

# PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2012 – 2015

Secretaria de Estado da Saúde  
TOCANTINS

Aprovado pela Resolução CES n.º 406/ 2013 publicado no DOE n.º 4.054 pág 39





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

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – PES  
2012–2015**

**Palmas – TO  
2012**

© 2012 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 – 2012 – 500 exemplares

***Elaboração, edição, distribuição e informações***

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

Gabinete do Secretário

Diretoria Geral de Gestão e Acompanhamento Estratégico

Diretoria de Planejamento do SUS

Coordenação de Instrumentos de Gestão do SUS

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:***

Luciana Marques Ferreira

Maria Gleyd Brito Chianca

Maria Luiza Salazar Freire

Mísia Saldanha Figueiredo

Soraia Roges Jordy Sant’Ana

***Colaboradores:***

Conselho Estadual de Saúde – CES – TO

Diretoria Geral de Atenção e Promoção à Saúde – SAPS

Diretoria Geral de Vigilâncias e Proteção à Saúde – SVPS

Diretoria Geral da Escola Tocantinense do sistema Único de Saúde – SETSUS

Diretoria Geral do Fundo Estadual de Saúde – SFES

Diretoria Geral de Aquisição e Logística – SAL

Diretoria Geral de Gestão e Regulação do Trabalho – SGRT

Diretorias e Assessorias do Gabinete

***Projeto Gráfico e Diagramação:***

Maria Luiza Salazar Freire

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Tocantins. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Diretoria Geral de Gestão e Acompanhamento Estratégico.

Plano Estadual de Saúde 2012–2015/ Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria Geral de Gestão e Acompanhamento Estratégico. – Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.

427p

ISBN :

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

CDU

***Títulos para indexação:***

Em Inglês. Estadual Health Plan (PES Tocantins) 2012/2015

Em espanhol: Plano Estadual de la Salud (PES Tocantins) 2012–2015

**GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS**

*José Wilson Siqueira Campos*

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

*Nicolau Carvalho Esteves*

**SECRETÁRIO EXECUTIVO EM SAÚDE**

*Luiz Fernando Freesz*

**SUPERINTENDENTE GERAL DE GESTÃO**

*Maria Audinéia Rodrigues*

**ASSESSORIAS DO GABINETE**

**DIRETORIA GERAL DE GESTÃO E ACOMPANHAMENTO ESTRATÉGICO**

*Maria Luiza Salazar Freire*

**DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE**

*Morgana Martins dos Santos*

**DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE**

*Wisley Maciel Bastos*

**DIRETORIA GERAL GESTÃO ADMINISTRATIVA E LOGÍSTICA**

*Silvia Carvalho de Oliveira*

**DIRETORIA GERAL DE GESTÃO E REGULAÇÃO DO TRABALHO**

*Kellen Keitty Borges Ribeiro*

**DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**

*Hernane Farias Monteiro*

**DIRETORIA GERAL DA ESCOLA TOCANTINENSE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

*Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo*

# CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

## PRESIDENTE

*Neirton José de Almeida – SINTRAS*

## SECRETÁRIA EXECUTIVA

*Raimunda Fortaleza de Sousa*

## MEMBROS

*Nicolau Carvalho Esteves – SESAU*

*Maria Eliza Rodrigues Salgado Lana – SEDUC  
– COSEMS*

*Menice Marinho – FUNASA*

*Pe. Marcio Almeida do Prado – STASCS*

*Maria Lourdes Casagrande – CRM-TO*

*Eduardo Francisco de Assis Braga – AMT-TO*

*Marcos Antonio Lopes Carvalho – COREN – TO*

*Evaldo Luis Bardi – CRO-TO*

*Leia Ayres Cavalcante – SINDIFATO*

*Paulo Sergio Porto – CRESS*

*Paulo Marques Galvão – CUT*

*Antonia Leão da Silva – FETAET*

*Manoel Messias Carneiro Lopes – GIAMA*

*Jair Clarindo da Silva – SINTET*

*Valcilene Araújo de Lima – APEDETO*

*Wilson Belizário Santana – SINTSINTO*

*Mário Benício dos Santos – SINTSEP*

*Edilma Maria Cavalcante Rodrigues – GAIA*

*Ricardo Vargas Mora – MEDH*

*Lázaro Calixto Xerente – CONDISI-TO*

*Maria Lúcia Gomes – CNBB*

*Antonia Tavares Barbosa Oliveira – MNLM*

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>i</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>01</b>
<b>PARTE I – ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE</b>	<b>09</b>
<b>1 – CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO, DETERMINANTES E CONDICIONANTES</b>	<b>11</b>
1.1 – Perfil Geográfico	13
1.2 – Perfil Demográfico	15
1.3 – Perfil Sócio-Econômico	30
1.4 – Perfil Epidemiológico	34
1.4.1 – Mortalidade	34
1.4.2 – Morbidade	50
1.4.3 – Doenças e Agravos Transmissíveis	55
1.4.4 – Doenças e Agravos Transmitidos por Vetores	79
1.4.5 – Zoonoses e Animais Peçonhentos	92
1.4.6 – Doenças e Agravos Não Transmissíveis	100
1.4.7 – Violência e Acidentes	101
1.4.8 – Imunização	106
1.5 – Perfil Ambiental e Saúde do Trabalhador	110
1.5.1 – Riscos e agravos	110
1.5.2 – Saúde Ambiental	119
1.5.3 – Impactos Ambientais por Grandes Investimentos	138
1.6 – Perfil Sanitário	142
1.6.1 – Proteção à Saúde	142
1.6.2 – Ação Regulatória: Vigilância de Produtos, Serviços e Ambientes para Saúde	143
1.6.3 – Identificação das Fragilidades	151
1.6.4 – Perspectivas	152
1.7 – Perfil nutricional	153
1.7.1 – Consumo Alimentar	157
1.8 – Perfil da Rede de Ações e Serviços de Saúde	160
1.8.1 – Indicadores de Cobertura	160
1.8.2 – Recursos e Serviços	167
1.8.3 – Rede Assistencial de Saúde	169
<b>2 – GESTÃO EM SAÚDE</b>	<b>177</b>
2.1 – Perfil da Gestão em Saúde: Gerencial e Administrativo	179
2.1.1 – Gestão do Trabalho em Saúde	179
2.1.2 – Financiamento, Orçamento e Execução Financeira	180

2.1.3 – Infra-Estrutura: Instalações, Equipamentos, Veículos e Mobiliários	184
2.1.4 – Tecnologia da Informação	185
2.1.5 – Informação em saúde	186
2.1.6 – Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão	203
2.1.7 – Descentralização e Regionalização	207
2.1.8 – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	209
2.1.9 – Educação em Saúde (SETSUS, FMT e DGEs)	215
2.1.10 – Participação e Controle Social	219
2.1.11 – Ouvidoria	221
2.1.12 – Gestão Administrativa	222
2.2 – Descrição da Análise e Atuação das Ações e Serviços de Saúde no Estado do Tocantins: Potencialidades e Fragilidades	225
2.2.1 – Vigilância em Saúde	225
2.2.2 – LACEN	227
2.2.3 – Atenção Primária	228
2.2.4 – Assistência Ambulatorial Especializada	230
2.2.5 – Saúde Mental	242
2.2.6 – Assistência Hospitalar	245
2.2.7 – Assistência de Urgência e Emergência	248
2.2.8 – Assistência Farmacêutica	254
2.2.9 – Hemorrede	257
2.3 – Levantamento dos Problemas de Saúde Identificados nos Planos Regionais de Saúde do Estado	258
2.4 – Levantamento dos Principais problemas detectados nos 139 Planos Municipais de Saúde do Estado	264
2.5 – Compromissos de Gestão governamental assumidos	266
<b>PARTE II – OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS</b>	<b>267</b>
<b>3 – Objetivos</b>	<b>269</b>
3.1 – Promover o Acesso da População aos Serviços de Atenção Primária com Qualidade e Resolutividade, Contribuindo no Processo de Organização das Redes de Atenção a Saúde, por meio das Áreas Estratégicas e Ciclos de Vida Fortalecendo a Política de Atenção Primária nos Municípios	271
3.2 – Promover Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, visando à Melhoria da Assistência Prestada às Mulheres e Neonatos do Estado do Tocantins	273
3.3 – Garantir Assistência Farmacêutica Integral através do Atendimento Humanizado, fornecendo Produtos de Qualidade com ênfase no uso racional de Medicamentos no âmbito do SUS	276
3.4 – Assegurar a Auto-suficiência e Qualidade do Sangue e seus Componentes para Atender a Demanda Transfusional das Unidades de Saúde do Tocantins, viabilizando a Assistência aos Portadores de Doenças Hematológicas no âmbito do SUS	277

3.5 – Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Mental, com ênfase no Enfrentamento da Dependência de Crack e outras Drogas	278
3.6 – Ampliar o Acesso ao Atendimento com Qualidade das Unidades de Saúde da População aos Serviços de Atenção Especializada (Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar)	279
3.7 – Reduzir os Riscos Doenças e Agravos de Relevância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental à Saúde da População por meio das Ações de Promoção, Prevenção, Proteção e Vigilância em Saúde	280
3.8 – Promover a Gestão dos Processos Educacionais e de Pesquisa, voltados para o Desenvolvimento dos Trabalhadores no âmbito da Saúde do Tocantins, Contribuindo para a Formação e Qualificação Adequada, consoante às Políticas de Educação Permanente, Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde	282
3.9 – Viabilizar a Gestão Estratégica e Participativa no âmbito do SUS, fortalecendo as relações Interfederativa, Intrainstitucional e Institucional, através de ações de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão, Controle, Auditoria, Assistência Jurídica, Ouvidoria, Comunicação, Gestão e Regulação do Trabalho e Controle Social, com centralidade na Garantia de Acesso e Gestão por Resultados	283
3.10 – Contribuir para a Diminuição das Doenças Tropicais subsidiando e apoiando o SUS com alternativas inovadoras e eficientes, geradas e disseminadas através da Pesquisa, Ensino e Informação em Saúde, com enfoque em Medicina Tropical	285
<b>Objetivos Transversais Interinstitucionais que fazem Interface com o Plano Estadual de Saúde</b>	<b>286</b>
<b>4 – Diretrizes e Metas</b>	<b>287</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>447</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>451</b>
Lista de Siglas	453
Lista de Figuras	456
Lista de Gráficos	457
Lista de Quadros	465
Lista de Tabelas	467
Equipe de Elaboração	470





# APRESENTAÇÃO

O Secretário de Estado da Saúde e sua Equipe técnica vêm com grande satisfação, apresentar aos profissionais de saúde, aos gestores estaduais e municipais do SUS e a população tocantinense o Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015. Instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas, correspondendo de acordo com o definido na Lei nº 8.080/90<sup>1</sup>, art. 15, inciso VIII, ao cumprimento da atribuição dos gestores do SUS de implementar instrumentos de gestão competentes para a administração da política de saúde em seu âmbito de governo, entre os quais se incluem os Planos de Saúde.

Ele é composto de duas partes: **I Parte – Análise da Situação de Saúde e II Parte – Objetivos Diretrizes e Metas.** Este Plano é uma responsabilidade de todos os atores sociais que participaram de sua elaboração.

O desenvolvimento dele ocorrerá nos próximos quatro anos com a coordenação institucional da Secretaria de Estado da Saúde, acompanhado pelo Conselho Estadual de Saúde se propõe a: articular as diretrizes/estratégias e ações do Plano Estadual de Saúde com as diretrizes/estratégias do Plano Nacional de Saúde e outros instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde no âmbito nacional; a detalhar e territorializar as metas propostas no Planejamento Estratégico do Governo do Estado do Tocantins, desenvolvido em 2011 e com o Programa de Governo, Saúde Direito do Cidadão, referente ao Plano Pluri Anual – PPA 2012–2015<sup>2</sup> no espaço estadual; a orientar a elaboração e implementação da Carteira de Projetos referente ao Planejamento Estratégico da Saúde para desenvolvimento de ações e serviços de: Regulação, Atenção Primária, Média e Alta Complexidade, Vigilâncias, Programação Pactuada Integrada, Gestão do Sistema Único de Saúde, entre outros instrumentos de gestão do SUS no espaço setorial.

Como todo Plano, a sua vitalidade e pertinência estão assentadas na capacidade de o mesmo ser objeto de revisão e atualização sistemáticas, conforme as novas necessidades que emergirão do processo de gestão administrativa e financeira da política de saúde, do monitoramento e avaliação da situação de saúde

---

<sup>1</sup> Lei Orgânica da Saúde que Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>2</sup> Previsto no artigo 165 da [Constituição Federal](#), e regulamentado pelo Decreto 2.829, de 29 de outubro de 1998 [III](#) estabelece as medidas, gastos e objetivos a serem seguidos pelo [Governo Federal, Estadual ou Municipal](#) ao longo de um período de quatro anos.

da população e dos serviços de saúde disponibilizados para o enfrentamento da realidade epidemiológica em cada região Tocantinense.

Assim, o papel do Plano Estadual de Saúde é absolutamente relevante para a orientação competente, continuidade e eficácia das ações setoriais, assim como, para a definição de responsabilidades dos múltiplos atores e propostas institucionais intra e extrasetoriais com impacto sobre a situação de saúde no Tocantins.

Planejar é uma ferramenta administrativa que possibilita perceber a realidade, avaliar os caminhos, construir um referencial futuro, é ampliar a liberdade da sociedade para sonhar e concretizar os seus sonhos. O Plano Estadual de Saúde é o resultado concreto desse esforço, desenvolvido com a coordenação do gestor estadual do SUS e colocado à disposição de todos os que pretendem contribuir para que a gente Tocantinense tenha acesso a uma saúde de qualidade.

# INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, como gestora do SUS estadual, exerce as macro-funções de planejamento, formulação de políticas, gestão, regulação, auditoria, monitoramento e avaliação, prestação de serviços na média e alta complexidade, bem como a condução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos e co-financiamento das ações de saúde.

Para operacionalização institucional, essas funções são agregadas em duas grandes áreas: finalística e meio ou instrumental. A primeira envolve ações de promoção à saúde, prevenção de riscos e agravos, proteção do ambiente, assistência à saúde, bem como a qualidade da atenção e o acolhimento do usuário. Já a segunda, a área instrumental, planeja, acompanha, controla e avalia ações e serviços de saúde, qualifica recursos humanos, regula os serviços de saúde e disponibiliza informações, criando condições para a realização das ações finalísticas.

Visando sistematizar a operacionalização das ações e serviços de saúde, o Plano Estadual de Saúde (PES) do Tocantins norteia as políticas de saúde e o seu financiamento, contemplando as ações frente às demandas e necessidades de saúde da população Tocantinense, tendo também como parâmetros: as responsabilidades sanitárias definidas no Termo de Compromisso de Gestão assumidas no Pacto Pela Saúde; a Lei Complementar 141/12<sup>3</sup>; as propostas e diretrizes da Conferência Estadual de Saúde 2011; o levantamento de problemas ocorrido nas audiências populares do “Agenda Tocantins”; e os problemas de saúde identificados nos planos municipais e regionais de saúde. Este PES terá vigência de 2012 a 2015 e passará pelo processo de discussão permanente através das programações anuais e dos relatórios de gestão.

O PES além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, através dele, se explicita o caminho a ser seguido para atingir a missão deste órgão. Segundo Teixeira (2001), o “Plano é a expressão da responsabilidade municipal e estadual com a saúde da população, sendo a síntese de um processo de decisão sobre o que fazer para

---

<sup>3</sup> Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

enfrentar um conjunto de problemas”. De acordo com a Portaria GM 3085/2006, ele também é considerado um instrumento básico que norteia a definição da programação anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS.

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2012–2015 foi construído de forma participativa com diversos atores – gestor, equipes técnicas, representantes da sociedade civil, Conselhos Estadual e Municipais, buscando refletir de forma genuína a necessidade de saúde dos tocaninenses.

O momento atual do SUS no Estado é de fortalecimento dos municípios para a gestão integral da atenção primária, da regionalização para a média e alta complexidade e do Estado como co-partícipe e co-financiador desses sistemas e de garantidor da atenção de referência estadual. Além disso, é necessário que seja garantido o acesso ao SUS a todos os cidadãos, que a atenção primária seja a porta de entrada para os demais níveis de complexidade, que haja resolutividade da atenção em todos os níveis, e que se incorpore no sistema a prática do acolhimento humanizado do usuário e a qualidade do serviço prestado.

## A METODOLOGIA

O processo de construção do Plano Estadual de Saúde (PES) 2012–2015 iniciou-se no mês de abril de 2011, coordenado pela Diretoria Geral de Gestão Estratégica, utilizou como proposta metodológica o Planejamento Estratégico.

