIAR da SES/TO vem desenvolvendo as ações de vigilância em saúde relacionada à qualidade do ar desde o ano de 2005. As ações a princípio foram desenvolvidas somente em Palmas, sendo o município priorizado por ser a capital do Estado.

Para o ano de 2008 esta previsto a expansão das ações de vigilância da qualidade do ar para 35 (trinta e cinco) municípios considerados prioritários por apresentarem altas taxas de internação por IRA (Infecção Respiratória Aguda) em menores de 5 (cinco) anos. Brevemente, o programa pretende expandir sua área de atuação para os 139 municípios do Tocantins.

Um avanço considerado pela Equipe VIGIAR da SES-TO para o ano de 2008, está relacionado à implantação da Unidade Sentinela no município de Palmas. A adoção das Unidades Sentinelas permitirá a coleta de informações com sensibilidade para monitorar certo universo de fenômenos, com vistas à identificação dos problemas de saúde em uma escala temporal mais próxima da ocorrência dos eventos de interesse.

A referida Unidade Sentinela é fruto da parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins e Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, sendo o Estado do Tocantins considerado projeto piloto do MS na atuação das Unidades Sentinelas para o VIGIAR em nosso país. A mesma esta instalada no Posto da Saúde da Família do Aurenly II, local este escolhido pela equipe da SMS de Palmas e já vem coletando informações de interesse para o Programa desde julho do corrente ano.

#### VIGIAGUA - VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO

A Secretaria de Estadual da Saúde do Tocantins, através da Diretoria de Vigilância Ambiental e do Trabalho, especificamente pela Coordenadoria de Vigilância Ambiental/Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA é responsável pela gestão das ações referentes à água para consumo humano no âmbito estadual, sendo estas a execução sob responsabilidade das secretarias municipais de saúde e responsáveis pelo abastecimento público de água para consumo

humano, conforme Instrução Normativa nº 01, de 7 de março de 2005, no qual regulamenta a Portaria 1.172/2004, Portaria MS 518/2004 e Decreto Presidencial 5.440/2005.

A Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA é o conjunto de ações adotadas continuamente pela autoridade de saúde pública para verificar se a água consumida pela população atende à legislação e para avaliar os riscos que as fontes de abastecimento representam para a saúde humana (Portaria MS nº 518/2004).

O Programa VIGIAGUA tem como finalidade, coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente de forma a produzir informações necessárias à prática da Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano por parte das Secretarias Municipais (SMS) e Estaduais de Saúde (SES), em cumprimento à legislação vigente do Ministério da Saúde.

Para o setor saúde, as informações contidas no Programa (VIGIAGUA) possibilitarão a correlação de seus dados com as informações de morbi-mortalidade das doenças relacionadas com a água, permitindo exercer a vigilância da qualidade da água para consumo humano e a adoção das medidas de prevenção e controle, garantindo a saúde da população. Desta forma, este documento tem como objetivo avaliar as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano no Estado do Tocantins no período de 2004 a 2007.

Os dados de vigilância da qualidade da água para consumo humano foram extraídos da base de dados do Programa VIGIAGUA/SES-TO e do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA). A parte experimental é realizada por técnicos da SES-TO e das SMS, enquanto que, as análises laboratoriais são de responsabilidade do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-TO).

O Programa VIGIAGUA foi implantado no Estado do Tocantins em 2002, priorizando 28 municípios para desenvolver as ações, tendo como critério aqueles municípios que apresentaram em 1997, óbitos em crianças de 0 a 5 anos causados por doenças de veiculação hídrica. Em 2003, foram selecionados 56 municípios utilizando-se o mesmo critério de seleção, porém, com uma série histórica compreendendo os anos de 1997 a 2000. A partir de 2004, o Programa avançou em suas ações conseguindo atuar em todo o Estado e por isso, os resultados serão apresentados a partir do ano de 2004.

A **Figura 52** mostra o número de municípios que desenvolveram as ações e vigilância durante os anos de 2004, 2005, 2006 e 2007, onde é possível observar a evolução do programa, com 71, 112, 123 e 125 municípios, respectivamente, realizando as ações pertinentes ao Programa VIGIAGUA.

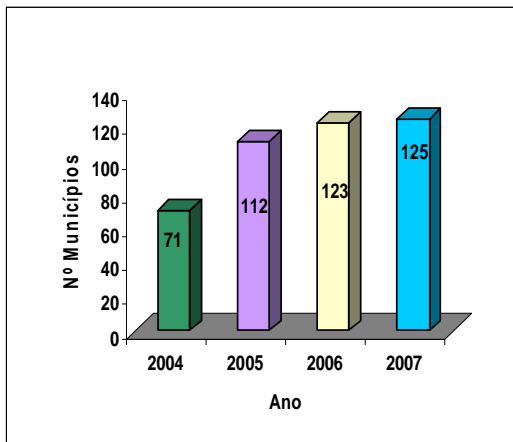
Quanto às informações sobre a qualidade da água, a **Figura 52** é uma representação gráfica do número de amostras de água, observar-se que foram realizadas 1.684 amostras em 2004; 3.784 em 2005; 11.044 em 2006 e 15.265 em 2007.

Podemos observar ainda na **Figura 52** que do total de análises realizadas, n= 593 (35,2%) amostras apresentaram coliformes totais (CT) ou coliformes termotolerantes (CTe) em 2004; 1.115 (29,5%) em 2005; 4.822 (43,6%) em 2006 e 4.135 em 2007 (27,1%). É importante destacar que, as amostras de água foram coletadas em sistemas de abastecimento de água (SAA<sup>1</sup>), soluções alternativas coletivas (SAC<sup>2</sup>) e soluções alternativas individuais (SAI<sup>3</sup>), sendo que, as amostras que apresentaram

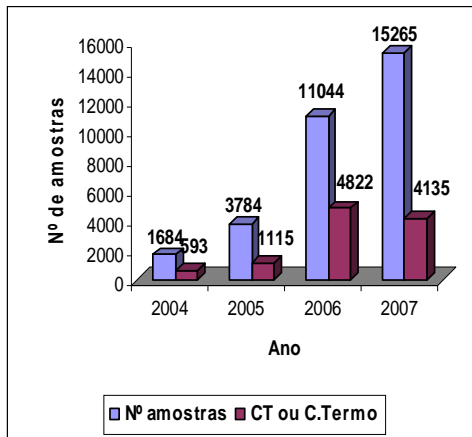
presença de CT ou CTe, na sua maioria são provenientes das soluções alternativas de água (SAC e SAI), as quais não dispõem de tratamento da água e conseqüentemente são impróprias para o consumo humano.

Em 2007 houve uma redução das amostras com presença de CT ou CTe, em virtude das alterações no quantitativo de amostras no ano de 2006, estabelecidas pelo Plano Nacional de Amostragem da Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano do Ministério da Saúde, aumentando assim, o número de amostras coletadas em SAA (figura 2), onde em sua maioria, esta modalidade de abastecimento possui tratamento de água.

**FIGURA 52**  
**GRÁFICO – N.º DE MUNICÍPIOS QUE REALIZARAM AÇÃO DE VIGILÂNCIA NOS SAA, SAC E SAI E N.º DE AMOSTRAS DE ÁGUA REALIZADAS NAS FONTES DE ABASTECIMENTO (SAA,SAC E SAI) TOCANTINS, 2004 A 2007**



Fonte: Programa VIGIAGUA/SES-TO, 2007.



Fonte: Programa VIGIAGUA/SES-TO, 2007.

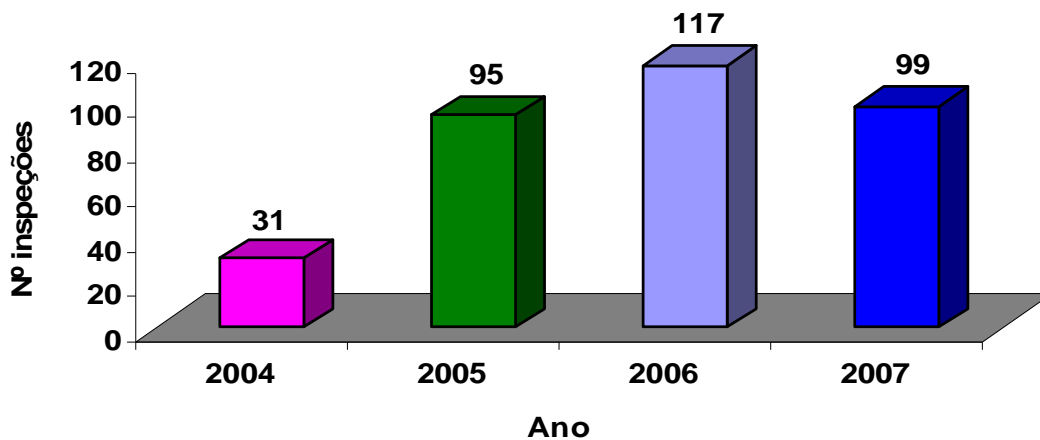
**Figura 1** – Número de municípios que realizaram a ação de vigilância nos SAA, SAC e SAI no período de 2004 a 2007.

**Figura 2** – Número de amostras de água realizadas nas fontes de abastecimento (SAA, SAC e SAI) e com presença de CT ou CTe no período de 2004 a 2007.

Dentro das ações do Programa VIGIAGUA tem-se a ação de inspeção sanitária em sistemas de abastecimento de água que tem como objetivo avaliar cada etapa ou unidade do processo de produção, fornecimento e consumo de água e identificar fatores de risco. Devem ser identificados os perigos de natureza física, química e biológica e os pontos críticos de cada etapa ou unidade inspecionada, subsidiando a tomada de decisão, medidas de orientação, preventivas ou corretivas e, conforme o caso, punitivas.

As inspeções foram implantadas no Estado do Tocantins no 2º semestre de 2004, conforme **Figura 3**, devendo ser realizada anualmente ou em situações de emergência, porém, devido a deficiências administrativas a Secretaria Estadual de Saúde não vêm conseguindo cumprir este prazo e vem desenvolvendo a cada dois anos, priorizando anualmente, apenas aqueles municípios com baixa qualidade da água para consumo humano.

**FIGURA 53**  
**GRÁFICO - N.º DE SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA - SAA INSPECIONADOS**  
**TOCANTINS, 2004 A 2007**



Fonte: Programa VIGIAGUA/SESAU-TO/2007

**FIGURA 54**

**TABELA – MUNICÍPIOS CONSIDERADOS DE BAIXA QUALIDADE, SEGUNDO ANO DE INSPEÇÃO  
TOCANTINS, 2004 A 2007**

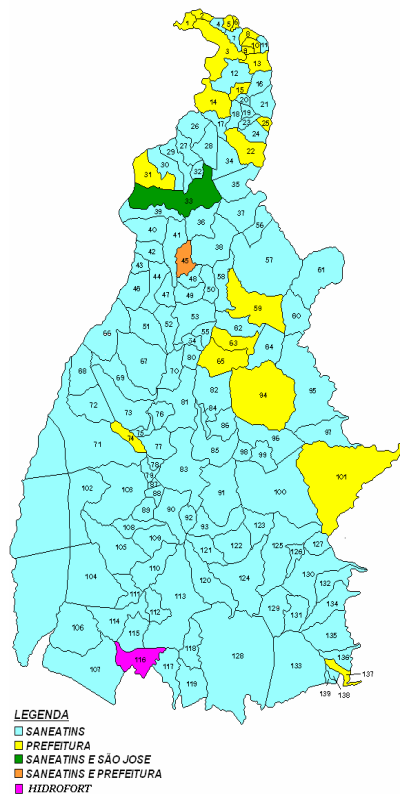
MUNICÍPIOS	ANO			
	2004	2005	2006	2007
1. Aguiarnópolis		X		X
2. Ananás		X		X
3. Araguatins		X	X	
4. Axixá		X		X
5. Bom Jesus			X	X
6. Cachoeirinha		X		X
7. Carrasco Bonito			X	X
8. Chapada de Areia				X
9. Darcinópolis		X		X
10. Esperantina			X	X
11. Itacajá			X	X
12. Itaguatins		X	X	
13. Lavandeira			X	X
14. Mateiros			X	
15. Pedro Afonso			X	X
16. Praia Norte			X	X
17. Rio Sono			X	X
18. Sampaio			X	X
19. Santa Fé do Araguaia			X	
20. São Sebastião			X	X
21. Sítio Novo			X	X
22. Talismã	X		X	X

Fonte: Programa VIGIAGUA/SESAU-TO/2007

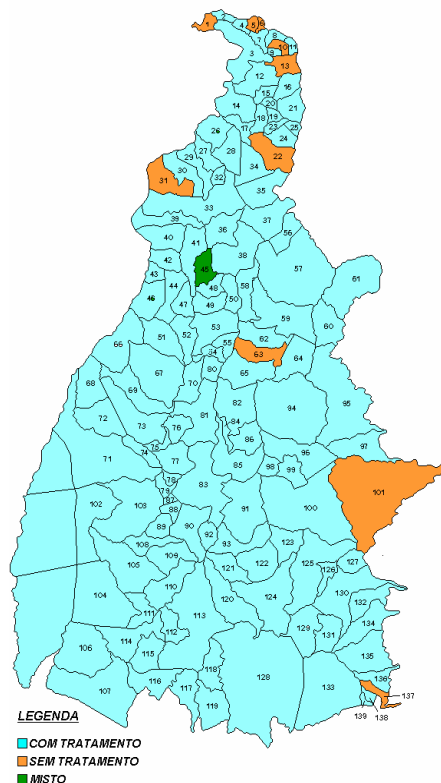
Observa-se na tabela da figura 54, os municípios considerados de baixa qualidade, ressaltando os mesmos em sua grande maioria são gerenciados por prefeituras municipais.

Ainda de acordo com as ações do Programa VIGIAGUA, conforme a Portaria MS 518/2004, Artigos 8º e 9º, existe a ação de controle de qualidade da água para consumo humano, a qual é de responsabilidade da prestadora de serviço de abastecimento de água, sendo esta responsável por todo o processo de produção da água para consumo humano, desde a captação até a rede de distribuição. No Estado do Tocantins, 12 (doze) municípios não tratam a água fornecida para a população, conforme consta na **Figura 55**.

**FIGURA 55**  
**MAPA – GERENCIAMENTO DOS SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DA ÁREA URBANA NOS MUNICÍPIOS, SEGUNDO OS SEUS RESPONSÁVEIS TOCANTINS, 2007**



**FIGURA 56**  
**MAPA – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS DEGUNDO TRATAMENTO DE ÁGUA NA ÁREA URBANA TOCANTINS, 2007**



Fonte: Programa VIGIAGUA/SESAU-TO/2007

Relação de Município vide anexo

Os sistemas de abastecimento de água de 117 municípios do Estado do Tocantins são gerenciados pela Companhia de Saneamento do Tocantins - SANEATINS, 1 município pela HIDROFORTE e os demais (21 municípios) são de responsabilidade das Prefeituras Municipais com denominações de SAAE, SISAPA, SEMUSA e SEMAE. Desta forma, o mapa 2 representa os municípios com seus respectivos responsáveis pelo abastecimento de água.

A figura 57, apresenta os 22 (vinte e dois) municípios acima mencionados na Tabela da figura 54 com os respectivos responsáveis pelo abastecimento e a distribuição de água tratada, onde é possível observar que 10 (dez) destes municípios distribuem água sem tratamento e os demais (12 municípios) realizam o tratamento da água, porém não cumprem a Portaria MS 518/2004. Apenas os municípios de Araguatins, Itacajá e Pedro Afonso iniciaram, em 2006, o processo de análises laboratoriais da água, mas não realizam o controle de qualidade da água para consumo humano conforme exigido pela Portaria MS 518/2004.

No que se refere à água fluoretada distribuída no Estado do Tocantins, apenas 4 (quatro) municípios distribuem água para consumo humano com este tipo de tratamento, quais sejam: Colinas, Gurupi, Palmas e Porto Nacional, o que representa 26% (324.386 habitantes – IBGE 2007) da população do Estado abastecida com água fluoretada. Vale ressaltar que estes municípios estão sob responsabilidade da Companhia de Abastecimento do Tocantins – SANEATINS.

Conclui-se que as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano entre o período de 2002 a 2007, obteve avanços significativos, a saber:

- ✓ O percentual de municípios que executavam ações do Programa VIGIAGUA no ano de 2004 era de 51%, enquanto que em 2007 este percentual alcançou 89;
- ✓ Houve aumento do número de amostras de água, demonstrando o esforço dos profissionais de saúde em cumprimento ao Plano Nacional de Amostragem da Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA;
- ✓ Com a ação de Inspeção Sanitária houve melhorias das condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água para consumo humano, apesar de existir municípios que não cumprem as recomendações da Secretaria de Saúde do Estado;
- ✓ Observa-se melhoria na qualidade da água consumida pela população, conforme os termos da legislação vigente, a referida melhoria deve-se a atuação do setor saúde junto aos responsáveis pelos Sistemas de Abastecimento Água;
- ✓ Existe necessidade de maiores investimentos nas fontes de abastecimento de água (SAA e SAC), no que se refere à realização do tratamento e controle da água destinada ao consumo humano, tanto na zona urbana quanto na zona rural, no intuito de reduzir o consumo de água sem tratamento e sem controle, objetivando assim, melhoria na qualidade de vida da população.

FIGURA 57

TABELA – MUNICÍPIOS, RESPONSÁVEIS PELO ABASTECIMENTO PÚBLICO DE ÁGUA E TRATAMENTO NOS MUNICÍPIOS DE BAIXA QUALIDADE DE ÁGUA DO ESTADO DO TOCANTINS

MUNICÍPIO	RESPONSÁVEL PELO ABASTECIMENTO	RECEBE TRATAMENTO	
		SIM	NÃO
1. Aguiarnópolis	SAAE	X	
2. Ananás	SAAE	X	
3. Araguatins	SEMUSA	X	
4. Axixá	Prefeitura	X	
5. Bom Jesus	SAAE		X
6. Cachoeirinha	SAAE	X	
7. Carrasco Bonito	Prefeitura		X
8. Chapada de Areia	Prefeitura	X	
9. Darcinópolis	Prefeitura		X
10. Esperantina	Prefeitura		X
11. Itacajá	SEMAE	X	
12. Itaguatins	SAAE		X
13. Lavandeira	Prefeitura		X
14. Mateiros	Prefeitura		X
15. Pedro Afonso	SISAPA	X	
16. Praia Norte	SAAE	X	
17. Rio Sono	SAAE	X	
18. Sampaio	Prefeitura		X
19. Santa Fé do Araguaia	Prefeitura		X
20. São Sebastião	SAAE	X	
21. Sítio Novo	Prefeitura		X
22. Talismã	HIDROFORTE	X	

Fonte: Programa VIGIAGUA/SESAU-TO/2007



## VIGISOLO - VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE POPULAÇÃO EXPOSTA A SOLO CONTAMINADO

A vigilância de áreas com solos contaminados é operacionalizada através do Programa VIGISOLO que tem como universo de atuação o conhecimento, a detecção e o controle de todos os fatores de risco ambientais que interferem na saúde humana, as interrelações entre o homem e o ambiente e vice-versa.

O seu fluxo de atuação contempla: Identificar e priorizar áreas com populações expostas a solo contaminado, desenvolver estratégia de gestão para atuação em áreas com populações expostas, em especial para avaliação de risco à saúde humana por exposição à contaminantes químicos e protocolo de vigilância e assistência à saúde, também se destaca neste contexto estimular ações intra-setoriais entre as áreas de vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, atenção básica e laboratórios públicos, entre outras, realizar articulação com os órgãos ambientais.

A implantação do Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado, ocorreu a partir do ano de 2003.

Em 2005, foi realizado um diagnóstico sobre áreas com solo contaminado a fim de permitir uma avaliação das condições de saúde a partir do mapeamento das Áreas Agrícolas, Áreas de Disposição Final de Resíduos Urbanos, Áreas Industriais, Depósitos de Agrotóxicos, Área de Mineração, Área de Passivo Ambiental, Área de Desativada e Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços. Após o levantamento se pode afirmar que o maior problema está relacionado com a destinação final dos resíduos urbanos. Com exceção de Palmas, Lajeado e Fátima, que possuem aterro sanitário em operação, manejo ambiental adequado como a coleta e disposição final dos resíduos urbanos, os demais municípios do Estado não possui a referida estrutura. A baixa frequência e cobertura da coleta dos resíduos urbanos geram problemas como a proliferação de mosquitos, moscas, roedores, vetores de várias doenças, contaminação do solo, podendo gerar outros agravos, além de ter sido observado a presença de catadores no lixão de Gurupi, Porto Nacional e Tocantinópolis.

Em relação a utilização de agrotóxicos, foi identificado o uso do mesmo em vários tipos de culturas, a exemplo: soja e arroz, principalmente nos municípios de Formoso do Araguaia, Lagoa da Confusão, Pedro Afonso, Dueré, entre outros cultivares nos período de entressafra; culturas de abacaxi nos municípios de Miracema do Tocantins e Miranorte, principalmente, entre outras culturas cultivadas em vários municípios do Estado. A exposição a estes produtos pode ocasionar vários problemas de saúde, dentre eles, lesões na pele e mucosas, paralisias, intoxicações agudas, doenças degenerativas e mal formação congênita.

Foram identificadas e cadastradas 06 (seis) áreas de mineração, como a extração de ouro, onde é utilizado o mercúrio nos municípios de Almas, Chapada da Natividade, Natividade e Monte do Carmo; 01 (uma) extração de calcário (dolomítico) que se relaciona a problemas respiratórios, dermatológicos, e renais, todos concentrados na região sudeste; a extração de cristal no Município de Cristalândia, causando o desmatamento e gerando grande impacto no entorno da área urbana, podendo aparecer problemas de saúde ocasionados por mudanças nas populações de mosquito, principalmente os Flebotomíneos, causadores das Leishmanioses.

Foram identificadas, também, as áreas industriais como os curtumes no municípios de Colinas do Tocantins, Gurupi, Porto Nacional e Wandelândia, que utilizam o cromo hexavalente e outros produtos perigosos para a preparação do couro, e a exposição a esses produtos pode incorrer em doenças degenerativas, como por exemplo o câncer.

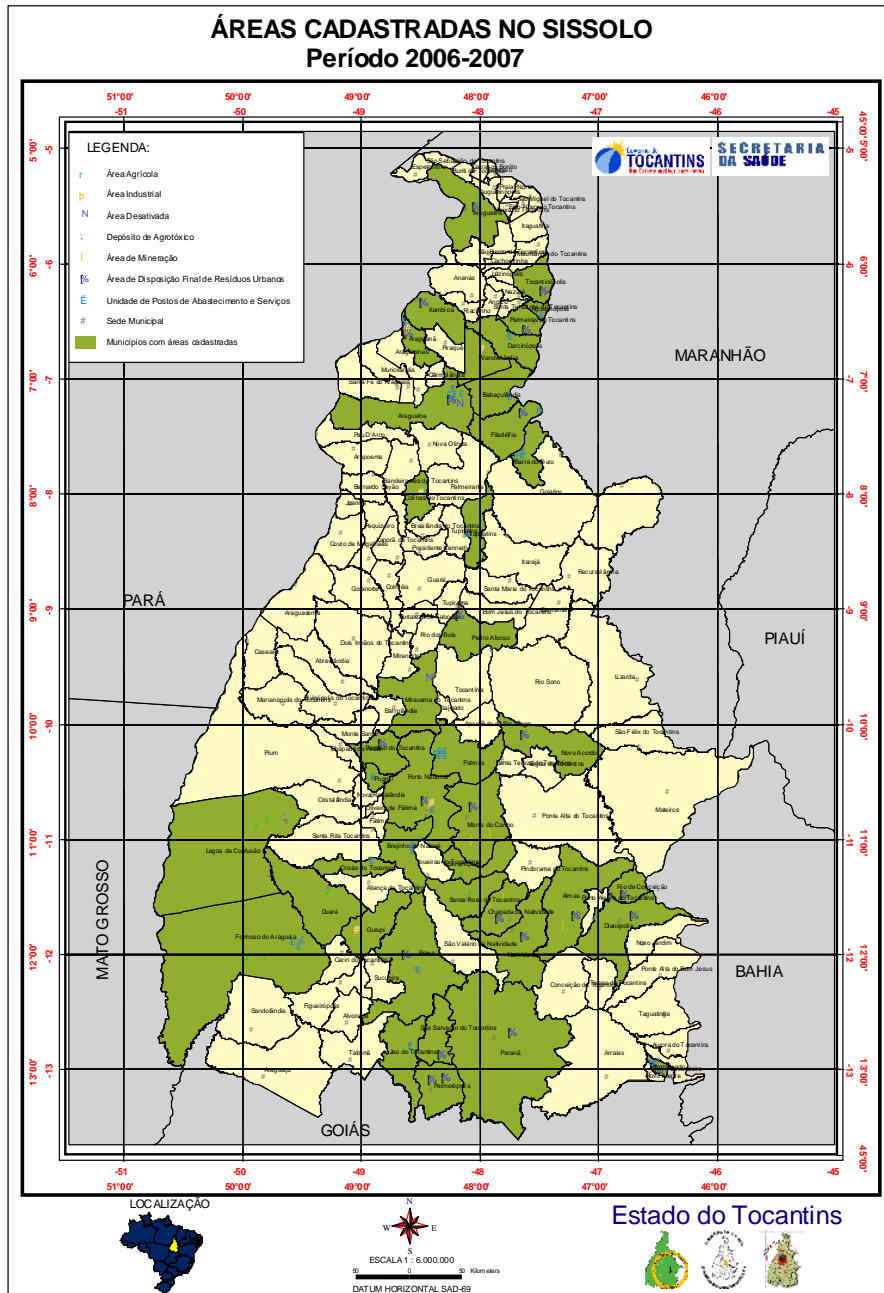
Com relação aos passivos ambientais venenos utilizados no passado para combate a vetores) foi identificada e cadastrada 01 (uma) área em cada município. Os municípios que figuram essa situação são: Porto Nacional, Tocantinópolis e Xambioá.

Foi inserido o Programa VIGISOLO na Pactuação da Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde – PAP/VS/2006 e 2007, cujo indicador é cadastrar no mínimo 01 (uma) área com população exposta a solo contaminado em 70% dos municípios com mais de 100.000 habitantes. Em virtude da realidade do Estado, onde os problemas mais graves se localizam em municípios menos populosos, foi proposto estratégias que visam garantir o conhecimento da realidade, permitindo assim uma pactuação diferenciada junto aos municípios.

Em 2006, a pactuação foi realizada em função do conhecimento prévio da situação dos municípios referente a áreas com população sob risco de exposição a solo contaminado ou com suspeita de contaminação. Enquanto que em 2007, utilizou-se como critério para pactuação os municípios impactados pela instalação de empreendimentos no Estado, como as Usinas Hidrelétricas de Estreito e de São Salvador, onde quinze municípios serão impactados, direta e indiretamente. Sendo, assim, os municípios deveriam identificar e cadastrar áreas com solo contaminado por substâncias químicas que seriam inundadas com a formação dos lagos. De forma a subsidiar os municípios impactados foram realizadas capacitações e supervisões das ações da PAP/VS.

Em 2006 foram cadastradas 55 áreas, enquanto que em 2007 cadastrou-se mais 27 áreas. Atualmente constam 82 áreas cadastradas no Sistema de Informação de áreas com Solo Contaminado – SISOLO. A distribuição espacial das áreas pode ser visualizada no mapa a seguir

**FIGURA 58**  
**MAPA – ÁREAS CADASTRADAS NO SISSOLO**  
**TOCANTINS 2006-2007**



Fonte: Sistema de Informação de Áreas com Solo Contaminado – SISSOLO

## **Avanços**

- Elaboração do Parecer Técnico da Equipe do Programa VIGISOLO Estadual, orientando a mudança das instalações da SMS de Porto Nacional para outro local, visto que, o local então utilizado é uma área com evidência significativa de contaminação.
- Ação conjunta com a área técnica do Programa de Vigilância da Qualidade do Ar – VIGIAR. O objetivo é desencadear ações de vigilância em saúde ambiental direcionada a uma comunidade que mora no entorno de uma Mineradora de Calcário, onde as reclamações de saúde da comunidade afetada e as informações ambientais estão sendo levantadas;
- Participação em ação conjunta das Coordenadorias de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador no acompanhamento de empreendimento, causadores de impactos no meio ambiente e na saúde humana, como as Usina Hidrelétricas, Ferrovia Norte-Sul, BR 010, Fábrica de Cimento, entre outros empreendimentos, realizando a identificação e monitoramento dos fatores de risco à saúde humana proveniente desses empreendimentos;
- Articulação e disponibilização de uma capacitação em “Legislação Ambiental Aplicada à Atuação da Vigilância em Saúde Ambiental”. O curso foi destinado aos técnicos das vigilâncias Ambiental, Epidemiológica, Sanitária, Saúde do Trabalhador, LACEN e Ministério Público Estadual;
- Elaboração da Minuta de Decreto que resultou no Decreto 3.104 de 09 de agosto de 2007, publicado no Diário Oficial do Estado em 10 de agosto de 2007 (em anexo), onde cria a “Comissão Estadual de Prevenção, Preparação e Resposta Rápida a Emergências Ambientais com Produtos Químicos Perigosos (CE – P2R2)”. A iniciativa da equipe foi no sentido de implantar as ações de vigilância em saúde de populações afetadas por acidentes com produtos químicos perigosos, objeto do Programa de Vigilância de Acidentes com Produtos Perigosos – VIGIAPP, o qual é gerenciado pela mesma equipe do Programa VIGISOLO. O referido Decreto está ligado ao Instituto Natureza do Tocantins – NATURATINS, órgão Estadual do Meio Ambiente.

## **Ações em andamento**

- Realização do “Estudo de Avaliação de risco à saúde humana por exposição a resíduos de inseticidas utilizadas em saúde pública”, na área do antigo Distrito da ex-SUCAM/FUNASA/SMS, atualmente Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional – TO, posteriormente, será aplicado a mesma metodologia no município de Tocantinópolis;
- Elaboração do Protocolo de Vigilância e Atenção Integral à Saúde de População Exposta a Solo Contaminado, no município de Porto Nacional, pelo Grupo de Trabalho regulamentado através da Portaria nº 185 de 17 de maio de 2007, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE), em 21 de maio de 2007, com a finalidade de elaborar o referido protocolo, alterada pela Portaria SESAU nº 251 de 27 de agosto de 2008;
- Criação do Grupo de Trabalho, regulamentado pela Portaria SESAU nº 250 de 27 de agosto de 2008, para elaboração do “Protocolo de Vigilância e Atenção Integral à Saúde de População Exposta a Solo Contaminado” no município de Tocantinópolis;

- Elaboração de Proposta para Destinação Final de Embalagens Vazias dos inseticidas utilizados em Saúde Pública, no combate a vetores de doenças endêmicas pelos municípios. Esta ação é uma iniciativa da Equipe do Programa VIGISOLO estadual, tendo em vista que os dois técnicos do Programa fazem parte da Comissão Estadual de Agrotóxico, nomeados por Decreto Estadual.

## SAUDE 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 as habilitações dos Centros de Referência Regional de Palmas e Araguaína, em 2003 e 2006 respectivamente. A Portaria 2.437 de 07 de Dezembro de 2005, que trata da ampliação da RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador acena com a possibilidade da implantação de 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no município de Gurupi com proposta de implantação para 2010.

Dentro desta perspectiva a nova Portaria busca reforçar o sistema de informações em saúde do trabalhador com a criação das Unidades Sentinela, que terão o papel de diagnosticar, tratar, investigar e notificar os agravos relacionados à Saúde dos Trabalhadores, constantes na Portaria 777/2004 do MS, que determina como de notificação compulsória no SINAN/NET, quais são: Acidentes de Trabalho Fatal, Acidentes de Trabalho com Mutilação, Acidentes de Trabalho envolvendo Crianças e Adolescentes, Acidente com Material Biológico, Intoxicações Exógenas por Agrotóxicos, PAIR-Perda Auditiva Induzida por Ruído, Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, Pneumoconiose, Dermatose Ocupacional, LER/DORT e Câncer Relacionado ao Trabalho, descentralizando assim, a Política de Saúde do Trabalhador para a rede do SUS, na Média e Alta Complexidade.

Com a nova estrutura organizacional da SES/TO, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador no Tocantins faz parte da Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde, da Diretoria de Vigilância Ambiental e do Trabalho (modelo este também adotado pelo MS). A Coordenadoria de Saúde do Trabalhador é constituída ainda, pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Estadual- CEREST e suas Gerências e os CEREST's Regionais de Palmas e Araguaína, que tem como principal papel difundir as ações de Saúde do trabalhador nas Unidades Sentinela implantadas nos municípios.

Esta estrutura compõe a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- RENAST, que deve organizar no SUS, desde a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, assistência, reabilitação e vigilância e notificação dos agravos da Portaria 777/2004. Contempla também a produção de conhecimento, atividades educativas e organização do controle social, através das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador - CIST.

A Saúde do Trabalhador considera o processo saúde-doença, na sua complexidade, para estabelecer linhas de cuidado desde o primeiro atendimento aos trabalhadores, até sua finalização.

Desse modo, os CEREST's são as estruturas operacionais da RENAST, que articulam intrasetorialmente, ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica, nas Urgências e Emergências e nos

Serviços de Média Complexidade, pactuando responsabilidades, capacitando profissionais, organizando as informações e realizando vigilância.