Entende-se Planejamento Estratégico como *“um processo contínuo de, com o maior conhecimento possível do futuro considerado, tomar decisões atuais que envolvem riscos futuros aos resultados esperados; organizar as atividades necessárias à execução das decisões e, através de uma reavaliação sistemática, medir os resultados em face às expectativas alimentadas”*. (DRUCKER, 1984)

Planejamento Estratégico é portanto um *processo* gerencial contínuo e sistemático, desenvolvido em consonância com a razão de existir da instituição. Para sua formulação, deve-se levar em conta as condições internas e externas à organização e sua evolução esperada. O objetivo do Planejamento Estratégico é definir ações significativas que melhorem o serviço oferecido aos usuários a médio e longo prazos, possibilitando uma administração focada em resultados, no bom atendimento e na capacidade para enfrentar novos desafios

.Na ocasião foram apresentados e discutidos o cronograma e a metodologia para laboração do PES com a convocação de todas as antigas Superintendências (atuais Diretorias Gerais), do Conselho Estadual de Saúde e demais atores inseridos no processo. A princípio foi realizada a *1ª Oficina de Percepção de Problemas* com

Superintendentes, Diretores da Gestão, Diretores Hospitalares e Conselheiros Estaduais de Saúde em um 1º momento utilizando a ferramenta de Tempestade de Idéias (*Brainstorming*) e ZOOP<sup>4</sup>, nessa fase foi feito um levantamento e identificação dos problemas de saúde que tem afetado nossa população. Tem um enfoque na percepção, dos atores sem a influência de dados e de indicadores.

Em seguida as áreas técnicas da SESAU, iniciaram a chamada **Análise da Situação da Saúde** compondo o “Momento Explicativo” do Plano através do levantamento de documentos para subsidiar o processo. Cada área realizou uma avaliação do PES 2008–2011 respondendo quais objetivos e metas foram alcançadas, que potencialidades/oportunidades, problemas/ameaças foram responsáveis pelo alcance ou não dos referidos objetivos e metas.

Em todos os perfis, a análise foi apontar a tendência do indicador: se ocorreu melhora ou não, utilizando uma série histórica dos últimos 5 anos e um comparativo em relação à região norte e ao Brasil do referido indicador ou situação/problema. É importante salientar que para cada agravo/situação–problema puderam ser observados a distribuição e magnitude para a saúde da população, apresentando, as informações segundo faixa etária, sexo e distribuição geográfica minimante. As Desigualdades em Saúde permearam todas as análises por estado e Regiões de Saúde

Após a compilação destes dados, foi realizada a análise situacional de saúde, considerando o perfil demográfico, sócio–econômico e epidemiológico da população, identificação, seleção e priorização dos problemas, identificação das ações necessárias para o enfrentamento dos problemas de gestão e de saúde no Estado do Tocantins.

O 2ª Momento ocorreu de forma descentralizada, com discussões e várias idas e vindas junto às áreas técnicas para subsidiar a elaboração da Análise da Situação de Saúde do Estado. Nesta fase também foi efetivada a limpeza e agrupamento dos problemas elencados tanto na análise da situação de saúde, dos problemas de saúde identificados nos Planos Regionais de Saúde dos CGR<sup>5</sup>, dos Principais problemas detectados nos 139 Planos Municipais de Saúde do Estado e dos Compromissos de Gestão governamental assumidos. A Seleção de problemas prioritários para ação se deu utilizando as ferramentas de:

- Técnica de Grupo Nominal (RUF – V)
- Matriz de Seleção de Problemas
  - Explicação ou análise dos problemas –
  - Fluxograma Situacional (Árvore de problemas)

---

4

<sup>5</sup> Colegiados de Gestão Regional atuais Comissões Intergestores Regional conforme Decreto Federal 7508/11.

Durante este processo, o Governo do Estado aderiu a uma nova proposta metodológica de elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2012 – 2015, com uma construção estrutural semelhante a preconizado pelo PlanejaSUS<sup>6</sup>. Foi instituído o chamado “Agenda Tocantins” que consistiu na realização regionalizada de nove audiências públicas que contaram com a participação de toda a sociedade. Estas audiências compuseram o Momento Explicativo do PES, pois através de palestras, debates e grupos de discussões foram apresentadas à sociedade as propostas do Governo e ouvidas as prioridades da população nas áreas de atuação do poder público e da saúde. A construção do arcabouço do PES se deu assim, concomitante a elaboração do PPA, devido a sua similaridade e interação obedecendo ao disposto na Lei 8080 que define no art 36 que :” *o processo de **planejamento do SUS** como ascendente, ouvidos os órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades com as disponibilidades de recursos em Planos de Saúde das três esferas de governo; os **Planos** serão a base das atividades e **programações** de cada nível de direção do SUS; vedada transferência de recursos para ações não previstas em Planos de Saúde exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.*

A partir daí, o Governo do Estado deflagrou a proposta da Gestão Estratégica utilizando como ferramenta metodológica o *Balanced Scorecard (BSC)*. Este modelo foi desenvolvido Kaplan e Norton (1997), tendo como objetivo desenvolver um novo modelo de medição de desempenho para as organizações que refletisse o equilíbrio entre objetivos de curto e longo prazo, entre medidas financeiras e não financeiras e, também, medisse o desempenho, no caso do setor público, sob as perspectivas: do cliente, responsabilidade e sustentabilidade financeira, dos processos internos e do aprendizado e crescimento. Assim sendo o *Balanced Scorecard* tem por objetivos traduzir a estratégia em termos operacionais, converter a estratégia em processo contínuo, alinhar a organização à estratégia, transformar a estratégia em tarefa de todos, converter a estratégia em processo contínuo e mobilizar a mudança por meio da liderança executiva.

Durante a construção concomitante desses dois instrumentos, foram realizados encontros descentralizados locais com as áreas técnicas e representantes do nível estratégico da SES-TO, onde foram discutidos o processo de formulação dos eixos, objetivos, diretrizes metas do PES e ações e metas da Programação Anual de Saúde – PAS, conforme as diretrizes do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS.

Desta forma foi promovido um alinhamento estratégico, integrando PPA 2012–2015 e PES 2012–2015. Composto pelas partes a seguir apresentadas:

---

<sup>6</sup> Sistema de Planejamento do SUS, regulamentado pela Portaria GM 3.085/06.

## COMPATIBILIDADE E INTERRELAÇÃO PPA X PES:



### Programa Temático/Macro Eixo Estruturante: SAÚDE DIREITO DO CIDADÃO

O Programa Temático/Macro Eixo Estruturante retrata no Plano Plurianual/PES a agenda de governo organizada pelos Temas das Políticas Públicas e orienta a ação governamental. Sua abrangência deve ser a necessária para representar os desafios e organizar a gestão, o monitoramento, a avaliação, as transversalidades, as multissetorialidades e a territorialidade. O Programa Temático/Macro Eixo Estruturante se desdobra em Objetivos e Iniciativas.

É Composto por 12 Objetivos que expressam as escolhas do governo para a implementação da política pública de saúde. Espera-se, com esse conceito, que o Objetivo não seja apenas uma declaração descomprometida com as soluções. Relacionar o planejar ao fazer significa, justamente, entregar um Plano que ofereça elementos capazes de subsidiar a implementação das políticas com vistas a orientar a ação governamental.

### **Contextualização:**

A contextualização do Programa Temático/Macro Eixo Estruturante aborda no PES a Análise da Situação de Saúde abordando os aspectos de uma interpretação completa e objetiva da temática tratada; as oportunidades e os desafios associados; os contornos regionais que a política pública deverá assumir; as transformações que se deseja realizar; os desafios que devem ser considerados pelos Objetivos.

### **Objetivo**

Expressa o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de um conjunto de Iniciativas, com desdobramento no território.

### **Indicador:**

O Indicador é um instrumento que permite identificar e aferir aspectos relacionados aos objetivos ligados ao Programa Temático/Macro Eixo Estruturante. Apurado periodicamente, auxilia o monitoramento da evolução de uma determinada realidade, gerando subsídios para a avaliação. É composto pelos seguintes atributos:

- Denominação: forma pela qual o Indicador será apresentado à sociedade;
- Fonte: órgão responsável pelo registro ou produção das informações necessárias para a apuração do Indicador e divulgação periódica dos índices;
- Unidade de Medida: padrão escolhido para mensuração da relação adotada como Indicador;
- Índice de Referência: situação mais recente da política e sua respectiva data de apuração. Consiste na aferição de um indicador em um dado momento, mensurado com a unidade de medida escolhida.

### **Órgão responsável**

Cada Objetivo terá como responsável uma área/pessoa pela sua coordenação em cada secretaria, cujas atividades impactam de maneira mais contundente a implementação do Objetivo.



**Iniciativa/Diretrizes:**

A Iniciativa declara as entregas à sociedade de bens e serviços, resultantes da coordenação de ações orçamentárias e outras: ações institucionais e normativas, bem como da pactuação entre entes federados, entre Estado e sociedade e da integração de políticas públicas. É expresso no PES como as estratégias para alcance das metas e realização das ações pretendidas.

**Metas:**

É uma medida do alcance do Objetivo, podendo ser de natureza quantitativa ou qualitativa, a depender das especificidades de cada caso. Quando qualitativa, a meta também deverá ser passível de avaliação. Cada Objetivo deverá ter uma ou mais metas associadas..

**A MISSÃO DA SESAU:**

“Promover a gestão da saúde, viabilizando o acesso da população à atenção a saúde com qualidade, atendendo suas necessidades.”

**A VISÃO DA SESAU:**

”Ser até 2020, o Estado com a melhor saúde pública do País.”

**OS VALORES DA SESAU:**

- Ética
- Compromisso
- Transparência
- Cooperação
- Respeito
- Impessoalidade
- Efetividade
- Humanização
- Inovação



The background is a vibrant blue with a dynamic, abstract design. It features several thick, curved, overlapping bands of varying shades of blue that flow from the top left towards the bottom right. Interspersed among these bands are numerous small, white, four-pointed starburst shapes, some of which are larger and more prominent. The overall effect is one of movement and energy.

# **PARTE I – ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE**



# 1

## CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DETERMINANTES E CONDICIONANTES

---

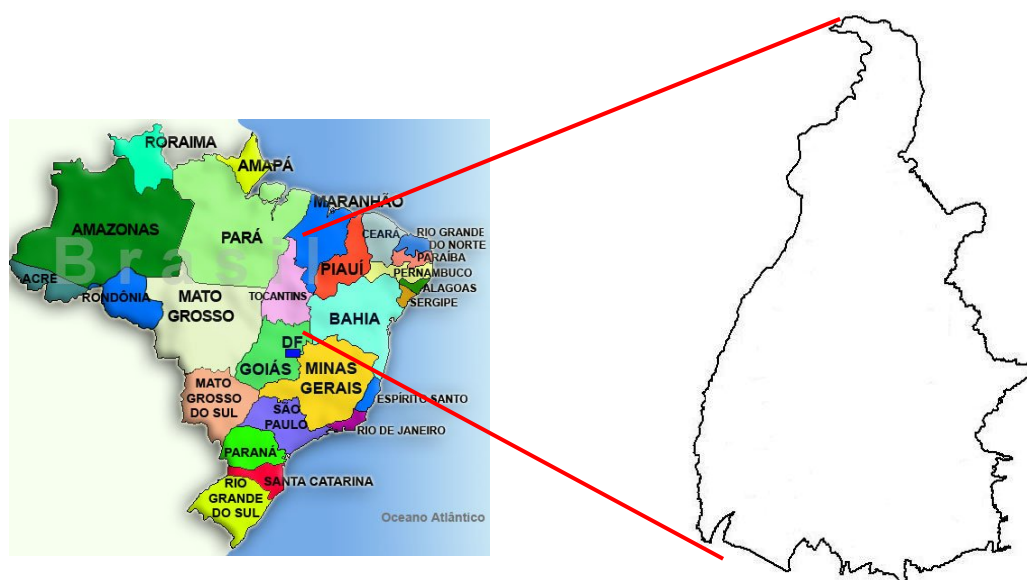


## 1.1 – PERFIL GEOGRÁFICO

O Estado do Tocantins foi criado por determinação da Constituição no dia 05 de outubro 1988, a partir da divisão do estado de Goiás (parte norte e central), oficialmente instalado em 1º de janeiro de 1989. Após esse processo houve um acelerado crescimento demográfico, impulsionado pelos fluxos migratórios regionais.

O estado do Tocantins está localizado no centro geográfico do Brasil e integra a Região Norte do território nacional. Sua extensão territorial é de 277.621,858 Km<sup>2</sup>, limita-se ao Norte com os Estados do Maranhão e Pará, ao Sul com Goiás, a Leste com Maranhão, Piauí e Bahia e a Oeste, Pará e Mato Grosso.

Figura 1 – Localização Geográfica do Estado do Tocantins – Brasil.



Embora pertença formalmente à região Norte, o estado do Tocantins encontra-se na zona de transição geográfica entre o cerrado e a floresta amazônica. Essa característica fica evidente na fauna e flora locais, onde se misturam animais e plantas das duas regiões.

Com predomínio de clima tropical, seu território se caracteriza com depressões na maior parte do território, chapadas ao Norte, o espigão do Mestre a Leste, planaltos a Sul e Nordeste, planície do médio Araguaia, com a Ilha do Bananal na região central.

A bacia hidrográfica do estado abrange, aproximadamente, dois terços da área da bacia do rio Tocantins e um terço do rio Araguaia, além de várias

sub-bacias importantes, fazendo do Tocantins um dos estados mais ricos do Brasil em recursos hídricos, tem como rios de maior relevância: Tocantins, Araguaia, rio do Sono, rio das Balsas e Paranã. No rio Araguaia encontra-se a ilha do Bananal, a maior ilha fluvial do mundo.

Tocantins conta com a potencialidade para o cultivo de grãos, em especial da soja, milho e arroz, alcançado por meio da adaptação de novas espécies vegetais às características do cerrado, dominado por um clima com período seco definido e a topografia plana admite a mecanização ao mesmo tempo em que o solo apresenta característica que responde à moderna tecnologia empregada e do uso intensivo de máquinas, equipamentos e insumos viabilizados pela capacidade empreendedora dos agricultores tocantinenses.

Nesse sentido, a distribuição espacial das principais lavouras temporárias e, em especial, do cultivo da soja, revela a feição atual de uma dinâmica territorial que conjuga inovação tecnológica à expansão horizontal de cultivos modernizados predominantemente em áreas de cerrado de baixa densidade demográfica. Tais áreas eram tradicionalmente ocupadas por uma pecuária extensiva ou se apresentavam encobertas por uma vegetação original de cerrado ou, em menor escala, de floresta, às quais se associavam características naturais limitantes de seu potencial produtivo.



## 1.2 – PERFIL DEMOGRÁFICO

As taxas de crescimento populacional foram de 3,0% para o período de 1990, de 2,6% entre 1990–2000 e na década de 2010 um decréscimo importante caindo para 1,8% (Quadro1), ou seja, um decréscimo de 66,7%, no período observado, se a taxa de crescimento daquela época (1990) fosse mantida, a população do Estado dobraria de tamanho seria atualmente de 1,8 milhões de habitantes.

A região Norte apresentou o crescimento populacional mais elevado nas três décadas, às taxas foram 3,9%, no período de 1990, 2,9% em 2010 e de 2,1%, refletindo atividades de expansão de fronteira agrícola, atrativas pelas correntes migratórias.

**Quadro 1: Taxa de crescimento populacional. Tocantins, Norte e Brasil, 1990,2000 e 2010.**

Anos	População			Taxa de Crescimento		
	Tocantins	Norte	Brasil	Tocantins	Norte	Brasil
1990	902.074	9.695.245	144.090.756	3,0	3,9	1,9
2000	1.157.098	12.900.704	169.799.170	2,6	2,9	1,6
2010	1.383.453	15.865.678	190.732.694	1,8	2,1	1,2

Fonte: IBGE

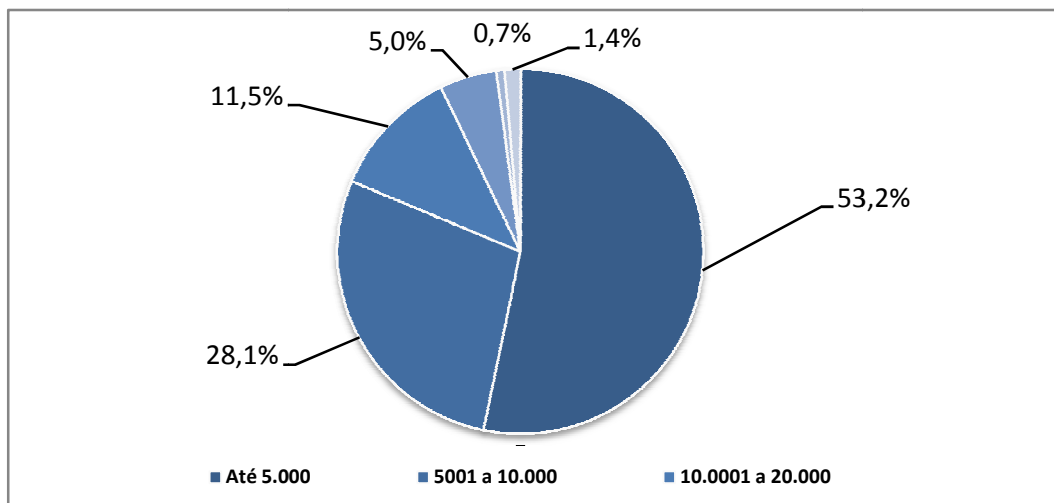
Entre os períodos de 1990 e 2010, houve declínio expressivo das taxas anuais de crescimento populacional, determinado principalmente pela redução da fecundidade. Na região Norte a taxa de crescimento no período 1990 foi o maior do período, possivelmente pela diminuição da emigração para as áreas de expansão da fronteira agrícola.