Ações intersetoriais envolvem Ministérios Públicos, Universidades, Delegacias Regionais do Trabalho, Previdência Social e Secretarias de Assistência Social, dentre outros órgãos por meio de Convênio de Cooperação Técnica, Jurídica e Operacional, firmado em 2002 e em fase de consolidação de termo aditivo em 2007, cuja finalidade é organizar e otimizar as ações conforme prevê a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005).

Dentre as ações desenvolvidas pela Saúde do Trabalhador, destacam-se:

Organização da Assistência na Rede SUS - diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao trabalho, articulados com programas específicos de grupos populacionais; coleta da história ocupacional para estabelecimento de relação do adoecimento com o trabalho; referência e contra-referência; encaminhamento ao INSS para provimento de benefícios.

Vigilância em Saúde- cartografia das atividades produtivas no território; vigilância dos ambientes e processos de trabalho; busca ativa de casos de doenças relacionadas ao trabalho; identificação das necessidades e participação nos processos de regulação.

Informação- notificação dos agravos e situações de risco para os trabalhadores; alimentação do SINAN através das Unidades Sentinela.

Produção do Conhecimento- identificação de problemas de saúde e questões relacionadas ao trabalho para estudo e investigação; participação em projetos e estudos.

Atividades educativas -orientação aos trabalhadores, grupos operativos, etc; educação permanente; produção e divulgação de material permanente.

Controle Social- planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações; discussão da organização dos processos produtivos e suas conseqüências para a saúde e o ambiente.

Os serviços de urgência e emergência - hospitais, pronto-socorros, ambulatórios especializados, deverão se constituir como uma importante porta de entrada para os trabalhadores, sendo fundamental que estes ao procurar os serviços sejam reconhecidos como trabalhadores, propiciando o reconhecimento de suas atividades laborais, bem como o ramo de atividades os quais estão inseridos, o que poderá futuras intervenções nos ambientes e processos de trabalho.

A inserção da Atenção Básica nas ações constitui-se no maior desafio na implantação da política, uma vez que uma atuação mais consistente das Unidades da ESF- Estratégia de Saúde da Família, poderá consolidar a política através da prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores.

A situação atual das ações de saúde do trabalhador no Tocantins nos permite avaliar que houve consideráveis avanços no que se refere às notificações, o que tem favorecido o planejamento das ações de vigilância em ambientes e processos de trabalho, uma vez que os acidentes e graves e fatais vem sendo notificados nas principais portas de entrada do SUS.

Em relação à Atenção Básica, foi iniciado em Palmas o projeto CEREST em Ação, "Trabalhar sim, Adoecer não", que consiste em visitas em ambientes de trabalho pré estabelecidos, envolvendo os CERESTs Estadual e Regional de Palmas e o agente comunitário de saúde da respectiva área visitada, onde os trabalhadores e os patrões recebem orientações, quanto aos principais riscos de acidentes e

doenças presentes nas atividades, formas de prevenção e forma de acesso aos serviços de saúde a partir das unidades básicas de saúde.

Atualmente existem 06 (seis) Municípios Sentinela no estado e 18 (dezoito) Unidades Sentinela distribuídas entre os mesmos. A projeção para 2008 a 2011 é de ampliar o número de municípios para 13 (treze) e o de Unidades Sentinela para 25 (vinte e cinco).

A notificação dos agravos, doenças e acidentes de trabalho vem ocorrendo mais intensamente desde 2007, após implantação das unidades sentinelas inserção no SINAN-Net das notificações específicas da área de saúde do trabalhador.

As informações disponíveis no momento podem ser verificadas no quadro abaixo.

<b>Agravos</b>	<b>2007</b>	<b>2008 *</b>
Acidente de Trabalho Grave	209	146
Acidente de Trabalho com exposição à material biológico	108	81

Fonte: SINAN-Net - SES-TO (em 29/07/2008).

\* Período: 01/01/2008 a 29/07/2008.

As estatísticas de acidentes de trabalho que avaliam a situação dos trabalhadores formais provêm do Ministério da Previdência e podem ser vistas no quadro a seguir, lembrando que só aparecem os casos nos quais foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, o que não ocorre em todas as situações.

**FIGURA 59**  
**QUADRO - N.º DE CASOS E N.º DE ÓBITOS POR ACIDENTES DO TRABALHO**  
**TOCANTINS 1999-2006**

<b>Ano</b>	<b>Nº de Acidentes</b>	<b>Nº de óbitos</b>
1999	651	15
2000	704	27
2001	940	33
2002	783	15
2003	913	22
2004	1931	22
2005	1808	25
2006	1210	20

Fonte: Anuário Brasileiro de Proteção 2008.Pg. 45.Ed.14. Revista Proteção

Para o desenvolvimento das ações da área de saúde do trabalhador, principalmente a partir de 2006, considerou-se a abrangência do seu campo de ação, onde a SES/TO tem procurado atuar de forma intra-setorial (alguns setores de atenção e de vigilância do SUS) e intersetorial (envolvendo a Previdência, Trabalho, Meio Ambiente, Educação, Justiça e outros setores). Isso tem propiciado uma melhora na produção de informações dos Acidentes de Trabalho Graves junto ao SINAN-NET nos municípios de Palmas e Dianópolis, ambos com unidades sentinela implantadas desde 2005 e 2006 respectivamente.

A integralidade do atendimento dos trabalhadores na rede SUS, conforme preconizado na portaria GM 2.437/05, ainda não é uma realidade, uma vez que as Unidades Sentinelas em Saúde do Trabalhador não estão identificando os demais agravos à saúde do trabalhador. Portanto, é necessária a intensificação das ações de supervisão, no sentido de orientar as unidades quanto às notificações corretas. Mesmo assim, o número de notificações dos acidentes de trabalho continua crescendo de forma quantitativa e qualitativa nos dois municípios mencionados anteriormente. Esse avanço propiciou um melhor desenvolvimento e qualificação das ações de vigilância em ambientes e processos de trabalho realizados pelos técnicos do CEREST, contando, em muitos casos, com a participação do controle social, conforme a Portaria GM 3120/98.

As principais dificuldades para uma melhor implementação das ações de saúde do trabalhador no estado, tem sido a grande rotatividade de profissionais de saúde, não só nos municípios, mas na própria sede da SES/TO, incluindo o CEREST, dificultando a continuidade das ações; conciliar agenda de cursos e eventos com as demais áreas e setores da SES/TO; estabelecer ações conjuntas de vigilância intra e intersetoriais; equipe técnica insuficiente, gerando acúmulo e sobrecarga de trabalho para alguns técnicos; morosidade na contratação de bens e serviços, acarretando no atraso da implantação das unidades sentinelas e vigilância em saúde do trabalhador; baixa sensibilização dos profissionais de saúde para notificar, investigar e fazer o diagnóstico dos agravos relacionados ao trabalho; surgimento de demandas não previstas no Plano de Trabalho; pouco comprometimento e/ou envolvimento de gestores municipais nas ações de saúde do trabalhador; e, dificuldades de implantação dos Protocolos de Atenção à Saúde do Trabalhador, por depender dos profissionais especialistas da rede SUS.

Apesar destes problemas, a área técnica de saúde do trabalhador vem desenvolvendo ações relevantes para o fortalecimento da sua política no Tocantins, entre as quais cabe ressaltar:

- Elaboração do Mapa de Perfil do Produtivo do Estado;
- Investigação de acidentes fatais notificados no SINAN.
- Processos de Implantação e supervisão de Unidades Sentinela em Augustinópolis, Araguaína, Arraias, Dianópolis, Palmas, Paraíso, Miracema, Lagoa da Confusão, Gurupi, Porto, Pedro Afonso Nacional, Tocantinópolis e Xambioá.
- Execução do Projeto Saúde Vocal para professores de escolas da Rede Estadual de Ensino, em parceria com a Secretaria da Educação;
- Monitoramento de empreendimentos potencialmente poluidores com impactos na saúde humana, em conjunto com a área de vigilância ambiental em saúde e outros órgãos, entre os quais: Usinas Hidrelétricas de Estreito e São Salvador; Pequenas Centrais Hidrelétricas na região de Dianópolis, jazidas para beneficiamento de calcário (Xambioá e Sudeste); Projeto



para aproveitamento hidroagrícola na região da Lagoa da Confusão; Ferrovia Norte-Sul, Indústrias de cerâmicas.

Como impacto destas ações pode ser ressaltada uma maior aproximação com outras áreas. Isto possibilitou a execução de ações conjuntas com outros setores, principalmente com a Vigilância Ambiental em Saúde, a Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica. Desta forma, foram intensificadas as ações conjuntas com a Vigilância Ambiental em Saúde no monitoramento de grandes empreendimentos em instalação no Estado, associando a Saúde do Trabalhador aos impactos à saúde gerados pelas alterações ambientais resultantes destas obras às populações expostas, com envio de relatórios aos parceiros intra e interinstitucionais para se necessário se estabelecer ações conjuntas.

Este trabalho vem trazendo como resultado um maior reconhecimento das áreas de Vigilância Ambiental em Saúde e Saúde do Trabalhador no Estado junto a órgãos diversos, bem como na própria estrutura do SUS Tocantins. As ações de vigilância trazem como resultado, primeiramente, os encaminhamentos e as articulações com órgãos ambientais. As recomendações constantes nos relatórios propiciam a esses, um maior reconhecimento quanto às questões de saúde envolvidas nos grandes empreendimentos. Da mesma forma, melhorias dos ambientes e processos de trabalho poderão ser atingidas em maior grau nas ações intersetoriais, como por exemplo, com Ministério Público Federal, IBAMA e NATURATINS.

As demais ações de monitoramento dos grandes empreendimentos, mesmo com os encaminhamentos dos relatórios, podem trazer resultados imediatos, tais como melhorias pontuais em máquinas ou processos com riscos iminentes ou graves à saúde.

Na área de capacitação, as ações têm sido uma constante no processo de implementação da Política de Saúde do Trabalhador. Esse processo não é fácil, mas é encorajador na medida em que se busca formar uma massa crítica de trabalhadores do SUS e do controle social comprometidos com a promoção da saúde dos trabalhadores nos mais diferentes campos de atuação. Apesar de que muitas vezes os próprios gestores do SUS não colaborem para essa implementação, é possível conseguir resultados bastante positivos. O maior exemplo desse resultado é o "Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana", concluído em 2008, oferecido para 60 profissionais da rede SUS e de outros setores contribuindo para o aprimoramento desta Política.

## 2.1.6 – ATENÇÃO À SAÚDE

### 2.1.6.1- ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE NO TOCANTINS

Implementada desde 1998 a Estratégia Saúde da Família se constitui em um importante pilar na organização e fortalecimento da Atenção Básica. Como primeiro nível de atenção à saúde, potencializa a resolutividade dos serviços por meio da ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na Promoção da Saúde. Tem como objetivo a redução da demanda dos serviços especializados e das internações hospitalares.

A reorganização do modelo de atenção à saúde adotado pelo Estado do Tocantins para atenção primária está pautada nas seguintes estratégias: Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, Saúde Bucal e Saúde Prisional.

A Estratégia Saúde da Família e/ou unidade básica de saúde propõem-se a ser a porta preferencial de entrada do sistema, tendo como referência os serviços de média e alta complexidade. Hoje, a população tocantinense tem cobertura de 99% de Agentes Comunitários de Saúde, 75% da Estratégia Saúde da Família e 80% de Saúde Bucal. Constatamos ainda que a procura aos serviços de média complexidade de forma espontânea tem sido bastante expressiva, gerando assim uma demanda reprimida das ações pertinentes a esse nível de complexidade, indicando a necessidade de reestruturação da Atenção Básica na perspectiva da Atenção Primária.

#### ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

**FIGURA 60**  
**QUADRO – N.º DE UNIDADES BÁSICAS CADASTRADAS**  
**TOCANTINS – 2007**

Descrição	Total
<a href="#">CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA</a>	305
<a href="#">POSTO DE SAUDE</a>	36
<a href="#">POLICLINICA</a>	12
<a href="#">CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE</a>	91
<a href="#">UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</a>	46

Fonte: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=17](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=17) - 07/01/2007

Todos os municípios (139) possuem unidades básicas de saúde, sendo que estas necessitam na sua grande maioria readequação, melhorias da estrutura física e dos equipamentos.

## **EVOLUÇÃO DO CREDENCIAMENTO E IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

Observa-se na figura 61 uma alta cobertura das estratégias adotadas para o desenvolvimento da Atenção Primária. De acordo com Mendes propõe um modelo de análise do processo de implantação do ESF no SUS, que conta com quatro momentos: o de transição incipiente, o de transição intermediária, o de transição terminal e o de consolidação. "Esses momentos caracterizam-se por singularidades que se manifestam numa dimensão horizontal de extensão, indicada pela cobertura populacional do PSF, e numa dimensão vertical, dada pelo grau de institucionalização do PSF" (MENDES, 2002 p. 31). O PSF no Tocantins se encontra atualmente no momento de transição intermediária, em que ainda existe pouca sustentabilidade endógena do processo e que é ainda fortemente dependente de estímulos externos. Nesse sentido, defende-se que se avance na melhoria da qualidade da Atenção Primária, na "totalidade das unidades básicas do estado, com sistemas de incentivos dirigidos exclusivamente à expansão de equipes do PSF e à conversão do modelo de atenção tradicional para o modelo PSF".

O que se espera de uma estratégia que implemente os princípios da Atenção Primária à Saúde é que seja capaz de resolver cerca de 80% da demanda dos serviços de saúde de uma comunidade, já que a maior parte dessa demanda concentra-se em poucos problemas.

Sabe-se, por exemplo, que cerca de 50 diagnósticos respondem por mais da metade da demanda das unidades básicas de saúde e que, por sua alta capacidade resolutiva, encaminha somente de 5 a 20% dos casos para serviços de referência (TAKEDA, 2004).

**FIGURA 61**  
**QUADRO – EVOLUÇÃO DO CREDENCIAMENTO E IMPLANTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA, ACS E SAÚDE BUCAL**  
**TOCANTINS – 1998 A 2007**

Ano	Mês	Teto de ACS	Nº de ACS implantados	% de cobertura populacional ACS	Teto de ESF	Nº de ESF implantados	% de cobertura populacional da SF	Nº de ESB modalidade I implantadas	Nº de ESB modalidade II implantadas	% de cobertura populacional da SB	População
1998	12	0	1.359	67,69	0	82	25,30	0	0	0,00	1.080.753
1999	12	0	2.385	90,79	0	139	42,31	0	0	0,00	1.080.753
2000	12	0	2.507	92,82	0	118	33,53	0	0	0,00	1.134.895
2001	12	0	2.570	95,09	0	176	46,76	45	0	19,87	1.184.895
2002	12	0	2.837	99,83	0	258	65,87	105	0	44,37	1.184.895
2003	12	0	2.977	99,84	0	285	70,50	147	0	61,26	1.207.014
2004	12	3.412	3.007	99,20	532	287	68,74	167	1	68,46	1.250.855
2005	12	3.469	3.204	98,90	530	317	74,49	200	1	75,85	1.250.855
2006	12	3.756	3.420	99,74	571	350	77,93	239	1	83,82	1.357.552
2007	10	3.845	3.401	99,37	581	349	75,97	242	2	80,64	1.384.265

Fonte: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza\\_cadastro\\_ret.php/07/01/2008](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php/07/01/2008).

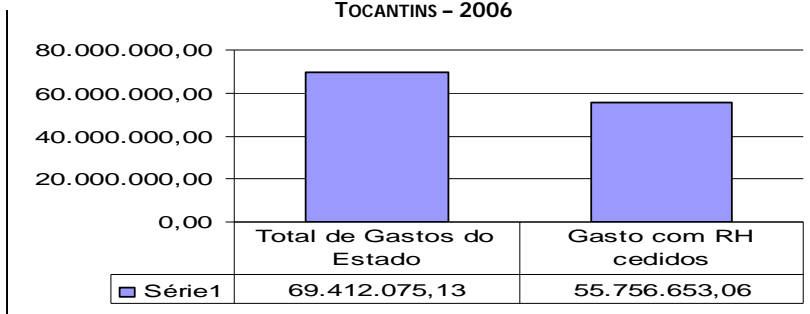
## INVESTIMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS DO ESTADO PARA OS MUNICÍPIOS:

A descentralização implica em redistribuição, em transferência de poder e não apenas na delegação de competências sem deslocamento de poder. É um processo político conflituoso e de difícil consecução, principalmente por implicar em atuação sobre interesses de grupos de poder, sejam eles técnicos, econômicos ou políticos.

Do ponto de vista financeiro, pode-se dizer que os municípios tocantinenses ainda dependem grandemente de repasses intergovernamentais.

Do total de recursos financeiros (69.412.075,13) repassados para os municípios em 2006 foi de 79% (55.756.653,06) para o pagamento de cessão de pessoal conforme o Gráfico 1, que totaliza 8999999 servidores remunerados em dia e com todos os direitos trabalhistas garantidos.

**FIGURA 62**  
**GRÁFICO - GASTOS ESTADUAL COM ATENÇÃO BÁSICA**  
**TOCANTINS - 2006**



Fonte: SESAU-TO

## DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA - SISPACTO/2006.

O Pacto dos indicadores da Atenção Básica constitui instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esta atenção, base para negociação de metas, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde da população.

Além de avaliar os resultados alcançados, pretende-se fornecer subsídios para implementar o debate sobre a negociação em torno de indicadores de desempenho da atenção básica e para a discussão sobre as possibilidades de utilização do instrumento no processo de planejamento e avaliação em saúde.

Conforme a Figura 63, a análise de desempenho dos indicadores estão agrupados pelos blocos Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Controle da Hipertensão, Controle da Diabetes, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase, Saúde Bucal, Gerais

FIGURA 63

QUADRO – INDICADORES DO PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA . TOCANTINS – 2001 A 2006

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica

Secretaria Executiva/Departamento de Informática do SUS - Datasus

Pacto de Indicadores de Atenção Básica – 2006

Versão: 2006.05

UF: Tocantins

População: 1.332.443

(estimativa do IBGE para 2006)

Série histórica e metas dos indicadores

Indicador	Série Histórica						Metas 2006		Tendência esperada	
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Estado	Brasil		
<b>Saúde da Criança</b>										
1	Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade	592	528	514	482	448	-			↘
2	Coefficiente de mortalidade infantil	21,9	20,1	19,7	18,8	17,0	-			↘
3	Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	6,5	6,4	6,7	6,8	6,4	-			↘
4	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	9,8	4,0	3,5	2,7	4,5	-			↘
5	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos	61,3	51,8	47,6	40,9	41,8	31,0			↘
6	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos	31,1	29,7	28,3	29,5	28,5	28,6			↘
7	Número absoluto de óbitos neonatais tardios	53	72	55	62	62	-			↗
8	Coefficiente de mortalidade neonatal tardia	2,0	2,7	2,1	2,4	2,4	-			↗
<b>Saúde da Mulher</b>										
9	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	-	-	-	-	-	-			↗
10	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	73,2	79,4	83,6	85,8	86,7	-			↗
11	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	-	0,34	0,23	0,22	0,22	0,18			↗
12	Razão de mortalidade materna	59,2	57,1	69,1	54,5	72,1	-			↘
13	Proporção de partos cesáreos	27,7	29,1	30,1	31,2	33,7	-			↘
14	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	30,6	31,8	34,9	38,4	38,1	-			↗

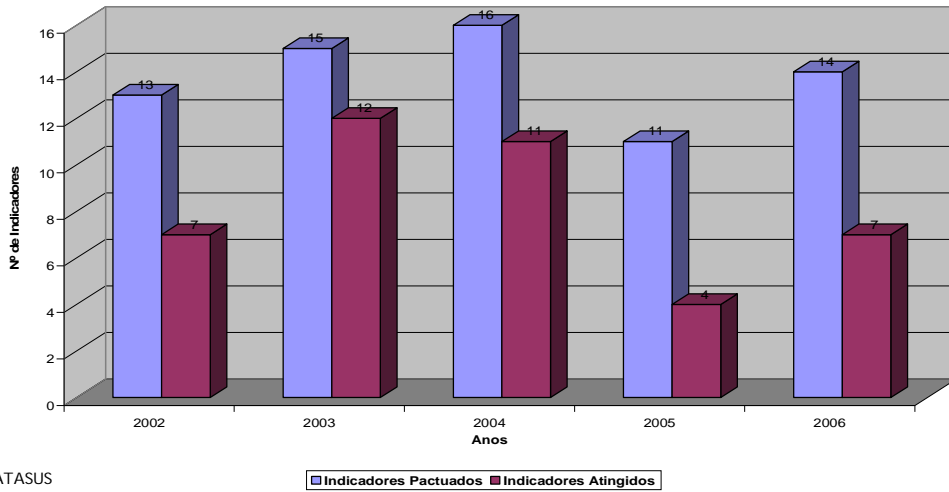
<b>Controle da Hipertensão Arterial</b>										
15	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	52,1	44,8	39,7	41,0	43,0	40,3			↘
16	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	120,0	101,4	81,5	86,6	82,0	84,1			↘
17	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	-	19,4	26,7	30,2	39,4	44,1			↗
<b>Controle da Diabetes</b>										
18	Proporção de internações por complicações do Diabetes Mellitus	1,2	0,9	1,0	0,9	1,1	1,2			↘
19	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	-	13,7	18,6	21,1	28,3	32,2			↗
<b>Controle da Tuberculose</b>										
20	Proporção de abandono de tratamento de tuberculose	7,9	11,2	8,8	6,4	4,7	-			↘
21	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	14,8	13,4	10,2	11,7	10,1	-			↘
<b>Eliminação da Hanseníase</b>										
22	Coefficiente de prevalência de hanseníase	-	-	-	4,9	5,4	6,3			↘
23	Coefficiente de detecção de casos novos de hanseníase	-	-	-	7,4	8,0	9,9			↗
<b>Saúde Bucal</b>										
24	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	-	-	-	-	-	7,6			↗
25	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	-	-	-	-	-	4,0			↗
26	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7			↗
27	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	0,8	1,0	1,1	2,6	2,1	3,1			↗
<b>Gerais</b>										
28	Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família	46,0	58,3	61,7	70,4	73,7	78,5			↗
29	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	1,97	2,08	1,71	1,48	1,37	1,43			↗
30	Média mensal de visitas domiciliares por família	1,09	1,08	1,10	1,07	0,98	0,92			↗

**Convenções:**

[-] : dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento ou não aplicável

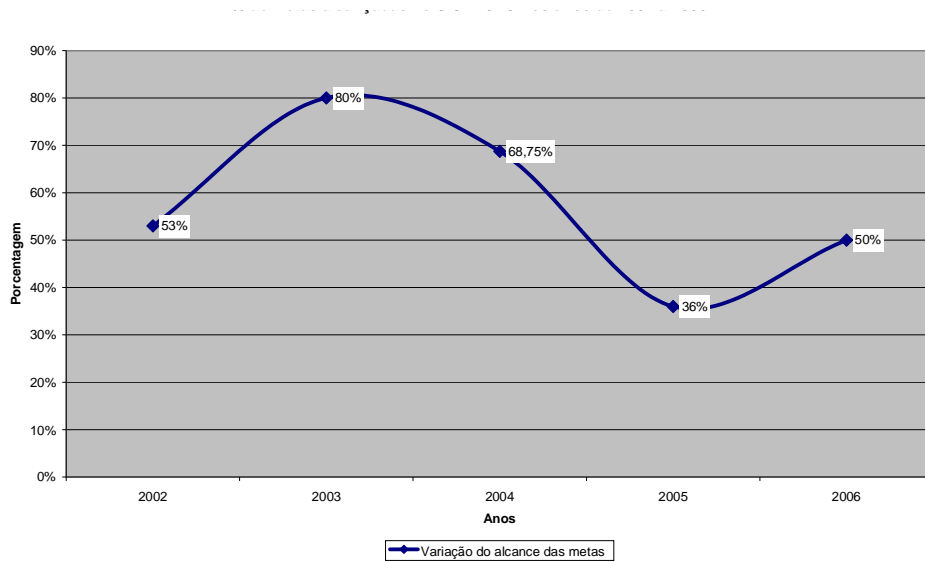
[...] dado não disponível

**FIGURA 64**  
**GRÁFICO – SÉRIE HISTÓRICA DOS INDICADORES DO PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO TOCANTINS.**  
**TOCANTINS – 2002 A 2006**



fonte: DATASUS

**FIGURA 65**  
**GRÁFICO – PERCENTUAL DE METAS ALCANÇADAS NO SISPECTO**  
**TOCANTINS – 2002 A 2006**



fonte: DATASUS



Considerando as figuras 64 a 65 constatamos que ocorreram variações nos percentuais das metas alcançadas, sendo a maior no ano de 2003 com 80% e a menor de 36% em 2005. De acordo com os blocos, saúde da criança e tuberculose tem obtido na série histórica resultados superiores a 70% das metas propostas enquanto saúde da mulher; hipertensão, diabetes e Hanseníase obtiveram resultados inferiores.

Nos indicadores gerais (Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família, Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas e Média mensal de visitas domiciliares por família) identificamos apenas o de cobertura dos PSF não houve redução do alcance das metas proposta o mesmo vem aumentando progressivamente, enquanto os outros 2 indicadores vem diminuindo.

Podemos avaliar que mesmo tendo altas coberturas do PSF precisamos melhorar a assessoria técnica aos municípios, com algumas estratégias, tais como:

- Monitorar e avaliar as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal;
- Desenvolver uma qualificação permanente para todos os membros das ESF e SB;
- Avaliar os municípios baseados em gestão de resultados.

Nos anos 2005 e 2006 houve uma fragilidade do acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde "in loco". Essa realidade nos faz ponderar sobre os resultados das metas pactuadas. Na análise dos indicadores, devem ser levados em conta fatores que podem interferir no cumprimento das metas: o acesso do usuário a certas especialidades médicas; o acesso contínuo aos medicamentos; sistemas de informações implantados; infra-estrutura e recursos humanos para o desenvolvimento das ações. A insuficiência do acompanhamento e de avaliação, sistemáticos e contínuos, dessas ações, impede de tomarmos os resultados como a representação pura da realidade da saúde. Esses fatores devem ser considerados, tanto numa nova pactuação como nas ações de planejamento.

#### FIGURA 66

QUADRO - COMPARATIVO DO N.º DE PROFISSIONAIS DO SAÚDE DA FAMÍLIA  
TOCANTINS - 2002 - 2007

<b>Comparativo 2002 / 2007</b>			
<b>Descrição</b>	<b>2002</b>	<b>2007</b>	<b>% de crescimento</b>
Nº de Agentes Comunitário de Saúde existentes	2.895	3.699	21,7
Nº de Famílias acompanhadas pelo PACS/PSF	285.722	329.917	13,4
População atendida pelo PACS/PSF	1.105.267	1.200.014	7,9
Nº de Profissionais atuantes no PSF:			
Médicos	206	348	40,8
Enfermeiros	294	401	26,1
Odontólogos	85	260	67,3

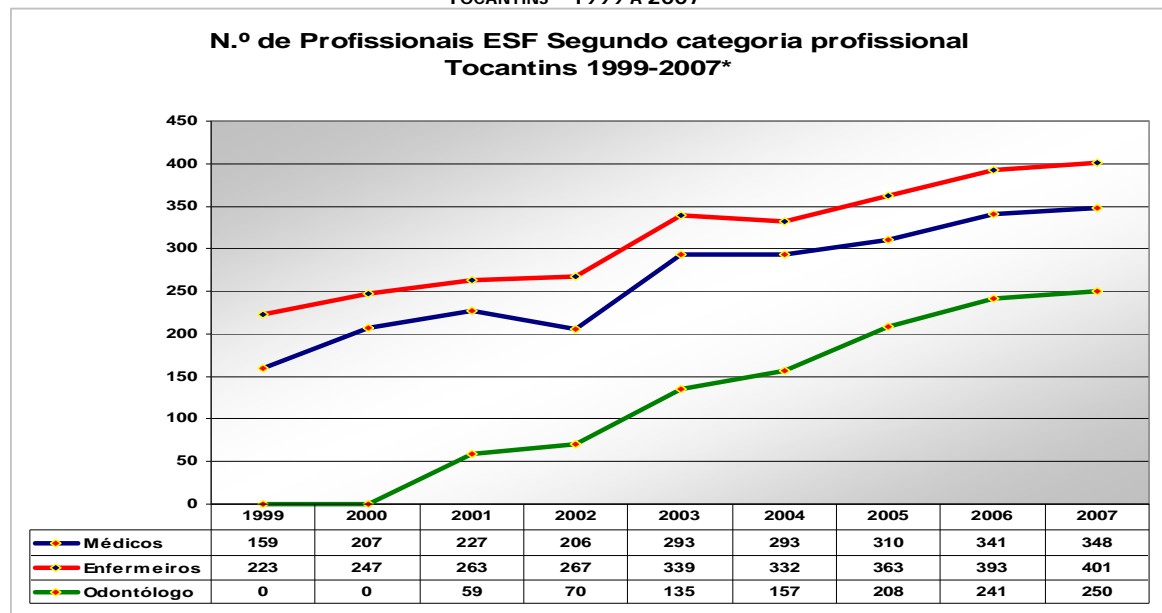
Fonte: SPAS/DAP/CAB/GT Saúde da Família

**FIGURA 67**  
**GRÁFICO – N.º DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SEGUNDO ANO**  
**TOCANTINS – 1994 A 2007**



Fonte: SPAS/DAP/CAB/GT Saúde da Família  
 \*Dados parciais até Maio de 2007

**FIGURA 68**  
**GRÁFICO – N.º DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL**  
**TOCANTINS – 1999 A 2007**



SESAU/SAPS/DAP/CAB-PACS/PSF  
 \*Dados parciais até Maio-2007

## 2.1.6.2- ATENÇÃO ESPECIALIZADA DA SAÚDE

A Atenção Especializada fundamenta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, e a rede assistencial de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, propõe o desenvolvimento e implantação de projetos estratégicos, padronização de ferramentas gerenciais para os ambulatórios e hospitais, sistematização de avaliação de gestão, objetivando principalmente à constante melhoria das unidades assistenciais. Conta hoje com estrutura assistencial conforme representação abaixo.

No Tocantins surgiu como Coordenação no início de 2004, vinculada a Diretoria de Assistência a Saúde com a responsabilidade de dar suporte gerencial na área de assistência aos hospitais de referência, época em que o estado encerrou convênio com a Fundação Pró Saúde. Foi se agregando necessidades e responsabilidades à coordenação como: responder pelas urgências e emergências, hospitais de pequeno porte, ampliando o leque de atribuições a rede de média e alta complexidade, passando a ter outro olhar pela SESAU, após o novo organograma.

Dentro do novo organograma passa a responder como Diretoria de Atenção Especializada vinculada a Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde, agregando as Coordenações de Média Complexidade, Alta Complexidade e Controle Oncológico e Fatores de Risco; e recentemente atendendo prerrogativas legais do Ministério da Saúde a Coordenação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

De acordo com a Figura 69, 38% das unidades de saúde do Estado em 2007 era composta por Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde. Ao todo existem cerca de 744 Unidades de Saúde em todo o Estado atendendo desde a Atenção Básica até a Alta Complexidade.