A partir do ano 2000, o processo de crescimento populacional, da população tocantinense, do norte e brasileira, começam a se estabilizar. Novo cenário começa acontecer com a redução de óbitos infantis, ampliação da esperança de vida ao nascer, incremento da população de idosos, o aumento da razão de dependência e ainda modificações substanciais na estrutura etária da população.

Essas mudanças caracterizam a transição demográfica, com menores taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida, ou seja, o envelhecimento da população, o que acaba repercutindo no perfil de morbimortalidade, com aumento das doenças crônico-degenerativas, como também no modelo de atenção a saúde, com incremento no custo do sistema de saúde.

Conforme contagem populacional realizada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população tocaninense é de 1.383.453 habitantes. Sua divisão territorial jurídico-administrativa é de 139 municípios, organizado em 15 regiões de saúde. Aproximadamente 80% desses municípios apresentam uma população com menos de 10.000 habitantes, e somente 02 deles contam com mais de 100.000 residentes, sendo que esses concentram 27,4% da população do Estado, conforme Gráfico 01.

**Gráfico 01: Proporção de municípios de acordo com seu porte populacional. Tocantins, 2010.**



Fonte: IBGE/Datasus

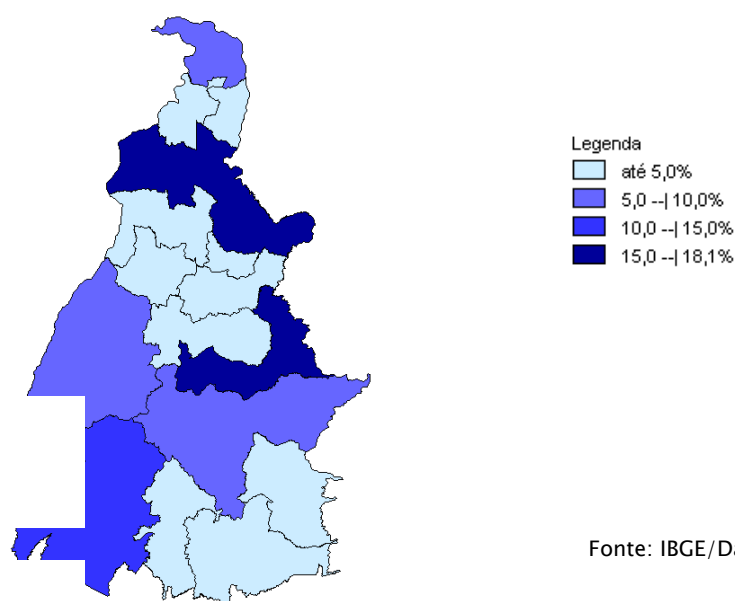
**Tabela 1 – Número de municípios, segundo o seu porte populacional nas regiões de saúde. Tocantins, 2010.**

Regiões de Saúde	Até 5.000		5.001 a 10.000		10.0001 a 20.000		20.001 a 50.000		50.001 a 100.000		>100.001		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
	Capim Dourado	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
Cultura do Cerrado	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6
Miracema	1	20,0	2	40,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	5
Sul Angical	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5
Porto Nacional	6	50,0	5	41,7	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	12
Cantão	8	50,0	6	37,5	1	6,2	1	6,3	0	0,0	0	0,0	16
Lobo Guará	4	57,1	2	28,6	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	7
Araguaia–Tocantins	7	63,6	3	27,3	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	11
Centro–Sul	7	53,8	4	30,8	1	7,7	0	0,0	1	7,7	0	0,0	13
Médio Norte	4	30,8	4	30,8	4	30,8	0	0,0	0	0,0	1	7,6	13
Médio Araguaia	4	57,1	2	28,6	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7
Portal do Bico	3	42,9	3	42,9	0	0,0	1	14,2	0	0,0	0	0,0	7
Bico do Papagaio	5	35,7	6	42,8	2	14,2	1	7,1	0	0,0	0	0,0	14
Sudeste	5	62,5	1	12,5	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8
Extremo Sudeste	5	71,4	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7
<b>Estado</b>	<b>74</b>	<b>53,2</b>	<b>39</b>	<b>28,2</b>	<b>16</b>	<b>11,5</b>	<b>7</b>	<b>5,0</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>	<b>2</b>	<b>1,4</b>	<b>139</b>

Fonte: IBGE/Datasus

A Figura 2 e a Tabela 02 mostram a distribuição da população do Estado em suas regiões de saúde. As Regiões Capim Dourado e Médio Norte são as regiões de maior porte populacional, concentrando 35% da população total do Estado.

**Figura 02: População residente nas regiões de saúde do Tocantins, 2010.**



Fonte: IBGE/Datasus

Tabela 02 – População residente nas regiões de saúde. Tocantins, 2010.

<i>Regiões de Saúde</i>	<i>Nº de Residentes</i>	<i>%</i>
Capim Dourado	250.290	18,1
Cultura do Cerrado	26.109	1,9
Miracema	48.867	3,5
Sul Angical	28.523	2,1
Porto Nacional	102.313	7,4
Cantão	115.685	8,4
Lobo Guará	57.470	4,2
Araguaia-Tocantins	65.045	4,7
Centro-Sul	143.023	10,3
Médio Norte	237.943	17,2
Médio Araguaia	38.813	2,8
Portal do Bico	48.276	3,5
Bico do Papagaio	128.712	9,3
Sudeste	55.205	4,0
Extremo Sudeste	37.171	2,7
<b>Estado</b>	<b>1.383.445</b>	<b>100,0</b>

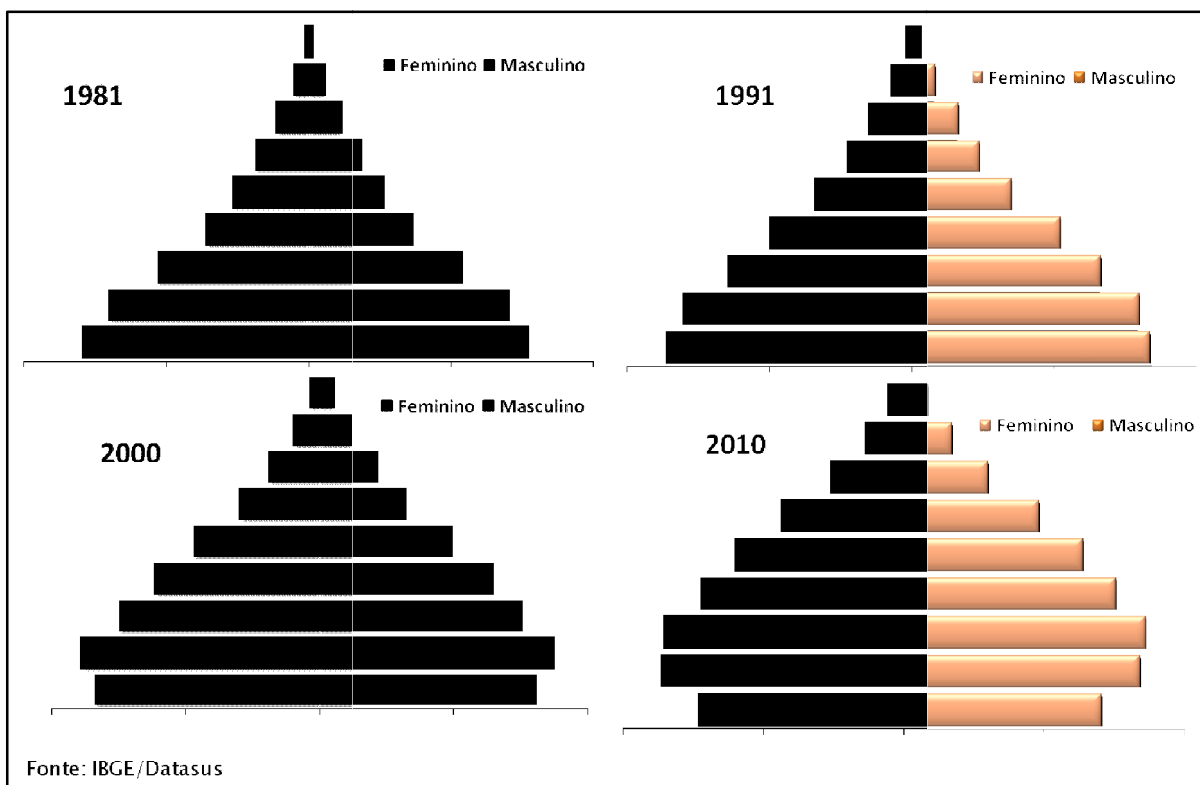
Fonte: IBGE/Datasus

A distribuição proporcional da população por regiões não se altera substantivamente no período analisado. No que tange as participações relativas dos segmentos etários jovens e idosos, verifica-se o progressivo declínio da proporção de menores de cinco anos de idade, em todas as regiões do país, refletindo a redução dos níveis de fecundidade. Esse fenômeno é mais evidente nas regiões Sudeste e Sul do país, que entraram a mais tempo no processo de transição demográfica.

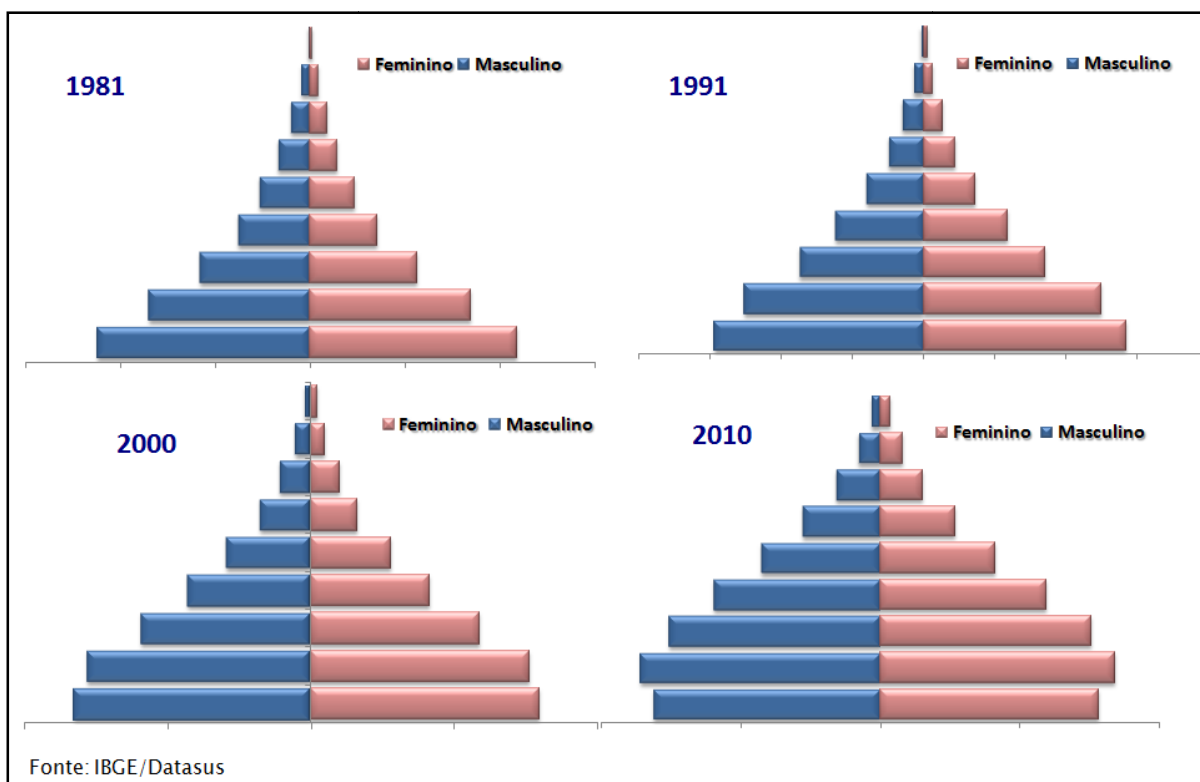
Em relação aos idosos, a proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade na população geral vem apresentando tendência ascendente, em correspondência com a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida ao nascer. A população idosa é predominantemente feminina, com maiores proporções nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, fato que esta em parte associado à elevada mortalidade de jovens do sexo masculino, por causas externas.

Figura 03: Pirâmides populacionais. Brasil, Região Norte e Tocantins, 2010.

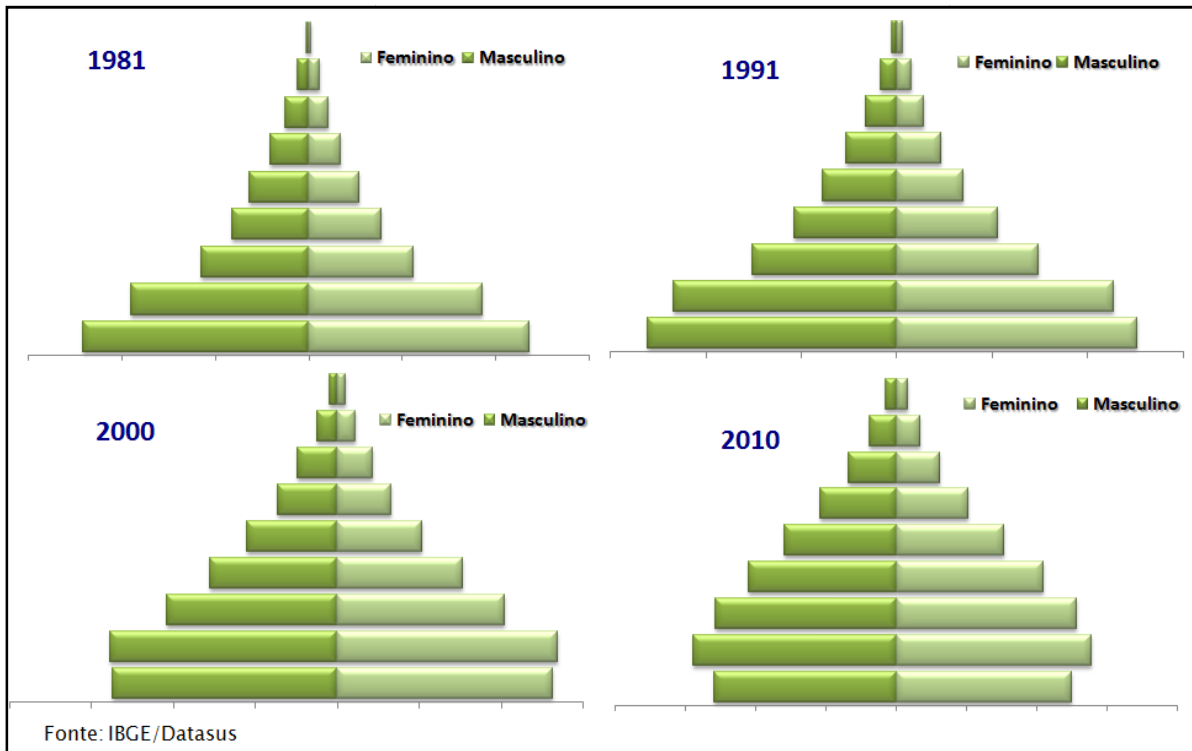
**BRASIL – 1981 A 2010**



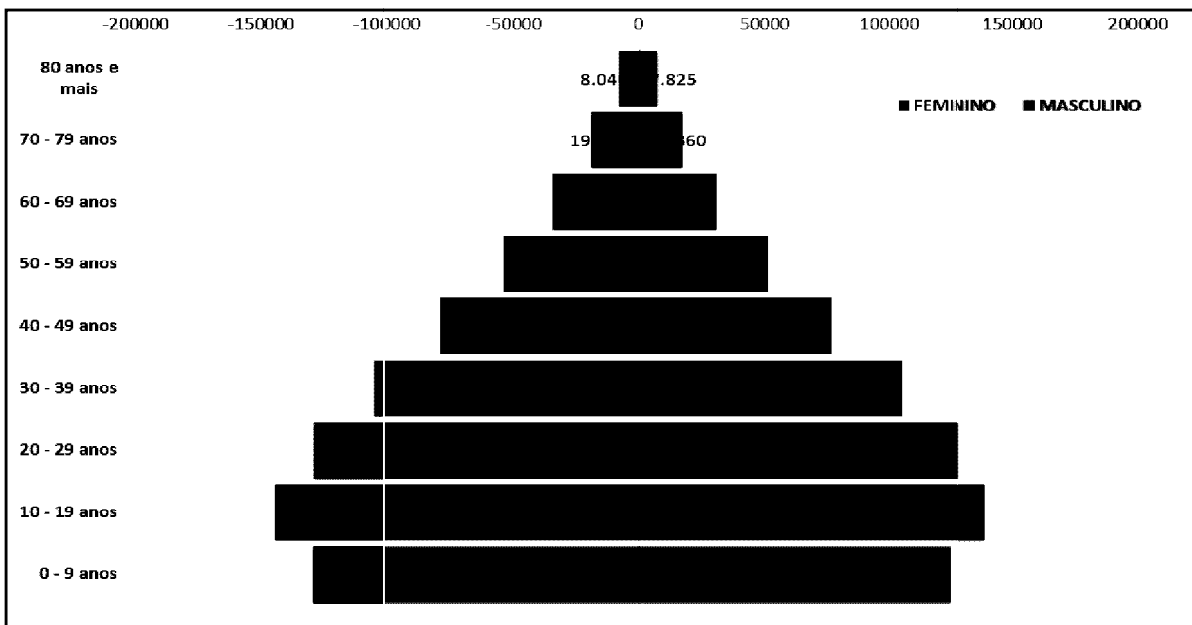
**REGIÃO NORTE – 1981 A 2010**



### TOCANTINS – 1981 A 2010



### TOCANTINS – 2010



Fonte: IBGE/Datasus

A estrutura etária da população do Tocantins apresenta uma base da pirâmide larga com um amplo contingente de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 até 19 anos, concentrando aproximadamente 40,0% da população

do Estado. A redução da população de crianças e jovens e o conseqüente aumento da população adulta e idosa estão associados à queda continuada dos níveis de fecundidade e ao aumento da esperança de vida, fato esse que se assemelha com o Brasil e a Região Norte que apontam a mesma tendência.

Ao passo que a população na faixa etária acima de 60 anos, apresentou o incremento de 23,7%, passando de 3,8% em 2005 para 4,7% em 2010. A representação gráfica em forma de barriga com tendência ao alargamento (2010) permite identificar moderado processo de envelhecimento da população adulta no estado, evidenciando uma propensão para o envelhecimento demográfico da população bem como no Brasil e Região Norte.

Na análise por sexo, observa-se que 50,9% são homens e 49,1% mulheres. Há predomínio de mulheres nas faixas etárias de 20 a 39 anos e de 50 a 59 anos e uma maior concentração de homens nas faixas etárias mais elevadas (60 a 64 anos - 52,2%, 64 a 69 anos - 53,6% e 70 anos e mais - 54,2%).

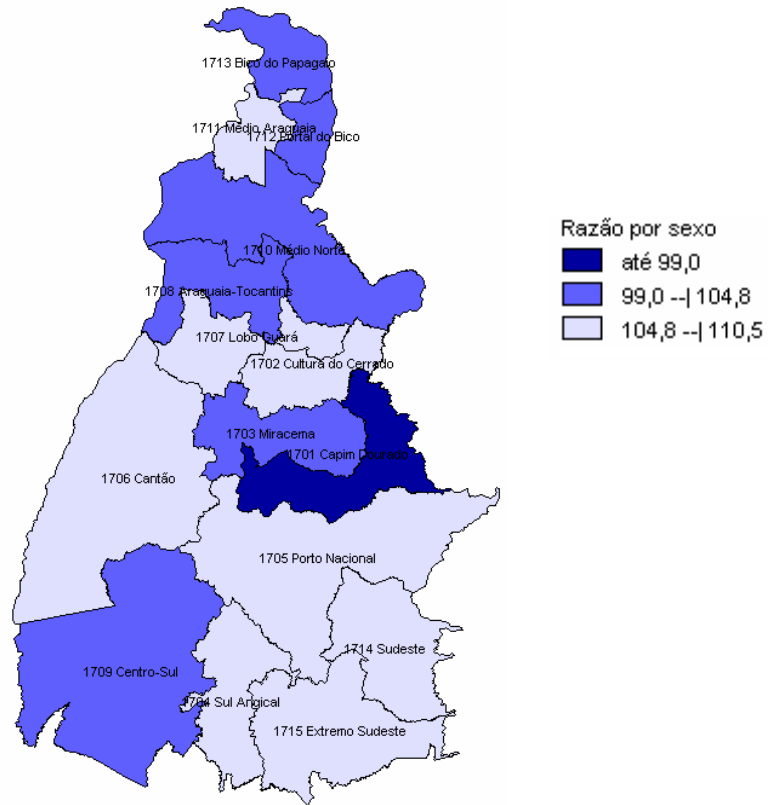
Avaliando a estrutura etária da população em 2010 constatou-se que 397.972 pessoas estão na faixa de idade com menos de 15 anos (28,8%), 867.919 pessoas com idade entre 15 a 59 anos (62,7%) e 117.554 pessoas com mais de 60 anos, correspondendo a 8,5% da população.

### 1.2.1 – RAZÃO DE SEXOS

A razão de sexo é um indicador que aponta o equilíbrio dos sexos numa população na medida em que há uma divisão proporcional entre homens e mulheres. Expressa o número de pessoas do sexo masculino para cada grupo de 100 pessoas do sexo feminino.

Em 2009, havia, para cada 100 mulheres, 94,8 homens. Esta razão vem declinando ao longo do tempo em virtude da sobremortalidade masculina. A razão de sexo na população do Estado, em 2010 evidenciou uma relação 103,1 homens para cada 100 mulheres, como resultado de um excedente 21.403 homens em relação ao número total de mulheres. Com este resultado, o Tocantins difere da tendência histórica de predominância feminina na composição por sexo da população do Brasil. Embora as regiões de saúde como um todo tenha o predomínio masculino, em 93,3% dos municípios tocantinenses observa-se um superávit masculino, sendo que a região Capim Dourado apresenta predominância feminina com razão de 97,8 homens para cada 100 mulheres.

Figura 04: Razão de sexo por região de saúde do Tocantins, 2010.



Fonte: Datasus/IBGE

### 1.2.2– ETNIA INDÍGENA

O Tocantins apresenta uma população indígena aproximada de 10 mil indígenas. São indígenas de sete etnias: Karajá, Xambioá, Javaé (que formam o povo Iny) e os Xerente, Krahô Canela, Apinajé e Pankararú. Eles se distribuem em mais de 82 aldeias, em municípios de todas as regiões do Estado, conforme tabela e mapas abaixo.

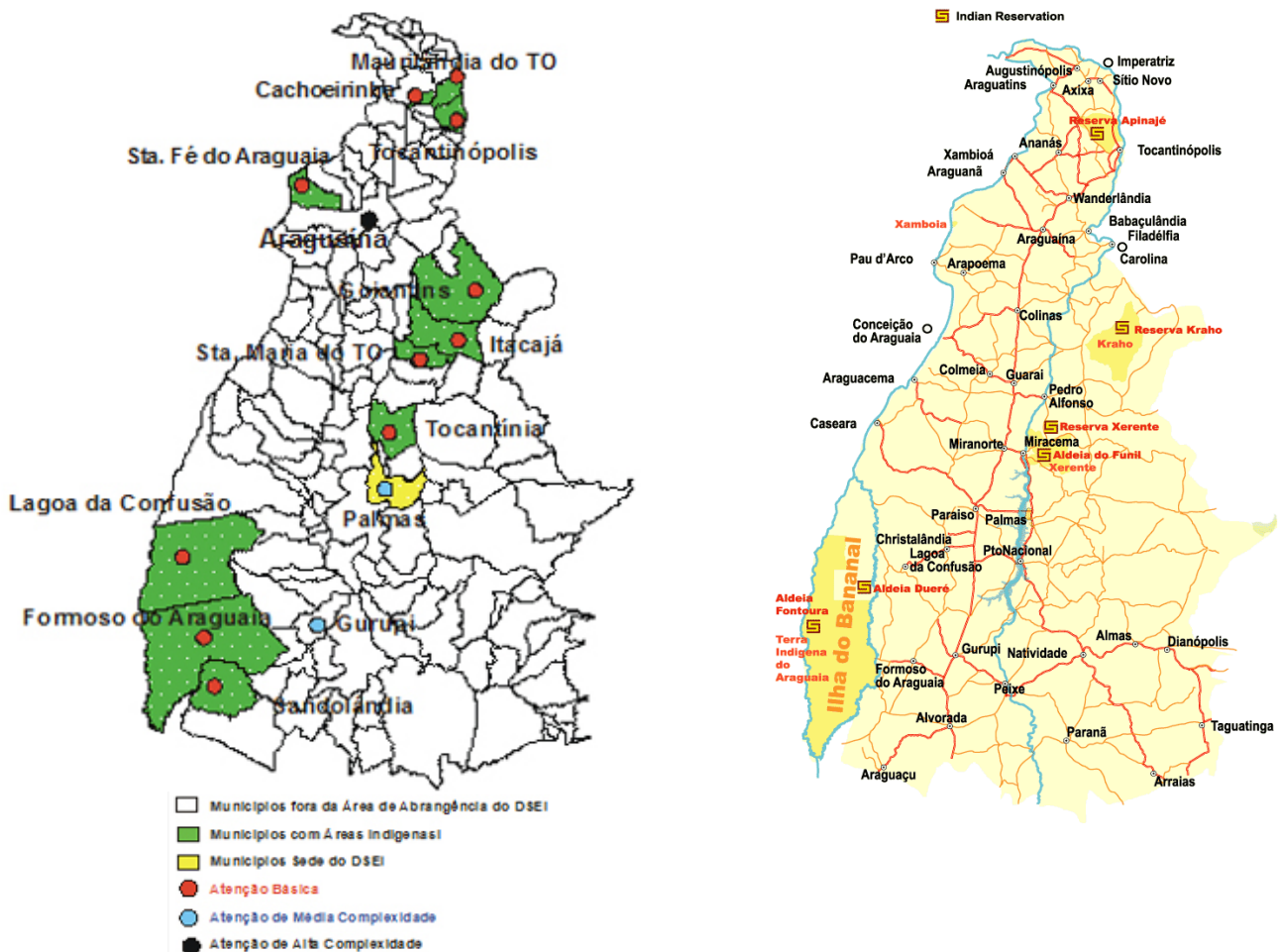


Tabela 03 – População indígena residente por municípios. Tocantins, 2010.

Municípios	População
Tocantínia	2.983
Tocantinópolis	1.713
Goiatins	1693
Formoso do Araguaia	893
Itacajá	849
Lagoa da Confusão	465
Santa Fé do Araguaia	308
Gurupi	258
Sandolândia	190
Maurilândia do Tocantins	168
Cachoeirinha	61
Araguaína	28
<b>Total</b>	<b>9.609</b>

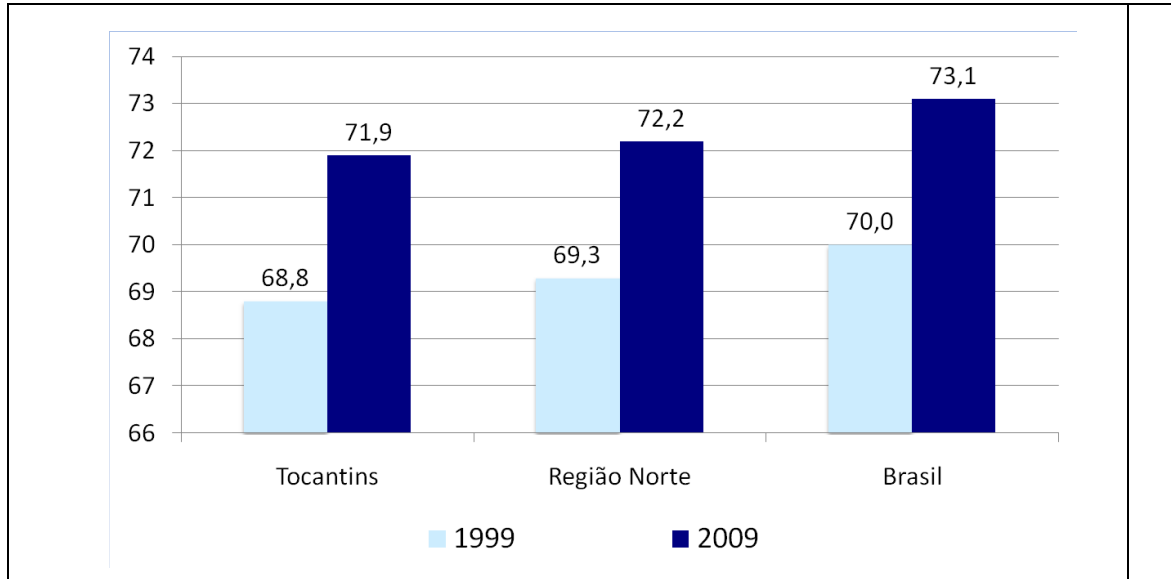
Fonte: Funasa/SIAS

Figura 05 e 06: Localização das etnias indígenas, Tocantins –2010.



### 1.2.3– EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER

**Gráfico 02: Esperança de vida ao nascer (em anos). Brasil, Região Norte e Tocantins, 1999 – 2009.**



Fonte: IBGE

A expectativa de vida ao nascer é um bom indicador de saúde, porque reflete as condições de vida e de saúde da população e não é afetado pela sua estrutura etária. Interpreta-se como o número de anos que em média, uma pessoa terá probabilidade de viver. No Tocantins esse indicador teve um aumento significativo no período de 1999 a 2009, um acréscimo de 3,1 anos de vida. Este resultado superou o aumento obtido na expectativa de vida em relação à região norte.

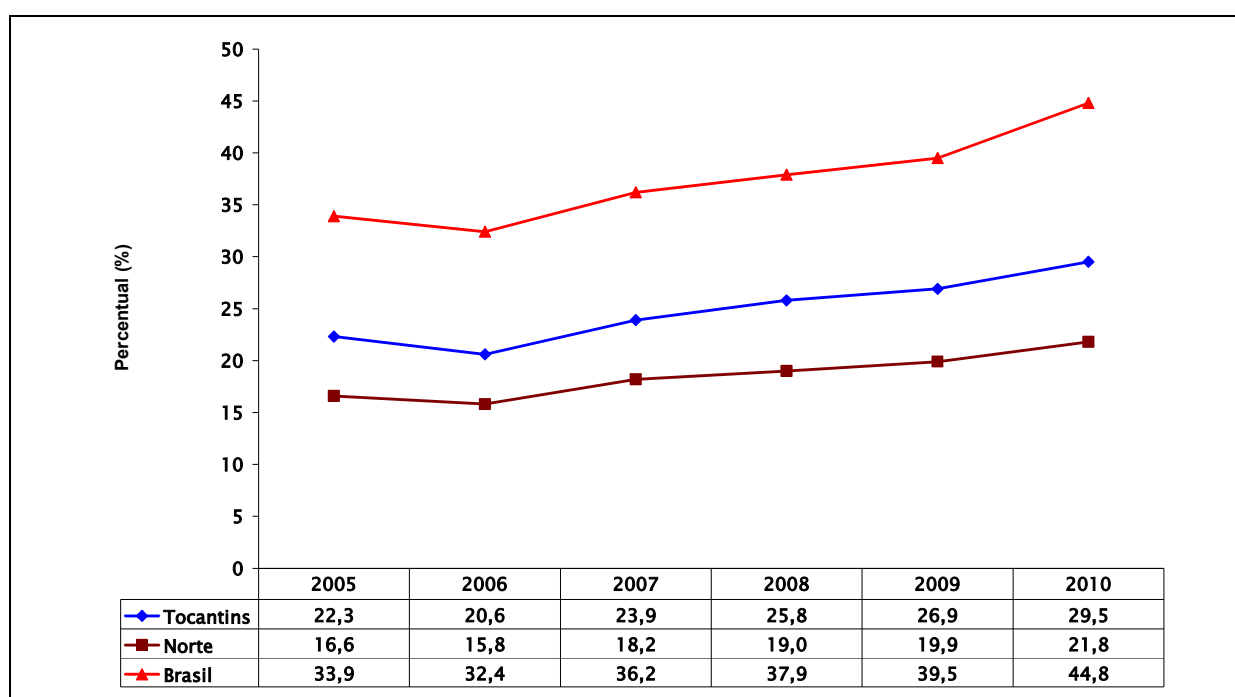
O aumento da esperança de vida ao nascer em combinação com a queda do nível geral da fecundidade resulta nos aumentos absoluto e relativo da população idosa. De fato, a esperança média de vida ao nascer no Brasil era, em 2009, de 73,1 anos de idade. A vida média ao nascer, de 1999 para 2009, obteve um incremento de 3,1 anos, com as mulheres em situação bem mais favorável que a dos homens (73,9 para 77,0 anos no caso das mulheres e 66,3 para 69,4 anos para os homens).