**FIGURA 69**  
**QUADRO - UNIDADES DE SAÚDE EXISTENTES**  
**TOCANTINS - 2007**

Descrição	Total	%
Centro de saude/unidade basica	285	38,31
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	119	15,99
Consultorio isolado	78	10,48
Clinica especializada/ambulatorio de especialidade	75	10,08
Hospital geral	65	8,74
Unidade de vigilância em saúde	47	6,32
Posto de saude	42	5,65
Policlinica	13	1,75
Central de regulacao de servicos de saude	4	0,54
Unidade movel terrestre	4	0,54
Pronto socorro geral	4	0,54
Farmacia	3	0,40
Hospital especializado	2	0,27
Cooperativa	1	0,13
Unidade movel de nivel pre-hosp - urgencia/emergencia	1	0,13
Laboratorio Central de Saude Publica - LACEN	1	0,13
Total	744	100,00

Fonte: CNES/DATASUS/07

Com a função de executar, controlar e avaliar as atividades, planos, programas e ações de média e alta complexidade, assegurando o cumprimento das políticas, diretrizes e determinações estabelecidas, objetivando coordenar e desenvolver em equipe, através de ação conjunta e de forma

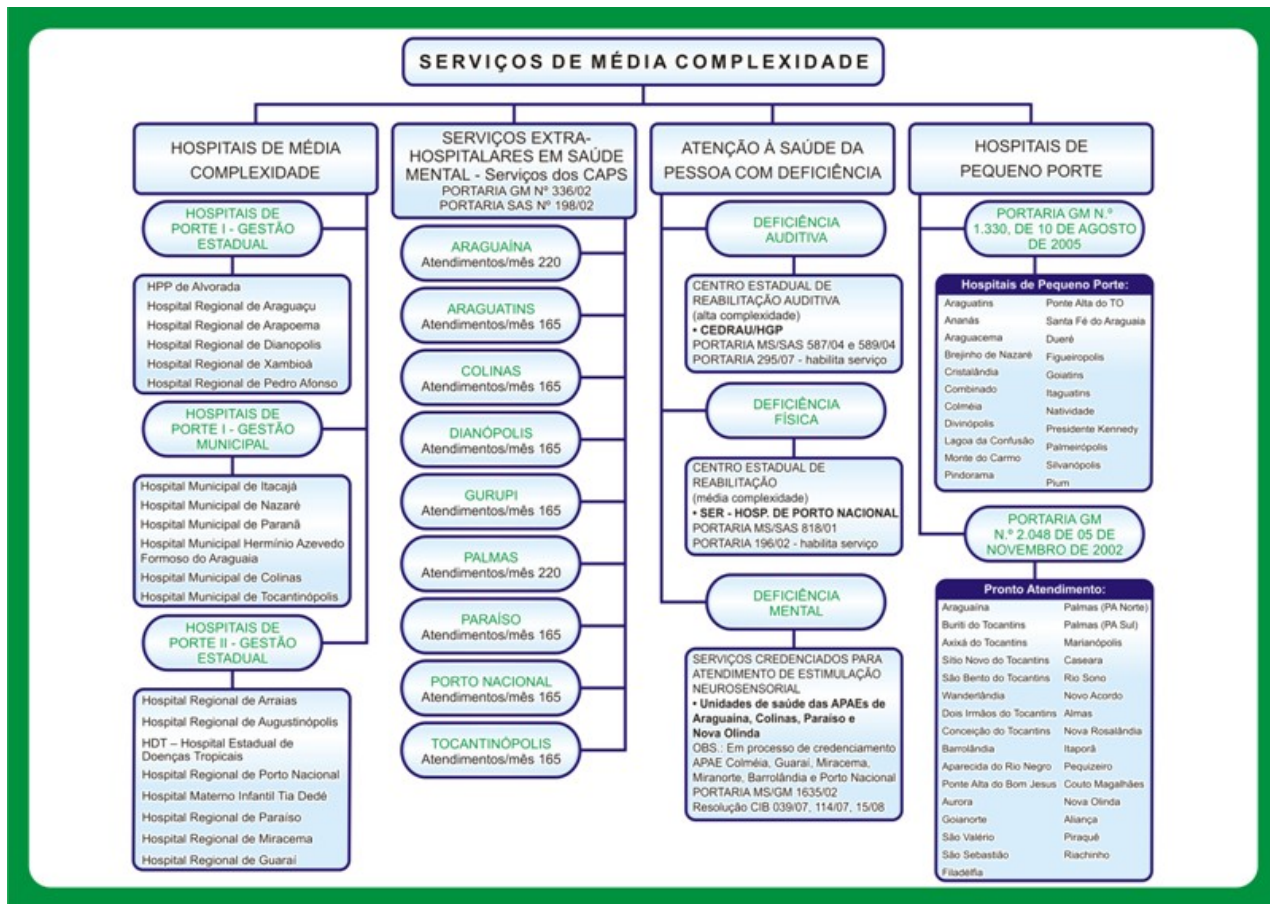
intersectorial, atividades que visem o alcance de metas e levem a (Re) organizar uma Rede de Assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar resolutive para o Tocantins a Atenção Especializada possui a seguinte organização no Estado:

### 2.1.6.2.1 - SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Esta coordenação tem como competência a organização, execução e supervisão das atividades, planos e metas da rede assistencial de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assegurando o cumprimento das políticas, diretrizes e normas preconizadas.

### 2.1.6.2.2 - SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

**FIGURA 70**  
**FLUXOGRAMA – SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE**  
**TOCANTINS – 2006**



Fonte: SESAU - TO.

## CONTROLE ONCOLÓGICO E FATORES DE RISCO.

As ações de prevenção e assistência oncológica da Secretaria Estadual da Saúde do Tocantins passam através de 2 etapas bem definidas:

A primeira etapa iniciou-se a partir de 1995 com as campanhas pontuais do Controle do Tabagismo / Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS)), sendo que somente em 1998 é que se estruturou no organograma da Secretaria, o Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco do Câncer, desenvolvendo ações sistemáticas de prevenção primária do câncer, visando a redução da prevalência de fumantes na população e eliminação da poluição tabagística em ambientes fechados.

A segunda etapa começa em agosto de 1998 com a Campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Colo do Útero. Após essa campanha, foi instituído em 1999 o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero, com objetivo de reduzir a morbi-mortalidade por esse tipo de agravo

Ainda no ano de 1999, foi implantado o Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer, com o objetivo de aperfeiçoar as informações em câncer, através dos sistemas de Registro Hospitalar de Câncer - RHC, a ser instalados nas referências para tratamento oncológico dos Hospitais de Araguaína e de Palmas e, Registro de Câncer Base Populacional-RCBP, instalado no município de Palmas/TO. Esses sistemas recebem informações dos diagnósticos de câncer e seus estadiamentos, com o objetivo de conhecer epidemiologicamente os fatores de risco do câncer.

A partir desses avanços, a Secretaria muda a visão organizativa da Política de Saúde, quando começa a montar as referências para prevenção e tratamento do câncer de colo do útero no Estado: acesso das mulheres aos exames de prevenção Papanicolaou disponibilizados em todas as unidades básicas de saúde a todas as mulheres e ao tratamento das lesões precursoras do câncer, através das Cirurgias de Alta Frequência - CAF. As pacientes que precisavam realizar cirurgias oncológicas, quimioterapias e/ou radioterapias eram encaminhadas para Goiânia, já que não existia ainda o CACON- Centro de Alta Complexidade em Oncologia, em nosso Estado.

Em 2002, foi inaugurado em Araguaína o CACON I (Centro de Alta Complexidade em Oncologia), para atender toda a população do Tocantins, Sul do Pará e Sul do Maranhão no tratamento de câncer na sua integralidade.

Ainda em 2002 acontece em nosso Estado:

- expansão das ações do Tabagismo com a implantação dos Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante nos municípios de Palmas, Gurupi e Araguaína;
- Implantação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Boca.

Em 2007, foi implantado o serviço de oncologia no Hospital Geral de Palmas - HGP, ou seja, a Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº741 de 19 de dezembro de 2005, que extingue com os serviços isolados de quimioterapia, exigindo que o novo serviço fosse integral, desde a prevenção a sua reabilitação em Hospital Geral.

Visando uma maior integralidade e otimização das ações em Câncer, foram centralizados todos os Programas mencionados acima, em uma Coordenação de Oncologia, voltada à prevenção, detecção precoce e assistência ao câncer e seus fatores de risco. Compete a esta coordenação estabelecer fluxos e

referências para o atendimento a pacientes com câncer, com ênfase na prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Em 11 de março de 2008, a Portaria SAS/MS nº 146, inclui na tabela de habilitação de Serviços Especializados do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES o Hospital de Referência de Araguaína, como UNACON com Serviço de Radioterapia e o Hospital Geral de Palmas como UNACON.

## **ATENÇÃO A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

De acordo com dados estatísticos do Censo 2000/IBGE, no Estado do Tocantins os indicadores expressam a existência de 178.614 pessoas com algum tipo de deficiência.

Em 2002 foi publicada a portaria ministerial SAS 192/02 que habilita duas unidades de saúde no Estado para procedimentos de alta e média complexidade em reabilitação física.

A partir de crescente demanda individuais por órteses e próteses, foi instituída, no ano de 2003, a Coordenação de Órtese e Prótese com intuito de atender a população do Tocantins. Em 2005 é elaborado o Manual Estadual de Solicitação e Dispensação de Orteses e Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, implementando e ampliando as ações de concessões de órteses e próteses. Inicia-se o processo de estruturação dos serviços de reabilitação do Estado:

- 2006 o Estado inaugura o Serviço Estadual de Reabilitação de Porto Nacional, inicia as atividades do Centro Estadual de Diagnóstico e Reabilitação Auditiva e parceria com a Hanseníase para construção de duas Unidades de Reabilitação uma em Palmas e uma em Araguaína;

- 2007 efetivou a parceria com organizações da sociedade civil para instalação de unidades de reabilitação com estimulação neurosensorial credenciando as unidades na portaria ministerial 1635/02; realizou-se a primeira pactuação da rede de atenção a saúde da pessoa com deficiência.

De acordo com o funcionamento da Rede de Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência, os usuários atendidos na atenção primária e identificados com deficiência física, auditiva ou mental serão encaminhados para os serviços intermunicipais, média e alta complexidade, onde receberão atendimento multiprofissional para diagnóstico e reabilitação com concessão de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção. Os usuários que necessitem de reabilitação deverão ser encaminhados para os municípios de referência para atendimento em reabilitação fisioterápica e terapia fonoaudiológica.

Nesse sentido, na seara da saúde, atualmente o Estado do Tocantins conta com 01 (um) serviço de reabilitação para pessoas com deficiência física (SER – Serviço Estadual de Reabilitação – Porto Nacional) e 01 (um) serviço de diagnóstico e reabilitação auditiva (CEDRAU – Centro Estadual de Diagnóstico e Reabilitação Auditiva) que realiza atendimento multiprofissional; e está em fase de implantação o serviço de reabilitação em Araguaína e Palmas, média e alta complexidade, respectivamente, e os 09 (nove) serviços de reabilitação intermunicipal.

Compondo o elenco de ações e serviços, está a concessão de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção. De acordo com os dados do sistema de informação da Gerência Estadual de Reabilitação, Órtese e Prótese nos últimos cinco anos (2003 a 2007) foram atendidos cerca de 3.646 usuários (deficiências física, auditiva e visual) com concessão de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção:

## SAUDE MENTAL

Os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, famílias e/ou comunidades, sendo que, atualmente estima-se que 12% da população mundial sofrem de alguma doença mental, porém o relatório da Organização Mundial da Saúde de 2001, aponta que estes transtornos serão a segunda causa de adoecimento da população no ano se 2020.

Diante deste quadro caótico, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde têm avançado na definição de Políticas Públicas para a Saúde Mental no Brasil e no Estado do Tocantins, tendo como eixo norteador a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que preconiza a inversão na lógica assistencial hospitalocêntrica, colocando a internação psiquiátrica como último recurso a ser utilizado e investindo em alternativas de tratamento extra-hospitalar e a reinserção social.

No Tocantins, o primeiro encontro para discutir a Saúde Mental no Estado ocorreu em novembro de 1995, sob a orientação da Dr<sup>a</sup>. Fátima de Oliveira e do Dr. Jorge Bichuetti, fiéis colaboradores de todo o processo, ambos do Instituto Félix Guatarrí em Minas Gerais. A partir daí, foi treinada uma equipe técnica e montado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS do Estado na cidade de Araguaína, seguidos dos NAPS de Gurupi, Palmas e Porto Nacional, respectivamente. Foram realizados encontros, seminários e supervisões, visando o aprimoramento desses serviços e a consolidação de um modelo de atenção não impregnado pela lógica manicomial.

Em maio de 2002 foi publicada a primeira cartilha da área de saúde mental onde se descrevia as pilastras de sustentação norteadoras para a Política Pública de Saúde Mental para o Estado, fruto de várias reuniões com usuários, familiares, técnicos e demais setores da sociedade civil organizada, objetivando montar estratégias e estabelecer prioridades para esta área em todo o Estado.

Atualmente esta política têm como pressuposto básico a reinserção social e familiar das pessoas em sofrimento psíquico e a reabilitação psicossocial, mas tendo o cuidado como eixo central e garantindo a estes o exercício pleno de sua cidadania. Ainda faz parte desta política, a qualificação profissional, através de capacitações e parcerias com os municípios onde os serviços de saúde mental funcionam, assim como a supervisão técnica e a estimulação aos serviços para a supervisão clínica, que resulta em uma melhor qualidade da assistência psiquiátrica em nosso Estado, conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Como forma de garantir esta assistência, o Estado do Tocantins, através da Secretaria de Estado da Saúde vem articulando a rede de atenção psicossocial, com a implantação de serviços tipo CAPS – Centro de Atenção Psicossocial e Ambulatórios de Saúde Mental em todos os municípios com população acima de 20 mil habitantes, sendo que estes serviços já são oferecidos nos municípios de Araguaína, Palmas, Porto Nacional, Gurupi, Paraíso, Colinas, Araguatins, Dianópolis e Tocantinópolis, ou seja, existem nove serviços especializados no tratamento de neuróticos e psicóticos e um serviço especializado em pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Outro objetivo desta secretaria é a implantação de Unidades Psiquiátricas nos Hospitais de Palmas, Porto Nacional, Gurupi e Araguaína para que estes sirvam de retaguarda para as internações originadas nos serviços de saúde mental do Estado.

## **GESTÃO, LOGÍSTICA E ABASTECIMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE**

A partir de 1995, por duas gestões, a gerência dos hospitais estaduais foi gerida por duas instituições filantrópicas, especializadas em Administração Hospitalar.

Após estudos de custo x benefício de suas unidades hospitalares a SESAU, através de convênios, firmou parcerias com instituições comunitárias locais, onde foram cedidos bens móveis, imóveis e recursos humanos para o funcionamento dos mesmos.

Através de contrato firmado com as instituições especializadas em Administração Hospitalar, primeiro a Sociedade Beneficente São Camilo e em seguida a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – Pró-Saúde, o Estado implantou nos Hospitais toda a estrutura organizacional e administração.

A terceirização da gerência dos Hospitais veio com a necessidade de agilidade nos processos de aquisição de material e menor custo, bem como da melhor eficiência e controle das rotinas. A equipe da gerência hospitalar e depois também a equipe de apoio dos hospitais eram funcionários contratados diretos da Sociedade Beneficente São Camilo-SBSC e posteriormente a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar Pró-Saúde.

Essas parcerias foram determinantes e refletiram diretamente na filosofia de dotar os hospitais de uma gestão eficiente, garantindo a participação da comunidade na situação organizacional dos hospitais, através das instituições comunitárias.

Com o término do contrato da Pró-Saúde, a SESAU – TO assumiu temporariamente a gerência dos 14 Hospitais de Referência, repassando a mesma para uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público-OSCIP/Brasil, em 31/07/2003. Devido à dificuldade em cumprir as cláusulas contratuais, o contrato foi revogado em 2.004, retornando a gerência hospitalar para a SESAU.

A Secretaria de Estado da Saúde reassume a gerência hospitalar fragilizada nos aspectos de dependência de recursos financeiros e humanos específicos, sistema de logística e informações da nova modalidade de gestão pública, regida pela Lei Federal nº 8.666/93.

Para auxiliar os Hospitais da Rede Pública Estadual a gestão do Estadual da Saúde instituiu a Superintendência de Atenção e Promoção Diretoria da Saúde-SAPS, que criou a Diretoria de Gestão, logística e abastecimento das Unidades de Saúde que tem, entre outras atribuições as seguintes:

### **GESTÃO HOSPITALAR**

A Secretaria de Estado da Saúde, através de uma gestão eficiente na Administração profissional pública, vem desenvolvendo um criterioso trabalho de planejamento, estruturação, programação, controle e avaliação das ações assistenciais prestadas pelos hospitais, resgatando o papel dos mesmos junto a crescente demanda no que se refere à atenção básica, média e alta complexidade, melhorando de forma significativa a estrutura física das unidades de saúde bem como aparelhando-os e manutindo-os com equipamentos e materiais e medicamentos.



A experiência acumulada pela SESAU na retomada da gestão das Unidades da Rede Estadual de Saúde, permitirá também um avanço nas melhorias de assessoria aos Hospitais municipais do Estado, auxiliando os mesmos na gestão dos serviços prestados a comunidade para que embora de forma cadenciada, os serviços de saúde possam se torna cada vez mais descentralizados e independentes, conforme o preconizado pelos objetivos proposto no âmbito das políticas do Pacto pela Saúde.

Apesar das inúmeras dificuldades encontradas na retomada da administração dos hospitais da Rede Estadual, e devido à dinâmica/característica das rotinas dos serviços prestado e a morosidade/burocracia do serviço público, a SESAU, vem promovendo importantes avanços em sua administração ao qual dentre outros, destacam-se a contratação de empresas para prestação de serviços de apoio especializados em (nutrição, higienização, processamento de roupas e outros) e criação do Estoque Regulador da Saúde, que tem como funcionalidade, centralizar o recebimento das compras e fazer a distribuição de forma racional para as unidades, de acordo com a necessidade de consumo que cada uma possui, de modo a diminuir o problema de abastecimento das Unidades, mantendo-os em pleno funcionamento, também já esta sendo implementada a idéia de criação de uma Ação-PPA/2008, para terceirização da Logística que já encontra-se contemplada no orçamento/2009.

A expansão com serviço de hemodiálise no implantado no Hospital de Referência de Gurupi, a desvinculação do município e a admissão pela a Rede Estadual de Saúde de mais 05 hospitais, somando os atuais 19, com a criação do Hospital Geral de Palmas, a aquisição de novos equipamentos e veículos apropriados para transporte de pessoal, mat/meds e equipamentos para os hospitais, são exemplos de melhorias para a manutenção da rede hospitalar.

As 19 unidades hospitalares (que antes eram 14) têm atendido à demanda espontânea e referenciada, porém, as unidades menores localizadas no interior do Estado, são de pouca resolutividade, em razão da insuficiência de investimento devido ao alto custo, obsolescência tecnológica e a utilização intensa dos equipamentos médico-hospitalares, de diagnóstico e terapia, além da falta de profissionais médicos em algumas especialidades e deficiência na estrutura física, em um Estado que atende mais de 90 % de sua população pelo SUS.

O avanço na implantação do PACS/PSF em alguns municípios tem diminuído ou estabilizado o número de internações hospitalares. Isso demonstra que, para dar melhor qualidade de vida e fazer promoção da saúde é importante investir também em atenção básica.

De acordo com a política de descentralização e desenvolvimento das Regiões na área da Saúde (Pacto pela Saúde), que também tem como objetivo desenvolver e fortalecer o Sistema Único de Saúde-SUS, nas regiões, de forma que possa vir contribui concomitantemente para diminuição das desigualdades entre as mesmas e devido à distância/acesso aos serviços x usuários, faz-se necessário:

- Manter, expandir e reformar as instalações físicas existentes em toda a rede hospitalar;
- Otimizar os recursos financeiros e humanos já existentes;
- Contratar pessoal especializado, conforme viabilidade e,
- Criar centrais de regulação de leitos e serviços.

Nos últimos anos, o Estado do Tocantins vem superando a determinação da Emenda Constitucional 29/2000 de investir em saúde pública, 12% da arrecadação. Conforme análise do SIOPS o Tocantins está em quarto lugar entre os Estados com maior percentual de investimento, sendo aplicado em 2002 – 11,48 %; 2004 – 11,33 %; 2004 – 12,02 %; 2005 – 12,07 %; 2006 – 13,47 % ; 2007 superaram aos 12,5%;

Em 2007 a rede pública hospitalar do Tocantins realizou: 49.439 internações, 4.982.796 atendimentos externos, 7.138 partos normais, 3.018 partos normais, 14.184 cirurgias e 1.724.138 exames. (Fonte: DATASUS/SM) .

Segundo padrões estabelecidos pelo MS, há leitos em quantidade suficiente, mas há falhas em sua distribuição, isto é, sobram leitos nos hospitais menores, principalmente na Região Sul do Estado, devido à baixa resolutividade e faltam leitos nos hospitais maiores e mais complexos, havendo momentos de dificuldade de acomodação.

O presente quadro ocorre por causa da falta de investimento devido ao alto custo, à rápida evolução tecnológica e a utilização intensa dos equipamentos médicos hospitalares de diagnóstico e terapia. A falta de profissionais em algumas especialidades para o interior do Estado e a deficiência na estrutura física, Considerando que em média, 95% da população Estado, é usuária do SUS.

De acordo com a política de descentralização e desenvolvimento das Regiões de Saúde (Pacto pela Saúde), que também tem como objetivo desenvolver e fortalecer as regiões de forma a diminuir as desigualdades entre as mesmas e devido à distância/acesso aos serviços x usuários, faz-se necessário:

- Manter, expandir e reformar as instalações físicas existentes;
- Otimizar os recursos financeiros e humanos já existentes;
- Contratar pessoal especializado, conforme viabilidade e,
- Criar centrais de regulação de leitos e serviços.

**FIGURA 71**

**QUADRO - UNIDADES HOSPITALARES EXISTENTES SEGUNDO NATUREZA  
TOCANTINS - 2007**

Hospitais segundo Natureza	N.º de Hospitais	N.º de Leitos	% de Leitos
<b>Público Estadual</b>	<b>19</b>	<b>1.354</b>	<b>52,8</b>
<b>Hospital de Pequeno Porte - Público/Municipal e Filantrópico</b>	<b>20</b>	<b>244</b>	<b>9,5</b>
<b>Público/Municipal</b>	<b>11</b>	<b>353</b>	<b>13,8</b>
<b>Filantrópico</b>	<b>2</b>	<b>152</b>	<b>5,9</b>
<b>Privado SUS</b>	<b>2</b>	<b>188</b>	<b>7,3</b>
<b>Privado (ativados e desativados)</b>	<b>13</b>	<b>275</b>	<b>10,7</b>
<b>TOTAL de LEITOS HOSPITALARES DO TOCANTINS</b>	<b>67</b>	<b>2.566</b>	<b>100,0</b>

FORNTE: CNES/DATASUS - 11/06/07

FIGURA 72

MAPA - SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALAR DE GESTÃO ESTADUAL E SUAS COMPLEXIDADES  
TOCANTINS - 2007



**HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE**

- Hospital Geral de Palmas - 193 leitos
- Hospital de Referência Dona Regina - 101 leitos
- Hospital de Referência de Araguaína - 202 leitos



**HOSPITAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

- Hospital de Referência de Augustinópolis - 110 leitos
- Hospital de Referência de Xambioá - 37 leitos
- Hospital de Referência de Arapoema - 27 leitos
- Hospital de Referência Dona Dorcelina - 48 leitos
- Hospital de Doenças Tropicais - 51 leitos
- Hospital de Referência de Guarai - 59 leitos
- Hospital de Referência de Pedro Afonso - 30 leitos
- Hospital de Referência de Miracema - 65 leitos
- Hospital de Referência de Paraíso - 73 leitos
- Hospital de Referência de Porto Nacional - 57 leitos
- Hospital de Referência Tia Dedé - 54 leitos
- Hospital de Referência de Dianópolis - 49 leitos
- Hospital de Referência de Gurupi - 122 leitos
- Hospital de Referência de Alvorada - 16 leitos
- Hospital de Referência de Araguaçu - 31 leitos
- Hospital de Referência de Arraias - 40 leitos

FONTE: SESAU/2007

**Macro norte  
Araguaína**

**Macro Sul  
Palmas**

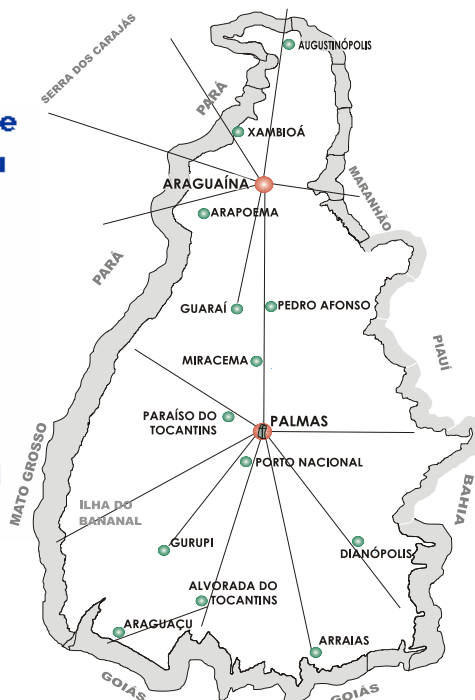


FIGURA 73

QUADRO - SERVIÇOS DA ALTA COMPLEXIDADE MACRO PALMAS - CAPITAL  
TOCANTINS - 2007

Serviços Ambulatoriais:	Serviços Hospitalares:
Hemoterapia	Gestante de Alto Risco
Litotripsia	Cirurgia Bariátrica
Hemodinâmica	Cirurgia Plástica Restauradora
Serviço Isolado de Quimioterapia	Cirurgia Vascular
Radiodiagnóstico	Neurocirurgia Nível I
Terapia Renal Substitutiva	Ortopedia
Tomografia	Urgência e Emergência
Ressonância magnética	UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal

FONTE: SESAU/2007

**FIGURA 74**  
**QUADRO - SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE MACRO ARAGUAÍNA**  
**TOCANTINS - 2007**

<b>SERVIÇOS AMBULATORIAIS:</b>	
Centro de Alta Complexidade em Oncologia - CACON I	Radiodiagnóstico
Densitometria Óssea	Reabilitação Estético-Funcional das más formações Lábio-Palatais
Hemodinâmica	Terapia Renal Substitutiva
Hemoterapia	Tomografia Computadorizada
Litotripsia	Tratamento da Dor Crônica

FORTE: SESAU/2007

**FIGURA 75**  
**QUADRO - SERVIÇOS HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE MACRO ARAGUAÍNA**  
**TOCANTINS - 2007**

<b>Serviços Hospitalares:</b>	
Cirurgia Bariátrica	Ortopedia
Cirurgia Buco – Maxilo Facial	Psiquiatria
Cirurgia Cardíaca	Queimados Nível I
Cirurgia Vascular	Urgência e Emergência Tipo III
Cirurgia Oncológica	UTI Adulto, Cardíaca, Pediátrico e Neonatal Tipo II
Cirurgia Plástica Reparadora	
Gestante de Alto Risco	
Neurocirurgia Nível I e II	

FORTE: SESAU/2007

### 2.1.6.3- SISTEMA ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cumprindo mais uma etapa do programa do Ministério da Saúde – Política Nacional de Atenção às Urgências, lançada em 29 de setembro do ano de 2003 e consolidando o Plano Estadual de Atenção Integral às Urgências da Secretaria Estadual de Saúde, foi implantado e inaugurado no dia 22 de março de 2005 no Estado do Tocantins, mais precisamente nos municípios de Palmas, Araguaína e Gurupi o Serviço de Atendimento Móvel das Urgências (SAMU/192).

Em Palmas, o SAMU/192 opera com três Ambulâncias de Suporte Básico, 01 Ambulância de Suporte Avançado + 01 Ambulância reserva e uma Central de Regulação Médica para atendimento à população de cerca de 200 mil habitantes. Em Araguaína, o SAMU /192 opera com 02 Ambulâncias de Suporte Básico, 01 de Suporte Avançado + 01 Ambulância reserva e uma Central de Regulação Médica, para atender uma população de cerca de 180 mil habitantes. A implantação do serviço nas cidades garantirá atendimento de urgência com qualidade para a população. Em Gurupi, o SAMU /192 opera com 02 Ambulâncias de Suporte Básico, 01 de Suporte Avançado + 01 Ambulância reserva e uma Central de Regulação Médica, para atender uma população de cerca de 110 mil habitantes.

Os profissionais que atuam hoje no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, foram capacitados com curso – suporte avançado de vida no pré – hospitalar – PHTLS ministrado pelo Grupo de Treinamento de Urgência – GTU de Ribeirão Preto.

O SAMU/192 é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências. Tem como finalidade reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O SAMU/192 atende às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e psiquiátrica da população.

Impacto social – A experiência internacional comprova que o atendimento precoce oferecido pelas equipes do SAMU/192 contribui para reduzir a mortalidade, o tempo de internação e as seqüelas. Além disso, organiza a assistência, agilizando o atendimento. O SAMU/192 também permitirá a adoção de ações intersetoriais. Se, em uma esquina ocorre um grande número de atropelamentos, o SAMU/192 identifica a necessidade de medidas de educação para o trânsito, melhoria de sinalização e fiscalização, por exemplo.

Em outra frente, o SAMU/192 permitirá ampliar a identificação de doadores potenciais de órgãos para transplantes, melhorar a notificação de acidentes de trabalho e violências contra mulheres, crianças e idosos. Se aumentar a ocorrência de uma determinada doença transmissível, como a meningite, a central SAMU/192 também fará a notificação às autoridades sanitárias precocemente, permitindo a adoção de medidas preventivas.

## 2.1.6.4- ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

### REMEDIOS PARA TODOS

A Assistência Farmacêutica teve início como política pública em 1971 que se caracterizava por manter de forma centralizada a aquisição e distribuição de medicamentos, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, estabeleceu a saúde como um direito social, com regulamentações específicas pela Lei Orgânica de Saúde, que em seu artigo 6º determina como campo de atuação do SUS, a “formulação da Política de Medicamentos” e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.”

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. As suas principais competências entre outras são: planejar, executar, acompanhar e avaliar as ações inerentes a medicamentos.

Nos anos de 2001 a 2003 a Divisão de Medicamentos possuía estrutura física inadequada, dificultando a execução das atividades.

Com o objetivo de reorganizar o setor, melhorar o acesso da população aos medicamentos, racionalizar recursos e o uso de medicamentos, a Diretoria de Assistência Farmacêutica (DAF) foi reconhecida pela SESAU-TO no segundo semestre de 2003.

Com a criação do Organograma da SESAU em 2007 a Assistência Farmacêutica Estadual ficou inserida na estrutura organizacional como Diretoria, composta por duas coordenações: Coordenação Técnico-científica e Coordenação de Gestão Farmacêutica. Na Coordenação técnico-científica estão as gerências de Medicamentos Excepcionais, Medicamentos Estratégicos e de Medicamentos da Atenção Básica. E na Coordenação de Gestão Farmacêutica as gerências de: Sistemas e Monitoramento/avaliação.

Também estão subordinadas à Coordenação Técnico-científica as Gerências de Assistência Farmacêutica (AF) localizadas nos municípios de Gurupi e Araguaína e uma unidade de dispensação de medicamentos excepcionais na cidade de Porto Nacional.

A DAF possui um quadro funcional composto por vinte e sete servidores sendo: doze farmacêuticos, um médico, dois auxiliares de serviços gerais e doze auxiliares/assistentes administrativos.

A DAF não possui sede própria, sua estrutura física é suficiente, porém em virtude do significativo crescimento da demanda, a mesma está inadequada para o desenvolvimento das atividades. Há insuficiência de equipamentos e softwares, além de mobiliários e recursos humanos, fatores que prejudicam o bom desenvolvimento das atividades. As Gerências das cidades de Araguaína, Gurupi e unidade de dispensação de Porto Nacional possuem a mesma realidade da sede da DAF em Palmas.

Com o objetivo de promover a estruturação física da DAF e gerências regionalizadas estão desenvolvendo os projetos de readequação física, aquisição de mobiliário e equipamentos de informática, bem como solicitação para incorporação de pessoal ao quadro de recursos humanos.

Para dar suporte ao desenvolvimento da política de assistência farmacêutica no estado, a DAF busca a humanizar o atendimento aos usuários, otimizar o espaço físico, assegurando também melhores condições de trabalho aos servidores do setor no desenvolvimento das atividades técnicas e administrativas.

## MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Visando implementar as diretrizes e prioridades da Política Nacional de Medicamentos foi publicada em março de 1999 a Portaria n.º 176/MS que estabeleceu critérios e requisitos para qualificação do municípios e estados a Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

A Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins publicou em 1999 a Resolução nº 008/1999, que dispõe da proposta de aquisição, distribuição e financiamento de medicamentos básicos o piso de atenção básica.

Em 2004 o Programa de Medicamentos da Atenção Básica no Tocantins foi fortalecido com a aprovação da Resolução CIB nº 002/2004, de 05 de fevereiro de 2004, que atualizou os valores de incentivo à Assistência Farmacêutica Básica passando de R\$0,60 centavos para R\$1,20 real por habitante/ano para financiamento de medicamentos, que eram adquiridos pelo Estado e repassados aos 139 municípios de acordo com sua população, como também aprovou o pagamento dos débitos referentes aos anos de 2001 e 2002.

A partir de 2007 com a PORTARIA/SESAU N.º 44 de 14 de fevereiro de 2007, o recurso financeiro referente à contrapartida estadual foi descentralizado através do repasse do fundo estadual de saúde para os fundos municipais de saúde. Neste contexto cabe a Assistência Farmacêutica acompanhar a execução do repasse financeiro, e assessorar tecnicamente os municípios a fim de orientá-los quanto a organização e estruturação das Assistências Farmacêuticas Municipais.

Em 2008 a PORTARIA/SESAU N.º 133 autorizou o aumento da contrapartida estadual para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica de R\$1,20 para R\$1,50 habitantes ano.

A descentralização do recurso para financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica aos municípios, demanda a qualificação da gestão para execução e gerenciamento dos recursos disponíveis. Com o intuito de otimizar recursos, a DAF pretende desenvolver estratégias que melhorem o poder de compra dos municípios, como também iniciar o processo de assessoria técnica *em loco*, contribuindo assim com o fortalecimento das assistências farmacêuticas municipais.

## MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

Os medicamentos estratégicos são aqueles utilizados em doenças que configuram problema de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades e que cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores.

A portaria GM/MS n.º 399/2006 divulga o pacto pela saúde, e a portaria GM/MS n.º 204/07 institui o financiamento em blocos e estabelece o componente estratégico de financiamento, este componente é executado centralizadamente pelo Ministério da Saúde, com posterior distribuição às Secretarias Estaduais e disponibilizados a população através da dispensação na rede publica Estadual e Municipal.

Neste programa estão contemplados os medicamentos destinados ao tratamento de patologias consideradas prioritárias para a saúde pública no Brasil, a programação destes medicamentos é realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a as gerências técnicas e Assistência Farmacêutica Estadual. Estes medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados conforme a programação de cada estado. A distribuição aos municípios do Tocantins é realizada pela DAF após autorização prévia das Gerências Estaduais dos Programas Estratégicos (Hanseníase, tuberculose, malária, HIV e etc.)

A Diretoria de Assistência Farmacêutica até o ano de 2007 fazia aquisição de medicamentos para o Programa Saúde Mental e os distribuía para aos 6 (seis) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Atualmente com a publicação da PORTARIA/SESAU/ N.º 134 de 06 de maio de 2008 que dispõe a descentralização do recursos referente ao financiamento dos medicamentos da saúde mental para 11 (onze) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e para 2009 a meta é aprovar o aumento da contrapartida estadual.