### 1.2.4- ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que afeta a população como um todo e em particular para os idosos, tendo em vista, o impacto econômico e social sobre suas vidas. Segundo dados do IBGE, contidos no Gráfico 03, observa-se um crescimento mais elevado da população idosa em relação às demais faixas etárias. No Brasil, a ampliação da sobrevivência do idoso, contribui sobremaneira para o aumento do envelhecimento da população, uma vez que, em 2005 a participação da população acima de 60 anos era de 33,5% incrementando 32,2% em 2010 correspondendo a 44,8 %.

No Tocantins o índice de envelhecimento (Gráfico 03), embora seja menor que os índices do Brasil, vêm apresentando crescimento médio anual de 32,3%, passando de 22,3% (2005), para 29,5% (2010). Incremento este, maior que da Região Norte para o período avaliado de 2005 a 2010 com 16,6% e 21,8%, respectivamente.

**Gráfico 03 – Índice de envelhecimento. Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2010.**



Fonte: IBGE

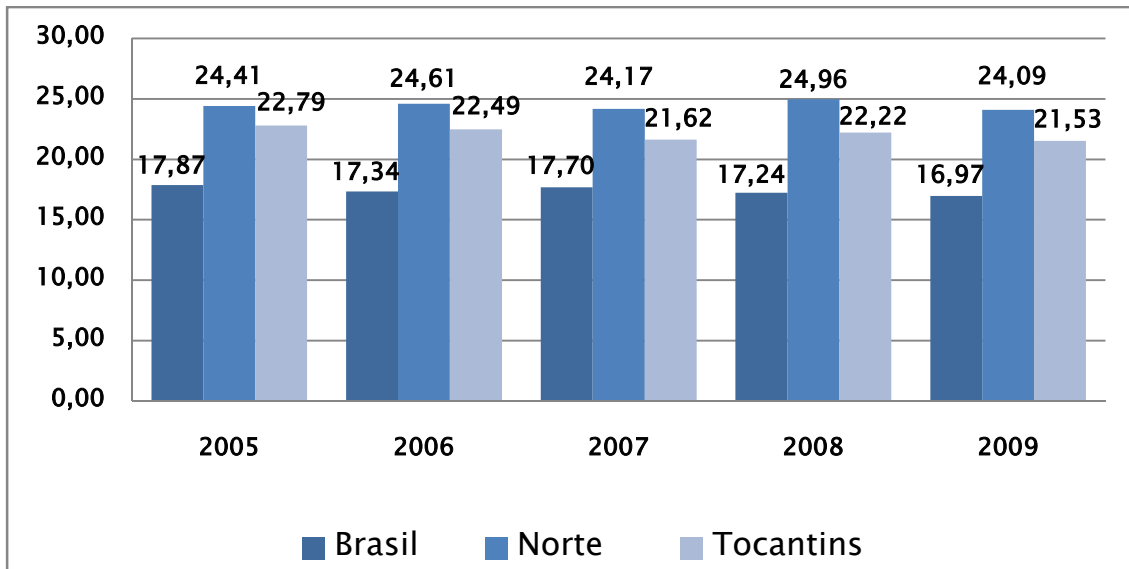
Os dados mostram a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população brasileira, o que reflete, principalmente, a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida dos idosos. Os valores mais baixos na região Norte e Estado em relação ao país refletem a

influencia das migrações, atraindo pessoas em idades jovens, muitas vezes acompanhadas de seus filhos.

### 1.2.5- TAXA BRUTA DE NATALIDADE

Como é observado no Gráfico 04 foram expressas comparativamente a taxa bruta de natalidade no período de 2005 a 2009 do Brasil, Região Norte e Tocantins, onde o Estado atingiu em 2005 a taxa de 20,2/1000 nascidos vivos. Taxas elevadas de natalidade estão associadas a baixas condições socioeconômicas e aos aspectos culturais da população, assim como a estrutura etária da população age como fator preponderante para estas altas taxas.

**Gráfico 04 - Taxa bruta de natalidade. Tocantins, Região Norte e Brasil. 2005 - 2009.**

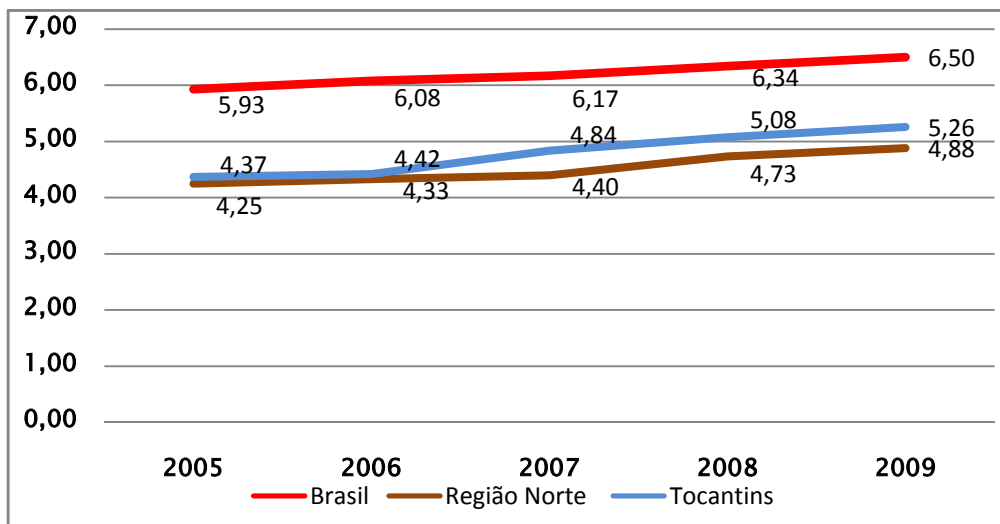


Fonte: Sinasc Estadual e MS/DATASUS

**1.2.6– TAXA BRUTA DE MORTALIDADE – TBM**

O Gráfico 05 expressa a taxa bruta de mortalidade no período de 2005 a 2009 no Estado de Tocantins, Região Norte e Brasil. No período supracitado o Estado está caracterizado pelo crescimento progressivo da taxa bruta de mortalidade, sendo apresentado no ano de 2005 valor aproximado de 3,87/1000 hab. elevando-se neste período, chegando em 2009 a 4,70/1000 hab. O Crescimento da taxa bruta de mortalidade nos anos observados foi influenciado diretamente pelas ações de busca ativa realizadas nos municípios. A cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM é uma das principais metas a serem alcançadas pelo Estado.

**Gráfico 05 – Taxa bruta de mortalidade. Tocantins, Norte e Brasil de 2005 – 2009.**



Fonte: SIM Estadual e MS/DATASUS

No período apresentado, observam-se valores crescentes da taxa de mortalidade bruta para maioria das regiões de saúde do Estado, nas regiões Cultura do Cerrado e Sul Angical as taxa reduziram cerca de 40,0% no período. O Ministério da Saúde considera que o Estado tem uma cobertura adequada, quando a razão entre os óbitos estimados pelo IBGE e os informados pelo SIM seja superior a 80%, por esta razão, o Estado tem se empenhado em aumentar a cobertura do SIM, através de ações como: busca ativa, fácil acesso ao sistema e regularização dos cemitérios.

**Tabela 04 – Taxa bruta de mortalidade, segundo Regional de Saúde. Tocantins, 2005 – 2009.**

Região de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009
Capim Dourado	2,5	2,2	2,5	3,4	3,5
Cultura do Cerrado	4,7	4,9	5,7	5,4	4,3
Miracema	3,9	3,7	3,9	5,1	5,0
Sul Angical	5,0	3,6	4,6	3,8	4,6
Porto Nacional	3,9	4,8	4,9	5,0	5,1
Cantão	4,4	4,0	4,4	4,8	5,0
Lobo Guará	3,8	4,2	4,3	4,7	5,1
Araguaia-Tocantins	3,9	4,5	4,4	4,6	4,4
Centro-Sul	4,0	4,0	4,2	4,9	4,9
Médio Norte	4,8	4,5	4,8	5,2	5,2
Médio Araguaia	4,6	4,5	3,7	4,8	4,4
Portal do Bico	3,9	3,9	3,8	4,5	5,3
Bico do Papagaio	3,8	3,8	4,4	4,4	4,8
Sudeste	3,6	4,3	4,7	5,0	5,2
Extremo Sudeste	3,4	4,2	5,2	4,3	4,3

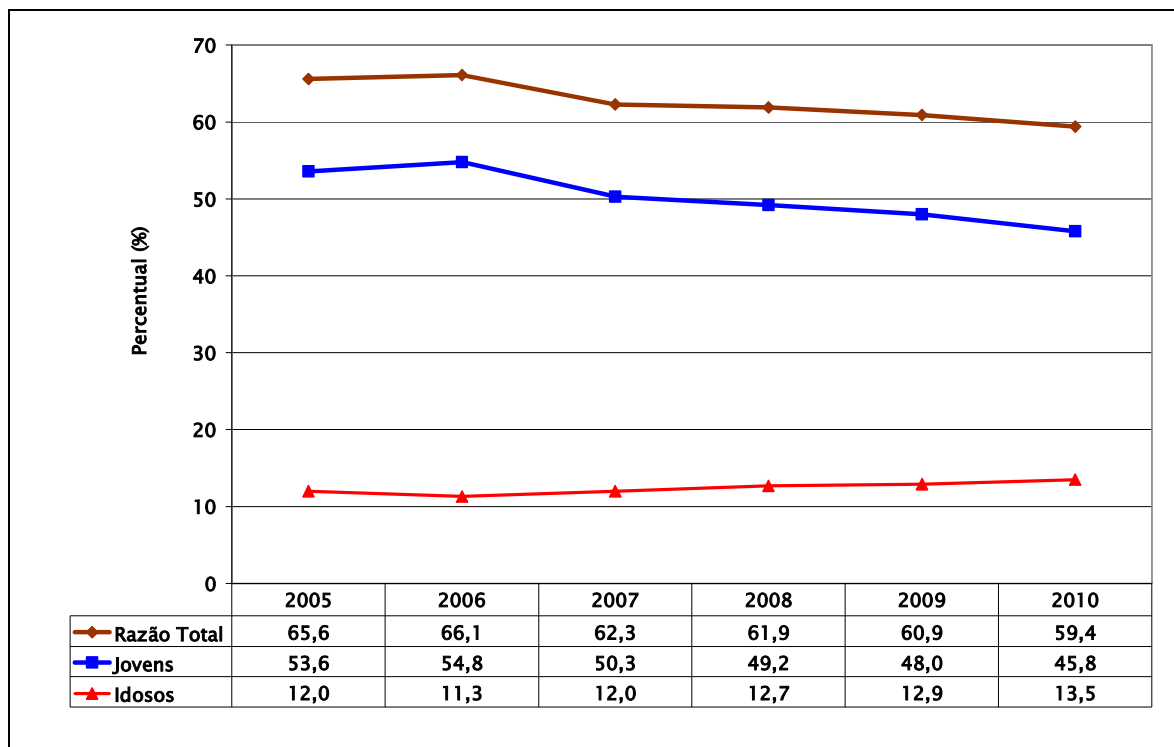
Fonte: Sim Estadual e MS/DATASUS

### 1.2.7- RAZÃO DE DEPENDÊNCIA

A Razão de Dependência demográfica mede o grau de dependência de um indivíduo em relação à produção de bens e serviços. Também pode ser compreendido, como segmento etário economicamente dependente, (0 a 14anos) ou idosa (65 anos e mais), sustentado pela população potencialmente produtiva, de 15 a 59 anos de idade.

No Tocantins, no período de 2005 a 2010, observa-se (Gráfico 06) importante redução na razão de dependência jovem (14,5%) e o crescimento da participação dos idosos, passando de 12,0% em 2005 para 13,5% em 2010, um incremento de 12,5%. O gradativo declínio da razão total de dependência neste período está relacionado ao processo de transição demográfica, originado pela redução dos níveis de fecundidade que leva à diminuição das taxas de natalidade, implicando no decréscimo do contingente jovem da população e no crescimento da população idosa, aumentando conseqüentemente, a razão de dependência.

Gráfico 06 – Razão de dependência, segundo grupos específicos (total, jovens e idosos). Tocantins, 2005 – 2010.



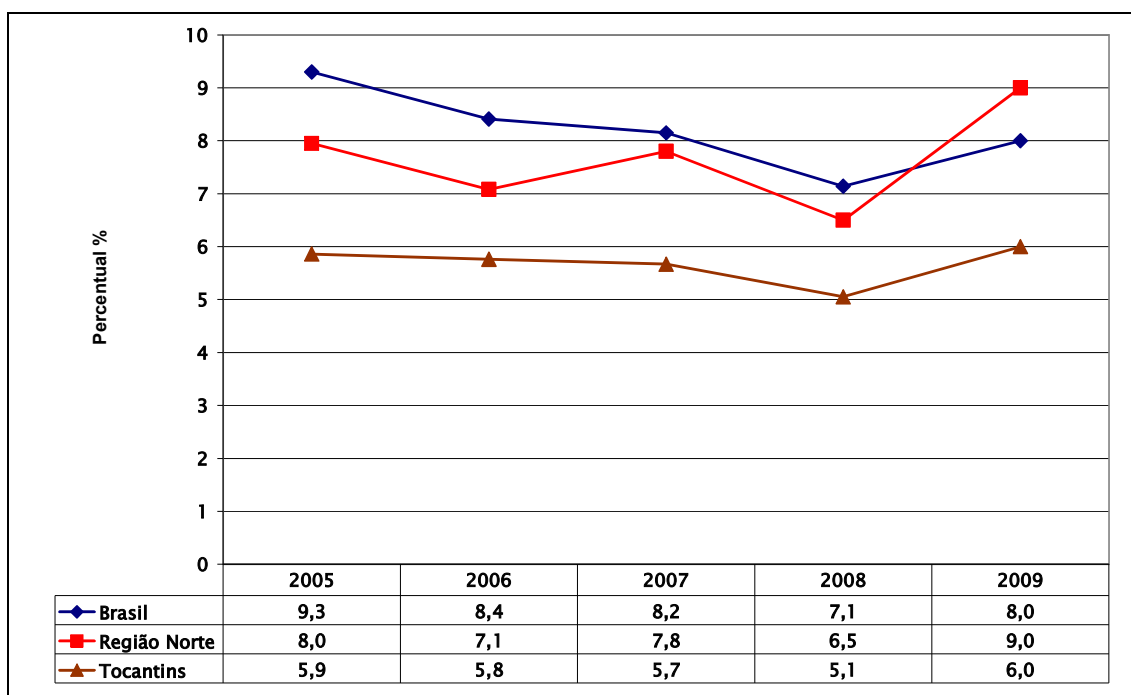
Fonte: IBGE

### 1.3- PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

A Razão de renda do Tocantins para o ano de 2009 foi de 16,0%, situação similar ao percentual registrado na Região Norte e inferior ao apontado no país com 19,0% (Ripsa/ IDB 2010). Em 2009, 38,0% da população tocantinense possuía renda familiar *per capita* de até meio salário mínimo, ficando em 2º lugar de destaque em relação aos estados da região Norte.

De acordo com o gráfico 07, o Tocantins tem apresentado aumento no percentual da taxa de desemprego na população de 10 anos e mais de idade, passando de 5,7% em 2007 para 6,0% em 2009, embora permaneça com uma taxa abaixo da região norte e Brasil.

**Gráfico 07 - A taxa de desemprego na população de 10 anos e mais de idade. Tocantins, Norte e Brasil. 2005 - 2009.**



Fonte: Ripsa IDB/ IBGE: Pnad.