Repasse da contrapartida estadual para financiamento dos insumos complementares destinados aos usuários insulino-dependentes aos 139 municípios.

Uma realidade no cenário nacional é o crescente aumento das demandas judiciais que obrigam os estados a fornecerem medicamentos que em muitos casos não possuem eficácia comprovada. O atendimento dessas demandas é realizado pela DAF que realiza a aquisição e dispensação dos medicamentos, além de assessorar as Diretorias Administrativas e Jurídicas com pesquisas de mercado e pareceres técnicos.

Visando melhorar o acesso a medicamentos não padronizados no elenco do CMDE nem elencados na relação de medicamentos da atenção básica, a DAF pretende selecionar e disponibilizar aos usuários medicamentos com acesso normatizados através da elaboração de Protocolos Terapêuticos.

## MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL

A partir de 1982 começou a surgir um grupo de medicamentos denominados "excepcionais" destinados aos usuários transplantados, renais crônicos e portadores de nanimos hipofisário. Com o



passar dos anos o número de medicamentos foi se ampliando de modo e diversas patologias incorporadas para atendimento pelo Programa. Somente em outubro de 2006 o componente de medicamentos de dispensação foi regulamentado com o bloco de financiamento, definição de procedimentos e protocolo de tratamento.

O recurso destinado ao financiamento do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) é repassado mensalmente pelo Ministério da Saúde com base nas médias dos valores aprovados durante o trimestre, a partir das informações apresentadas pelas Secretarias de Estado da Saúde. Da mesma forma com as demais áreas abrangidas pela Assistência Farmacêutica o CMDE também segue o ciclo previsto para esta atividade de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos.

O CMDE é regulamentado por protocolos clínicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde que contém critérios de diagnósticos, indicação e tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento para os medicamentos de dispensação excepcional.

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional não possuía software para gerenciamento das atividades desenvolvidas. Atualmente está em fase de conclusão a implantação do Sistema Informatizado de Medicamentos Excepcional (SISMEDEX) um sistema piloto desenvolvido pelo MS em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins.

As solicitações de compra, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação estão centralizadas na sede da Diretoria para atendimento das Secretarias Municipais e pacientes do CMDE e estratégicos.

Foi implementado dentro da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DAF) a Central de Abastecimento Farmacêutico para o elenco de medicamentos excepcionais com procedimentos padrões para o recebimento, armazenamento e distribuição desses para as unidades regionalizadas do CMDE no Estado do Tocantins, localizadas em Araguaína, Gurupí, Palmas e Porto Nacional.

Com a implantação do SISMEDEX, aliada a capacitação dos servidores e estabelecimento de Procedimentos Operacionais Padrão pretende-se qualificar o processo de trabalho, minimizar falhas no fluxo de trabalho, otimizar o tempo das atividades e possibilitar um atendimento mais humanizado aos usuários.

Essa Diretoria pretende articular com demais setores da SESAU a fim de garantir o acesso a 10% dos exames necessários para diagnóstico da doença e monitoramento do tratamento de acordo com os protocolos e diretrizes terapêuticas do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, contribuindo com a melhora de acesso dos usuários do SUS ao CMDE, bem como com o cumprimento das normativas que regulamentam o mesmo.

Visando otimizar recursos financeiros e proporcionar terapia assistida aos usuários do CMDE em tratamento com medicamentos imunobiológicos, pretende-se institucionalizar um centro de aplicação de agentes anticitocinas, com fluxo de atividades definidos pela Diretoria de Assistência Farmacêutica.

### 2.1.6.5- HEMORREDE

A Hemorrede do Tocantins atravessou diversas fases nesses 10 anos de existência no Estado. Num primeiro momento foi priorizada a construção no ano de 1997 de uma unidade em Augustinópolis. No ano seguinte concluiu-se o Hemonúcleo de Gurupi e criou-se a instituição Hemorrede do Tocantins, constituída por uma coordenação, subordinada a Diretoria de Saúde.

Em 1999 inaugurou-se o Hemonúcleo de Araguaína. Neste mesmo ano as agências transfusionais foram instaladas nos principais hospitais do Estado e a realização dos exames de triagem sorológica dos doadores de sangue foram centralizados nas unidades de Palmas e Araguaína. Em 20 de maio de 2000 foi inaugurado o Hemocentro Coordenador de Palmas, tendo como prioridade a busca da excelência na gestão, através da qualificação dos recursos humanos e a reestruturação da rede hemoterápica. Neste momento a Hemorrede estava constituída por 13 unidades hemoterápicas, equipadas através da meta mobilizadora que se iniciou em 1998 de acordo com o projeto de interiorização proposto pelo Ministério da Saúde e REFORSUS em conjunto com o Governo Estadual.

Atualmente, a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins tem sua hemorrede pública composta por um Hemocentro Coordenador (Palmas), um hemocentro regional (Araguaína), um núcleo de hemoterapia (Gurupi), duas unidades de coleta e transfusão (Porto Nacional e Augustinópolis), além de 13 agências transfusionais em hospitais públicos do Estado, incluso a de Pedro Afonso em fase de implantação. A Hemorrede do Tocantins é constituída por uma Diretoria de Gestão, uma Diretoria Técnica, seis coordenações, além das gerências das áreas técnicas e administrativas, esta estrutura está subordinada a Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde.

A instituição Hemorrede é responsável por 100% do fornecimento de sangue aos hospitais públicos e privados do Estado. Coletou em 2007, aproximadamente 28.500 bolsas de sangue, sendo 56% doações voluntárias e 26% de doações femininas. Desde 2000, a Hemorrede com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde tem investido em capacitação dos servidores, principalmente da área técnica, para garantir o fornecimento de sangue com qualidade em todo o seu processo, determinando o dinamismo e o profissionalismo da equipe na execução de seus trabalhos, sem deixar de manter o seu parque tecnológico equipamentos de ponta.

Na perspectiva de avançar com a implantação dos comitês transfusionais nos principais hospitais do Estado, a diretoria da Hemorrede não tem medido esforços no sentido de estimular a concretização deste comitê, com visitas e reuniões, visando garantir a segurança transfusional.

O Hemocentro Coordenador de Palmas e o Regional de Araguaína participam de controles de qualidade externo (CQE) para os laboratórios de sorologia e imunohematologia, alcançando índices próximos a 100% de acertos. A participação nos CQE e a continuidade da realização de auditorias internas produzem resultados na qualidade do serviço prestado à população, sendo de relevância para propósitos maiores, na perspectiva de certificar as unidades hemoterápicas do Estado.

A Hemorrede do Tocantins está expandindo a sua rede de informatização, com a implantação do sistema informatizado HEMOVIDA, fornecido pelo DATASUS, órgão do Ministério da Saúde. O objetivo é implantar o mesmo na Unidade de Coleta e Transfusão de Augustinópolis e Porto Nacional. Até o final do exercício 2009 expandir para as 14 agências transfusionais intra-hospitalares (inclusive a do município de Pedro Afonso). Os recursos estão sendo disponibilizados através de convênios federais com a contrapartida do Estado.

Outro objetivo vislumbrado pela Hemorrede, é a certificação do Hemocentro Coordenador até 2010 e a sua irradiação para as demais unidades.

Em concordância com as políticas do Ministério da Saúde na atenção aos portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias, a Hemorrede do Tocantins, estruturou um sistema de laboratórios para em sincronia com ambulatório de hematologia sejam referência no Estado para pacientes de alta complexidade. Inicialmente implantado na sede do Hemocentro Coordenador de Palmas, essa estrutura até 2009 será transferida para uma área atualmente em construção anexo ao Hospital Geral de Palmas, viabilizando a proximidade das instituições, para em parceria proporcionar segurança no cumprimento da missão, voltada para o atendimento pleno e qualificado das demandas da comunidade.

## 2.2 – DETERMINANTES DE SAÚDE E CONDICIONANTES DE SAÚDE

A Lei 8080 estabelece que :

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, *a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Desta forma observa-se o quanto aspectos intersetoriais tem envolvimento e afetam as condições e determinam à saúde da população. Apesar dos avanços já alcançados, a atuação integrada e intersetorizada continuam, sendo um grande desafio para saúde em nosso Estado.

### 2.2.1 – MEIO AMBIENTE

Muitas áreas ambientais do Tocantins encontram-se gravemente afetada pelo fogo e desmatamento resultantes dos assentamentos realizados pelo Incra, que destruíram uma área única no Estado, constituída por Floresta Ombrófila Densa. Os assentamentos do Incra constituem a maior ameaça à manutenção de grandes remanescentes na região e já ameaçam as áreas de Wanderlândia, Ananás e Itaguatins. Todas as florestas do Estado apresentam-se impactadas pelos efeitos do fogo e da retirada seletiva de madeira para suprir as necessidades das propriedades onde se localizam (mourões, pontes, etc). Esta atividade e o fogo afetam a estrutura da vegetação de forma bastante negativa.

Em relação aos aspectos hídrico, o Tocantins possui uma das maiores bacias hídricas do país a do Tocantins – Araguaia. Virtualmente intocado, como o Cerrado, até a década de 1960, o Araguaia assistiu nestes quase 50 anos ao desaparecimento da maior parte de sua vegetação. Pesquisas realizadas pela Universidade Federal de Goiás dão conta de que, neste Estado, restam apenas cerca de 27% da vegetação nesta Bacia; não há paralelo no planeta em termos de alterações ambientais tão drásticas e rápidas em um rio de grande porte.

O desflorestamento da Bacia, além de afetar as espécies e reduzir a biodiversidade, gera um aumento dos processos erosivos e conseqüentemente da quantidade de sedimentos carregados para os cursos d'água. Isso tem gerado alterações significativas nos padrões de canais e na paisagem.

Há alguns anos, ainda outras ameaças rondam esse importante rio: o projeto de implantação da Hidrovia Araguaia-Tocantins e projetos de sete usinas hidrelétricas ao longo de seu curso. A hidrovia estimulará ainda mais a expansão da fronteira agropecuária, além de propor intervenções diretas no canal do rio, de forma a assegurar sua navegabilidade. Os projetos de geração de energia, por sua vez, alargarão extensas áreas, com sérios impactos sobre a biodiversidade e as populações.

## 2.2.2 – SANEAMENTO

O tratamento de água no domicílio ainda é um grande desafio em todo o Estado. Observando os anos de 2004 a 2007 de acordo com a figura 67, houve uma queda na utilização de filtragem da água em domicílio sendo substituída pela cloração apenas.

**FIGURA 76**  
**QUADRO TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO**  
**TOCANTINS – 2004 A 2007**

Percentual da população cadastrada (%) e Tipo de tratamento dada a água para consumo no domicílio				
Anos	2004	2005	2006	2007
Filtração	67,43	66,80	65,74	64,34
Fervura	0,76	0,73	0,68	0,83
Cloração	11,60	12,69	14,44	17,26
Sem tratamento	20,20	19,78	19,14	17,79

Fonte: SIABEST/TO\_SAS/DAB/Ministério da Saúde/DATASUS

**FIGURA 77**  
**QUADRO - ABASTECIMENTO DA ÁGUA**  
**TOCANTINS – 2004 A 2007**

Percentual da população cadastrada (%) e Tipo de abastecimento de água				
Anos	2004	2005	2006	2007
Rede Pública	71,56	72,15	73,72	74,76
Poço ou Nascente	26,58	25,87	24,60	23,69
Outros	1,86	1,99	1,68	1,56

Fonte: SIABEST/TO\_SAS/DAB/Ministério da Saúde/DATASUS

O sistema de abastecimento de água tem tido um crescimento durante os anos, mas ainda quase ¼ da população consome água de nascentes, poços e outras fontes não tratadas.

**FIGURA 78**  
**QUADRO - TIPO DE CASA**  
**TOCANTINS - 2004 A 2007**

Percentual da população cadastrada (%) e Tipo Moradia				
Anos	2004	2005	2006	2007
Tijolo/Adobe	83,93	85,26	86,60	87,83
Taipa Revestida	3,34	3,14	2,85	2,79
Taipa não Revestida	4,60	4,03	3,58	3,27
Madeira	5,03	4,50	4,18	3,85
Material Aproveitado	1,54	1,54	1,45	1,55
Outros	1,56	1,52	1,33	1,32

Fonte: SIABEST/TO\_SAS/DAB/Ministério da Saúde/DATASUS

**FIGURA 79**  
**QUADRO - DESTINO DO LIXO, DESTINO DE FEZES/URINA, TIPO DE ILUMINAÇÃO**  
**TOCANTINS - 2004 A 2007**

Percentual da população cadastrada (%) e Destino do Lixo				
Anos	2004	2005	2006	2007
Coleta Pública	66,47	68,12	70,04	71,52
Queimado/Enterrado	17,16	17,22	17,12	17,11
Céu Aberto	16,36	14,66	12,84	11,39
Percentual da população cadastrada (%) e Destino de Fezes e Urina				
Sistema de Esgoto	5,60	5,75	5,78	7,00
Fossa	73,50	74,32	75,79	76,21
Céu Aberto	20,90	19,93	18,43	16,80
Percentual da população cadastrada (%) e Tipo de Iluminação				
Energia elétrica	79,39	80,27	83,26	84,96
Sem energia elétrica	20,61	19,73	16,74	15,04

Fonte: SIABEST/TO\_SAS/DAB/Ministério da Saúde/DATASUS

As figuras 69 e 70 apresentam uma série histórica das condições de moradia da população do Estado. Conforme podemos observar a maioria da população mora em casas de tijolo e adobe com índices aumentando o cada ano.

A maioria da população possui sistema de coleta pública para destino do lixo, entretanto a grande parte da população não possui esgotamento sanitário, sendo o destino de fezes e urina em sua grande maioria em fossas e /ou a céu aberto.

Em 2007 mais de 80% da população contava com iluminação elétrica em suas residências.

## 2.3 – GESTÃO EM SAÚDE

### 2.3.1 – PLANEJAMENTO E GESTÃO

A Secretaria de Estado da Saúde no período de 1995 ao ano de 2000, não possuía no seu organograma oficial, uma área de planejamento institucionalizada, mas apenas um setor que desempenhava as funções de forma funcional, tendo sido extinto no início do ano 2000.

No ano de 2004, sentindo a necessidade da existência de um setor que pudesse articular a relação inter e intra setorial, foi instituída, pela portaria nº. 65 de 19/01/2004, a Assessoria Geral de Planejamento. O setor era ligado diretamente ao Gabinete do Secretário, tendo como atribuição responder a demanda da articulação do processo de descentralização das ações de saúde aos municípios e de habilitação do Estado na Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS/2002, fazendo inserção com todos os setores da Secretaria Estadual de Saúde para a construção dos instrumentos e normativas para assumir as responsabilidades previstas na NOAS/2002.

Ainda no ano de 2004, foi desenvolvido um software em conjunto com a área de informática denominado *Sistema de Monitoramento e Avaliação*, ferramenta denominada “SIMA”, disponibilizado na intranet para monitoramento do Plano Plurianual, que passou a ser utilizado pelas áreas técnicas responsáveis pela execução dos Programas de Governo na Saúde e pela Assessoria Geral de Planejamento, que coordenava o monitoramento.

Tal instrumento nasceu da necessidade de se facilitar o monitoramento, controle e avaliação da execução dos programas e ações, tanto pela importância para a condução da gestão – ferramenta de tomada de decisão, quanto para se obter relatórios gerenciais de resultados de maior abrangência nas categorias de avaliação: metas orçamentárias, metas físicas e indicadores, por exemplo.

O monitoramento e avaliação dos programas do PPA permitiam à gestão visualizar de que maneira estava sendo conduzida a política de saúde e os benefícios levados à população perante os gastos dos recursos alocados na saúde, possibilitado a adoção de medidas corretivas ou ajustes para cada caso, e ainda a emissão de relatórios trimestrais ou anuais de cada programa governamental, com base no desempenho gerencial da unidade responsável por cada programa/ação, tendo-se ao final o Relatório de Gestão da Saúde.

Esta ferramenta vem sendo utilizada até os dias atuais, tendo sido reavaliada e disponibilizada via web.

Com o desafio de ser uma área estruturante, a SESAU firmou uma parceria com o Ministério da Saúde/DAD/SE a partir de agosto de 2005 e em dezembro de 2005 realizou o 2º Seminário Estadual de Regionalização, retomando a Política de Descentralização com a participação de vários municípios, desenvolvendo o *Projeto de Qualificação da Gestão Descentralizada com ênfase no processo de regionalização do SUS*. Este momento foi um marco no processo de crescimento e avanço da gestão e do planejamento na Secretaria de Estado da Saúde.

O ano de 2006 foi um marco para a História do SUS com a publicação da Portaria GM 399 de 22/02/06 – Pacto pela Saúde. Neste mesmo ano, o Estado do Tocantins tornou-se o 1º estado da Federação a aderir ao Pacto pela Saúde, tendo sido publicado na Portaria GM/MS 2.194 de 14/09/2006.



Nesse processo de construção da adesão foram realizadas mais de 17 Oficinas internas e Reuniões técnicas para sensibilização, apreciação, avaliação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Várias discussões e desdobramentos foram feitos na Comissão Intergestores Bipartite(CIB – TO) nos dias 31/03/; 05/05 e 12/06/06 até a homologação final. Ainda no processo de permeabilização do Pacto pela Saúde no Estado, 07 Reuniões de Sensibilização, apreciação, avaliação, discussão e aprovação do TCGE foram realizadas no Conselho Estadual de Saúde (CES) nos dias 06/04; 11/04; 04/05; 11/05; 19/05; 22/05 e 08/06/06.

Ainda neste mesmo ano foram realizadas reuniões de sensibilização com os Diretores dos Hospitais de Referência Estaduais acerca do Pacto pela Saúde no dia 06/05/06 com a presença de 43 profissionais entre médicos e administradores em Palmas.

Finalmente foi realizado do 1º Seminário Estadual sobre o Pacto – 2006 no Auditório da ATM com 325 participantes entre servidores da SESAU, gestores municipais, conselheiros e universidade. Finalizando ao todo, cerca de 807 pessoas entre profissionais, gestores e instituições de ensino a participarem do processo de adesão do Estado do Tocantins ao Pacto pela Saúde.

Como produto de desdobramento do Pacto pela Saúde, o Planejamento e Gestão passam a ter um destaque no SUS, com a publicação das Portarias 3085 de 01/12/2006 que norteia a organização e a implementação do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, que define a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de Planejamento das três esferas de gestão do SUS, tornando um marco na história do Planejamento em Saúde de todo país.

A partir daí a área de planejamento precisa tomar uma nova dimensão, pensar em estrutura e recursos humanos qualificados para atender as demandas oriundas de suas responsabilidades, bem como intensificar os processos de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão

Para os próximos 04 anos a Secretaria de Estado da Saúde, para o desenvolvimento adequado de suas ações precisa repensar sua estrutura organizacional, bem como uma visão de gestão voltada para resultados e qualidade com a implantação de novos processos e tecnologias.

### **2.3.2 – DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO**

O processo de cooperação entre as esferas de governo em nosso estado está em processo de avanços e consolidação. A SESAU tem viabilizado através de cooperações técnicas apoio aos processos de fortalecimento da gestão municipal em parceria com o COSEMS e também nas áreas de atenção e vigilância em saúde.

Em 2006 foi deflagrado no Estado um processo de alteração da regionalização e qualificação da gestão através de uma ótica compartilhada e solidária iniciando através da revisão da Programação Pactuada e Integrada da Assistência e da alteração do Plano Diretor de Regionalização.

## COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

A pactuação e regulamentação do Sistema Estadual de Saúde vem ocorrendo através das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite – Tocantins, criada em 1997 . A sua Secretaria Executiva está alocada em espaço físico inadequado possui poucos recursos humanos e materiais. A estrutura precária gerava problemas tais como: demora na elaboração das Resoluções, dificuldade no recebimento dos documentos da reunião, por parte dos membros, devido problemas técnicos gerando conflitos na plenária, além dos conflitos frequentes durante as reuniões da CIB, sendo um desafio a elaboração do material de pauta das reuniões da CIB em tempo hábil pelos seus membros, além da morosidade na elaboração das atas e resoluções. O Convênio 2977/07 encontra-se em processo de execução e contempla a aquisição de equipamentos e mobiliários que permitirão o desenvolvimento das atividades em ambiente com equipamentos e mobiliários adequados.

O funcionamento da CIB se dá pela realização das reuniões prévias, com os representantes da SESAU, para estudo e análise dos documentos a serem apresentados nas reuniões da CIB objetivando a qualificação das discussões na plenária. É importante ressaltar a criação de espaço/mesa de negociação e discussões prévias entre COSEMS e SESAU que contribuiu para um melhor entendimento dos assuntos apresentados durante as reuniões da CIB.

Com a adesão do estado do Tocantins ao Pacto pela Saúde a CIB ampliou suas responsabilidades e em 2007 passou a integrar o Plano Plurianual do Estado com uma ação intitulada “Manutenção da Comissão Intergestores Bipartite”.

Diante da necessidade de aprimoramento e fortalecimento da CIB, a Secretaria Executiva vêm mantendo um estreito intercâmbio com a Comissão Intergestores Tripartite e CONASS a fim de articular ações que promovam a qualificação da CIB e suas instâncias: Plenária, Secretaria Executiva, Câmaras Técnicas e Comissões Permanentes.

As articulações estão gerando frutos tais como: a vinda ao Tocantins de representante do CONASS e realização de oficina de trabalho entre COSEMS e SESAU com o Tema: “Qualificação e Fortalecimento da CIB/TO” promovida pela Secretaria Executiva da Bipartite e planeja a realização de uma videoconferência ainda em 2008 entre CIB-TO e MS/Ministério da Saúde (CIT e Departamento de Apoio à Descentralização) na qual estarão presentes membros da Secretaria Executiva da CIB, COSEMS e técnicos da SESAU com o referido tema. Todas estas ações e estratégias tiraram a Bipartite da zona de conflitos. É necessário estruturar esse processo de trabalho com elaboração de COMPETÊNCIAS que enfoquem: atribuição das Câmaras Técnicas e da Secretaria Executiva, além da construção de Manual de Competências com protocolos/normativas da Bipartite.

## REGIONALIZAÇÃO

Com o advento da NOAS 01/01, no art. 3º da instrução normativa n.º 02 , era de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde a elaboração do PDR numa lógica de planejamento

e que deveria envolver os municípios. Essa pode ser considerada o primeiro movimento na saúde brasileira com um foco de regionalização com ênfase no planejamento.

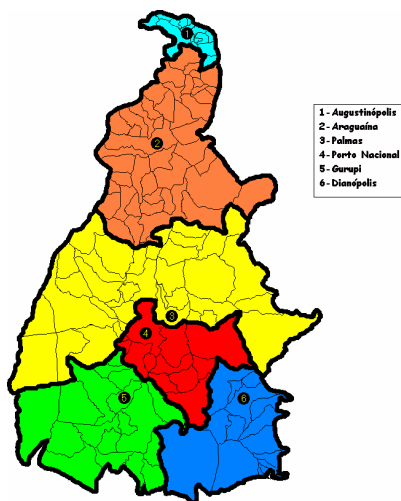
A SESAU – TO elaborou o primeiro Plano Diretor de Regionalização no ano de 2002. As duas sedes de macrorregião que compunham o PDR –TO, abrangiam as duas maiores cidades na época: Araguaína ao norte e Palmas capital, na região centro - sul. Seis microrregiões foram definidas em cidades que possuíam a maior abrangência populacional e os maiores Hospitais Estaduais. Nesta ocasião a Secretaria de Estado da Saúde já possuía a implantação da Rede Nacional de Informação para Saúde (RNIS) da vigilância epidemiológica, com 20 municípios denominados pólos RNIS. Esses pólos nortearam a definição das sedes de módulo.

Todo o desenho da PDR foi definido pelos critérios de: abrangência e porte populacional, acessibilidade rodoviária, em locais onde já haviam serviços e capacidade instalada existentes (hospitais estaduais denominados Comunitários e hospitais municipais de referência), pela “viabilidade da atenção de alta complexidade, o nível do processo de descentralização das ações, bem como os fluxos previamente estabelecidos com a experiência de regionalização já existente”.

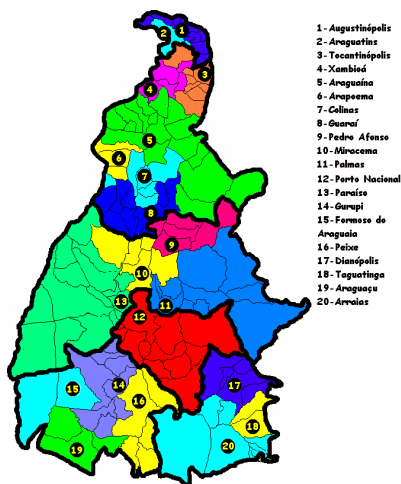
Os recursos para abertura de novos serviços conforme definido neste PDR e no seu PDI são escassos e precisam de priorização de estudos epidemiológicos existentes para direcionar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada diferente região. O critério econômico prevaleceu na elaboração desse Plano Regional, em virtude da escassez de recursos e da falta de investimentos na área de estrutura física e equipamentos que apesar de ter sido ampliada ainda é muito deficitária.

**FIGURA 80**  
**MAPAS – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO**  
**TOCANTINS – 2002 A 2006**

Mapa C.1- Sedes de Micro Região



Mapa C.2- Sedes de Módulos Assistenciais



Fonte: TOCANTINS , 2002

### 2.3.3 - FINANCIAMENTO

Os recursos necessários para financiamento das ações e serviços de saúde são muito escassos, apesar do aumento ocorrido nos últimos anos. É necessário difundir o quanto cumprir com a saúde da constituição de fato custa e não o quanto se gasta, pois por maiores que sejam ainda não são suficientes tornando o financiamento uma questão central na política de saúde em nosso Estado e em todo o Brasil. A tentativa de vinculação dos recursos da saúde é antiga, bem como os recursos da CPMF que na verdade não ampliaram os recursos para saúde, mas apenas funciona como uma fonte substitutiva, ao na proporcionalidade em que sua incorporação aconteceu, diminuiu as outras fontes. A emenda constitucional 29/2000 tem se tornado uma verdadeira saga para os gestores do SUS e sua regulamentação é fundamental para ampliar recursos de custeio e investimentos para a saúde.

FIGURA 81

TABELA - Comparativo por Estado da Aplicação em Gastos com Saúde do % estimado pela Emenda Constitucional 29/2000.  
TOCANTINS – 2004 a 2007

Ranking	2004		Ranking	2005		Ranking	2006		Ranking	2007	
	ESTADO	% aplicado		ESTADO	% aplicado		ESTADO	% aplicado		ESTADO	% aplicado
1º	13 - Amazonas	21,15	1º	13 - Amazonas	20,78	1º	13 - Amazonas	23,47	1º	13 - Amazonas	22,17
2º	16 - Amapá	14,14	2º	53 - Distrito Federal	15,51	2º	53 - Distrito Federal	16,56	2º	53 - Distrito Federal	20,25
3º	35 - São Paulo	13,74	3º	35 - São Paulo	12,95	3º	24 - Rio Grande do Norte	14,43	3º	24 - Rio Grande do Norte	17,53
4º	53 - Distrito Federal	13,27	4º	14 - Roraima	12,77	4º	23 - Ceará	14,21	4º	17 - Tocantins	14,74
5º	21 - Maranhão	13,23	5º	21 - Maranhão	12,73	5º	12 - Acre	13,77	5º	12 - Acre	13,82
6º	23 - Ceará	12,70	6º	22 - Piauí	12,64	6º	17 - Tocantins	13,52	6º	16 - Amapá	13,74
7º	12 - Acre	12,48	7º	24 - Rio Grande do Norte	12,63	7º	22 - Piauí	13,48	7º	22 - Piauí	13,71
8º	52 - Goiás	12,46	8º	50 - Mato Grosso do Sul	12,57	8º	26 - Pernambuco	13,24	8º	14 - Roraima	13,64
9º	32 - Espírito Santo	12,23	9º	15 - Pará	12,41	9º	14 - Roraima	13,22	9º	50 - Mato Grosso do Sul	13,46
10º	31 - Minas Gerais	12,16	10º	31 - Minas Gerais	12,33	10º	31 - Minas Gerais	13,20	10º	42 - Santa Catarina	13,35
11º	29 - Bahia	12,15	11º	26 - Pernambuco	12,23	11º	42 - Santa Catarina	13,09	11º	31 - Minas Gerais	13,30
12º	50 - Mato Grosso do Sul	12,14	12º	29 - Bahia	12,15	12º	16 - Amapá	12,93	12º	35 - São Paulo	13,07
13º	27 - Alagoas	12,08	13º	28 - Sergipe	12,14	13º	25 - Paraíba	12,91	13º	26 - Pernambuco	12,80
14º	15 - Pará	12,04	14º	11 - Rondônia	12,11	14º	52 - Goiás	12,90	14º	25 - Paraíba	12,72
15º	28 - Sergipe	12,04	15º	12 - Acre	12,05	15º	35 - São Paulo	12,80	15º	29 - Bahia	12,63
16º	24 - Rio Grande do Norte	12,02	16º	17 - Tocantins	12,05	16º	15 - Pará	12,74	16º	15 - Pará	12,61
17º	17 - Tocantins	12,02	17º	52 - Goiás	12,05	17º	50 - Mato Grosso do Sul	12,25	17º	28 - Sergipe	12,44
18º	26 - Pernambuco	12,00	18º	32 - Espírito Santo	12,05	18º	29 - Bahia	12,10	18º	52 - Goiás	12,30
19º	33 - Rio de Janeiro	11,92	19º	27 - Alagoas	12,01	19º	11 - Rondônia	12,10	19º	23 - Ceará	12,14
20º	22 - Piauí	11,62	20º	23 - Ceará	11,97	20º	27 - Alagoas	12,00	20º	11 - Rondônia	12,00
21º	14 - Roraima	11,53	21º	33 - Rio de Janeiro	11,92	21º	41 - Paraná	11,55	21º	27 - Alagoas	12,00
22º	11 - Rondônia	11,42	22º	16 - Amapá	11,31	22º	21 - Maranhão	11,17	22º	51 - Mato Grosso	11,90
23º	42 - Santa Catarina	11,25	23º	51 - Mato Grosso	11,19	23º	28 - Sergipe	11,11	23º	21 - Maranhão	11,77
24º	51 - Mato Grosso	11,01	24º	42 - Santa Catarina	10,79	24º	51 - Mato Grosso	11,07	24º	33 - Rio de Janeiro	10,92
25º	25 - Paraíba	9,59	25º	25 - Paraíba	10,32	25º	32 - Espírito Santo	10,43	25º	32 - Espírito Santo	9,88
26º	41 - Paraná	6,14	26º	41 - Paraná	8,35	26º	33 - Rio de Janeiro	10,37	26º	41 - Paraná	9,22
27º	43 - Rio Grande do Sul	5,20	27º	43 - Rio Grande do Sul	4,80	27º	43 - Rio Grande do Sul	5,40	27º	43 - Rio Grande do Sul	5,80

Fonte: SIOPS/MS

De acordo com a figura 72, o Estado do Tocantins tem ampliado sua participação nos gastos com a saúde ocupando no ano de 2007 a 4ª posição entre os Estados que mais gastaram com saúde

## 2.3.4 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL

### CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Criado em 1991, o Conselho Estadual de Saúde, por meio da atuação de seus Conselheiros e da Secretaria Executiva, foi atribuída a responsabilidade de implantar, ampliar e fortalecer o exercício do Controle Social. Reestruturado pela Lei de nº 1.663 de 22/02/2006, após adequação de seu Regimento Interno passou a publicar suas resoluções no Diário Oficial, promoveu a nomeação de seus Conselheiros, a Secretaria Executiva passou a contar com mais servidores e houve ampliação dos recursos materiais para a execução dos trabalhos da Secretaria Executiva.

O CES-TO foi o primeiro Estado da federação (além dos 03 Estados que foram piloto do projeto) a cadastrar 100% dos Conselhos no Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Possui um link próprio na home-page da SESAU-TO com a divulgação das atas, pautas e resoluções e outros.

Foi um dos primeiros Conselhos Estaduais de Saúde a deliberar sobre o Pacto pela Saúde;

Instituiu a participação das Coordenações de Plenárias de Conselhos Estadual de Saúde nas Reuniões Ordinárias do CES-TO.

O maior avanço foi a eleição da Mesa Diretora. O CES-TO elegeu e deu posse a sua Mesa Diretora com a seguinte composição: Presidente; Vice- Presidente; Secretário Geral; Secretário Geral Suplente; Tesoureiro; Tesoureiro Suplente

Atualmente o CES-TO conta com uma estrutura física melhor que a existente anteriormente, no entanto ainda carece de recursos humanos qualificado, é necessário o aprimoramento de suas ações, a melhoria da execução de suas tarefas, a Secretaria Executiva ainda conta somente com a Secretária Executiva e dois Assistente Administrativo, ainda não tem concretizado o espaço ideal para a realização de suas reuniões ordinárias e extraordinárias, não tem a publicação de seu jornal ou boletim informativo, é deficiente a comunicação, articulação, acompanhamento e apoio aos Conselhos Municipais de Saúde e à Plenária Estadual de Conselhos de Saúde.

Deseja disponibilizar veículo próprio para a realização de suas competências junto aos Conselhos Municipais de Saúde; Equipar a Secretaria Executiva do CES com o quadro funcional necessário para exercerem suas atribuições conforme tabela abaixo:

O fluxo de denúncias recebidas é trabalhado em parceria com a Ouvidoria/CES-TO/Auditoria.

A Ouvidoria da Saúde é central e está diretamente ligada ao Gabinete do Secretário Estadual de Saúde, sendo composta por uma equipe técnica de 6 (seis) servidores, entre assessores técnicos e atendentes/teleatendentes. Essa equipe foi capacitada pelo DOGES – Departamento de Ouvidoria Geral do SUS em março de 2007.

## OUVIDORIA

A Ouvidoria foi regulamentada em 10 de maio de 2007 por meio da Portaria n.º 174, momento também da realização de dois seminários de divulgação do serviço, direcionados aos gestores municipais e servidores da Secretaria Estadual e Anexos, bem como a confecção de material informativo (folders e cartazes) e campanhas publicitárias. Com o apoio do Ministério da Saúde, o serviço conta com o convênio 4847/2005 para custeio com divulgação, material de consumo, passagens, diárias com o prazo de vigência para 31/08/2008. E ainda o convênio n.º 54/2007 para estruturação física do setor, o qual já foi aprovado e está sendo empenhado no Ministério da Saúde. Enquanto o recurso não é liberado, o setor foi devidamente informatizado e equipado com mobiliário (sob empréstimo) da Secretaria.

Com o primeiro convênio, a Ouvidoria já investiu em capacitações dos servidores através de visitas técnicas a outros serviços para aperfeiçoamento dos conhecimentos em ouvidoria, campanhas publicitárias e a realização dos seminários. Pretende-se para este ano, mais duas visitas a serviços em outros Estados e participação em duas capacitações, divulgação em rádio (abrangência estadual), busdoor (Palmas) e outdoor (Palmas, Araguaína e Gurupi) e confecção de mais material informativo e personalizado, assim como urnas para a sede e Hospitais Regionais que funcionarão como caixas de sugestões. Entretanto é necessária ainda a qualificação nas maiores cidades do Estado para sensibilizar e conscientizar gestores e técnicos das Secretarias Municipais e unidades hospitalares quanto à importância da Ouvidoria na Administração Pública visando preparar os gestores para a proposta de descentralização do serviço, prevista para os três maiores hospitais do Estado.

Esse processo ocorrerá com o apoio do DOGES, o qual também já está descentralizando o Programa OuvidorSUS, que teve como projeto piloto o município de Recife-PE e previsto para todos os Estados que possuem Ouvidoria. É interessante frisar que a Portaria n.º 3.060 de 28 de novembro de 2007, em seu artigo 2º, V estabelece que o recurso disponibilizado será para o apoio à implantação e implementação de Ouvidorias nos Estados e Municípios, visando o fortalecimento da gestão estratégica do SUS. Atualmente, a Ouvidoria possui uma Divisão Funcional em três setores: Setor de Cadastro, de Tratamento de Demandas e de Análise com suas devidas atribuições (Fluxograma) distribuídas entre os seis servidores. Possui também o documento Protocolo de Encaminhamento de Demandas que dá um direcionamento de encaminhamento dos registros, de acordo com o teor e prioridade.

Quanto aos sistemas, operacionalizamos o OuvidorSESAU, um sistema de registro e tratamento de demanda criado pelo setor e o OuvidorSUS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde e que está em fase de descentralização para os Estados, como já foi mencionado acima.

É importante relatar a criação da URA – Unidade de Resposta Audível (em fase de gravação), que se trata de um banco de dados com informações sucintas das principais ações e programas de saúde do Estado e a solicitação de compra do Gravador Telefônico Digital, utilizado para gravação das ligações telefônicas e que propiciará maior credibilidade e confiabilidade aos registros da Ouvidoria.

Dentro das dificuldades identificadas, que abrangem questões como a relação com os gestores municipais e estrutura física, pode-se citar a deficiência na formalização das respostas encaminhadas pelos municípios à Ouvidoria, gerando documentos inconsistentes; dificuldade de relacionamento com os conselhos municipais de saúde; comprometimento do atendimento presencial do setor devido o espaço físico e pouca capacidade de crescimento (ampliação) do setor diante da crescente demanda prevista para os próximos 4 (quatro) anos, entre outros.

### 2.3.5 – GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A área de gestão e regulação do trabalho no âmbito da SESAU se estruturou a partir da criação da Diretoria de Gestão e Regulação do Trabalho, em Dezembro de 2006, onde a partir de então, esta Diretoria tem como atribuição principal, o desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho no âmbito da SESAU e no âmbito do SUS no Estado do Tocantins.

A Secretaria de Estado da Saúde atualmente possui 8.665 servidores, sendo 6.044 concursados e 2.621 comissionados. Apesar de manter vínculos de trabalho que garantam os direitos aos trabalhadores, ainda existe questionamentos em relação aos vínculos de trabalho dos servidores exclusivamente comissionados, uma vez que estes não possuem os mesmos direitos que os concursados. Observa-se ainda, que a SESAU estará realizando, ainda este ano, concurso público para provimento dos cargos, minimizando esta situação.

O Plano de Cargos, Carreiras e Subsídios dos profissionais de Saúde do Tocantins, foi instituído pela Lei. N.º 1.588 de 30 de junho de 2005, e trouxe muitos benefícios, entre eles, a criação e a reestruturação cargos; a avaliação periódica de desempenho dos trabalhadores; o pagamento de insalubridade aos trabalhadores que exercem suas atividades em ambientes insalubres; o reenquadramento a servidores que já atuavam na SESAU, levando em consideração o tempo de serviço e a qualificação destes profissionais.

O que ainda se percebe é que existem alguns pontos a serem considerados e melhorados na gestão do PCCS da SESAU, tais como, a grande quantidade de cargos no quadro; a existência de cargos cujas atribuições, são de responsabilidade dos municípios; a inobservância de algumas diretrizes previstas no PCCS-SUS nacional, como por exemplo, a existência de somente 3 cargos. Tais inconsistências estarão sendo revisadas por esta Diretoria.

A SESAU através da Superintendência de Gestão Administrativa e de Desenvolvimento dos Recursos Humanos vem nos últimos dois anos desenvolvendo ações que visam valorizar os trabalhadores como a implementação da Política Nacional de Humanização, tendo realizado em 2008 o I Seminário Estadual de Humanização, a instauração do Grupo de Trabalho em Humanização Ampliado, que possui em sua composição atores de diversas instituições, com o principal objetivo de discutir a Política de Humanização em âmbito estadual; a realização de visitas técnicas a todas as unidades hospitalares sob gestão da SESAU, com o intuito de divulgar e implementar dispositivos da PNH nestas unidades.

Paralelo ainda, a SESAU vem desenvolvendo diversas ações que buscam melhorar a qualidade de vida de seus trabalhadores, sendo que estas integram o Projeto Pratique Saúde que traz em seu escopo diversas ações como ginástica laboral, ginástica localizada, ações de integração, ações em grupos específicos (Estoque Regulador) entre outras atividades. A SESAU ainda no campo da saúde dos trabalhadores, está desde janeiro de 2008, fazendo articulações com diversos parceiros para a implantação e implementação da Política Interna de Saúde e Segurança no Trabalho que possibilitará a gestão integrar e potencializar todas as ações voltadas à saúde e segurança dos trabalhadores no ambiente de trabalho.

A SESAU ainda vem intensificando as ações voltadas às relações de trabalho, um exemplo disso é a implantação da Mesa Estadual de Negociação Permanente do trabalho no SUS, onde gestores e

trabalhadores terão um fórum específico para discutir e pactuar ações que visem a melhoria das condições de trabalho, bem como a prestação de serviços no âmbito do SUS no Estado.

Somado a isso, a DGRT faz a gestão dos processos, de controle e informação em RH, tocante às Portarias, ao Ponto eletrônico emissão de Declarações; de documentação de pessoal, Dossiê, Licenças e Posse; e de Folha de Pagamento, Férias, Freqüência, Adicional noturno e Insalubridade.

Assim a Diretoria de Gestão e Regulação do Trabalho vem, com isso, desde sua criação, modernizando e qualificando os processos de trabalho, decorrendo um gerenciamento efetivo e condizente com a realidade atual da SESAU.

**FIGURA 82**  
**QUADRO - N.º DE SERVIDORES CEDIDOS PARA SEMUS POR CATEGORIA PROFISSIONAL.**  
**TOCANTINS – 2007**

<b>N.º de Servidores cedidos para SEMUS por categoria profissional Tocantins/SESAU - Folha de Abril de 2007</b>								
<b>Médico</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Odontólogo</b>	<b>Téc de enf.</b>	<b>Téc de Lab.</b>	<b>Téc Rad.</b>	<b>Aux de Enf.</b>	<b>Outros</b>	<b>Total</b>
<b>157</b>	<b>225</b>	<b>325</b>	<b>231</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>218</b>	<b>401</b>	<b>1591</b>

Fonte: SECAD

Conforme mostra a Figura 82, visando cumprir com as metas pactuadas nas diversas programações e pactuações junto ao Ministério da Saúde, a SESAU - TO apoia a execução das ações e serviços de atenção e vigilância à saúde na cessão de Recursos humanos há vários municípios do Estado para subsidiar o alcance de metas num valor mensal de cerca de R\$ 3.299.210,24 em 2007.

### **2.3.6 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

A Diretoria de Gestão da Educação na Saúde (DGES) é um setor vinculado hierarquicamente à Superintendência de Gestão Administrativa e de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. Tem como atribuições centrais: a gestão da educação na saúde e o desenvolvimento de formação de profissionais/servidores para o Sistema Único de Saúde (SUS). O espaço formador que se situa neste setor traz a perspectiva de constituir-se como Escola de Saúde Pública do Estado e encontra-se em processo de negociação política e administrativa para alcance de tal status, constituindo neste momento uma Escola de Saúde Pública Embrionária.

Esta diretoria tem origem histórica na NOB/RH-SUS de 1996, que preconiza que o modelo de educação permanente facilite a interlocução entre educação, trabalho e regulação; e assegure a formação e a capacitação de trabalhadores em saúde, visando a qualidade dos serviços para os usuários .



Em 2001, a Secretaria de Saúde do Tocantins, contribui para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, a partir da estruturação do Pólo de Capacitação e Educação Permanente para desenvolvimento de cursos, contribuindo para a construção de novos perfis profissionais das equipes. Esta foi uma iniciativa de desenvolvimento do setor de recursos humanos, especificamente voltado para a qualificação profissional.

Em 2002, agrega-se a este setor o atendimento das demandas prioritárias da formação para áreas técnicas e hospitais, como complemento as ações educativas já desenvolvidas e, constitui-se assim a Coordenação de Gestão da Educação na Saúde no ano de 2003, fortalecida pelo momento nacional de publicação do Documento Ministerial "Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente - Pólos de Educação Permanente". Em 2006, é transformada em Diretoria com a função primordial de desenvolvimento da política de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS. Em 2007 a partir do planejamento das ações de educação mais urgentes trazidas pelas áreas técnicas da SESA, foi elaborado e está em execução o Plano de Educação Permanente. Ainda este ano, a DGE estreitou suas relações com as demais áreas técnicas, auxiliando pedagógica e metodologicamente a construção de suas ações educativas, contribuiu para a criação da Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES no âmbito estadual que visa, dentre demais atribuições, apoiar e cooperar tecnicamente com a CIB na construção do Plano de Estadual de Educação Permanente, conforme Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Além de desenvolver a gestão (regulação e avaliação das ações de capacitação, ciência e tecnologia em saúde, estágios acadêmicos, especializações, apoio à descentralização da gestão da educação, fortalecimento do controle social e pesquisa estratégica.

### **2.3.7 – INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

Sendo um dos grandes desafios para a gestão, o fortalecimento da Tecnologia da Informação é fundamental para a agilização de processos e desenvolvimento de ferramentas para apoiar as ações de saúde no Estado. A tecnologia da informação na secretaria carece de recursos humanos e de qualificação dos técnicos atuais, investimento em tecnologia e equipamentos que venham atender a crescente demanda por software e hardware mais potentes e com maior capacidade. Outro desafio é a integração dos sistemas de informação da saúde que atuam ainda de forma fragmentada com falta de sistematização de informação para ação em tempo hábil para correção de desvios da gestão.

### **2.3.8 – INFRA-ESTRUTURA**

A Secretaria de Estado da Saúde conta com uma estrutura centralizada na capital Palmas onde se localiza a sede do órgão. Além disso, possui dezenove Hospitais Regionais incluindo os de alta complexidade, e as estruturas anexas da: Superintendência de Vigilância em Saúde, Prédio da Vigilância Sanitária, LACEN/IMUNIZAÇÃO, HEMORREDE, Assistência Farmacêutica, Almoxarifado Central, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST.

Todas estas estruturas necessitam constantemente de manutenção, reparos, aquisição de novos equipamentos em virtude do desgaste natural e necessidade de substituição e conforme a implantação de novos e melhores serviços algumas já são consideradas insuficientes para atendimento crescente da demanda em virtude da organização que a cada dia vem ocorrendo.

A rede hospitalar necessita de ampliação na capital e nas cidades de Araguaína e Gurupi. A quantidade de leitos de UTI é insuficiente e é necessário a descentralização de distribuição de medicamentos e insumos para os municípios.



### 2.3.9 – COMUNICAÇÃO SOCIAL

A assessoria de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins foi implantada no ano de 1995, quando o então secretário da época, Drº Eduardo Novaes Medrado, convidou a jornalista Maria José Moraes a realizar o trabalho de comunicação na Pasta. Na época, a então assessora de comunicação trabalhava sozinha, sem sala definida e sem nenhum equipamento, utilizando-se de materiais emprestados por outras áreas.

Já no ano seguinte, em 1996, foi criado pelo Ministério da Saúde e implantado na SES o setor de Informação, Educação e Comunicação – IEC, no qual a assessoria de comunicação começou a trabalhar em parceria, até mesmo pelos recursos financeiros existentes.

Porém, somente em 2001, a assessoria de comunicação da passou a contar com mais um jornalista, e meses após com um assistente administrativo. Com o fim do IEC, a assessoria conseguiu um computador, e uma máquina fotográfica manual da vigilância sanitária, trabalhando ainda com dificuldades pela falta de equipamentos. Após, a assessoria de comunicação contou com outros assistentes e uma estudante de jornalismo. Com a chamada do concurso público do Estado, em 2005, entraram na Secretaria alguns assistentes de serviços de saúde que estudavam jornalismo, ou estavam concluindo o curso, e passaram a realizar um trabalho de apoio, sempre como um aprendiz.

Em 2006, a Ascom ganhou dois computadores e uma impressora de papel A3, que foram pedidos desde o início da implantação da assessoria na Sesau e, desde então, a comunicação não possui mais nenhum outro equipamento. Contando hoje com 03 (três) computadores na sede, e 01 (um) no anexo 01, uma impressora; 01 (uma) máquina fotográfica digital de pilha, 01 (uma máquina manual).

Portanto, o grande problema enfrentado pela Ascom ainda hoje é a falta de equipamentos para a melhor realização dos trabalhos, que sempre que solicitados são atendidos a tempo e a hora.

A estrutura da Assessoria de Comunicação começou a ser pensada a partir de 2001, quando a Ascom – Assessoria de Comunicação, começou a contar com mais recursos humanos. Isso era importante para a assessoria passar a ser uma função organizacional, e não apenas um fim necessário. Para isso, foi pensado em cargos como coordenações e gerências, além da descentralização do trabalho de comunicação em algumas unidades de saúde.

Em 2007, o Governo do Estado implantou a estrutura organizacional das Assessorias de Comunicação, no qual a Saúde foi uma das que mais teve cargos criados devido ao seu grande complexo. Foram 15 cargos: (01) Assessor de Comunicação – DAS 10, (01) Coordenação de Comunicação – DAS 07, (04 - quatro) Assessor Operacional III – DAS 05, (07 - sete ) Assessor Operacional II – DAS 03, (02 - dois) Assessor Operacional I – DAS 01.

Hoje, a Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado da Saúde, possui recursos humanos para a realização dos trabalhos. São oito profissionais atuando na sede; dois no anexo I, dois no Hospital Geral de Palmas, um no Hospital e Maternidade Dona Regina, um no Hospital de Referência de Araguaína, e outro no Hospital de Referência de Gurupi. Com isso, o trabalho de cobertura e a divulgação dos setores e unidades estão mais abrangentes, porém ainda com as dificuldades estruturais já descritas.

### **2.3.10 – JURÍDICO**

A Diretoria Jurídica da Secretaria de Saúde está diretamente ligado ao Gabinete do Secretário, sendo composto por duas Coordenadorias, de Convênios e a de Contratos e Fundos e uma Gerência de Sindicância, conforme estrutura operacional disposta no Decreto nº 2.928, de 16/01/2007, que dispõe sobre a estrutura básica e operacional, as competências e os quadros de cargos de provimento em Comissão dos Órgãos integrantes do Poder Executivo.

A Diretoria Jurídica assessora diretamente o Secretário de Saúde em seus atos e decisões, bem como todos os setores e unidades de saúde do Estado. Para tanto conta com um quadro de 18 (dezoito) servidores, sendo um Diretor Jurídico, dois Coordenadores, um Gerente, cinco Assessores, sendo dois efetivos, um Assistente Jurídico, seis Assistentes Administrativos, sendo que três são acadêmicas de Direito, e quatro das assistentes integram o quadro de servidores efetivos, uma Secretária e um Estagiário, também acadêmico de Direito.

O Diretor possui relação direta com o Secretário, assessorando-o pessoalmente, a fim de verificar os aspectos legais e conseqüentemente orientar os atos e decisões do Gestor. Nesse sentido, o Diretor conta com um Assessor, um Assistente Jurídico e um Estagiário aos quais compete a realização das seguintes atividades: análise e adequação do aspecto formal e legal de instrumentos de gestão como: portarias, instruções normativas e etc; orientação aos Diretores, Coordenadores, Gerentes; análise de processos e produção de parecer nos assuntos referentes ao servidor público (Estatuto, Plano de Cargos); produção de informações à Procuradoria Geral do Estado nas demandas judiciais; acompanhamento e produção de justificativas das auditorias realizadas na SESA; resposta às solicitações e diligências do judiciário, Ministério Público Estadual, Federal. A partir da estruturação da Diretoria Jurídica, verificou-se que, este setor enfrentou períodos críticos de março a junho e de agosto a novembro, sendo que uma das motivações é o grande fluxo de documentações demandadas a este setor, porquanto os expedientes remetidos pelos ministérios públicos e órgãos do judiciário, ainda que

dirigidos aos diretores das unidades, passaram a ser analisados e respondidos por esta Diretoria, conforme determinação do Gestor da Pasta, sendo que a forma utilizada para esses momentos é a intensificação dos horários de trabalho.

A **Coordenadoria de Convênios**, conta com uma Coordenadora e duas assistentes administrativas, sendo uma Bacharela em Direito e outra acadêmica de Direito, competindo-lhes a realização das seguintes atividades: elaboração de convênios de descentralização e de repasse financeiro entre os 139 (cento e trinta e nove) municípios, as entidades e a Secretaria de Saúde, o que envolve análise de documentações, produção de minutas, justificativas, pareceres, ofícios de ciência à Assembléia e as Câmaras Municipais, publicações no Diário Oficial do Estado desses atos, confecção de termos de cooperação institucionais com as instituições de ensino a fim de efetuarem estágios nas unidades de saúde do Estado, produção de termos aditivos aos convênios e termos de cessão de uso de bens móveis, termos de compromisso entre entes públicos, acompanhamentos processuais e atendimento ao público. A coordenadora também se investe nas funções de Assessora, realizando atividades inerentes a este cargo, porquanto não existe a figura do Assessor Jurídico. Esta coordenação tem como período crítico entre os meses de março a julho, momento em que os trabalhos são intensificados, com o aumento da jornada de trabalho.

A **Coordenadoria de Contratos** é o setor que efetua todos os contratos referentes à aquisição de bens, prestação de serviços, realizando as medidas cabíveis no caso de inexecução dos contratos, para tanto, conta com um Coordenador, quatro Assessoras e quatro Assistentes Administrativas, aos quais compete a realização das seguintes atividades: produção de contratos, acompanhamento da execução dos contratos, notificação em caso de inexecução, produção de parecer, elaboração de minutas contratuais, orientação aos Coordenadores, Diretores, Gerentes, Superintendentes nos assuntos afetos à contratação, análise e produção de parecer referente aos editais das licitações realizadas pela Secretaria, resposta às diligências dos Tribunais de Contas do Estado e União, Controladoria Geral do Estado e União, Assembléia Legislativa em face de contratos da gestão anterior. O Coordenador é também o substituto do Diretor Jurídico, nas ausências ou impedimentos, e via de consequência, assessora diretamente o Secretário, participa de reuniões, enfim realiza todas as atividades inerentes ao cargo. A Coordenadoria de Contrato tem período crítico nos meses de novembro e dezembro, onde ocorre o vencimento dos contratos, e ainda em razão dos setores envolvidos encaminharem excessivo número de processos em atraso, para conclusão pela coordenação, enfrentando-o com o aumento da jornada de trabalho dos servidores.

A **Gerência Procedimentos Administrativos**, é o setor responsável pela realização dos procedimentos disciplinares de sindicância dos servidores e profissionais da Saúde da Pasta, é composto somente pelo Gerente, o qual realiza as funções inerentes a Sindicância, presidindo a Comissão Especial de Sindicância, instituída a cada vez que se instaura um procedimento para apuração dos fatos, bem como a Comissão Especial de Procedimentos Administrativos, competente para analisar os assuntos afetos aos procedimentos licitatórios, sendo instituída também a cada caso. Realiza também as funções inerentes aos procedimentos administrativos, que é residual, ou seja, às que não se enquadrem em contratos, convênios e congêneres ou ainda referente às demandas judiciais e diligências dos Tribunais de Contas do Estado e/ou da União, Assim sendo, ao responsável pelo setor compete: análise dos processos, instauração de sindicância, oitiva das partes e testemunhas, compreendendo viagens em todo Estado, realização de Termo de Ajuste de Conduta, autuação em expedientes internos e produção de pareceres, orientar o Gestor para aplicação de sanção administrativa, subsidiar Secretaria da

Administração na instauração de Processo Administrativo Disciplinar, atendimento ao público, enfim coordena e realiza todos os procedimentos preparatórios para possível instauração de processo administrativo. Este setor apresenta como período crítico entre os meses de março a junho e agosto a novembro, e para enfrentamento aumenta a jornada de trabalho.

Assim sendo, com a instituição da estrutura operacional onde houve, de fato, a criação da Diretoria Jurídica, bem como a estruturação do setor com o aumento de recursos humanos e de equipamentos, os processos, procedimentos, enfim os atos administrativos, em sua maioria passam pelo crivo da Diretoria, nesse sentido houve também aumento significativo de demandas, conseqüentemente o pessoal, os equipamentos e a estrutura apresentam-se aquém das necessidades da própria Secretaria, inobstante o compromisso e dedicação de toda a equipe de servidores que compõem a Diretoria Jurídica.

### **2.3.11 - CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

O processo de organização do Setor de Controle, Avaliação e Auditoria no Estado do Tocantins, iniciou-se com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS e a descentralização das ações e serviços de saúde nos estados e municípios, de forma acelerada, sem preparação e capacidade gestora dos mesmos.

Verificava-se mais concretude na estrutura organizacional do Controle, Regulação e Auditoria da Assistência apenas na Secretaria de Estado da Saúde - SESAU-TO e no município de Palmas, porém, não havia regimentos internos e planos anuais de atividades, normas e rotinas institucionalizadas.

Na estrutura formal desta pasta, a Coordenação de Controle, Regulação e Avaliação de Saúde - CRA e a Coordenação de Auditoria, estavam hierarquicamente ligadas à Diretoria de Atenção à Saúde - DAS. Salienta-se que a Coordenação de Auditoria atendia ainda as demandas geradas pelo Gabinete do Secretário e as áreas afins da SESAU-TO.

A Coordenação de Controle, Regulação e Avaliação era composta por equipe multidisciplinar com qualificação: Um Coordenador Geral; um Gerente de Controle; um Gerente de Regulação, um Gerente de Processamento de SIA/SIH; oito Assessores Técnicos; dois Médicos Reguladores; duas Assistentes Sociais; dez Assistentes Administrativos.

Atualmente, com o novo organograma da Secretaria de Estado da Saúde, a então Coordenação de Controle, Regulação, Avaliação - CCRA agregou-se à coordenação de Auditoria e tornou-se Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria - DCRAA e está diretamente ligada à Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde - SAPS, sendo constituída por 04 (quatro) coordenadorias, a saber; Coordenadoria de Avaliação, Coordenadoria de Controle e Sistemas, Coordenadoria de Auditoria e Coordenadoria de Regulação, as quais contam com 10 (dez) gerências e 14 (quatorze) Assistentes Administrativos.

## AVALIAÇÃO

No que se refere à Avaliação, na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins - SESAU-TO, as atividades iniciaram-se de forma restrita, limitando-se ao Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde no sistema - SCNES, verificando se as ações e seus resultados estariam ou não de acordo com o planejado e em cumprimento às normas legais vigentes.

As ações de Avaliação eram realizadas de maneira não sistematizada nos diversos setores da SESAU-TO, principalmente no que se refere aos indicadores pactuados pela Vigilância e Atenção à saúde. A satisfação dos usuários era mensurada através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, realizado pelo Serviço Estadual de Auditoria.

Em 09 de julho de 2002, o Ministério da Saúde através da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS Nº. 423 definiu as atribuições da Avaliação como:

- o Avaliação da relação entre programação/produção/faturamento: o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados;
- o Avaliação de qualidade e satisfação dos usuários do sistema: deve-se buscar a implementação de indicadores e objetivos, baseados em critérios técnicos, mas incluir a avaliação dos usuários quanto à acessibilidade, resolubilidade e qualidade dos serviços;
- o Avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população: deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no Plano de Saúde.

A partir de 2007, com o advento de nova gestão e novo organograma, a Avaliação tornou-se Coordenação, contando com uma Gerência de Avaliação. Suas atividades foram sistematizadas, sendo as atribuições básicas da Coordenadoria de Avaliação:

- o Analisar os relatórios gerados a partir da utilização e processamento do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, Autorização para Internação Hospitalar - AIH e Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade - APAC;
- o Monitorar os relatórios gerados com base em dados, indicadores de resultados, parâmetros de cobertura, produtividade e qualidade;
- o Avaliar os dados selecionados pela gerência através do fluxo com a Auditoria Estadual.
- o Contribuir para a elaboração de parâmetros assistenciais;
- o Eleger eventos sentinelas ou estratégicos para acompanhamento sistemático da assistência;
- o Avaliar a organização e o desempenho das redes hierarquizadas;
- o Monitorar os parâmetros, indicadores gerenciais e padrões técnicos de qualidade para os serviços de saúde;
- o Implantar sistemas de interlocução com a sociedade para avaliar a qualidade e a satisfação dos usuários;

- o Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- o Analisar relatórios implementados pela Gerência de Avaliação referentes aos padrões de conformidade das ações de saúde desenvolvidas nos estabelecimentos;
- o Avaliar as metas e serviços da Política dos Hospitais de Pequeno Porte.

## CONTROLE

As ações que presentemente são realizadas pela Coordenação de Controle e Sistemas de Informação, antes eram realizadas por um grupo de 08 (oito) pessoas que faziam parte da Diretoria de Atenção à Saúde.

Entre os anos de 2001 e 2002 foram criadas 02 (duas) Gerências: de Controle e de Sistemas, que faziam parte de uma Coordenação vinculada à Diretoria supracitada.

As Gerências de Controle e de Sistemas, quando criadas, possuíam em média 05 (cinco) funcionários cada e realizavam as funções de cadastro.

O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES que é uma das atribuições essenciais da Gerência de Controle por muito tempo esteve centralizado em âmbito Estadual. Sua operacionalização estava fragmentada entre as Gerências de Controle e Sistemas. O cadastro in-loco e o manuseio das fichas de cadastro localizavam-se no controle enquanto a digitação e envio das informações para a base nacional no ministério da Saúde era função da Gerência de sistemas.

O controle das produções dos prestadores de saúde, das FPO – Fichas de Programação Orçamentária de Saúde e dos Tetos Físicos e Financeiros eram também funções da Gerência de controle. Portanto as funções de cadastro e controle misturavam-se entre o número reduzido de pessoas que se encontrava nesta Gerência.

A Gerência de Sistemas processava as informações do Sistema de Internação Hospitalar - SIH, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA - e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES, como já foi dito anteriormente.

Em novembro de 2005, o Estado do Tocantins foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Estadual podendo desde então, gerir seu recurso de média e alta complexidade. Nesta etapa importante para o Estado, a Gerência de Controle participou ativamente desse processo, sendo que a mudança de gestão influenciava totalmente nas atividades e conseqüentemente na mudança do fluxo de trabalho. Para essa habilitação foi elaborada e publicada a primeira Programação Pactuada e Integrada do Estado – PPI.

Após 2007, com a implantação do novo organograma da Secretaria de Estado da Saúde, a Coordenação de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, onde eram localizadas as Gerências discutidas passou a ser uma Diretoria, denominada como Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, sendo composta pelas Coordenadorias de Controle e Sistemas de Informação, Complexo Regulador, Avaliação e de Auditoria.

A institucionalização da Coordenação de Controle e Sistemas de Informação trouxe um grande avanço na organização de suas funções, pois cada Gerência: Controle, Cadastro e Sistemas de Informação tem o seu papel definido dentro da Coordenação e com isso, pode-se executar funções que anteriormente eram apenas cartoriais.

Em função de mais atribuições, foram remanejados mais servidores para exercício de atividades que ainda não eram realizadas. Novos recursos tecnológicos foram incorporados a esta Coordenação, proporcionando maior agilidade nas atividades executadas.

Ainda em 2007, iniciou-se o processo de contratualização dos serviços privados e filantrópicos do Estado. Nessa fase, foram estabelecidos os critérios e a rede de serviços a serem contratadas. Atualmente, já foi solicitada a contratação de 90% dos serviços para o SUS ofertados na rede, e para os contratos que já foram formalizados há uma atividade de monitoramento dos mesmos.

A Programação Pactuada e Integrada foi novamente publicada em 2006 e hoje é um instrumento de controle muito importante na contratualização dos serviços e na pactuação da oferta desses serviços. E hoje, podemos monitorar uma PPI viva fazendo alterações trimestralmente conforme a solicitação de cada município.

Presentemente, a Gerência de Controle, executa além do controle dos tetos financeiros, também o controle dos Serviços de Média e Alta Complexidade já contratados e o controle de pagamentos dos serviços da rede SUS.

A função de controle dos exames de apoio e diagnóstico que antes se reduzia aos exames de patologia clínica, hoje está ampliada também para todos os exames especializados, porém, o controle desses serviços é definido por amostragem.

A Gerência de Cadastro avançou em 2008, uma vez que a maioria dos municípios está com seu cadastro de estabelecimento descentralizado e os que ainda não foram capacitados, estão no cronograma de capacitação descentralizada. Com isso, foi possível contar com uma pequena equipe para desempenhar a supervisão desses cadastros agora realizados pelo próprio município.

Apesar do grande avanço, a Coordenação almeja progredir:

- o A descentralização para os municípios dos Serviços de Média e Alta Complexidade;
- o Uma equipe regional de supervisão de cadastro;
- o O envio das informações para o Estado através da internet,;
- o Disponibilizar sistemas de informações próprios;
- o Integração das bases dados;
- o Controle mensal dos exames de apoio e diagnóstico da rede;
- o Utilização das Fichas de Programação Orçamentária – FPO, elaboradas através do contrato de cada prestador.



Entre os anos de 2001 e 2002 foram criadas as Gerências de Regulação e de Tratamento Fora de Domicílio – TFD e estas faziam parte da Coordenação de Controle, Regulação e Avaliação.

O número de servidores lotados nas gerências era: Regulação – 05 (cinco) e TFD – 02 (dois), sendo suas funções: Regulação através do Sistema Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC e emissão de passagens e ajuda de custo, respectivamente.

Até 2006, quando a Coordenação de Controle, Regulação e Avaliação ainda era exercida por uma Coordenação Geral, havia uma Gerência de Regulação. Naquele mesmo ano foi aprovado o projeto de implementação da Central de Regulação de Exames e Consultas e posteriormente foi alocado ao Estado do Tocantins um recurso como incentivo para implantação do Complexo Regulador da região Centro Sul e Centro Norte.

Também anterior ao ano de 2006, as atividades desenvolvidas pela Central de Regulação Estadual eram de autorização e liberação de Autorização para Internação Hospitalar – AIH e Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade – APAC. O único mecanismo de regulação utilizado era CNRAC e naquele ano o TFD passou a ser autorizado por médicos. Naquele período, a equipe era formada por 05 (cinco) técnicos, 01 (um) gerente e 03 (três) médicos, sendo que a partir daquela data, todas as transferências passaram a ser reguladas por médicos.

A Coordenação de Complexo Regulador, atualmente, é exercida por uma Coordenadora Geral e conta com 03 (três) Gerências, sendo Gerência de Leitos, Consultas e Exames, Gerência de TFD – Tratamento Fora de Domicílio e Gerência da Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos – CNCDO. E encontra-se em estrutura física própria e em fase de adequação para início das atividades 24 horas. A equipe é composta por 16 (dezesseis) técnicos e 11 (onze) médicos.

#### **São conquistas e avanços:**

- o Aprovação do projeto de implantação e/ou implementação de central de exames e consultas;
- o Liberação de recurso financeiro para implantação do Complexo Regulador;
- o Locação de estrutura para sede do complexo – Palmas;
- o Mais recursos Tecnológicos para a Coordenação;
- o Regulação dos exames de alta complexidade contratados pelo Estado;
- o Regulação das consultas dermatológico-sanitárias e Oncológicas;
- o Regulação das internações do Hospital de Maternidade Dom Orione e das eletivas HGP – Oncológicas;
- o Formalização do protocolo de exames de alta;
- o Controle Financeiro do tratamento fora de domicílio;
- o Contratação de recursos humanos (principalmente médicos) para Central 24 horas.