**Tabela 5 – Taxa de analfabetismo na população de 15 anos e mais de idade no Tocantins, Norte e Brasil de 2005 – 2009.**

Unidade da Federação	2005	2006	2007	2008	2009
Brasil	11,1	10,5	10,1	9,9	10,0
Região Norte	11,6	11,3	10,8	10,7	11,0
Tocantins	16,3	14,9	14,2	14,4	14,0

Fonte: Ripsa IDB/ IBGE: Pnad.

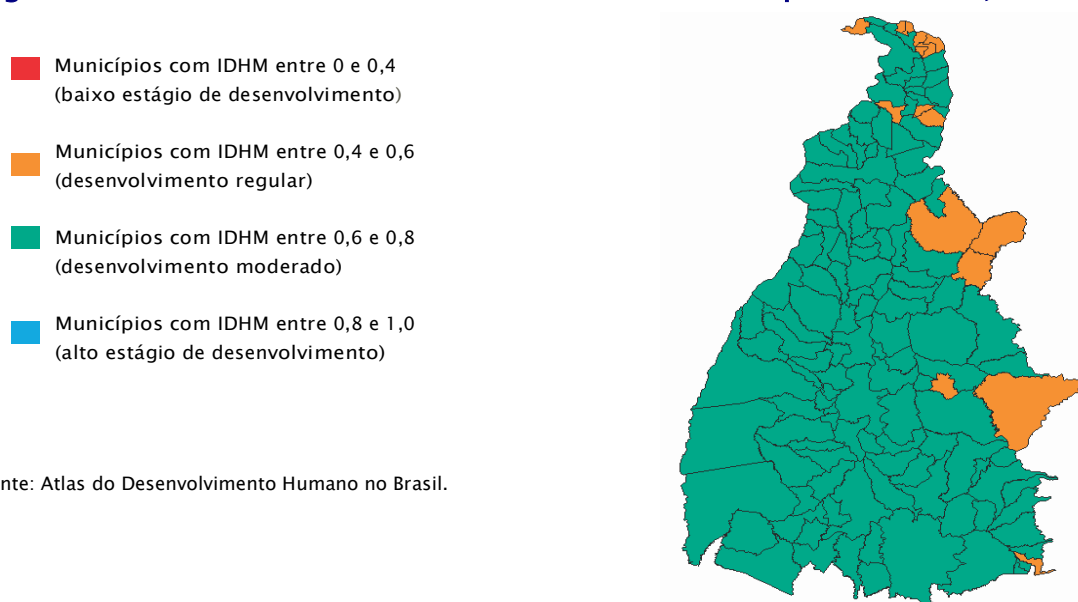
De acordo com a tabela 5, o Tocantins tem apresentado significativa melhora em relação à taxa de analfabetismo na população de 15 anos e mais, com redução de 14,1% entre os anos analisados, embora permaneça com taxa superior ao apresentado pela região Norte e Brasil, demonstrando a necessidade de ampliação de políticas públicas de incentivo ao estudo.

### 1.3.1 – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH)

O **Índice de Desenvolvimento Humano - IDH** tem como objetivo medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população. Além disso, serve para comparar o nível de desenvolvimento de um país, estado, regiões, municípios e cidades. Consiste na variação entre 0 e 1, onde zero representa a mais imperfeita desigualdade social. O Tocantins teve uma evolução significativa no período de 1991 a 2005, a partir daí, este índice tende a se estabilizar, se apresentado com 0,860 (Figura 7), valor numa fase intermediária, tendendo ao ideal.

É calculado com base em dados econômicos e sociais. O IDH vai de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento. No cálculo do IDH são computados os seguintes fatores: educação (anos médios de estudos), longevidade (expectativa de vida da população) e Renda Nacional Bruta. O IDH do Tocantins, publicado pelo PNUD<sup>1</sup>, em 2005, foi de 0,756 e o IDH de seus municípios (IDH-M<sup>2</sup>) distribui-se conforme Figura 07.

**Figura 07 – Índice de desenvolvimento humano – Municipal. Tocantins, 2000.**



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Considerando as dimensões deste índice que são longevidade (esperança de vida ao nascer), educação (alfabetização e taxa de matrícula) e renda (PIB *per capita*), a educação foi o indicador com maior progressão no período de 1991 a 2005, um incremento de 29,3%, seguido pela longevidade (29,2%) e renda com 11,6% (Tabela 6). A taxa de analfabetismo no Estado apresenta-se de forma decrescente, segundo dados do IBGE, em 2000 era de aproximadamente 18,8 %, caiu para 13,5% em 2010. Apesar de ter melhorado nos critérios educação e longevidade, o estado apresentou menor crescimento no critério renda.

**Tabela 6 – Índice de desenvolvimento humano (IDH), segundo componentes. Tocantins, 1991, 2000 e 2005.**

Ano	IDH	Renda	Longevidade	Educação
1991	0,611	0,580	0,589	0,665
2000	0,710	0,634	0,671	0,826
2005	0,756	0,647	0,761	0,860
<i>Variação (%) 1991/2005</i>	24,0	11,6	29,2	29,3

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Nota:

1) Classificação segundo IDH: Elevado (0,800 e superior); Médio (0,500 – 0,799); Baixo (abaixo de 0,500)

### 1.3.3 – COBERTURA DOS SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA, ESGOTAMENTO SANITÁRIO.

No período analisado, a cobertura dos sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, e de coleta domiciliar de lixo, apresentou tendência crescente no Tocantins. Os maiores aumentos podem ser observados em relação ao percentual de pessoas que contam com esgotamento sanitário, que teve um incremento de 3.375,0% entre 1991 a 2009 e de pessoas vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo, que passou de 20,9% em 1991 para 75,0% em 2009. Com relação à cobertura de abastecimento de água, em 2009 aproximadamente 79,3% da população contava com esse serviço, porém foi o que apresentou menor aumento (140,3%) no intervalo de 18 anos, índice superior ao da região Norte como um todo (58,6%) e inferior ao do Brasil (84,4%) (Tabela 7).

**Tabela 7–Proporção da população com acesso a serviços básicos de saneamento. Tocantins, 1991, 2000, 2006 e 2009.**

Cobertura	Anos				Variação 1991/2009 %
	1991	2000	2005	2009	
Redes de Abastecimento de Água	33,0	65,9	76,7	79,3	140,3
Esgotamento Sanitário	0,8	18,9	22,9	27,8	3375,0
Coleta de Lixo	20,9	55,4	67,8	75,0	258,8

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 1991 e 2000; Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2005–2009).

## **1.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

A vigilância em saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

Apesar da vigilância em saúde envolver em sua área de atuação também as ações de vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador, optou-se por destacar neste documento alguns indicadores mais relevantes para vigilância epidemiológica, especialmente em relação algumas doenças transmissíveis de importância Estadual.

### **1.4.1 – MORTALIDADE**

O SIM constitui ferramenta essencial, cujo documento de entrada é a Declaração de Óbito. A Declaração de Óbito depois de preenchida pelo médico é encaminhada à secretaria municipal de saúde onde a mesma é digitada. Estas informações contribuem e se tornam elementos fundamentais que auxiliam gestores do Sistema Único de Saúde – SUS, no direcionamento de estratégias a fim de melhorar a saúde da população. Os dados proporcionam a construção de diversos parâmetros que possibilita analisar a situação de saúde da população.

#### **1.4.1.1 – MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPO DE CAUSAS**

A mortalidade proporcional por grupo de causas indica a importância relativa de determinado grupo de causas de óbito em relação aos demais, bem como o risco de óbito por determinado grupo de causas na população. Dentre os principais grupos de causas de morte no Tocantins de 2005 a 2009, destacam a doenças do aparelho circulatório, causas externas de morbidade e mortalidade, neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.

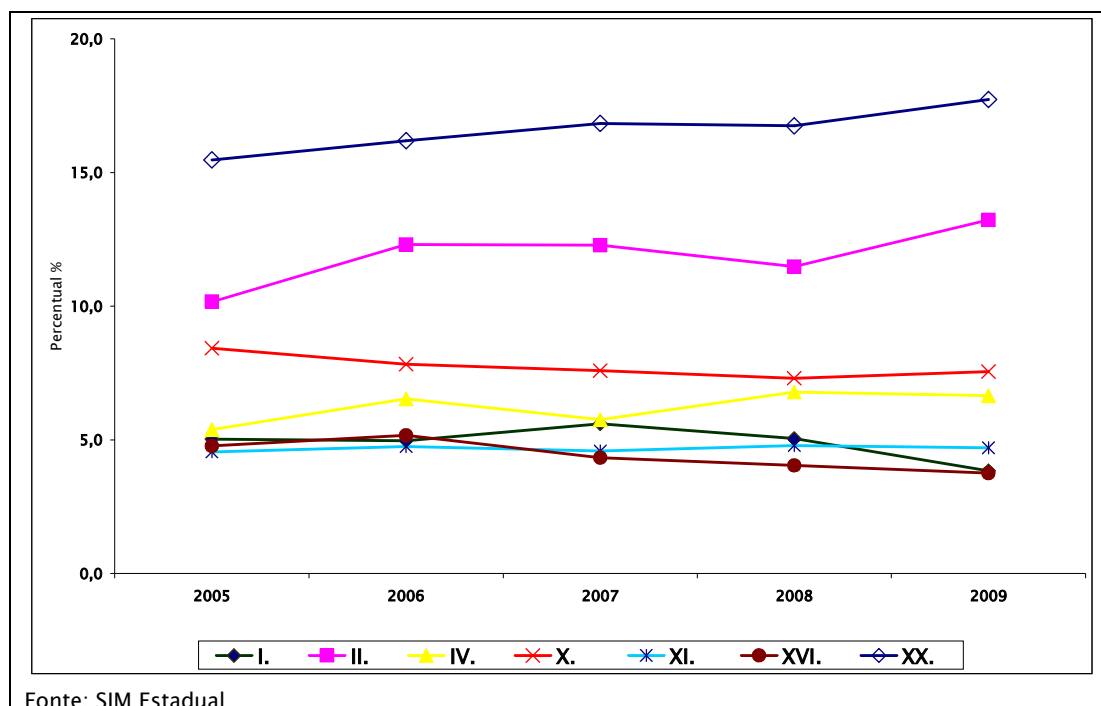
**Tabela 08–Mortalidade proporcional por causa capítulo (CID 10). Tocantins, 2005–2009.**

Causa (Cap CID 10)	2005	2006	2007	2008	2009
<i>IX. Doenças do aparelho circulatório</i>	<i>34,6</i>	<i>33,3</i>	<i>33,4</i>	<i>32,5</i>	<i>31,5</i>
<i>XX. Causas externas de morb e mortalidade</i>	<i>15,5</i>	<i>16,2</i>	<i>16,8</i>	<i>16,8</i>	<i>17,7</i>
<i>II. Neoplasias (tumores)</i>	<i>10,2</i>	<i>12,3</i>	<i>12,3</i>	<i>11,5</i>	<i>13,2</i>
X. Doenças do aparelho respiratório	8,4	7,8	7,6	7,3	7,6
XVIII. Sint. sinais e achad anorm ex clín e lab	5,5	6,5	5,8	6,8	6,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metaból	5,4	4,7	4,6	4,8	4,7
XVI. Algumas afec originadas no per perinatal	4,8	2,2	2,8	4,0	4,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,5	5,0	5,6	5,0	3,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,4	5,2	4,3	4,0	3,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,9	1,7	1,7	2,2	1,6
XVII.Malf. cong def e anomal. cromossômicas	1,3	1,3	1,6	1,2	1,5
VI. Doenças do sistema nervoso	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,9	1,0	0,8	1,2	1,1
III. Doenças do sangue órgãos hemat e transt imunitários	0,5	0,6	0,5	0,6	0,4
XV. Gravidez parto e puerpério	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4
XIII.Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM Estadual

Em 2009, 31,5% das mortes devem-se às doenças do aparelho circulatório, aparecendo em segundo lugar às causas externas de morbidade e mortalidade com 17,7 %. Como terceira causa de mortes para o Estado aparecem às neoplasias (13,2%); a quarta são as doenças do aparelho respiratório com 7,6%. Em sexto com 6,7%, estão as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Gráfico 08). As causas do aparelho digestivo aparecem com 4,7%.

**Gráfico 08 - Mortalidade proporcional por principais grupos de causas (CID 10). Tocantins, 2005 - 2009.**



Quanto à variação proporcional dos principais grupos de causas de morte, observa-se que de 2005 a 2009, o grupo das doenças do aparelho circulatório permanece sempre em primeiro lugar, responsável por mais de 31,0% da mortalidade anual. Aumento na proporção de mortes por causas externas e neoplasias, redução do grupo de mortalidade por doenças infecto-contagiosas e algumas afecções originadas no período perinatal que vem diminuindo consideravelmente, sofreu variações, sendo atualmente a sétima causa de óbito no Estado.

No panorama da mortalidade no Tocantins, observa-se um comportamento similar das primeiras causas de morte observado no Brasil e no mundo.

As Doenças do Aparelho Circulatório ocupam o primeiro lugar entre as principais causas de óbito no período analisado no Estado e as Causas Externas ocupam o segundo lugar (tabela 09).

A maior prevalência de óbitos por câncer de Colo de Útero e mama é na faixa etária de 40 a 59 anos. A maior prevalência de câncer de Traquéia, Brônquio e Pulmão é na faixa etária de 60 anos e mais, sendo o sexo masculino o mais acometido por essa doença. Na mortalidade por Doenças Cerebrovasculares mostrou que o sexo masculino vem liderando com maior número de casos. A faixa etária de 60 anos e mais se destaca com o maior número de vítimas.

Já a mortalidade por Diabetes Mellitus é bem mais elevada no sexo feminino do que no masculino nos anos observados. A faixa etária mais acometida por essa doença é a de 60 anos e mais. Chamam à atenção, as faixas etárias menores que também houve óbitos, evidenciando a necessidade de diagnóstico precoce e tratamento adequado, bem como a redução dos principais fatores de risco tais como: o sedentarismo, alimentação inadequada e obesidade que são responsáveis pelo aumento da incidência do diabetes.

Na mortalidade por Doenças do aparelho Circulatório, outro grupo de destaque são as Doenças Isquêmicas do Coração também com o número de casos relevantes na faixa etária de 60 anos e mais. Neste grupo há uma participação significativa na faixa etária mais jovem de 40 a 59 anos.