### **Desafios e problemas:**

- o Funcionamento do Complexo Regulador 24 horas;
- o Contratação de recursos humanos de nível médio;
- o Formalização de todos os protocolos necessários para Regulação;
- o Regulação de todas as internações, consultas e exames utilizando a ferramenta SISREG III;
- o Publicação do Manual de Tratamento Fora de domicílio;
- o Implantação da CNCDO;
- o Locação de estrutura física, tecnológica e recursos Humanos para o Complexo Regulador de Araguaína.

### **AUDITORIA**

O Sistema Estadual de Auditoria, da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins – SESAU-TO iniciou suas atividades no ano de 1997, na estrutura formal do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, através do Decreto Nº. 694, de 10 de dezembro de 1998, norteado pelo Decreto Federal Nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995, que cria o Sistema Nacional de Auditoria do SUS – componente Estadual e Municipal. O quadro de RH era composto por 04 (quatro) técnicos e 01 (um) assistente administrativo, sendo: 01 (um) profissional de medicina, 01 (um) profissional bacharel em Direito, 01 (um) profissional de enfermagem/sanitarista e 01 (um) profissional bacharel em serviço social/sanitarista.

O Sistema Estadual de Auditoria do SUS atuava, especificamente, nos serviços sob a gestão estadual – sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados, quer seja no nível ambulatorial ou hospitalar, demandas pelo GABIN/SES-TO, Ministério Público Estadual e Ministério da Saúde.

Auditoria, enquanto ferramenta importante na garantia da efetividade do controle social e objetivando a ampliação do quadro e descentralização das ações, foi promovido pela Secretaria de Estado da Saúde, nos anos de 2000 a 2002, por meio de convênio com a UNITINS/Palmas, o Curso de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde com a participação de 35 (trinta e cinco) servidores da gestão estadual e municipais (Palmas e Paraíso do Tocantins) de saúde, com a participação de técnicos do ministério público estadual.

No período de 2002/2003 a SES/TO, via contratação, possibilitou a participação de 12 (doze) servidores (das áreas de auditoria, controle interno/NUSCIN, planejamento, administração e finanças) da gestão estadual de saúde no Curso de Gestão e Auditoria na Administração Pública, ofertados pelo ITOP/Palmas.

Na atual conjuntura, o Sistema Estadual de Auditoria - enquanto Coordenação de Auditoria está hierarquicamente ligado à Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (DRCAA) e, esta por sua vez, subordinada à Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde (SAPS).

A equipe de auditoria hoje, está formada por 05 (cinco) técnicos, sendo: 01 (um) profissional de economia/gestor público – especialista em gestão e auditoria da administração pública, 01 (um)

profissional cirurgião dentista – especialista em auditoria em serviços de saúde, 01 (um) profissional de enfermagem/sanitarista - especialista em auditoria em serviços de saúde, 01 (um) profissional de psicologia - mestre em saúde pública e, 01 (um) profissional bacharel em serviço social/sanitarista - especialista em sistemas de informação e informática em saúde, administração hospitalar, auditoria em serviços de saúde e mestre em saúde pública.

Com o Pacto de Gestão, há o resgate da “responsabilidade sanitária” e, o Sistema Estadual de Auditoria, amplia suas competências de verificar sistematicamente se os gestores do SUS e a rede de serviços sob sua responsabilidade, estão realmente trabalhando em defesa da saúde de sua população. Assim, hoje, o Sistema Estadual de Auditoria do SUS, compete a realização de:

- o Auditorias nos serviços sob a gestão estadual – sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
- o Auditorias nos sistemas de saúde municipais; e,
- o Capacitação dos técnicos de controle, avaliação e auditoria da gestão estadual e gestões municipais de saúde.

Suas ações estão integradas nas atividades de regulação, controle, avaliação e auditoria, caracterizadas por atividades de verificação analítica, operativa e de gestão, consistindo no exame sistemático e independente de uma atividade, elemento ou sistema, determinando se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as planejadas e em cumprimento as normas legais vigentes, atendendo as demandas do GABIN/SES-TO, da SAPS/SES-TO, Ministério Público Estadual, Ministério da Saúde, Controladoria Geral da União, do Conselho Estadual de Saúde e da OUIDORIA do SUS;

As ações de auditoria, são essencialmente de caráter educativo, que visa à otimização/diminuição de custos e prover a gestão de saúde de elementos para que possa analisar criticamente suas ações e os serviços que são colocados à disposição dos usuários. É uma ferramenta para o aprimoramento do sistema à medida que propicia subsídios para a tomada de decisões.

A Equipe de Auditoria, também, é responsável pela disseminação do “Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria”, que têm objetivos específicos de renovar o compromisso com o SUS; refletir sobre os modelos de atenção que potencializam a transformação das práticas; apreender a importância do planejamento e programação como instrumento de gestão; incorporar a importância do financiamento e do controle social do SUS; alinhar conceitos e diretrizes em regulação, controle, avaliação e auditoria e a integração entre eles; introduzir o processo de auditoria das ações e serviços e introduzir o processo de auditoria dos recursos financeiros e da gestão de sistemas descentralizados do SUS.

Quanto ao quadro de auditores, está contemplado no Plano de Cargos e Carreiras e Subsídios (PCCS) da Saúde o quantitativo de vagas, definição de requisitos e atribuições genéricas da carreira.

A pretensão do Sistema Estadual de Auditoria do SUS é a implementação das ações já realizadas e o cumprimento das demais competências quanto à realização de:

- o Auditar 20% dos serviços sob a gestão estadual – sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
- o Auditar 40% dos sistemas de saúde municipais;
- o Auditar 100% das aplicações dos recursos estaduais repassados aos municípios;
- o Auditar 40% das ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;
- o Capacitar 100% dos técnicos de controle, avaliação e auditoria da gestão estadual e gestões municipais de saúde de Araguaína, Gurupi, Palmas.

Disseminando, assim, o conjunto de técnicas que visam verificar estruturas, processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e determinados critérios técnicos, operacionais ou legais, procedendo a exame especializado de controle na busca da melhor aplicação de recursos, visando evitar ou corrigir desperdícios, irregularidades, negligências e omissões, nas esferas de governo estadual e municipal.

## **2.4 – COMPROMISSOS DE GESTÃO ASSUMIDOS**

### **2.4.1 – RELATÓRIO DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE**

A Etapa Estadual da 6ª Conferência Estadual de Saúde foi antecedida por 77 (setenta e sete) Conferências Municipais. A consolidação de todo o processo culminou com a participação total de 1.134 (um mil cento e trinta e quatro) participantes, divididos em: 256 (duzentos e cinquenta e seis) delegados, 46 (quarenta e seis) convidados e 832 (oitocentos e trinta e dois) observadores.

A etapa Estadual, teve como finalidade:

- ✓ A promoção de reflexões e o debate sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à construção de um modelo de atenção à saúde que possibilite uma melhor qualidade de vida da população;
- ✓ Discussão e deliberação sobre a Política Estadual de Saúde, inclusive nos seus aspectos financeiros;
- ✓ Discussão e deliberação sobre o papel dos Gestores e da Sociedade na saúde;
- ✓ Eleição de delegados para participarem da 13ª. Conferência Nacional de Saúde;
- ✓ Definição da Política Estadual de Saúde do Tocantins, a ser apresentada na 13ª. Conferência Nacional de Saúde

A Conferência Estadual de Saúde constou da apresentação de três Mesas Temáticas: Eixo I – Desafios para Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Eixo II – Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social; Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde. Após a sistematização as seguintes propostas/problemas por eixos são apresentadas a seguir

#### **EIXO I: DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE NO SÉCULO XXI: ESTADO, SOCIEDADE E PADRÕES DE DESENVOLVIMENTO.**

1. Viabilizar recursos por meio de convênios junto ao Ministério da Saúde, para aquisição de veículos exclusivos para as Equipes de Controle das Endemias ;
2. Viabilizar recursos por meio de convênios junto ao Ministério da Saúde, para aquisição de veículos exclusivos para o Programa de Saúde da Família (PSF);
3. Viabilizar recursos por meio de convênios junto ao Ministério da Saúde, para aquisição de veículos exclusivos para Vigilância Sanitária na Gestão Municipal;
4. Viabilizar recursos por meio de convênios junto ao Ministério da Saúde, para aquisição de Ambulâncias equipadas para as unidades assistenciais;

5. Viabilizar recursos por meio de convênios junto ao Ministério da Saúde, para aquisição de unidades móveis e fixas médico-odontológico para o atendimento na zona rural;
6. Inserir profissionais multiprofissionais: psicólogo, assistente social, educador físico, fisioterapeuta e nutricionista, a partir do ano de 2008, em cada Equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), para a efetivação da Interdisciplinaridade;
7. Implementar a Política de Atenção e Promoção à Saúde do Idoso;
8. Implementar as ações da Política de Atenção à Saúde do Adolescente;
9. Implementar a Política de Saúde Mental, objetivando a garantia de acesso e atenção integral aos usuários por meio da rede de cuidado, compreendida: atenção básica, ambulatórios de saúde mental, centro de atenção psicossocial (CAPS), leitos definidos para tratamento de saúde mental em hospital geral e residências terapêuticas;
10. Implantar sistema de controle e avaliação dos Programas de Promoção e Prevenção à Saúde;
11. Implantar sistema de gerenciamento e acompanhamento integrado, compatibilizando os sistemas de informação existente para subsidiar a tomada de decisão da Gestão, em cada esfera de Governo;
12. Implantar sistema de avaliação das ações de saúde desenvolvidas e seu impacto na saúde da população;
13. Implantar Política de Humanização na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) nos níveis municipal e estadual;
14. Garantir o desenvolvimento de ações básicas de Vigilância em Saúde através do co-financiamento nos moldes da Saúde da Família para o custeio de equipamentos e investimento (equipes mínimas de Vigilância, equipamentos, insumos e laboratórios de saúde pública, entomológicos e controle de zoonose);
15. Garantir a inserção em todos os níveis do setor saúde em todas as fases dos processos de Licenciamento Ambiental;
16. Fazer cumprir ou incluir nos Códigos Sanitários Estaduais e Municipais a realização de Vigilância em Saúde Ambiental;
17. Fazer cumprir ou incluir nos Códigos Sanitários Estaduais e Municipais a realização de Vigilância em Saúde do Trabalhador;
18. Aumentar, em pelo menos 15% recursos financeiros, para a Vigilância em Saúde, considerando os indicadores epidemiológicos, geodemográficos e do índice de desenvolvimento humano (IDH);
19. Implementar ações objetivando a redução da mortalidade materno-infantil;
20. Aumentar, de imediato, de 25% nos incentivos de Saúde Bucal, Saúde da Família e implementar os recursos financeiros para os Agentes de Endemias;
21. Implementar a Política de Reabilitação Física;

22. Garantir, por meio de qualificação profissional, notificação dos agravos relacionados ao trabalho;
23. Ampliar, de acordo com a Política Nacional de Urgência e Emergência, a cobertura do SAMU, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR);
24. Estruturar o Complexo Regulador da Assistência à Saúde, objetivando efetivar fluxo de referência/contra-referência em todos os níveis de assistência;
25. Garantir os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), para os municípios acima de 10.000 (dez mil) habitantes;
26. Estruturar Policlínicas para dar suporte da Atenção Primária;
27. Estruturar os serviços assistenciais nos Hospitais de Pequeno Porte (HPP);
28. Implantar pactuações norteados por critérios de distribuição de acordo com as características locais;
29. Ampliar, reformar, adequar e/ou construir unidades básicas de saúde, garantindo a acessibilidade aos portadores de necessidades especiais e idosos;
30. Pleitear recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde para viabilizar o número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, pediátrico e adulto;
31. Ampliar, reformar e equipar as unidades hospitalares;
32. Construir Hospital de Referência de Tocantinópolis;
33. Descentralizar os serviços de fornecimento de órtese/próteses;
34. Estruturar as unidades regionalizadas de assistência farmacêutica nas cidades de Palmas, Araguaína, Gurupi, Augustinópolis e Dianópolis, para garantir o acesso dos usuários aos medicamentos do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional;
35. Instituir na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) procedimento específico para subsidiar atividades de captação de doadores de sangue através de campanhas de sensibilização na mídia, material educativo e outros materiais;
36. Priorizar investimentos para aquisição de equipamentos médico-hospitalar de média e alta complexidade;
37. Estruturar os Núcleos de Educação Permanente (NEP) nas unidades de saúde municipais e estaduais;
38. Implementar a Política Nacional de Atenção às Urgências assegurando a implantação do Programa de Qualidade do SUS (QUALISUS);
39. Implementar a rede de cuidados aos portadores de câncer visando à integralidade das ações.
40. Compor a Equipe de Saúde da Família (PSF), obrigatoriamente, pelos profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, agente de consultório dentário e agente comunitário de saúde.

## EIXO II: POLÍTICAS PARA A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: SUS E SEGURIDADE SOCIAL:

1. Direcionar 100% da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) para investimentos nas ações de saúde;
2. Garantir a execução, manutenção e a regulação da vinculação da receita da união, dos estados e municípios como base de cálculo do percentual a ser repassado à saúde, conforme preconiza a Emenda Constitucional (EC) 29, para o financiamento das ações contidas nos respectivos Planos de Saúde, priorizando as ações de promoção e prevenção;
3. Estabelecer teto físico-financeiro diferenciado para a Região Norte, considerando suas peculiaridades geodemográfica, epidemiológica, socioeconômica e cultural;
4. Criar o Piso Estadual de Atenção Básica a ser repassado aos Fundos Municipais de Saúde;
5. Propor a revisão dos critérios utilizados na definição dos repasses financeiros aos Municípios, considerando, além do critério populacional, a inclusão de critérios epidemiológicos e sócio-econômicos;
6. Implementar apoio técnico para a operacionalização dos recursos dos Fundos Municipais de Saúde;
7. Estabelecer parcerias com os Municípios para elaboração do Plano Diretor de Investimento (PDI) da Saúde, contemplando as necessidades de investimentos em todos os níveis de complexidade;
8. Pactuar com a Gestão Municipal que os Projetos de Investimentos (convênios e emendas parlamentares) estejam priorizados no Plano Diretor de Investimento (PDI);
9. Desenvolver mecanismos de promoção da saúde, garantindo articulação das políticas intersetoriais nos Projetos de interesse da saúde, ampliando a inclusão social e a participação popular;
10. Incentivar nos Municípios a construção de Planos de Ação Regional, considerando os aspectos culturais e étnicos, norteados pelo perfil epidemiológico contemplando aspectos da intersetorialidade;
11. Fazer cumprir pelos três níveis de governo, a responsabilização pela estruturação, regulação, controle e ajuste da Política de Recursos Humanos para a saúde;
12. Implantar e aparelhar a Rede de Comunicação do Sistema Unido de Saúde (SUS) interligada a nível Nacional para que seja efetivada a utilização do Cartão do SUS, contemplando a universalidade e a regionalização solidária de baixa, média e alta complexidade;
13. Implementar a Política de Atenção Nutricional em parceria com a rede sócio-assistencial de proteção à criança, com inclusão da população indígena;
14. Fomentar ações de incentivo a alimentação saudável organizando programas de educação e geração de renda em parceria com o terceiro setor;
15. Implementar na rede de saúde os protocolos de Atenção Contra a Violência praticada a todos os cidadãos;



16. Implementar e integrar ações entre as Secretarias de Saúde, Segurança, Assistência Social e Educação, visando à prevenção ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas a todas as camadas sociais;
17. Retirar da mídia propaganda de drogas lícitas nos meios de comunicação;
18. Priorizar a qualidade e a resolubilidade da assistência nos três níveis de complexidade, estabelecendo critérios para responsabilidade dos profissionais de saúde para zelar do erário público;
19. Reduzir o número de famílias por Agente Comunitário de Saúde (ACS) que atua na zona rural, com condições de trabalho;
20. Implantar o Programa Farmácia Popular, nos Municípios de pequeno porte populacional;
21. Garantir no orçamento público recursos suficientes para aquisição de medicamentos excepcionais;
22. Estabelecer parcerias entre a Gestão Estadual e Municipal para investir e manter as ações das APAE (Associação de Pais e Amigos de Excepcional);
23. Implantar e garantir recursos financeiros nas três esferas de Governo para CAPS-I em Municípios com população acima de 20.000 (vinte mil) habitantes, CAPS-ad com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes e CAPS-i, Residência Terapêutica e unidades psiquiátricas em Hospitais de Referência em Municípios acima de 200.000 (duzentos mil) habitantes, com revisão das portarias contemplando as peculiaridades da Região Amazônica e, inserir a Política de Saúde Mental como um dos Eixos prioritários do Pacto pela Vida;
24. Revisar os critérios para implantação de Centro de Reabilitação Física e Profissional, contemplando as Cidades Pólo com menos de 100.000 (cem mil) habitantes;
25. Implementar Política de Instalação da Rede de Esgoto em 100% dos Municípios tocantinenses, com medidas de controle para tratamento sistematizado da área (ETA), amenizando impacto ambiental e, a revisão quanto à forma de exploração da rede de esgoto, o qual dificulta o acesso da população dado o alto custo do serviço;
26. Garantir na Política Estadual de resíduos sólidos a implantação e implementação da instalação de aterro sanitário em 100% dos municípios do Tocantins;
27. Implantar uma Política Federal, Estadual e Municipal de incentivo a criação de Cooperativas para reciclagem dos resíduos sólidos, com a participação das associações de pequenas mineradoras;
28. Estabelecer parcerias com os Municípios para construção de matadouros municipais;
29. Implementar a Política de Construção de Casas Populares, com espaço adequado ao número de membros das famílias;
30. Ampliar o Programa de Construção de Banheiros nos Municípios;
31. Criar linha de crédito para o Município construir barragens, cacimbas e cisternas na zona rural, em áreas de risco por estiagem prolongada;
32. Garantir a construção dos poços artesianos nas Comunidades Indígenas e os Quilombolas;

33. Implantar Política de Informatização das unidades básicas de saúde;
34. Fomentar a Política de Planejamento Familiar na rede assistencial como garantia de acesso à reprodução assistida para homens e mulheres nos serviços públicos de saúde incluindo o acesso ao tratamento e à tecnologia;
35. Priorizar recursos para aumento das contrapartidas Municipal, Estadual e Federal para a Farmácia Básica, bem como, investimento para estruturação das assistências farmacêuticas municipais;
36. Criar Escola de Saúde Pública no Estado do Tocantins;
37. Ampliar e garantir a sustentabilidade de mecanismos de financiamento de pesquisa estratégica para o SUS, inclusive no nível Estadual;
38. Implementar a Política de Capacitação de RH, tanto nas relações humanas como nas áreas técnicas, em todos os níveis de assistência, instituindo o exercício da prestação de serviços voluntários, por tempo determinado aos acadêmicos da área de saúde selecionados;
39. Capacitar os Gestores municipais de saúde;
40. Propor o desenvolvimento de Política Nacional que garanta recursos financeiros para a implementação da Capacidade de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde;
41. Criar mecanismos de garantia do tema "Sistema Único de Saúde" nos currículos de formação de profissionais de saúde de nível técnico e superior no Estado do Tocantins, com ênfase em questões de gênero e Saúde da Mulher;
42. Qualificar os profissionais a rede SUS, para o cumprimento do Artigo 200, no parágrafo II da Constituição Federal e o Artigo 6º, no parágrafo 1º alínea c da Lei 8080/90, para o estabelecimento da relação entre o trabalho e o agravo apresentado pelo trabalhador;
43. Implementar o Sistema de Informação em Recursos Humanos, no nível Estadual;
44. Estimular criação de Observatório de Recursos Humanos, no âmbito Estadual;
45. Criar mecanismos de implementação de Política Estadual de Humanização;
46. Garantir a implantação de Políticas de Proteção e Promoção à Saúde dos servidores público estaduais e municipais nos moldes do sistema integrado de saúde ocupacional do setor público federal (SISOSP);
47. Implantar política de interiorização dos profissionais de saúde;
48. Ampliar o número de vagas para os Cursos de Medicina nas Universidades Públicas da Região Norte e, condicionar os profissionais da área de saúde, formada nas Instituições Públicas e Privada, a prestação de serviço remunerado por 2 (dois) anos na rede SUS na Região Norte;
49. Implantar Mesas de Negociação Permanente do SUS nos níveis Estadual e Municipal, com a finalidade de garantir condições dignas de trabalho nos moldes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;
50. Propor que o Município cumpra a Lei N.º 11.350/2006, efetivando os Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias;

51. Promover concurso público nas três esferas de Gestão do Governo para todas as áreas de saúde e efetivação das equipes de Saúde da Família, lotando profissionais conforme rede de serviços organizados levando em consideração decisões das instâncias colegiadas à luz da Regionalização, observando as reais necessidades de cada região para fortalecer a oferta de serviços especializados;
52. Regulamentar os direitos dos servidores públicos estaduais e municipais quanto o adicional noturno e de insalubridade, com a inclusão dos profissionais do Estado cedidos;
53. Revisar o Plano de Cargos Carreiras e Subsídios (PCCS) da Saúde;
54. Reativar o Programa de Escolas Promotoras de Saúde – Agente Escolar;
55. Garantir a conclusão do Curso Técnico de formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Endemias pela Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS), após isto, abrir novos cursos de capacitação;
56. Garantir, no âmbito Estadual e Federal, mecanismos de financiamento permanente de Programas de formação pós-graduada em estratégia de Saúde da Família: especialização em Saúde da Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade;
57. Garantir, no âmbito Estadual e Federal, mecanismos de financiamento permanente de Programas de formação pós-graduada em estratégia de Saúde da Família: Residência em Medicina da Família e Comunidade;
58. Estabelecer que todos os projetos empresariais financiados com recursos públicos, sejam firmados termo de conduta relacionado com a Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente;
59. Fomentar as ações de Vigilância Sanitária no âmbito Estadual;
60. Recompôr os valores da Tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), pelo Ministério da Saúde, considerando as especificidades loco-regionais, bem como, fomentar a implantação da Programação Pactuada Integrada (PPI) interestadual para a garantia de acesso aos procedimentos que oneram os serviços com grande número de Tratamentos Fora de Domicílio (TFD);
61. Implementar ações efetivas de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria nos três níveis de Governo;
62. Propor o aumento no percentual de recursos financeiros destinados à Saúde Mental, de 2,4% para 4,5% do montante total dos recursos federais para a Saúde e o aumento do recurso financeiro destinado à aquisição de medicamentos para a Saúde Mental nos três níveis de Governo;
63. Implantar a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, acima dos 40 anos;
64. Destinar à estruturação e operacionalização das Vigilâncias Sanitárias os recursos advindos do recolhimento de taxas e multas aplicadas pela Vigilância Sanitária;
65. Concluir a pesquisa com laudo definitivo sobre doença ocular de etiologia desconhecida e, maior co-participação dos níveis Estadual e Federal com recursos destinados ao tratamento das pessoas afetadas;

66. Propor que o Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde, fruto do debate de toda a comunidade brasileira, se associe as reivindicações de milhões de brasileiros, com a realização de auditoria na dívida externa, uma vez que o pagamento de juros da dívida afeta diretamente recursos destinados à saúde;
67. Melhorar as condições de trabalho nos hospitais do Estado do Tocantins, garantindo as refeições aos plantonistas, local adequado para repouso e equiparação salarial para os não efetivos.

### **EIXO III: A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE:**

1. Implantar e implementar a Política de Educação Popular em Saúde de forma contínua, em parceria com a Secretaria de Educação e Cultura e com os órgãos ambientais;
2. Criar o fundo com recursos no custeio das ações dos Conselhos para formar multiplicadores, garantindo o controle social e a participação popular;
3. Fomentar as ações de capacitação e educação permanente para 100% os Conselhos em âmbito Municipal, Estadual e Federal;
4. Promover seminários e/ou mobilizações sociais, com envolvimento das entidades governamentais e não governamentais objetivando orientar a composição dos Conselhos Municipais de Saúde na conformidade da legislação;
5. Implantar assessoria de imprensa como objetivo de divulgar as ações dos Conselhos de Saúde
6. Fazer cumprir a Lei 8.142/90, no que concerne o estabelecimento do controle social, através do recurso de transferência da gestão e da gerência do Serviço de Ouvidoria da Saúde para os Conselhos de Saúde;
7. Garantir o cumprimento da Resolução CNS N.º 333/03 do Conselho Nacional de Saúde;
8. Articular o estabelecimento de Consórcio Intermunicipal para realização de fóruns de gestão participativa;
9. Incentivar a integração dos Conselhos, tais como: saúde, educação, assistência social, criança e adolescente e outros;
10. Garantir que o Conselho Estadual de Saúde promova o acompanhamento e monitoramento dos Conselhos Municipais de Saúde para sua qualificação;
11. Garantir dotação orçamentária para o Conselho Municipal e Estadual conforme a Resolução CNS nº 333/03 e, determinar o valor (Município/Estado) para a formação do fundo de gerenciamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES);
12. Incluir a discussão sobre a “Saúde do Trabalhador” e do “Pacto pela Saúde” no Eixo Temático do Controle Social;

## 2.4.2 - TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL DO PACTO PELA SAÚDE

O processo de adesão ao Pacto pela Saúde do Tocantins foi de intensa discussão e socialização das informações. Várias estratégias tiveram de ser criadas para garantir uma grande permeabilidade de toda a discussão na Secretaria e em seus anexos. Dentre os desafios superados para implantação do Pacto pela Saúde no Estado destacamos:

- ✓ Sensibilização do Gestor/SES e MS – agosto 2005
- ✓ Oficina de Gestão – DAD/SES/CES/COSEMS – setembro 2005
- ✓ Realização do Seminário de Regionalização – dezembro 2005
- ✓ Pré – Projeto do Convênio de Fortalecimento da Gestão – dezembro 2005
- ✓ Articulação com a Equipe Gestora da SES – Formação do Grupo Tarefa /CES/COSEMS/MS\_DAD – março 2006
- ✓ 1.º Seminário Estadual do Pacto pela Saúde 2006 – maio 2006

Os desafios considerados ainda existentes para esta superação destacamos:

- ✓ Sensibilizar os técnicos da Gestão Municipal para a proposta do Pacto pela Saúde;
- ✓ Diagnosticar a situação do papel gestor Municipal frente aos compromissos sanitários advindos do Pacto de Gestão;
- ✓ Realizar Oficinas Regionais para a Discussão e Consolidação do Pacto pela Saúde (Eixos de Discussão: Regionalização, Termos de Compromisso de Gestão Municipal e Política de Atenção Básica);
- ✓ Fortalecer a participação do controle social CES e COSEMS nas Oficinas Regionais;

O Pacto pela Saúde possui três dimensões: em Defesa do SUS, de Gestão e pela Vida através de objetivos e metas para uma série de responsabilidades para os gestores da saúde.

As Diretrizes Operacionais para o Processo de Gestão são:

- Descentralização
- Regionalização
- Financiamento
- Planejamento
- Programação
- Regulação
- Gestão do Trabalho
- Educação em Saúde
- Participação e Controle Social

O Pacto em Defesa do SUS traz em seu bojo o desafio de intensificar a repolitização da discussão do SUS, com envolvimento da sociedade, o financiamento compatível com as necessidades de

saúde por parte dos entes federados, expressos na luta pela regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, a elaboração e ampla divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, discutir nos conselhos municipais e estadual as estratégias para implantação desta dimensão no estado e priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas.

O Pacto pela Vida desperta-nos para o compromisso entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, a definição de uma agenda comum, enxuta, com metas pactuadas e revisão anual e prioridades estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais.

O Pacto de Gestão traz uma maior autonomia dos gestores nos processos de Pactuação, estabelece um novo processo de construção das normas/processo do pacto e considera a diversidade como constitutiva do processo de pactuação e não a exceção para modelos pré-definidos. Ele define as chamadas *Responsabilidades Sanitárias* constituindo espaços de co-gestão e resgatando o apoio entre os entes num processo compartilhado. O Pacto de Gestão trás maior transparência para o controle social, considera todos são gestores plenos na sua responsabilidade e trás também uma superação das habilitações em formas de gestão.

Estas Responsabilidades Sanitárias são definidas em 08 (oito) Eixos do chamado Termo de Compromisso de Gestão Estadual – TCGE. O TCGE é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS. Ele expressa a formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão. A pactuação do Termo de Compromisso e sua conseguinte assinatura substituiu o “processo de habilitação de municípios e estados a uma dada condição de gestão” e deve ser resultado de um processo de pactuação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos.

Dentre as responsabilidades sanitárias do TCGE do Estado do Tocantins aprovadas pelo CES e homologado pela Portaria GM/MS 2.194 de **14/09/2006** tem como desafios a superar neste PES:

#### Eixo: 1- RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

- 1.8 Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de regulação e monitoramento e avaliação da gestão;
- 1.12 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- 1.19 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

#### Eixo: 2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

- 2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;

- Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;
- Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
- Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

#### Eixo 3 – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

- 3.2 Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- 3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;

#### Eixo 4 – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

- 4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
- 4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- 4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- 4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;
- 4.8 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;
- 4.9 Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;
- 4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

- 4.12 Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;
- 4.13 Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referencia intermunicipal, conforme pactuação;
- 4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;
- 4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
- 4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- 4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- 4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- 4.21 Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
- 4.22 b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,
- 4.22 c) monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;
- 4.23 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- 4.24 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;
- 4.28 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;
- 4.29 Avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde;
- 4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.
- 4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.



#### Eixo 5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

- 5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- 5.2 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;
- 5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;

#### Eixo 6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

- 6.4 Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento
- 6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- 6.6 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
- 6.7 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;

#### Eixo 7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

- 7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- 7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- 7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- 7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- 7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Todo o TCGM pode ser visualizado no Anexo.

### 2.4.3 - RESULTADO DA ANÁLISE DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

As Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP) são entendidas como atribuições indispensáveis a serem exercidas pelos órgãos gestores da saúde com finalidade de melhorar o desempenho das práticas de saúde por meio do fortalecimento das suas capacidades institucionais.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em colaboração com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CCPD) e do Centro Latino-Americano de Investigações em Sistemas de Saúde (CLAISS) desenvolveu o instrumento de medição do desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública, próprias dos gestores da saúde ("Autoridade Sanitária"), como parte da iniciativa "A Saúde Pública nas Américas". Ao todo foram identificadas onze (11) funções essenciais para a prática da saúde pública nos países das Américas.

O CONASS avaliou a relevância da iniciativa e com o consentimento e apoio da OPAS/Brasil promoveu a adaptação dos instrumentos das FESP, para aplicação nos Estados Brasileiros; com o objetivo de contribuir para o fortalecimento da gestão estadual.

A iniciativa brasileira de medição das FESP nos estados faz parte do projeto de cooperação do CONASS "*SUS - GESTÃO - ESTADUAL*" e a aplicação da medição nas Secretarias Estaduais de Saúde foi precedida de um criterioso processo de revisão conceitual e adaptação das definições, instrumentos e da metodologia para medição das FESP. Este processo foi coordenado pela equipe técnica do CONASS/OPAS e teve o apoio do Ministério da Saúde.

A medição do desempenho das FESP é um processo de auto-avaliação realizado pela gestão estadual e a metodologia desenvolvida enfatiza a avaliação das funções estruturantes ao invés de incluir as funções específicas ou as esferas de ação da saúde pública.

Neste sentido, as 11 (onze) FESP adaptadas pelo CONASS e OPAS para aplicação nos Estados Brasileiros são:

- 1) Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado;
- 2) Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde;
- 3) Promoção da saúde;
- 4) Participação social em saúde;
- 5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde;
- 6) Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde;
- 7) Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde;
- 8) Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde;
- 9) Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde;
- 10) Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde;
- 11) Organização e coordenação do sistema estadual de atenção à saúde.

A reunião preparatória foi realizada no dia 03/05/2006 envolvendo a coordenação nacional do CONASS/OPAS, a equipe de dirigentes da SES e a coordenação estadual/FESP. Nesta reunião foram apresentados os aspectos conceituais, as características das FESP, as orientações em relação à escolha dos participantes da medição, a composição dos grupos de trabalho, a preparação da logística e entrega dos documentos utilizados na medição. O Tocantins foi o sexto Estado brasileiro a realizar a auto-avaliação das Funções Essenciais da Saúde Pública

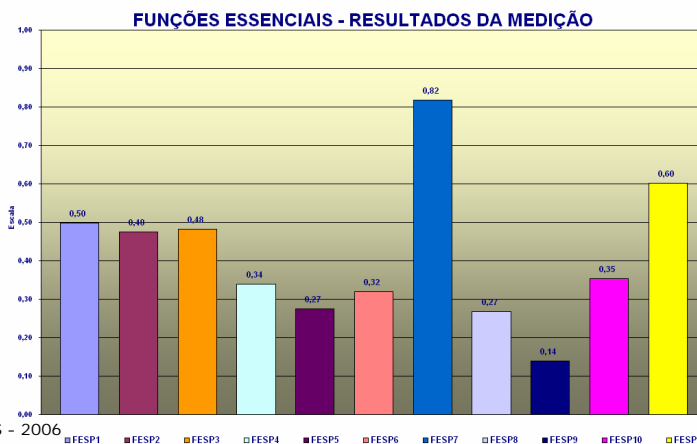
A Secretaria de Estado da Saúde em parceria com o CONASS e a OPAS desenvolveu a chamada auto-avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública no Tocantins em 2006. Esta avaliação ocorreu em um momento de extrema decisão política da SESAU e do momento histórico vivido e das necessidades de gestão. O estado estava para completar 20 anos e era necessário um “olhar de onde viemos, como estamos, o que conquistamos, o que queremos, e para onde vamos e como faremos”. Havia no momento a necessidade de ampliação de ações e serviços de saúde em nível estadual e municipal, de ampliação da rede física da SES e dos Hospitais Estaduais, o Estado havia aderido ao Pacto pela Saúde e tinha a obrigação de fortalecer aq gestão.

O processo de Auto-avaliação contou com a participação de representantes de todas as áreas da SES, participando ao todo cerca de 66 pessoas entre técnicos, secretários municipais de saúde, conselheiros estaduais de saúde, instituições de ensino privadas e públicas e convidados. O processo promoveu a “descoberta” da SES para vários representantes que tiveram a oportunidade de conhecer o trabalho, avanços e desafios de outras áreas, além de deflagrar um processo de articulações na execução de ações de saúde, promovendo a integração de ações que vinham sendo feitas duplicadamente (Ex: Atenção Básica e Vigilância em Saúde).

#### RESULTADOS DA FESP – TO 2006

**A auto-avaliação das 11 Funções Essenciais da Saúde Pública no Estado obteve uma média de 0,42**, sendo que o valor máximo de referência é 1,00. Este valor refere-se à média obtida pelo Estado no conjunto dos 47 indicadores identificados no instrumento.

**FIGURA 83**  
**GRÁFICO – RESULTADO DA MEDIÇÃO DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA .**  
**TOCANTINS – 2006**



Fonte: CONASS/OPAS – 2006

Do conjunto de 11 FESP, **cinco** foram auto-avaliadas com nota **acima da média** do estado:

- F1) Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado (0,50);
- F2) Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde (0,48);
- F3) Promoção da saúde (0,48);
- F7) Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde (0,82);
- F11) Organização e coordenação do sistema estadual de atenção à saúde(0,60).

**Sete** foram avaliadas com nota **abaixo** da média do estado:

- F4) Participação social em saúde (0,34);
- F5) O Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde (0,27);
- F6) Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde (0,32);
- F8) Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos (0,27);
- F9) Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde (0,14);
- F10) Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde (0,35)

**FIGURA 84**  
**QUADRO - RESULTADO DAS FESP .**  
**TOCANTINS - 2006**

RESULTADO DAS MÉDIAS ESTADUAIS DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA DO TOCANTINS	2006
	Média Estadual 0,42
F1) Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado	0,50
F2) Vigilância, investigação, controle de risco e danos à saúde	0,48
F3) Promoção da Saúde	0,48
F4) Participação social em saúde	0,34
F5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planej. e gestão pública da saúde	0,27
F6) Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde	0,32
F7) Promoção e garantia do acesso universal equitativo aos serviços de saúde	0,82
F8) Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde	0,27
F9) Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde	0,14
F10) Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.	0,35
F11) Organização e coordenação do sistema estadual de atenção à saúde*.	0,60

Fonte: CONASS/OPAS - 2006

O resultado da FESP em 2006 mostrou uma SES muito exigente, segundo análise dos observadores. Isso na avaliação de vários do grupo se deu em virtude de uma “herança” de processo de trabalho “entranhado” como extremamente severo

A auto-avaliação também consistia em outro instrumento também considerando três grupos de indicadores de desempenho que foram assim selecionados:

- 25 indicadores de cumprimento de resultados e processo chaves;
- 11 indicadores de desenvolvimento de capacidade e infra-estrutura e
- 11 indicadores de desenvolvimento de competências descentralizadas.

Quando analisado o gráfico do **Cumprimento de resultados e processo chaves** que agrega os 25 indicadores selecionados nas 11 funções, observa-se que 12 indicadores ficaram acima da média obtida pelo estado e 13 ficaram abaixo da média obtida pelo estado.

#### **CUMPRIMENTO DE RESULTADOS E PROCESSOS CHAVES:**

##### **12 indicadores acima da média do Estado:**

- Instrumentos e processos de monitoramento e avaliação da situação de saúde (0,42).
- 2.1 Sistema estadual de vigilância à saúde para identificar riscos e agravos à saúde (0,42).
- 3.2 Formação de alianças setoriais e extra-setoriais para a promoção da saúde (0,56).
- 3.3 Planejamento e coordenação estadual das estratégias de informação, educação e comunicação social para a promoção da saúde (0,67).
- 3.4 Reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde (0,61)
- 4.2 Fortalecimento da participação e do controle social em saúde (0,43).
- 5.2 Implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde (0,70).
- 7.1 Regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde (0,82).
- 7.3 Instrumentos e mecanismos políticos para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde (0,74)
- 11.1 Construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à organização e coordenação do sistema estadual de saúde (0,44).
- 11.2 Desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual (0,55).
- 11.3 Coordenação do processo de programação pactuada da oferta de ações e serviços no âmbito estadual (0,50).

### 13 indicadores abaixo da média:

- 1.2 Avaliação da qualidade da informação em saúde (0,13);
- Capacidade de resposta oportuna e efetiva para o controle de agravos e riscos à saúde (0,25)
- 3.1 Desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis (0,15).
- 4.1 Fortalecimento do poder dos cidadãos na tomada de decisões em saúde (0,26);
- 5.1 Formulação de políticas de saúde no âmbito estadual (0,30);
- 6.1 Revisão periódica, avaliação e modificação do marco regulatório (0,03);
- 6.2 Capacidade técnica e institucional para fazer cumprir no âmbito do estado as leis e normas do SUS (0,14).
- 8.1 Análise da situação da força de trabalho em saúde no Estado (0,11);
- 8.3 Formação e pós graduação em saúde (0,40);
- 8.4 Administração de Recursos Humanos da rede pública no Estado (0,29);
- 9.1 Definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde (0,33).
- 9.2 Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde (0,03).
- 10.1 Desenvolvimento de uma agenda estadual de Pesquisa em saúde (0,15)

### INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADE E INFRA-ESTRUTURA

No gráfico de **desenvolvimento de capacidades e infra-estrutura** que agrega os 11 indicadores selecionados nas 11 funções, observa-se que 4 indicadores estão acima da média, 1 indicador foi auto-avaliado na média do estado e 6 abaixo da média, quando analisados em relação à média obtida pelo estado (0,42).

### 4 indicadores acima da média:

- 1.3 Capacidade técnica e recursos para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde (0,78).
- 1.4 Suporte tecnológico para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde (0,92).
- Capacidade operacional dos laboratórios de saúde pública (0,50).
- 7.2 Instrumentos e mecanismos técnicos para promover e garantir o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde (0,91).

**1 indicador na média do estado:**

- 8.2 Qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho no Estado (0,42).

**6 indicadores abaixo da média:**

- Capacidades técnica e institucional para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde (0,39).
- 5.3 Desenvolvimento da capacidade institucional de Gestão do Sistema Estadual de Saúde (0,08).
- 5.4 Capacidade de gestão para cooperação com a esfera federal e a estadual (0,18).
- 6.3 Conhecimentos, habilidades e mecanismos para revisar, aperfeiçoar e fazer cumprir o marco regulatório (0,30).
- 9.3 Capacidade de gestão da qualidade dos serviços de saúde (0).
- 10.2 Desenvolvimento da capacidade institucional de pesquisa e incorporação tecnológica (0,39).

**INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DESCENTRALIZADAS.**

Em relação à área de desenvolvimento de competências descentralizadas, que agrega 11 indicadores selecionados nas 11 funções, observa-se 5 indicadores acima da média e 6 abaixo.

**5 indicadores acima da média:**

- Cooperação e apoio técnico aos Municípios (0,82);
- 6.4 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para criação de leis e normas municipais de controle, auditoria e fiscalização (0,80);
- 7.4 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde (0,80);
- 10.3 Cooperação e apoio aos Municípios, diretamente ou em parceria com instituições acadêmicas, para o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde (0,52);
- 11.4 Cooperação técnica com Municípios para o desenvolvimento do processo de reorganização do modelo de Atenção à Saúde (0,92)

**6 indicadores acima da média:**

- 1.5 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde (0,25);
- 3.5 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde (0,37);
- 4.3 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para fortalecer a participação e o controle social em saúde (0,33);
- 5.5 Cooperação técnica com os Municípios para o desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão do SUS (0,11);
- 8.5 Cooperação técnica aos Municípios para o desenvolvimento de Recursos Humanos (0,12);
- 9.4 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde (0,19);



#### 2.4.4 – METAS PRIORITÁRIAS DE GOVERNO

O Grande Macro – Objetivo estabelecido pelo Governo do Estado é *Promover a prestação de serviços de saúde com qualidade a todo cidadão tocantinense nos 139 municípios do Estado para termos um Tocantins de cidadãos saudáveis.*

Para atingirmos este objetivo, elegemos como meta prioritária de Governo:

- Oferecer aos 139 municípios do Estado, infra-estrutura física, tecnológica e de recursos humanos para atender com rapidez e eficiência todo cidadão que necessite dos serviços de saúde;
- Fortalecimento do Programa Saúde da Família nos 139 municípios do Tocantins, que serão concretizados a partir da execução de nove ações prioritárias para resolvermos os problemas que ainda persistem no sistema de saúde pública do Brasil e do Nosso Estado;
- Completar a infra-estrutura médico-hospitalar, construindo 04 (quatro) Hospitais Gerais, sendo um em cada uma das seguintes Regiões: Gurupi, Araguaína, Sudeste e Bico do Papagaio. Cada hospital será construído considerando os padrões da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e principalmente, baseado nos princípios da Nova Gestão Pública voltada para o Cidadão, que resume a função de qualquer Governo: atender com qualidade o cidadão.

A saúde foi considerada a prioridade das prioridades, visto que devemos melhorar os serviços de atendimento de saúde nos 139 municípios do Estado que já foram melhorados na atual gestão, e que serão ampliados com ações do Governo Estadual em parceria com os outros entes responsáveis pela oferta de serviços de saúde à população, via Sistema Único de Saúde – SUS.

##### Ações das Metas Prioritárias

1. Construção de Hospital Geral em quatro Regiões: Araguaína, Gurupi, Sudeste e Bico do Papagaio;
2. Modernização do Sistema de Atendimento em Saúde, reestruturação a rede de atendimento do sistema de saúde, diminuindo o tempo de espera por atendimento e reduzindo as distâncias entre o cidadão e os locais de atendimento;
3. Construção de Centros de Especialidades Médicas e Laboratoriais: Complexos, centros de diagnósticos e laboratórios;
4. Contratação de profissionais de saúde;
5. Capacitação de profissionais de saúde;
6. Ampliação do número de leitos;
7. Fortalecimento dos Hospitais de Referência;
8. Reforma e ampliação de unidades básicas de saúde;
9. Aquisição emergencial de equipamentos de exames laboratoriais e de especialidades médicas.

### **Definição de 03 Eixos Estruturantes para fortalecimento da Gestão Pública:**

1. **Implantação do Complexo Regulador** ⇨ Garantir consultas e exames especializados a quem mais precisa, mais rápido e o mais próximo ao seu município de origem;
2. **Definição da nova Programação Pactuada Integrada da Assistência** ⇨ Fechamento e atualização por município dos novos tetos físicos e financeiros ambulatorial e hospitalar dos recursos federais na ordem de R\$ 105.623.179,27 ;
3. **Novo desenho da Regionalização da Saúde no Estado com implantação das CIBs regionais** ⇨ Solucionar as dificuldades de atenção e vigilância da própria região in loco entre os municípios



### **3 – EIXOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS**

### **3.1 - EIXO I**

## **FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO TOCANTINS**

### 3.1.1 - DIRETRIZ 1.

#### DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.

Entendida como um conjunto de princípios, diretrizes e proposições gerais voltadas para a saúde, a implementação de políticas públicas voltadas para saúde são formas de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas de saúde e sobre problemas e necessidades de saúde com intuito de fortalecer a gestão do Estado buscando o desenvolvimento de ações planejadas e formalizadas. A Secretaria de Estado da Saúde estará desenvolvendo propostas através do preparo de uma agenda forte e cooperativa, norteadas pela descrição dos principais problemas de saúde que afetam a população e o modo de solução, formulando propostas de intervenção, implementando-as através de compromissos e de um processo de avaliação contínuo.

**OBJETIVO 1: Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa**

#### Metas 2008-2011

- **100%** de reuniões programadas dos Colegiados de Gestão Regional – CGR com agenda cumprida;
- **80%** de participação dos gestores municipais nos Colegiados de Gestão Regional – CGR;
- Garantir **100%** o processo de implantação e condução da Programação Pactuada e Integrada da Assistência entre o Estado e os Municípios.

#### Linhas Estratégicas

1. Fortalecimento do processo de regionalização no Estado do Tocantins através da participação ativa dos gestores de saúde e atores sociais envolvidos;
2. Coordenação e articulação intersetorial e interinstitucional para operacionalização e desenvolvimento dos colegiados de gestão regional;
3. Cooperação técnica com os municípios visando o fortalecimento da gestão municipal;
4. Implementação dos processos integrados para pactuação regional da execução das ações e serviços de atenção e vigilância conforme a PPI da Assistência;
5. Potencialização do processo de pactuação, atualização e monitoramento da PPI da Assistência;

## **OBJETIVO 2: Fortalecer a Gestão e Planejamento da Saúde no âmbito do Estado do Tocantins.**

### **Metas 2008\_2011**

- Elaborar, monitorar e avaliar em **100%** os instrumentos de gestão em nível Estadual;
- Cooperar tecnicamente com **100%** dos municípios que solicitar cooperação técnica na elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão em nível Regional e Municipal;
- Institucionalizar a área de planejamento em 5 municípios estratégicos;
- Realizar bianualmente as oficinas de Auto – Avaliação e Fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública;
- Implantar o processo de gestão de custos;
- Viabilizar a operacionalização de 4 áreas meios do Gabinete: Núcleo Setorial de Controle Interno, Assessoria Técnica, Diretoria Jurídica e Comissão Especial de Licitação

### **Linhas Estratégicas**

- 1- Cumprimento com as responsabilidades sanitárias relativas ao Pacto de Gestão;
- 2- Condução do Processo de Planejamento, Elaboração, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Gestão no Estado do Tocantins na Área de Saúde.
- 3- Fortalecimento da Equipe Gestora da SESAU-TO nas áreas de Planejamento e Gestão.
- 4- Coordenação do Processo de Planejamento Regional de Saúde;
- 5- Aperfeiçoamento da Interface entre a Diretoria de Gestão de Planejamento e Descentralização da Saúde entre as Demais Superintendências da SESAU-TO.
- 6- Desenvolvimento da capacidade institucional de articulação e elaboração de políticas públicas de saúde;
- 7- Cooperação Técnica para que os Municípios sejam fortalecidos na gestão das ações e serviços de saúde em seu território;
- 8- Fortalecimento da gestão através das Funções Essenciais em Saúde Pública;
- 9- Efetivação do Sistema de Planejamento do SUS no Estado do Tocantins;
- 10- Fortalecimento das ações da área meio ligadas ao gabinete: Núcleo de Controle Interno, comissão Especial de Licitação, Assessoria Técnica e Diretoria Jurídica;
- 11- Implementação dos Processos de Gestão, Sistemas e Ferramentas para garantir a eficiência do Planejamento no Estado.

**OBJETIVO 3: Conduzir a sistematização dos Processo de coordenação, monitoramento e avaliação das Responsabilidades Sanitárias no âmbito Estadual e Municipal relativas ao Pacto pela Saúde**

**Metas 2008\_2011**

- Avaliação anual do Termo de Compromisso de Gestão Estadual – TCGE;
- Revisão anual do Plano Operativo para a execução do Termo de Compromisso de Gestão Estadual – TCGE;
- Adesão em **100%** dos municípios a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal – TCGM;
- Avaliação anual dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal – TCGM.
- Apoiar em 100% as ações de Defesa do SUS e Pacto pela Saúde.

**Linhas Estratégicas:**

- 1- Promover a adesão dos municípios do Estado ao Pacto pela Saúde;
- 2- Fortalecer a integração e participação da SESAU no alcance das metas e discussões acerca do pacto pela saúde na esfera estadual e municipal;

**OBJETIVO 4: Criar mecanismos para viabilizar a alimentação efetiva, eficaz e eficiente do SIOPS pelos municípios.**

**Metas 2008\_2011**

- **100%** dos municípios com SIOPS alimentado adequadamente;
- Núcleo de Apoio Estadual do SIOPS atuante com **100%** de participação.

**Linhas Estratégicas:**

- 1- Estimular a correta alimentação e análise dos dados do SIOPS.
- 2- Articular com os municípios encontros de sensibilização para a utilizem o SIOPS como um dos norteadores para tomada de decisões na área de Gestão e Planejamento.
- 3- Cooperação Técnica com os gestores e contadores municipais.

## **OBJETIVO 5: Qualificar equipe gestora do estado e municípios em gestão e planejamento.**

### **Metas 2008\_2011**

- **80%** Equipe gestora dos municípios capacitados para operacionalizar os instrumentos de gestão (PMS, PAS E RAG);
- Garantir a capacitação de **80%** dos técnicos da área de gestão e planejamento da SESAU.

### **Linhas Estratégicas:**

- 1- Ampliar as oportunidades de acesso ao conhecimento nas diversas áreas de gestão visando o desenvolvimento e empoderamento do capital intelectual através da qualificação profissional individual e coletiva;
- 2- Constituir quadro técnico capacitado para assumir as funções pertinentes à gestão estadual e municipal de saúde.

## **OBJETIVO 6: Incorporar as ações e os processos de monitoramento, análise e avaliação de indicadores de relevância para a gestão.**

### **Metas 2008\_2011**

- Unificar e sistematizar **100%** das bases dos Sistemas de Informação em Saúde – SIS através da Diretoria de Tecnologia da Informação – DTI;
- Divulgar trimestralmente indicadores de relevância para a gestão.

### **Linhas estratégicas:**

1. Buscar padrões de excelência visando potencializar a utilização das bases de informação de saúde disponíveis;
2. Criação de mecanismos integrados de organização e manutenção das bases de indicadores relativos ao estado de saúde da população e aos aspectos sociais, econômicos e organizacionais que determinam a situação de saúde visando nortear a gestão na tomada de decisões.
3. Desenvolvimento de um processo de Monitoramento e Avaliação da Gestão a partir da identificação das necessidades.
4. Promover Eventos de Relevância Estadual e/ou regional de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS no TO:



## **OBJETIVO 7 - Contribuir para a efetivação de Políticas Públicas integradoras para gestão.**

### **Metas 2008\_2011**

- Apoiar em **100%** a implementação de Políticas Públicas de saúde no Estado do Tocantins.

### **Linhas Estratégicas:**

- 1- Subsidiar a efetivação da Política Nacional de Humanização na rede assistencial e na gestão da saúde no Tocantins;
- 2- Apoiar a política de integração da vigilância em saúde e atenção básica;
- 3- Nortear a política de organização e fortalecimento Redes Integradas de Atenção à Saúde no Estado.

### 3.1.2 - DIRETRIZ 2.

#### **FORTEALECIMENTO DAS AÇÕES DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA NO ÂMBITO DO SUS.**

O fortalecimento destas ações é de fundamental importância pois são consideradas diretrizes do Pacto de Gestão do SUS. A regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, compreendendo a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária. A institucionalização do complexo regulador bem como da auditoria assistencial e/ou clínica são processos que visam aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados, contribuindo para a eficiência e eficácia da atenção à saúde e exercício de cidadania. Propõe-se a elaboração de normas, o monitoramento e fiscalização da aplicação dos recursos financeiros do SUS, elaboração e pactuação de protocolos clínicos, controle de referências coordenação e operação da central do complexo regulador, e estimular a implantação de complexos reguladores municipais, bem como avaliar e auditar.

#### **OBJETIVO 8 - Implementar a Regulação, Controle , Avaliação da Atenção à Saúde.**

##### **Metas 2008 2011**

- Contratualizar **100%** dos serviços terceirizados do SUS;
- Regular **100%** dos procedimentos de alta complexidade do Estado;
- Implantar o Complexo Regulador do Estado.
- Manter atualizado **100%** os bancos de dados dos sistemas nacionais de saúde;

##### **Linhas Estratégicas:**

- 1 - Articular com a Gestão a estruturação e a contratação de Recursos Humanos para viabilizar a Regulação, Controle , Avaliação da Atenção à Saúde.
- 2 - Prestar cooperação técnica para que os municípios mantenham atualizados os Sistemas de Informação que são imprescindíveis para a realização dos serviços.
- 3 - Monitorar os Contratos, Convênios e Termos Entre Entes Públicos dos serviços de Média e Alta Complexidade do SUS;
- 4 - Apoiar realização de cursos de capacitações para os servidores da Regulação, Controle , Avaliação da Atenção à Saúde.

## **OBJETIVO 9 - Manter os serviços de Auditoria no Estado do Tocantins .**

### **Metas 2008\_2011**

- Realizar **100%** de auditoria das demandas ocorridas;
- Auditar **100%** dos serviços que apresentarem críticas nos sistemas nacionais de saúde (SIA, SIH, CNES);
- Auditar **40%** dos serviços que compõem a rede estadual de saúde

### **Linhas Estratégicas:**

- 1 - Auditar serviços que compõem rede de assistência a saúde no Estado;
- 2 - Atender as demandas dos Ministérios Públicos Federal e Estadual, Controladoria Geral da União, Coordenação de Auditoria, DENASUS/MS, Gabinete do Secretário e outras.
- 3- Apoiar realização de cursos de capacitações para os servidores da Auditoria.

### 3.1.3 - DIRETRIZ 3.

#### **NORMATIZAÇÃO OS PROCESSOS DE TRABALHO DO SUS, ATRAVÉS ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS.**

Considerado um dos componentes do Pacto de Gestão a educação em saúde é estratégica fundamental para o fortalecimento da gestão dos SUS. A necessidade de normatizar os processos de trabalho no âmbito do SUS, visa contribuir para otimização de recursos e melhoria da eficácia dos serviços ofertados aos usuários do sistema e para isso estratégias de educação voltadas para aperfeiçoar a prática do dia – a – dia dos trabalhadores do SUS se torna essencial.

#### **OBJETIVO 10 - Sistematizar os processos de trabalho do SUS no Estado.**

##### **Metas 2008 2011**

- Realizar **2** seminários estaduais .
- Realização de visitas técnicas nos **19** Hospitais de Regionais;
- Elaboração de **02** Manuais de Protocolos;

##### **Linhas Estratégicas:**

1 – Trabalho intersetorial com Enfermeiros, Farmacêuticos e Médicos dos Hospitais Regionais, para elaboração dos protocolos.

### 3.1.4 - DIRETRIZ 4.

#### FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO TOCANTINS .

A qualificação dos trabalhadores da saúde é de extrema importância para a melhoria das condições da saúde da população. Ele se reflete em serviços com maior qualidade e garante ao usuário um atendimento imediato, bem como o desencadeamento de ações coletivas e individuais de promoção e proteção necessárias a minimizar os problemas de saúde da população.

#### **OBJETIVO 11 – Implantar a Escola de Saúde Pública do Tocantins.**

##### **Metas 2008 2011**

- Construir em **100%** a sede da Escola de Saúde Pública do Tocantins - ESPTO;
- Estruturar em **50%** a ESPTO;
- Prover em **80%** o quadro de Recursos Humanos;

##### **Linhas Estratégicas:**

- 1 - Criar uma Instituição de Saúde Pública buscando a formação de ensino superior vinculado à administração estadual da saúde, voltado à formação de competências que respondam às necessidades do SUS/TO.
- 2 - Estabelecer parcerias;
- 3 - Articular inter e intrainstitucionalmente ações para o alcance do objetivo.

### 3.1.5 - DIRETRIZ 5.

#### **PROMOÇÃO DA APROXIMAÇÃO DAS AÇÕES PEDAGÓGICAS À LÓGICAS POLÍTICO-PEDAGÓGICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE .**

O contexto educacional inserido no meio sócio-econômico, político e cultural determina quais ações pedagógicas são necessárias para que se atinja as finalidades dos processos educacionais voltados para o SUS, definindo de forma clara, suas formas operacionais e os caminhos que se pretende seguir. Promover a aproximação da lógica político-pedagógica da educação permanente objetiva a construção de um referencial norteador, elaborado como um instrumento para consolidar as diretrizes da educação permanente a luz das necessidades do SUS.

#### **OBJETIVO 12 - Implantar a Educação Permanente dos profissionais de saúde em áreas de Gestão Estratégica para o Sistema de Saúde do Tocantins.**

##### **Metas 2008 2011**

- Realizar, bianualmente e regionalmente, “Oficinas de Qualificação em Ativação de Processos de Interação Ensino-Serviço na Média e Alta Complexidade da Atenção”.
- Realizar, anualmente, o “Curso de Qualificação para Facilitadores de Aprendizagem em Saúde”.
- Realizar bianualmente os cursos de “Especialização em Processos Educacionais em Saúde” e o de “Aperfeiçoamento em Processos Educacionais em Saúde”.

#### **OBJETIVO 13 - Promover a interação entre ensino da saúde e serviços do SUS.**

##### **Metas 2008 2011**

- Qualificar seis regiões (unidades de saúde) em ativação de processos de interação de Ensino Serviço.

## **OBJETIVO 14 - Promover a Descentralização da Gestão em Educação e Saúde.**

### **Metas 2008\_2011**

- Realizar oficinas nos quinze Colegiados de Gestão, para qualificar trabalhadores de saúde municipais na área de Educação em Saúde.
- Implementar 100% da Política Nacional de Ensino e Serviço no CIES/CIB/TO.

### **Linhas Estratégicas:**

1 – Articular inter e intrainstitucionalmente ações para o alcance do objetivo

2 – Elaborar Currículos integrados, metodologicamente focados na melhoria dos processos de trabalho que facilitem a qualificação dos processos de gestão local da EP (municípios e unidades de saúde do Estado).

3 – Estruturar a equipe de trabalho para desempenho das ações de promoção e descentralização da Gestão de Educação em Saúde.

### 3.1.6 - DIRETRIZ 6.

#### **FORTELECIMENTO DA GESTÃO PARTICIPATIVA E DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO SUS .**

A Gestão Participativa, o Controle Social bem como a Educação Popular são componentes do Pacto de Gestão e compromissos assumidos pela Secretaria neste Plano e compreendem um princípio doutrinário do SUS assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

Nesse processo pretende-se desenvolver estratégias voltadas a fortalecer a mobilização social e institucional em defesa do SUS; garantir as condições do funcionamento adequado do Conselho Estadual de Saúde, apoiando o processo de formação dos conselheiros no âmbito estadual e municipal, o desenvolvimento de ações de informação, divulgação e conhecimento acerca do SUS fortalecendo e promovendo a divulgação das ações de comunicação social, informação e educação popular para a saúde, além de efetivar o Sistema Estadual de Ouvidoria da Saúde do Tocantins.

#### **OBJETIVO 15 – Qualificar os Conselheiros e Gestores de Saúde.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Capacitar 100% dos Conselheiros e gestores das 15 Regiões de Saúde do Estado.

#### **OBJETIVO 16 – Promover à população o “Curso de Introdução à Educação Popular em Saúde”.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Realizar, anualmente, o “Curso de Introdução à Educação Popular em Saúde”

##### **Linhas Estratégicas:**

1 – Promover o fortalecimento da capacidade de gestão e execução da Educação Popular em Saúde das Secretarias Municipais de Saúde do Estado.

2 – Envolver o Conselho Estadual de Saúde na articulação para viabilizar a realização das oficinas de capacitação.



## **OBJETIVO 17 - Consolidar a Ouvidoria no Estado.**

### **Metas 2008\_2011.**

- Realizar oficinas nas regiões de saúde que possuem Hospitais Regionais;
- Divulgar a Ouvidoria nos 139 municípios.
- Manter 100% dos serviços de Ouvidoria no Estado.

### **Linhas Estratégicas:**

- 1 – Estabelecer canais de comunicação entre os gestores e os usuários do SUS, buscando adequar os serviços prestados, conforme as demandas levantadas pela população;
- 2 – Articular com os Administradores Hospitalares parcerias para estabelecer a Ouvidoria;
- 3 – Formar técnicos para o fortalecimento da Ouvidoria.

## **OBJETIVO 18 - Disseminar conhecimento acerca da saúde, buscando informar e orientar a população do Estado do Tocantins.**

### **Metas 2008\_2011.**

- Divulgar **100%** das informações e ações educativas em saúde por meio dos mais variados canais (TV, rádio, internet, outdoor, busdoor, releases, impressos, carro de som e outros) de comunicação do Estado.

### **Linhas Estratégicas:**

- 1 – Desenvolver parcerias com meios de veiculação da informação;
- 2 – Aproximar a população das ações e serviços de saúde desenvolvidos no estado;
- 3 – Contribuir para melhoria da qualidade de vida da população.

## **OBJETIVO 19 – Manter os serviços do Conselho Estadual de Saúde.**

### **Metas 2008\_2011.**

- Manter **100%** o Conselho Estadual de Saúde.

### **Linhas Estratégicas:**

- 1- Apoiar a instituição da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa com ênfase no Controle Social, com garantia de recursos regulares oriundos de cada esfera de Governo.
- 2- Estimular a integração inter-conselhos, com vista a troca de experiências, objetivando a intersetorialidade.
- 3- Garantir a estrutura necessária para o funcionamento do conselho estadual de saúde.

### 3.1.7 - DIRETRIZ 7.

#### PROMOÇÃO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO CAMPO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

**OBJETIVO 20 - Promover a priorização administrativo-gerencial do campo da educação, ciência e tecnologia em saúde.**

##### Metas 2008\_2011.

- Realizar anualmente 15 visitas de cooperação técnica nos Colegiados Regionais com setores de gestão da educação, ciência e tecnologia em saúde;
- Realizar bianualmente 30 visitas regionais de cooperação técnica a setores de gestão da educação, ciência e tecnologia em saúde nas Unidades de Saúde Estaduais;
- Implantar 100% o “Fórum Permanente de Gestão da Educação em Saúde” da SESAU/TO;
- Desenvolver um “Sistema de Informação em Educação, Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde”.

**OBJETIVO 21 - Implantar o Núcleo de EAD.**

##### Metas 2008\_2011.

- Implantar 100% o Núcleo de EAD;
- Estruturar 100% do Núcleo de EAD, de acordo com seu Projeto Institucional.

**OBJETIVO 22 – Promover a qualificação dos profissionais de saúde do Estado**

##### Metas 2008\_2011.

- Realizar 32 cursos de requalificação profissional de média e curta duração;
- Realizar 26 cursos de pós-graduação lato sensu em saúde;
- Realizar 03 cursos de pós-graduação stricto sensu em saúde;
- Disponibilizar 50 bolsas de auxílio à formação pós-graduada;
- Disponibilizar 300 bolsas de auxílio à participação em eventos educacionais de curta duração (congressos, simpósios etc.);
- Integrar 3 currículos de requalificação profissional da SESAU/TO

**OBJETIVO 23 - Priorizar o campo da educação, ciência e tecnologia em saúde nos processos de planejamento e execução orçamentária da SESAU/TO.**

**Metas 2008 2011.**

- Participar de 90% das reuniões referentes às Discussões e construção dos Instrumentos de Gestão;
- Monitorar em 100% os instrumentos de Gestão e a execução orçamentária das ações voltadas à ciência e Tecnologia em saúde;
- Avaliar em 100% os instrumentos de Gestão e a execução orçamentária das ações voltadas à ciência e Tecnologia em saúde.

**OBJETIVO 24 – Adequar os arranjos curriculares das Instituições de Ensino de Saúde de Nível Técnico e Superior (graduação e pós-graduação).**

**Metas 2008 2011.**

- Realizar, bianualmente, o “Simpósio Tocantinense de Formação para Atuação Profissional em Saúde Pública”.
- Realizar no período, semestralmente e regionalmente, 8 debates relativos à formação para atuação profissional em saúde pública.
- Realizar, bianualmente, o “Simpósio Tocantinense de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”.
- Realizar, anualmente, o “Curso de Qualificação em Ativação de Processos de Integração Ensino-Serviço nos Setores de Gestão de Saúde Estaduais”.
- Realizar, bianualmente e regionalmente, “Oficinas de Qualificação em Ativação de Processos de Integração Ensino-Serviço na Atenção Básica e Vigilância em Saúde”.

**Linhas Estratégicas:**

- 1 – Articular junto as Áreas Técnicas da SESAU buscando garantir a inserção de ações no campo da educação, ciência e tecnologia em saúde nos Instrumentos de Gestão;
- 2 – Realizar Pesquisas Estratégicas no campo da educação, ciência e tecnologia em saúde buscando o fortalecimento do SUS/TO;
- 3 – Elaborar e distribuir anualmente publicações de material de referência para as Comissões Regionais e Gestão Municipal da educação, ciência e tecnologia em saúde;
- 4 – Realizar, bianualmente, o “Fóruns Permanente de Gestão da Educação em Saúde”;

5 – Criar e manter o "Observatório de Tecnologias de Informação em Sistemas e Serviços de Saúde";

6 – Difundir a Ciência e Tecnologia no campo da Educação e Saúde através da EAD;

7 – Promover o desenvolvimento profissional individual de servidores do SUS/TO;

8 - Promover, a partir de políticas regulatórias e estratégias de indução de mudança de cultura institucional, a modificação dos arranjos curriculares praticados pelas instituições responsáveis pela formação de profissionais de saúde a fim de que os mesmos passem a considerar os reais desafios da gestão da saúde pública, assim como as necessidades sócio-sanitárias do Estado e Região Norte.