**Tabela 09 – Número de óbitos, segundo as principais causas selecionadas (Cap CID 10). Tocantins, 2005 – 2009.**

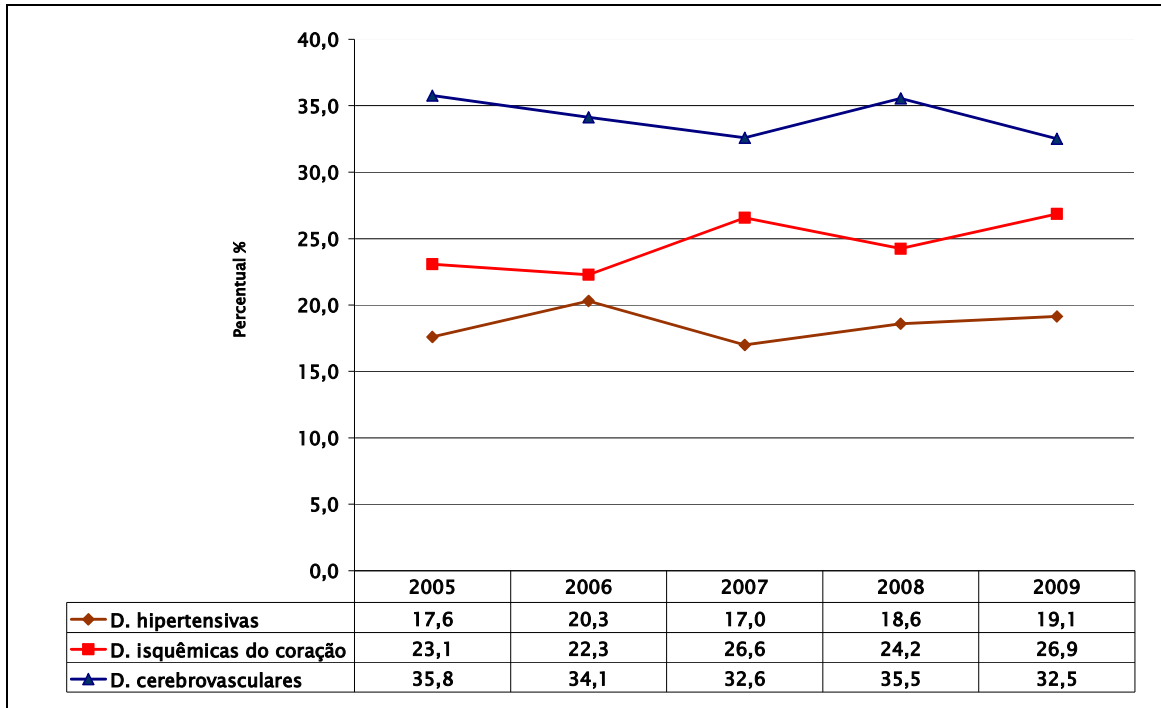
Causas de morte selecionadas	ANOS				
	2005	2006	2007	2008	2009
<i>IX. Doenças do aparelho circulatório</i>	<i>1.751</i>	<i>1.744</i>	<i>1.916</i>	<i>1.878</i>	<i>1.859</i>
<i>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</i>	<i>782</i>	<i>818</i>	<i>920</i>	<i>824</i>	<i>1.005</i>
<i>II. Neoplasias (tumores)</i>	<i>514</i>	<i>600</i>	<i>668</i>	<i>585</i>	<i>749</i>
X. Doenças do aparelho respiratório	426	408	422	385	453
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	272	341	327	386	395
XI. Doenças do aparelho digestivo	230	233	247	255	263
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	223	250	297	302	228
<b>Total</b>	<b>4.198</b>	<b>4.394</b>	<b>4.797</b>	<b>4.615</b>	<b>4.952</b>

Fonte: SIM-TO

#### 1.4.1.2 –DOENÇAS CARDIOVASCULARES E TRANSTORNOS ENDÓCRINOS

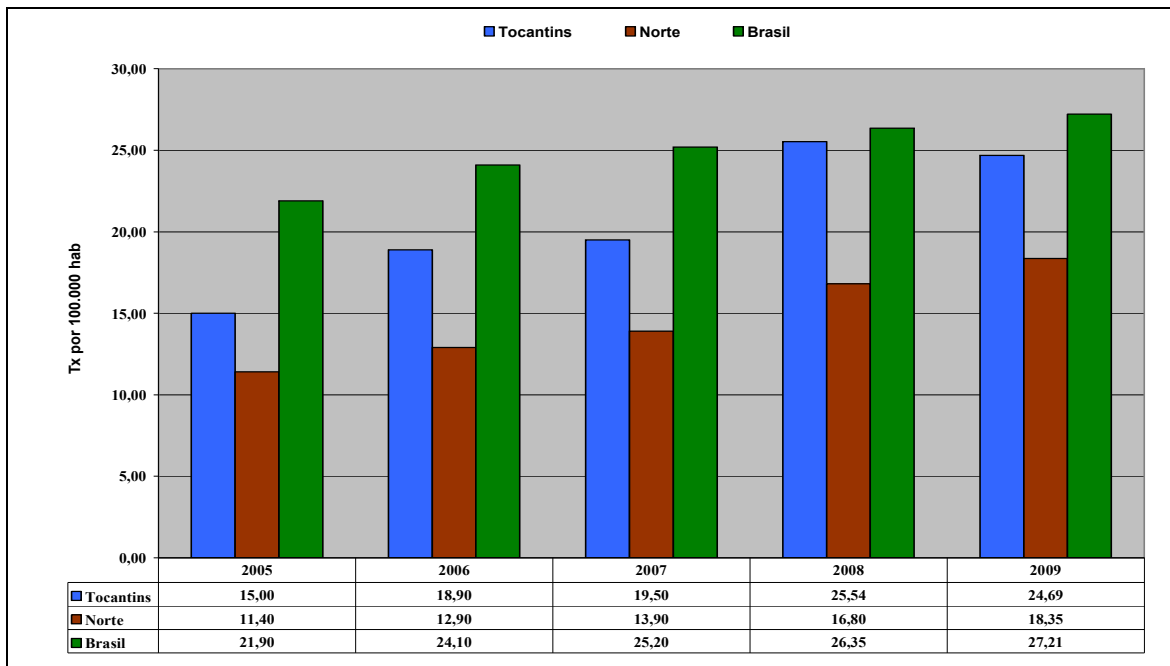
Dentro do grupo de causas denominado *Doenças do Aparelho Cardiovascular* (Capítulo IX da CID 10), observa-se que as três principais causas de morte no Estado em 2009 foram: doença cerebrovascular com 32,5%; doença isquêmica do coração e doença hipertensiva com 26,9% e 19,1%, respectivamente. Mesmo com redução de 35,0% para 32,0% as doenças cerebrovasculares foram responsáveis por aproximadamente 30,0% dos óbitos por *Doenças do Aparelho Cardiovascular* (Gráfico 09).

Gráfico 09 - Principais causas de óbitos por doenças do aparelho circulatório. Tocantins, 2005 - 2009.



Fonte: SIM Estadual

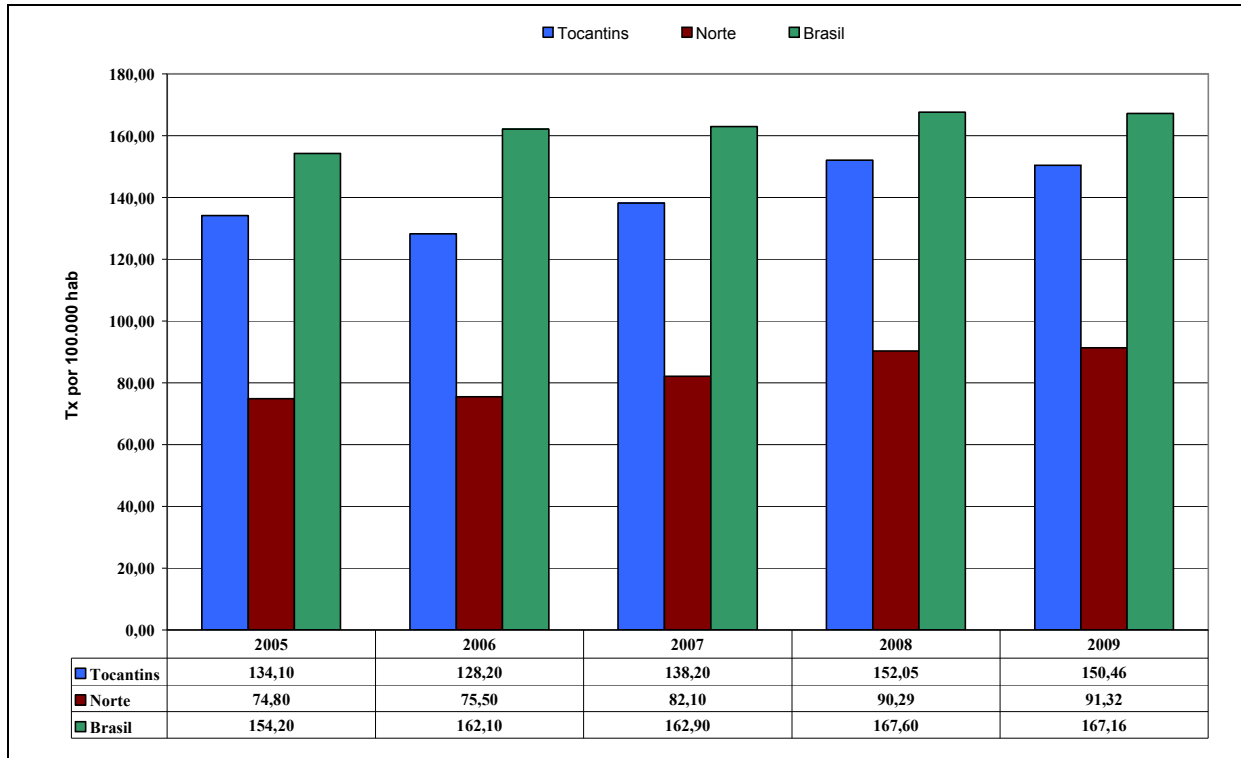
Gráfico 10 - Mortalidade por diabetes melito. Tocantins, Norte e Brasil, 2005-2009.



Fonte: SIM/IBGE



**Gráfico 11 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Tocantins, Norte e Brasil, 2005-2009.**

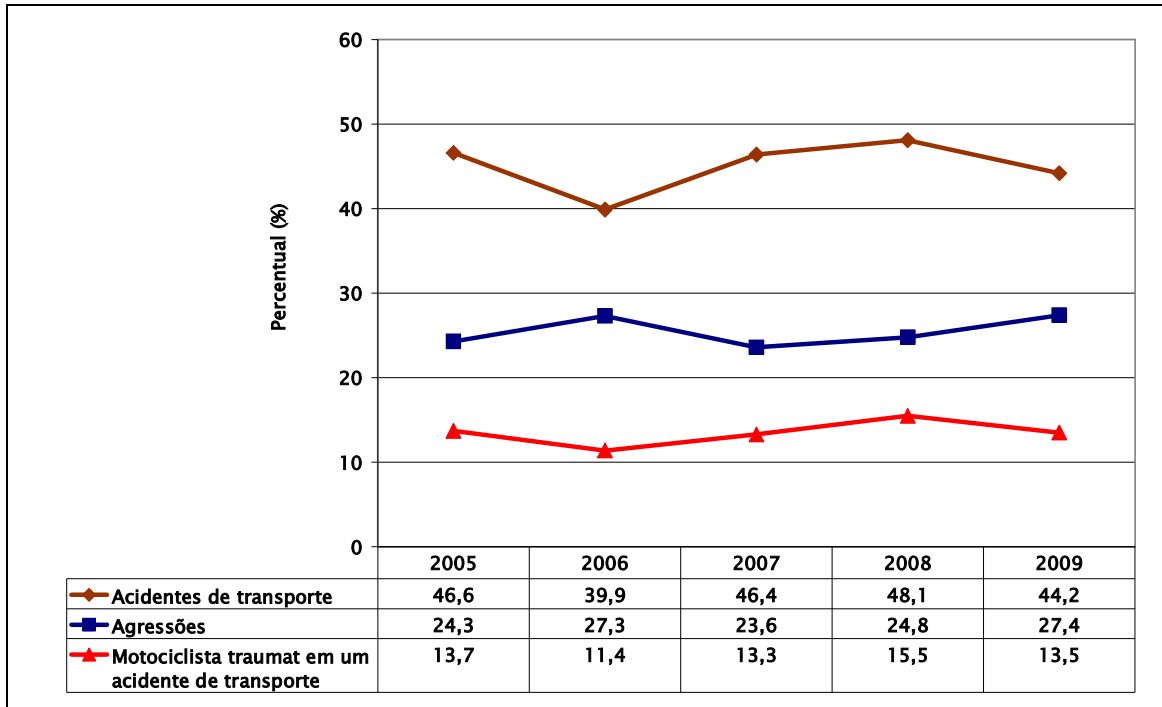


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - SIM

O gráfico 10 aponta um crescimento considerável no número de óbitos por Diabetes Melitos, no período avaliado, seguindo um padrão semelhante com a região norte e Brasil. O gráfico 11 mostra que a taxa de mortalidade por doenças do Aparelho Circulatório, observa-se que existe um discreto aumento no período avaliado. Na mortalidade por Doenças do Aparelho Respiratório nota-se um aumento nas três classificações avaliadas.

1.4.1.3 –CAUSAS EXTERNAS

Gráfico 12 – Principais causas de óbitos por causas externas. Tocantins, 2005 – 2009.



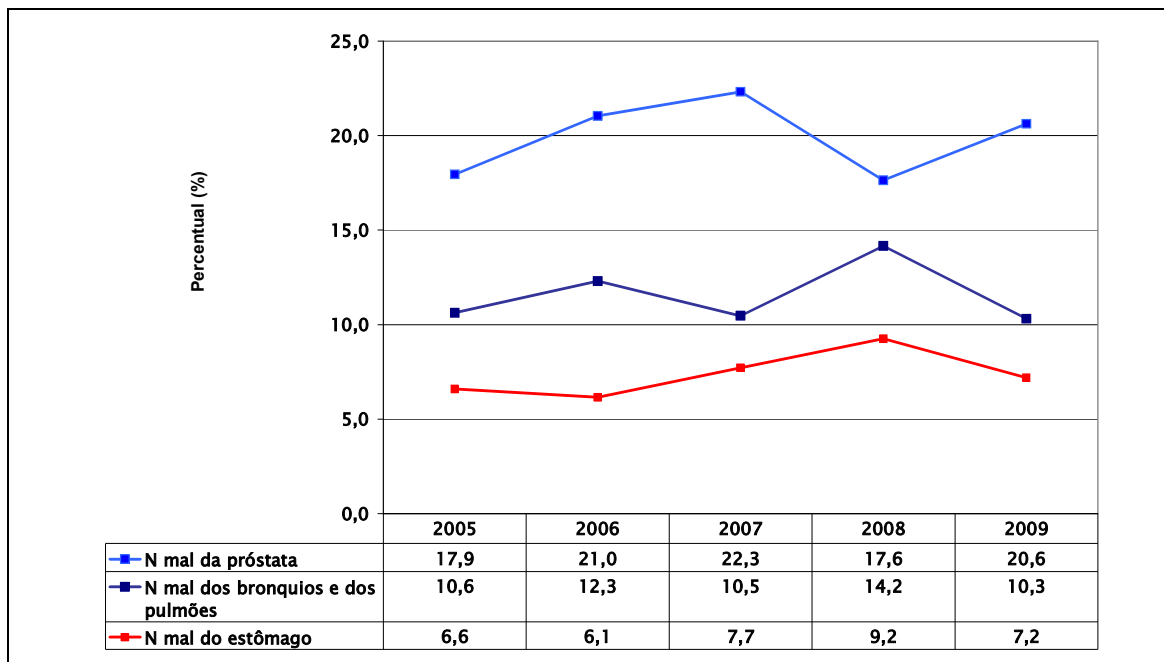
Fonte: SIM Estadual

De 2005 a 2009 a evolução da Mortalidade por Causas Externas, no Tocantins, evidencia, considerando os extremos do período, uma elevação proporcional das mortes por agressões, com incremento de 13%. Os acidentes de transporte declinaram em 5% (Gráfico 12). Os acidentes de transportes e agressões respondem por 71,6% dos óbitos por Causas Externas no Estado.

### 1.4.1.4- NEOPLASIAS

O coeficiente de mortalidade por neoplasias vem aumentando em ambos os sexos no estado do Tocantins. Este aumento tem sido permanente nos últimos anos. Dentre as possíveis causas de aumento da mortalidade por câncer, certamente devem ser incluídos o melhor diagnóstico. O câncer de próstata é a principal causa de morte dentre as neoplasias do sexo masculino, seguido, por ordem de frequência de mortalidade, por câncer de pulmão e estômago. Estas três causas representam 38,0 % (trinta e oito por cento) do total de mortes por câncer no sexo masculino (Gráfico 11).

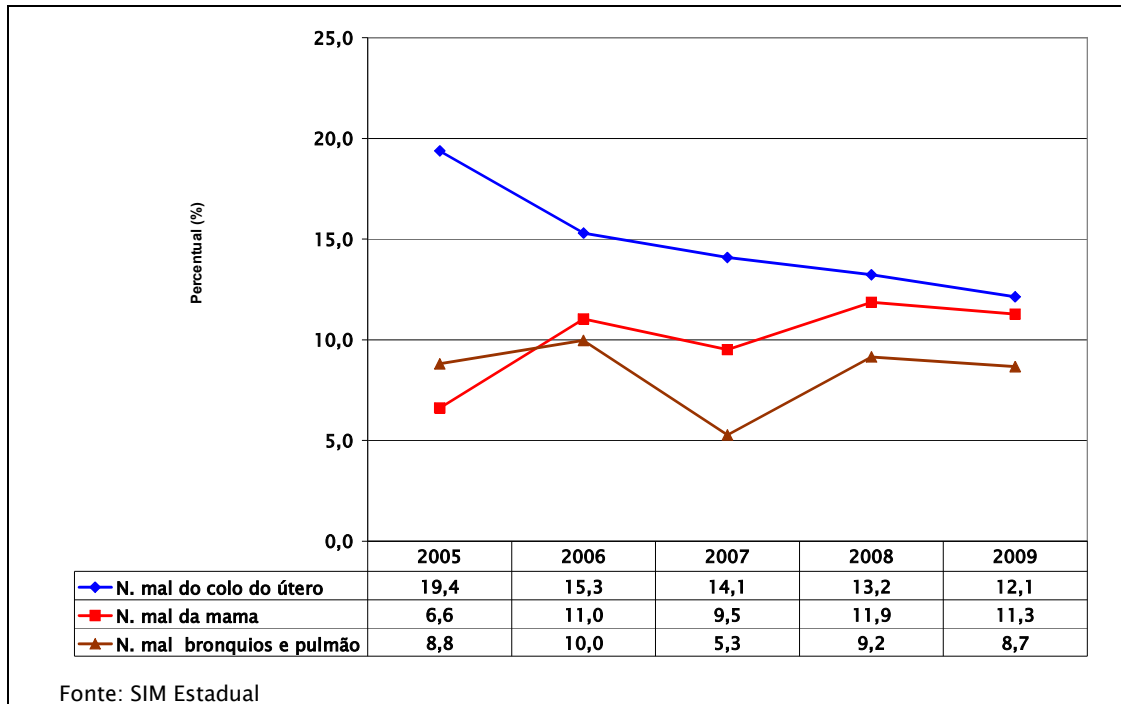
**Gráfico 13 - Principais causas de óbitos por neoplasias no sexo masculino. Tocantins, 2005 - 2009.**



Fonte: SIM

No sexo feminino, o câncer de colo do útero é o responsável pela maior mortalidade, embora tenha reduzido 37,4% no período, seguido pelo câncer de mama e pulmão. Estas causas representam 23,4 % do total de mortes por câncer no sexo feminino. O câncer de mama aumentou 70,5% e de brônquios e pulmão permaneceu no mesmo patamar (Gráfico 13).