### 3.1.8 - DIRETRIZ 8.

#### IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS .

A Gestão de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho, promovendo relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho.

É de extrema importância o desenvolvimento de ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, conforme legislação vigente estimulando processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto a esfera de gestão estadual do SUS;

#### **OBJETIVO 25 - Qualificar os processos de Gestão e Regulação do Trabalho.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- **50%** da Política Estadual de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde formulada.
- Mesas de negociação do trabalho em saúde implantadas em **50%** das regionais de saúde e em âmbito estadual.

##### **Linhas Estratégicas:**

- 1 - Fomentar a estruturação de espaços formais de Gestão e Regulação do Trabalho em âmbito do SUS;
- 2 - Promover por meio de articulação inter e intrainstitucional a instalação de mesas de negociação do trabalho em saúde nas regionais de saúde e em âmbito estadual
- 3 - Instituir grupo de discussão com participação de Instituições de Ensino e outros órgãos ligados à Gestão de Recursos Humanos, para criação do Observatório.

**OBJETIVO 26 - Manter as ações de desempenho da Regulação do Trabalho nas Unidades de Saúde sob a Gestão da SES/TO.**

**Metas 2008 2011.**

- Atendimento de **80%** das demandas levantadas sobre problemas de relações de trabalho e vínculos precarizados.
- **100%** dos Recursos financeiros priorizados e garantidos no planejamento orçamentário para o campo da Gestão e Regulação do Trabalho.
- Mobiliários e equipamentos de informática adquiridos em **50%** da necessidade da Diretoria de Gestão e Regulação do Trabalho
- **50%** do Plano Estadual de Humanização formulado, implantado e em funcionamento nas Unidades sob gestão da SESAU.
- **50%** da Política Interna de Saúde no Trabalho instituída e implantada.
- **40%** do Programa de Qualidade de Vida para os Profissionais da SESAU-TO instituído e funcionando.

**Linhas Estratégicas:**

1 - Articular inter e intrainstitucionalmente ações para o alcance do objetivo;

2 - Desenvolver ações que propiciem a melhoria das relações de trabalho, a valorização e fixação dos trabalhadores em saúde do SUS-TO.

3- Estimular a integração os profissionais a pratica de atividades físicas, culturais e sociais, buscando a melhoria da qualidade de vida.

**OBJETIVO 27 - Fomentar a estruturação de Núcleos de Gestão e Regulação do Trabalho.**

**Metas 2008 2011.**

- Estruturar Espaços Formais de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde em **50%** das regionais de saúde (15) do Estado.
- Núcleos de Gestão e Regulação do Trabalho instituído, estruturado e capacitado em 50% das Unidades sob gestão da SESAU-TO.
- **80%** do Plano de Atuação em Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde instituído e em desenvolvimento;

**Linhas Estratégicas:**

1 - Articular nos municípios e Unidades sob Gestão Estadual a Institucionalização de espaços formais que propiciem o desenvolvimento de ações de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde em âmbito do SUS.

2 - Prestar cooperação técnica aos municípios, para o fortalecimento da Regulação do Trabalho.



### 3.1.9 - DIRETRIZ 9.

#### FORTALECIMENTO DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE.

A existência do Fundo de Saúde na esfera estadual, para recebimento e movimentação de recursos financeiros do SUS é obrigatória por força de dispositivos legais e constitucionais. Ele integra todos os recursos oriundos de fontes própria, da união e de outras fontes suplementares de financiamento a serem utilizados nas ações e serviços de Saúde e deve ser gerenciado pelo secretário de Saúde possibilitando ao gestor a visualização clara dos recursos de que dispõe para as ações e serviços de Saúde, acompanhando e controlando as fontes de receitas, seus valores e datas de ingresso, assim como as despesas realizadas e os recebimentos das aplicações financeiras. Deverá, considerando sua importância na gestão do SUS, ter uma organização mínima compatível com o grau de complexidade que a Rede Estadual de Saúde possui visando manter as ações e serviços e realizando os pagamentos em dia.

O recebimento dos repasses da União ocorrem por meio de transferências chamadas “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para o estado, de forma regular e automática, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de saúde. Daí a importância de ações estratégicas de fortalecimento do Fundo Estadual de Saúde.

#### **OBJETIVO 28 - Operacionalizar das ações do Fundo Estadual de Saúde.**

##### Metas 2008\_2011.

- Manter em **100%** a execução financeira e orçamentária do fundo.
- Capacitar **30%** dos servidores Superintendência de Gestão do Fundo Estadual de Saúde.
- Apoiar tecnicamente **100%** das solicitações demandadas a Superintendência de Gestão do Fundo Estadual de Saúde.

##### Linhas Estratégicas:

- 1 – Articular inter e intrainstitucionalmente ações para o alcance do objetivo;
- 2 – Estruturação do espaço físico para desempenho das funções e conforto dos funcionários.

### 3.1.10 - DIRETRIZ 10.

#### MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA DO SUS NO TOCANTINS

**OBJETIVO 29 - Apoiar as ações e serviços das áreas Administrativas, Informática, Licitação, Jurídica.**

#### Metas 2008\_2011.

- Apoiar **100%** das ações e serviços da SESAU através da garantia da logística administrativa **Metas 2008\_2011.**

#### Linhas Estratégicas:

1. Articular inter e intrainstitucionalmente ações para o alcance do objetivo;
2. Estruturação e manutenção do espaço físico para desempenho das funções e conforto dos funcionários;
3. Promover o fortalecimento da capacidade de gestão e execução através da qualificação dos profissionais.
4. Aquisição de equipamentos e mobiliários.

### 3.1.11 - DIRETRIZ 11.

#### MANUTENÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB.

#### OBJETIVO 30 – Manter os serviços da Comissão Intergestores Bipartite.

##### Metas 2008 2011.

- Manter **100%** a Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

##### **Linahs Estratégicas:**

- 1- Estimular a participação dos Gestores Municipais e da equipe técnica estadual nas reuniões prévias e Câmaras técnicas;
- 2- Garantir a paridade nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite;
- 3- Divulgar as Atas, Resoluções, bem como as decisões da Comissão Intergestores Bipartite;
- 4- Propiciar estrutura física e insumos necessários para o pleno funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite.

## **3.2 - EIXO II**

### **PROMOÇÃO DO ACESSO ADEQUADO Á ASSISTENCIA FARMACÊUTICA.**

### 3.2.1 - DIRETRIZ 12.

#### **IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PRESTADOS À POPULAÇÃO DO TOCANTINS.**

Contemplar os diferentes programas de atenção à saúde e as prioridades regionais, buscando sempre o uso racional e controlado de medicamentos e adotando medidas direcionadas à redução dos custos

#### **OBJETIVO 31 – Atender as demandas de medicamentos, produtos nutracêuticos e insumos estratégicos.**

##### **Metas 2008 2011.**

- Aumentar em **50%** o recurso financeiro da contrapartida estadual para o atendimento de medicamentos do Programa de Saúde Mental dos CAPS.
- Garantir recurso para atendimento de **100%** das demandas judiciais
- Garantir recurso para aquisição de **70%** medicamentos e insumos padronizados pelo Estado para atendimento de programa de saúde estratégicos para o Estado e pactuados na CIB;
- Garantir recurso para atendimento de **80%** dos medicamentos para municípios em estado de calamidade pública;
- Garantir recurso para atendimento da contrapartida estadual em **80%** de **03** unidades prisionais com população carcerária acima de 100 detentos.

#### **OBJETIVO 32 – Adquirir medicamentos para atendimento dos usuários do componente de medicamentos de dispensação excepcional.**

##### **Metas 2008 2011.**

- Garantir em 100% do recurso referente ao financiamento da contrapartida estadual.

#### **OBJETIVO 33 – Apoiar os municípios na aquisição de medicamentos básicos.**

##### **Metas 2008 2011.**

- Realizar **6** reuniões, **03** seminários e **20** visitas técnicas de supervisão;
- Monitorar o repasse financeiro aos **139** municípios referente a contrapartida estadual;
- Pactuar na CIB **100%** dos aumentos de acordo com as Portarias Ministeriais.

## **OBJETIVO 34 – Manter os serviços de Assistência Farmacêutica na Rede Pública.**

### **Metas 2008\_2011.**

- Incluir na Assistência Farmacêutica Básica **100%** dos medicamentos da saúde mental contemplados no elenco de referência nacional;
- Promover ao RH a participação em **02** cursos de educação continuada, **02** eventos científicos;
- Realizar **02** visitas técnicas a Programas de medicamentos de Dispensação Excepcional de outros Estados;
- Instituir em **100%** procedimentos operacionais padrão;
- Reestruturar em **80%** as Unidades de Assistência Farmacêutica;
- Ampliar em **10%** o quadro de recursos humanos;
- Garantir **50%** da Implantação do sistema informatizado do Ministério da Saúde para gerenciamento dos medicamentos excepcionais;
- Estruturar em **50%** os serviços de Assistência Farmacêutica.
- Elaborar **50%** dos protocolos clínicos estaduais de patologias que não possuam protocolos clínicos do Ministério da Saúde.

### **Linhas Estratégicas:**

1. Garantir o fornecimento adequado de medicamentos, produtos nutracêuticos e insumos estratégicos;
2. Promover ações para estimular o uso racional e controlado de medicamentos e insumos;
3. Desenvolver ações junto ao Poder Judiciário para minimizar os efeitos das ações judiciais sobre o planejamento da assistência farmacêutica do Estado e dos municípios;
4. Ampliar e melhorar o acesso aos medicamentos de dispensação excepcional, criando ou readequando pólos de dispensação nas diferentes regiões de saúde e também através de ações que viabilizem a entrega domiciliar de alguns tipos de medicamentos;
5. Avaliar a situação da dispensação de medicamentos, identificando os recursos que são dispensados e as dificuldades encontradas;
6. Apoiar o processo de planejamento de Assistência Farmacêutica no âmbito dos Municípios;
7. Apoiar tecnicamente os gestores municipais a fim de viabilizar a estruturação e organização das Assistências Farmacêuticas Municipais;
8. Dar suporte as ações de treinamento e capacitações internas aos profissionais envolvidos com atividades de Assistência Farmacêutica;
9. Articular com a Atenção Especializada /Regulação visando institucionalizar centro de referência para patologias definidas pelo programa;

10. Promover a educação continuada em parceria com o Ministério da Saúde em gerenciamento de Assistência Farmacêutica;
11. Promover ações que possibilitem a integração das Assistências Farmacêuticas Estadual e Municipais através de realização de reuniões periódicas com os Gestores Municipais de Assistências Farmacêuticas, visitas técnicas de supervisão;
12. Institucionalizar equipes multidisciplinares para elaboração dos protocolos clínicos estaduais;
13. Revisão periódica do elenco de medicamentos do componente básico levando em consideração a RENAME e suas atualizações;
14. Propor em conjunto com sociedades científicas e serviços, novos protocolos de atendimentos, buscando aprimorar os serviços ofertados à sociedade.

### **3.3 - EIXO III**

**PROMOÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA BUSCANDO A  
INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE PROMOÇÃO,  
PREVENÇÃO E TRATAMENTO VOLTADOS À QUALIDADE DE  
VIDA DA POPULAÇÃO.**



### 3.3.1 - DIRETRIZ 13.

#### FORTALECIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DO TOCANTINS.

A Atenção Primária propõem-se a ser a porta preferencial de entrada do sistema, tendo como referência os serviços de média e alta complexidade.

As estratégias visam promover articulação para a intersectorialidade, a integralidade, entre Vigilância e Atenção bem como interface com áreas, serviços, e instituições relacionadas aos fatores condicionantes e determinantes da saúde (elaborar, consensuar e pactuar protocolos de atendimento e fluxos) implantação do prontuário familiar, garantir diárias, aquisição de veículos, consultoria e confecção de material gráfico. Sensibilização dos gestores municipais através de reuniões, oficinas e seminários.

#### OBJETIVO 35 – Fortalecer da Atenção Primária no Estado do Tocantins

##### Metas 2008\_2011.

- Adquirir **907** equipamentos médicos hospitalares e insumos para atender aos municípios do Estado;
- Adquirir de móveis, equipamentos e insumos para atender as necessidades da Atenção Primária a nível Estadual;

#### OBJETIVO 36 – Colaborar na estruturação física de unidades básicas de saúde.

##### Metas 2008\_2011.

- Reforma, ampliação e construção de **21** unidades básicas de saúde das macro região de Araguaína e Palmas, conforme pacto pela saúde- PDR e critérios de seleção a serem pactuadas;
- Estruturar em **10%** as Unidades Básicas de Saúde;

#### OBJETIVO 37 – Divulgar ações e serviços de caráter educativo e informativo de hábitos saudáveis de vida.

##### Metas 2008\_2011.

- Divulgação em **85%** dos municípios das macro regiões de Palmas e Araguaína, conforme PDR da Saúde;

#### **OBJETIVO 38 – Qualificar os profissionais que atuam na atenção primária no estado do Tocantins**

##### **Metas 2008\_2011.**

- 2.000 profissionais qualificados por macro-região Palmas e Araguaína.

#### **OBJETIVO 39 – Acompanhar as Ações de Atenção Primária no Estado do Tocantins.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Acompanhar **100%** das ações desenvolvidas pela Atenção Primária nas Regiões de Saúde do Estado;
- Apoiar Tecnicamente **70%** dos municípios do Estado.

#### **OBJETIVO 40 – Reduzir a Mortalidade Infantil e Neonatal.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Reduzir em **5%** ao ano a mortalidade infantil e do componente neonatal para os anos de 2009 e 2010.

#### **OBJETIVO 41 – Aumentar o número de cadastros e acompanhamentos de portadores de Hipertensão e Diabetes no HIPERDIA.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Aumentar em **10%** o número de cadastros e acompanhamentos de portadores de Hipertensão e Diabetes no HIPERDIA em 2010.

#### **OBJETIVO 42 – Implantar a Política de Saúde do Homem.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Realizar um atendimento/ano em no mínimo 20% da população de 40 a 59 anos, nas áreas selecionadas, segundo as Diretrizes de Atenção até o final de 2011.

### **Linhas Estratégicas:**

1. Organizar o processo de trabalho atendendo as demandas de equipamentos hospitalares, mobiliários e insumos;
2. Cumprir com as responsabilidades sanitárias relativas ao Pacto Pela Vida;
3. Cooperar tecnicamente na celebração de convênios para estruturação física de unidades básicas de saúde, considerando critérios de seleção;
4. Ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde;
5. Melhorar as estruturas físicas das unidades básicas de saúde dos municípios ;
6. Fortalecer os municípios nas ações de educação em saúde.
7. Proporcionar aos profissionais de saúde qualificação no âmbito da atenção primária, para melhor desenvolverem as ações de promoção e proteção á saúde da população;
8. Proporcionar aos gestores e profissionais de saúde apoio técnico para alcance dos indicadores de saúde;
9. Supervisionar as Ações da Atenção Primária desenvolvidas nas Regiões de Saúde;
10. Apoiar tecnicamente gestores e profissionais de saúde municipais para alcance dos indicadores de saúde.

### **3.4 - EIXO IV**

## **DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE À POPULAÇÃO DO ESTADO.**

### 3.4.1- DIRETRIZ 14.

PROMOÇÃO A REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS, GARANTINDO AÇÕES DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, REABILITAÇÃO E AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E DE SEUS FATORES DE RISCO, CONTRIBUINDO PARA A REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE DESTES.

#### OBJETIVO 43 – Expandir a Rede Hospitalar do Estado do Tocantins

##### Metas 2008\_2011.

**02** na **Macroregião de Araguaína** (Conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR);

- Construção de uma Unidade de Radioterapia (Casa Matra) para mais um Acelerador Linear – UNACON – Araguaína;
- Construção Unidade de Reabilitação – ReabilITO

**03** na **Macroregião de Palmas** (Conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR).

- Construção do laboratório do Hospital de Dianópolis;
- Construção Almojarifado do Hospital Dona Regina;
- Construção Unidade de Reabilitação – ReabilITO

#### OBJETIVO 44 – Implantar os serviços de atendimento móvel de Urgência e Emergência (SAMU 192).

##### Metas 2008\_2011.

- Implantar **01** serviço em Augustinópolis;
- Implantar **01** serviço em Guaraf;
- Implantar **01** serviço em Dianópolis;
- Implantar **01** serviço em Paraíso;

#### **OBJETIVO 45 – Implantar centros de especialidades médicas e Laboratoriais.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Implantar **01** Centros na Macroregião de Araguaína;
- Implantar **01** Centros na Macroregião de Palmas.

#### **OBJETIVO 46 – Construção do almoxarifado central da SESAUI**

##### **Metas 2008\_2011.**

- **01** unidade na Macroregião de Palmas.

#### **OBJETIVO 47 – Atender à população com procedimentos da Área de Atenção à Saúde (serviços de média e alta complexidade).**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Macroregião Araguaína: 17.143.560
- Macroregião Palmas: 68.574.232

#### **OBJETIVO 48 – Capacitar profissionais que atuam na média e alta complexidade .**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Macroregião Araguaína: **100** profissionais;
- Macroregião Palmas: **100** profissionais.

#### **OBJETIVO 49 – Viabilizar diagnósticos e tratamentos especializados não ofertados e/ou insuficientes na rede SUS, dentro e fora do estado.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Macroregião Araguaína / Pacto pela Saúde/PDR: **3.168**;
- Macroregião Palmas / Pacto pela Saúde/PDR: **12.672**

**OBJETIVO 50 – Promover o acesso aos serviços de saúde às pessoas com deficiências.**

**Metas 2008\_2011.**

- **80%** das demandas atendidas

**OBJETIVO 50 – Manter a rede própria de serviços ambulatoriais e hospitalares da secretaria de estado da saúde..**

**Metas 2008\_2011.**

**Manter 22 unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade no Estado**

- 18 unidades - Hospitais de Referência;
- 01 unidade-Hospital Dona Dorcelina;
- 02 unidades-Ambulatório e Radioterapia de Araguaína;
- 01unidade - Anexo do Hospital Dona Regina.

**OBJETIVO 51 – Manter os serviços de urgências e emergências.**

**Metas 2008\_2011.**

- Manter **01** serviço de Urgência e Emergência na Macroregião Araguaína;
- Manter **02** serviços de Urgência e Emergência na Macroregião de Palmas.

**OBJETIVO 52– Operacionalização do complexo regulador.**

**Metas 2008\_2011.**

- Macroregião Araguaína Pacto pela Saúde/PDR – **01**;
- Macroregião Palmas Pacto pela Saúde/PDR – **01**

**Linhas Estratégicas:**

1. Adequar às condições estruturais dos hospitais existentes e ampliar a rede física a fim de garantir e melhorar o acesso à população;

2. Articular com o setor de engenharia da SESAU e Secretaria de Infra-Estrutura a elaboração de projetos e licitações das obras: construção e/ou ampliação de estrutura física da rede de média e alta complexidade hospitalar pública do Estado;
3. Implementar a rede de urgência/emergência buscando reduzir o número de mortes por trauma e acometimentos súbitos, contribuindo para a redução de danos e aumento da sobrevivência dos acidentados;
4. Implantar 03 (três) serviços de atendimento móvel de urgência de abrangência regional e 01 (uma) de abrangência municipal
5. Articular com o serviço de Engenharia da SESAU e Secretaria de Infra-Estrutura para a elaboração de projetos e licitações das obras, aquisição de equipamentos e móveis para as unidades a serem construídas, garantindo o acesso da população nos centros de reabilitação física, laboratórios de análises clínicas, centros de atenção psico-sociais, diagnóstico precoce do câncer, redefinindo e implantando as políticas públicas estaduais de saúde na organização da rede de média e alta complexidade.
6. Articular com o setor de engenharia da SESAU e Secretaria de Infra-Estrutura para elaboração de projetos referentes a construção do Almoarifado Central;
7. Garantir o acesso da população aos serviços de saúde por meio da contratação de serviços médicos, laboratoriais, ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade;
8. Contratar serviços de terceiros para apoio, diagnóstico e terapia de média e alta complexidade;
9. Contratação de serviços de anestesiologia, de leitos em geral e demais serviços assistenciais;
10. Cooperação entre entes públicos dos municípios do Tocantins para procedimentos de média e alta complexidade;
11. Cooperação com instituições privadas sem fins lucrativos e filantrópicas. (Obs. A maioria dos serviços contratados requer recursos financeiros do Estado para complementação da tabela dos valores do SUS);
12. Capacitar e atualizar gestores e profissionais de saúde para a execução das ações e serviços de saúde na média e alta complexidade e os profissionais da atenção primária que tenham interfaces com estes níveis de hierarquia;
13. Contratar empresa para o fornecimento de passagens aéreas e terrestres interestadual para os usuários em tratamento fora do Estado Tratamento Fora do Domicílio-TFD;
14. Disponibilizar recursos financeiros para ajuda de custo aos usuários/pacientes do SUS e acompanhantes, com garantia de acesso aos serviços de saúde não ofertados pela rede Estadual, através do TFD;
15. Garantir a manutenção da rede ambulatorial e hospitalar própria, adquirindo materiais e medicamentos, insumos e serviços diversos em quantidade suficiente, de forma a garantir a assistência da população referenciada e espontânea da rede SUS;
16. Adquirir órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPMAL), bolsas coletoras e insumos para atender a clientela do SUS em conformidade com os critérios e protocolos das portarias ministeriais e políticas públicas governamentais;



17. Disponibilizar OPMAL e componentes não ofertados pela rede SUS e serviços de reabilitação física;
18. Contratar serviço de UTI aérea e terrestre com transporte imediato de pacientes conforme regulação médica;
19. Repasse de recursos financeiros para os serviços de atendimento móvel às urgências e emergências (SAMU);
20. Implementar o Complexo Regulador garantindo a integralidade e equidade nos atendimentos, obedecendo a protocolos de acesso e protocolos clínicos;
21. Implantar a Central de Notificação de Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos - CNCDO.

## **3.5- EIXO V**

### **MODERNIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA HEMORREDE**

### 3.5.1 - DIRETRIZ 15.

**GARANTIR A QUALIDADE DO SANGUE, HEMOCOMPONENTES E DOS SERVIÇOS FORNECIDOS À POPULAÇÃO TOCANTINENSE.**

#### **OBJETIVO 53 – Manter a Hemorrede do Tocantins.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Manter **100%** das unidades hemoterápicas do Estado

#### **OBJETIVO 54– Captar doadores voluntários de sangue e medula óssea..**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Atingir a meta nacional (**3%** de doadores na população);
- Atingir **70%** de doação voluntária;
- Incluir o Hemocentro Regional de Araguaína no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea.

#### **OBJETIVO 55 – Estruturar os serviços da Hemorrede do Tocantins.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Estruturar **05** Unidades hemoterápicas.

#### **OBJETIVO 56 – Qualificar os serviços da Hemorrede do Tocantins.**

##### **Metas 2008\_2011.**

- Certificar o Hemocentro Coordenador de Palmas;
- Atingir 100% de participação das unidades hemoterápicas nos processos de controle de qualidade interno e externo.

## **OBJETIVO 57 –Modernizar os serviços da Hemorrede do Tocantins.**

### **Metas 2008 2011.**

- Atingir **100%** das unidades hemoterápicas informatizadas;
- Ampliar o parque tecnológico da Hemorrede e substituir os equipamentos obsoletos;
- Adquirir **01** centrífuga refrigerada para o Núcleo de Hemoterapia de Gurupi.

## **OBJETIVO 58 –Capacitar os servidores da Hemorrede do Tocantins.**

### **Metas 2008 2011.**

- Realizar o II Simpósio de Hemoterapia do Tocantins;
- Realizar o I Fórum de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Realizar um curso de pós-graduação em Hemoterapia em parceria com a Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados - MS;
- Promover educação permanente e continuada para os servidores da Hemorrede do Tocantins.

### **Linhas Estratégicas:**

1. Obtenção de insumos e reagentes hemoterápicos e hematológicos para as unidades hemoterápicas públicas do Estado;
2. Contratação de serviços terceirizados para garantir a assistência aos usuários;
3. Promover estratégias de captação de doadores voluntários de sangue e medula óssea;
4. Implementar ações que garantam a manutenção e ampliação da captação de doadores;
5. Construir, reformar e ampliar as unidades Hemoterápicas do Estado;
6. Capacitar profissionais dos serviços próprios que compõem a Hemorrede e aplicar padrões de qualidade nos serviços;
7. Aperfeiçoar os mecanismos de integração dos serviços que compõem a Hemorrede do Tocantins;
8. Adquirir equipamentos, mobiliários e veículos para os serviços da Hemorrede do Estado.

### **3.6 – EIXO VI**

## **PREVENÇÃO, CONTROLE E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS DE RELEVÂNCIA À SAÚDE PÚBLICA DO TOCANTINS**

### 3.6.1 - DIRETRIZ 16.

**FORTALECER O SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DAS SECRETARIAS ESTADUAL E MUNICIPAIS DE SAÚDE, PARA REDUZIR A MORBIMORTALIDADE, BEM COMO OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS.**

**OBJETIVO 59 –Adquirir equipamentos e mobiliários das vigilâncias.**

#### Metas 2008\_2011.

- Adquirir **601** Equipamentos, mobiliários e insumos

**OBJETIVO 60 –Realizar capacitação para atuação em vigilância em saúde**

#### Metas 2008\_2011.

- Qualificar **866** profissionais da Macro-Região de Saúde de Palmas;
- Qualificar **300** profissionais da Macro-Região de Saúde de Araguaína.

**OBJETIVO 61 – Manter a vigilância e proteção à saúde nos municípios e Estado.**

#### Metas 2008\_2011.

- Manter em **100%** a vigilância e proteção a saúde do estado do Tocantins

**OBJETIVO 62– Construir infra-estrutura adequada para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do estado do Tocantins**

#### Metas 2008\_2011.

- Construção de **01** infra-estrutura na Macro-Região de Saúde de Palmas;
- Construção de **02** infra-estruturas na Macro-Região de Saúde de Araguaína.

## **OBJETIVO 63– Realizar o Gerenciamento do risco sanitário**

### **Metas 2008\_2011.**

- **1.340** Inspeções sanitárias realizadas na Macro-Região de Saúde de Palmas;
- **1.340** Inspeções sanitárias realizadas na Macro-Região de Saúde de Araguaína.

## **OBJETIVO 64–Apoiar à descentralização das ações de vigilância sanitária ao nível municipal**

### **Metas 2008\_2011.**

- **254** Descentralizações em vigilância sanitária apoiada na Macro-Região de Saúde de Palmas;
- **253** Descentralizações em vigilância sanitária apoiada na Macro-Região de Saúde de Araguaína.

## **OBJETIVO 64– Manter a vigilância sanitária no Estado**

### **Metas 2008\_2011.**

- **11** Manutenção da visa estadual através da: locação e manutenção da estrutura física e operacional da visa.

### **Linhas Estratégicas:**

1. Implementar e aperfeiçoar as ações e serviços da vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica e saúde do trabalhador;
2. Promover por meio de articulação inter e intra-institucional o desenvolvimento das ações e serviços das vigilâncias;
3. Cumprir com as responsabilidades sanitárias relativas à prevenção e controle das doenças e agravos de relevância para a vigilância em saúde;
4. Priorizar ações e serviços voltados à: Dengue, Leishmaniose, Tuberculose, Hanseníase, Malária, Chagas, Sífilis e HIV em Gestante, Hepatites B e C, Violência e Comportamento de Risco;
5. Equipar e instrumentalizar a Vigilância em Saúde;
6. Notificar imediatamente e fazer investigação oportuna de casos, surtos e novos agravos;
7. Implantar Unidades Sentinela de Vigilância Epidemiológica hospitalar e VISAS em municípios prioritários para a vigilância;
8. Desenvolver e/ou participar de projetos de pesquisa direcionados à vigilância e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis;
9. Aprimorar a rede laboratorial de saúde pública;
10. Prestar apoio técnico e capacitação aos municípios/regionais para a execução das atividades de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;

11. Qualificar permanentemente os técnicos da vigilância em saúde, visando à melhoria da qualidade técnica e operacional ofertada aos municípios e profissionais de saúde da rede;
12. Articular com o setor de engenharia da SESAU e Secretaria de Infra-Estrutura para elaboração de projetos e licitações das obras;
13. Estruturar a rede de vigilância em conjunto com a Superintendência de Assistência (Atenção à Saúde e Atenção Primária), visando à reorganização da Rede de Atenção e linhas de cuidado integral no Estado.



## **ANEXOS**

## ANEXOS 01

### Relação de Municípios VIGIÁGUA

1 - Esperantina	71 - Pium
2 - São Sebastião	72 - Marianópolis
3 - Araguatins	73 - Divinópolis
4 - Buriti do TO	74 - Chap. da Areia
5 - Carrasco Bonito	75 - Monte Santo
6 - Sampaio	76 - Barrolândia
7 - Augustinópolis	77 - Paraíso
8 - Praia Norte	78 - Pugmil
9 - Axixá do TO	79 - N. Rosalândia
10 - Sítio Novo	80 - Rio dos Bois
11 - São Miguel	81 - Miracema
12 - São Bento	82 - Tocantina
13 - Itaguatins	83 - Porto Nacional
14 - Ananás	84 - Lajeado
15 - Cachoeirinha	85 - Palmas
16 - Maurilândia	86 - Ap. Rio Negro
17 - Riachinho	87 - Oliv. de Fátima
18 - Angico	88 - Fátima
19 - Nazaré	89 - Santa Rita
20 - Luzinópolis	90 - Brej. Nazaré
21 - Tocantinópolis	91 - Monte Carmo
22 - Darcinópolis	92 - Ipueiras
23 - Sta Terezinha	93 - Silvanópolis
24 - Palmeiras	94 - Rio Sono
25 - Aguiarnópolis	95 - Lizarda
26 - Xambioá	96 - Novo Acordo
27 - Araguaia	97 - São Félix
28 - Piraquê	98 - Santa Tereza
29 - Aragominas	99 - Lagoa do TO
30 - Muricilândia	100 - P. Alta do TO
31 - Sta Fé Araguaia	101 - Mateiros
32 - Carmolândia	102 - Lag Confusão
33 - Araguaia	103 - Cristalândia
34 - Wanderlândia	104 - Form Araguaia
35 - Babaçulândia	105 - Dueré
36 - Nova Olinda	106 - Sandolândia
37 - Filadélfia	107 - Araguaçu
38 - Palmeirante	108 - Crixás
39 - Pau D'Arco	109 - Aliança
40 - Arapoema	110 - Gurupi
41 - Bandeirante	111 - Cariri
42 - Bernardo Sayão	112 - Sucupira
43 - Juarina	113 - Peixe
44 - Pequizeiro	114 - Figueirópolis

## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL DO TOCANTINS	APROVADO EM 2006		
	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
<b>1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS</b>			
1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;			
1.2 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;	x		
1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;			
1.4 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;			
1.5 Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;			
1.6 Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;	x		
1.7 a) Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual			
b) e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;	x		
1.8 Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:			
a) planejamento,			
b) regulação,			dez/07
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,			
d) monitoramento e avaliação;			dez/07
1.9 Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;			
1.10 Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.11 Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;			
1.12 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;			jan/08
1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;	x		
1.14 Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;	x		

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL DO TOCANTINS	APROVADO EM 2006		
1.15 Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;			
1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;			
1.17 Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;	X		
1.18 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;	X		
1.19 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;			dez/08
1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;			
1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.			
<b>2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO</b>	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;			nov/06
2.2 Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;			nov/06
2.3 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;			nov/06
2.4 Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;			nov/06
2.5 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;			nov/06
2.6 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;			nov/06
2.7 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.			dez/07

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL DO TOCANTINS	APROVADO EM 2006		
	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
<b>3 – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO</b>			
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde,			
b) submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
3.3 a) Elaborar relatório de gestão anual,			
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;			
3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;			
3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.			

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL DO TOCANTINS	APROVADO EM 2006		
4 – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;			dez/07
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;			
4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;	x		
4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			dez/07
4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;			dez/06
4.6 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;			
4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;			dez/07
4.8 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;			dez/07
4.9 Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;			dez/07
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;			dez/07
4.12 Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;			dez/07
4.13 Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referencia intermunicipal, conforme pactuação;			dez/07

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL DO TOCANTINS	APROVADO EM 2006		
	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
<b>4 – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA</b>			
4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;			dez/07
4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;			dez/07
4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;			dez/07
4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;			jun/07
4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;			
4.19 Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;			
4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			jun/07
4.21 Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;			dez/07
4.22 a) Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão;			
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,			dez/07
c) monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;			dez/07
d) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e			
e) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;			
4.23 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;			
4.24 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;			dez/07
4.25 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;			
4.26 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;			
4.27 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;			
4.28 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;			dez/08
4.29 Avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde;			jun/07
4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.			dez/06
4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.			dez/07

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL DO TOCANTINS	APROVADO EM 2006		
5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;			jul/07
5.2 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;			jul/07
5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;			jun/07
5.4 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;			
5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;			
5.6 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.			
6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;			
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;			
6.3 Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;			
6.4 Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;			nov/06
6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;			dez/08
6.6 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;			dez/08
6.7 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;			dez/08



TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL DO TOCANTINS	APROVADO EM 2006		
7 – RESAPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;			jun/06
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;			set/06
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;			
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;			nov/06
7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;			
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;			jun/06
7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;			dez/06
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.			



Conselho Estadual de Saúde



SECRETARIA  
DA SAÚDE



Governo do  
**TOCANTINS**  
Um Estado melhor para todos