**Gráfico 14 – Principais causas de óbitos por neoplasias no sexo feminino. Tocantins, 2005 – 2009.**



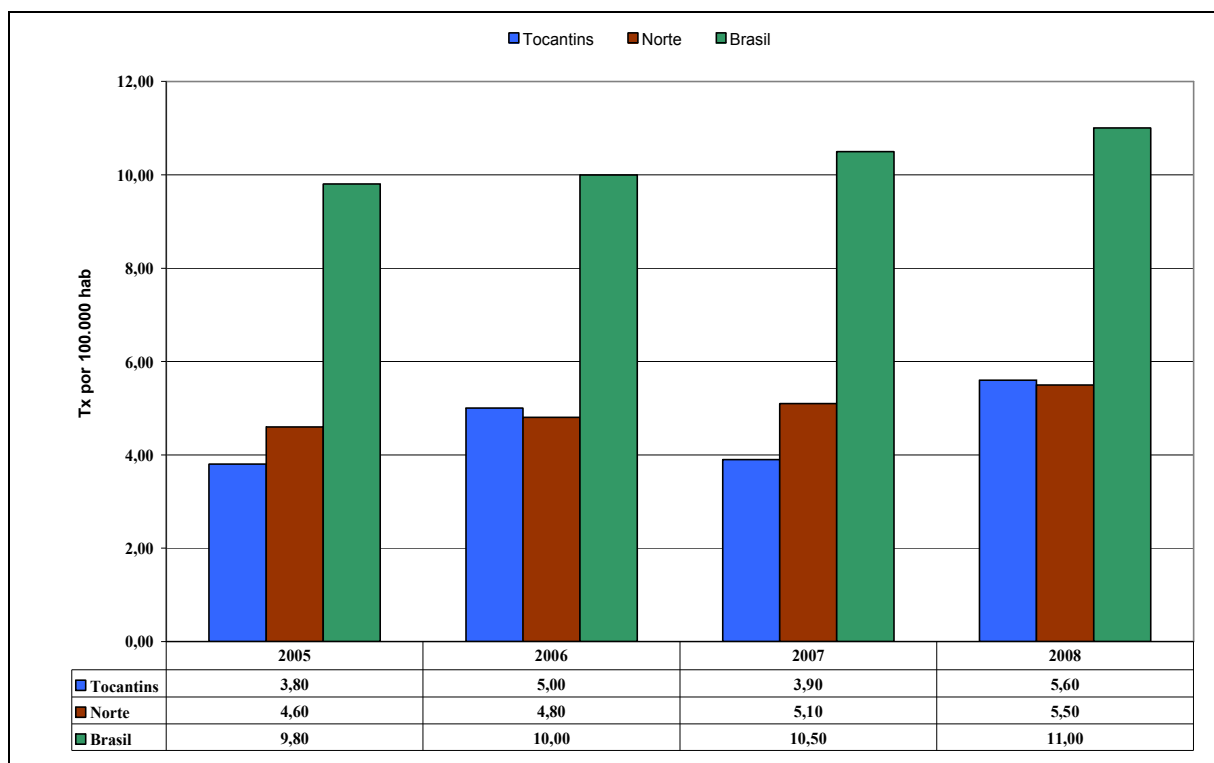
Analisando as principais causas de óbito em relação à idade no ano de 2009, observa-se maior proporção de óbitos por neoplasia e doenças cardiovasculares nas faixas etárias acima de 50 anos, bem mais intensa na faixa de 60 anos e mais. Quanto às causas externas, segunda principal causa de morte, o grupo populacional mais atingido é o da população adulta (20– 49 anos) que em 2009 respondeu por 62,5% desses óbitos (Tabela 10). Importante destacar uma vez que causas externas são causas evitáveis, que as principais causas de morte, foram acidentes de transportes e agressões.

Tabela 10 – Proporção (%) das principais causa de óbito, segundo faixa etária. Tocantins, 2009.

Faixa Etária (anos)	Agravos		
	Neoplasias (%)	D. Aparelho Respiratório (%)	Causas Externas (%)
< 1	-	0,31	0,48
1 a 4	0,89	0,10	0,95
5 a 9	0,89	0,15	2,19
10 a 14	1,27	0,26	2,57
15 a 19	1,02	0,51	8,37
20 a 29	1,27	1,34	26,26
30 a 39	4,20	3,03	20,93
40 a 49	8,92	7,00	15,32
50 a 59	18,09	12,35	8,94
60 e mais	63,44	74,95	13,99

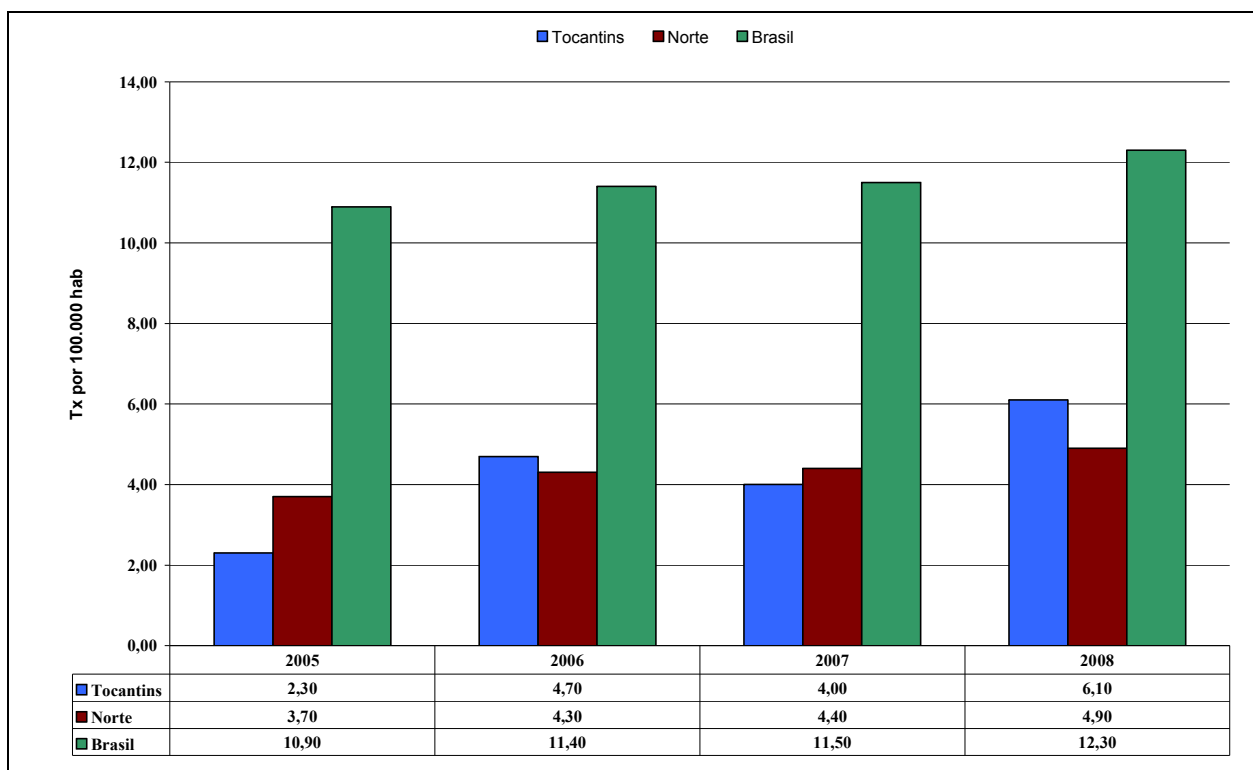
Fonte: SIM Estadual

Gráfico 15 – Taxa de mortalidade por neoplasia de pulmão, traquéia e brônquios. Tocantins, Norte e Brasil, 2005–2008.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – SIM

Gráfico 16 – Taxa de mortalidade por neoplasia de pulmão, traquéia e brônquios. Tocantins, Norte e Brasil, 2005–2008.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – SIM

O câncer de Mama segue um padrão com discreto acríve nas três esferas analisadas.

#### 1.4.1.5– ÓBITOS POR CAUSAS MAL DEFINIDAS.

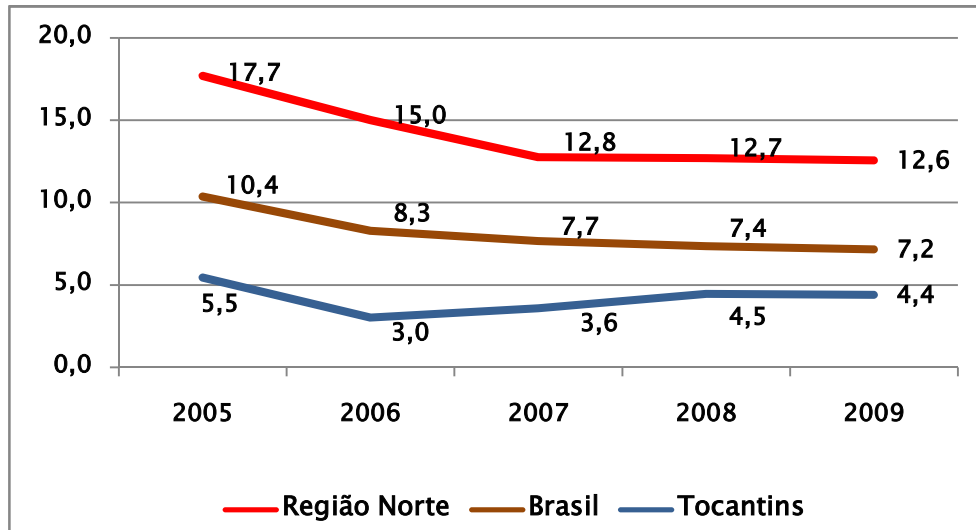
De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID 10) – Capítulo XVIII (R00– R99) correspondente a Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte. O código R99, parte do referido capítulo, é utilizado em situações onde a “Causa Indeterminada” é a única informação contida na Declaração de Óbito. O uso dos termos Causa Mal Definida e Causa Indeterminada, enquanto sinônimos, vem sendo usado de forma freqüente.

Apesar do avançado processo de municipalização das ações de saúde no Brasil nas duas últimas décadas, com conseqüente melhoria da qualidade das informações de mortalidade, há ainda alguns municípios da região norte e o Tocantins é um deles com evidentes problemas na qualidade da informação e na cobertura do sistema (MS 2009). Isso ocorre devido ao grande número de óbitos no domiciliares e sem diagnóstico.

Em 2008 o Ministério da Saúde implantou o instrumento de investigação denominado Autopsia verbal, para isso capacitou em três etapas os Estados brasileiros com maior percentual de causas mal definidas. Apesar de ter um dos menores percentuais de causas mal definidas do Brasil, Tocantins foi convidado a participar do projeto piloto de implantação deste projeto. A experiência foi válida para a melhoria da qualidade das causas de óbito e com isso houve um resgate das informações que não estavam contidas nas Declarações de Óbito e conseqüentemente das causas.

O Gráfico 17 mostra uma diminuição do percentual de causas mal definidas entre os anos de 2005 e 2009. Nos últimos anos é observada uma elevação desse percentual. Tal fato está ligado diretamente às ações voltadas ao aumento da cobertura do SIM, desenvolvidas pela Coordenação de Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde nos últimos anos, tendo em vista que, os óbitos resgatados nas ações de busca ativa são em sua maioria por causas mal definidas, o que exige um esforço maior da área técnica para realizar todas as investigações e concluir os casos através da Autopsia Verbal.

**Gráfico 17 – Proporção de óbitos por causas mal definidas. Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2009.**



Fonte: SIM Estadual e MS/DATASUS

#### 1.4.1.6 – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

A Taxa de Mortalidade Infantil consiste nas mortes de crianças durante o seu primeiro ano de vida, de acordo com o número de nascidos vivos do mesmo período.

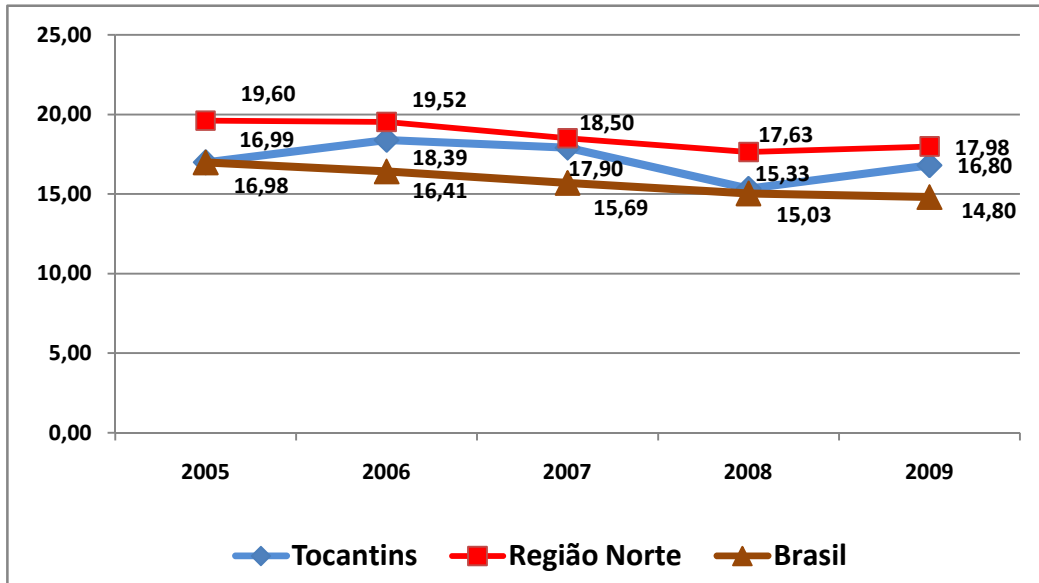
Este indicador reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

O estado mantém valores da taxa de mortalidade infantil inferiores às da região norte durante todo o período analisado.

A Taxa de Mortalidade Infantil segundo a faixa etária no Estado do Tocantins no período de 2005 a 2009 é maior no período neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida), destes 36% em 2009 ocorreram com menos de 24 horas após o nascimento, evidenciando a estreita relação entre os óbitos e a assistência ao pré-natal, parto e ao recém-nascido.



**Gráfico 18 – Taxa da mortalidade infantil. Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2009**



Fonte: SIM Estadual e MS/DATASUS

**Tabela 11 – Taxa de mortalidade infantil, segundo componentes. Tocantins, 2005 – 2009.**

Componentes	2005	2006	2007	2008	2009
Neonatal Precoce	7,93	8,77	8,50	7,70	7,62
Neonatal Tardio	2,35	2,11	2,57	1,98	2,29
Pós-Neonatal	6,71	7,47	6,82	5,64	6,66

Fonte: SIM Estadual

#### 1.4.1.7– PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO

A mortalidade infantil está vinculada às causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

A seguir na Tabela 12 estão identificadas as principais causas de óbitos infantis no Estado do Tocantins no período de 2005 a 2009.

**Tabela 12 – Principais causas de óbito infantil. Tocantins, 2005 – 2009.**

Causa de Óbito	ANOS				
	2005	2006	2007	2008	2009
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	15	13	6	9	10
Pneumonia por microorganismo não especificada	26	25	27	12	27
Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, não classificados em outra parte	44	45	42	36	28
Hipoxia intra-uterina	14	7	9	13	8
Asfixia ao nascer	24	21	9	8	16
Desconforto respiratório do recém-nascido	33	54	32	37	44
Pneumonia congênita	11	12	5	5	8
Síndrome de aspiração neonatal	13	17	29	21	21
Septicemia bacteriana do recém-nascido	24	31	33	29	25
Outras malformações congênitas do coração	17	20	34	22	23
Outras Causas	227	271	244	226	227
<b>Total</b>	<b>448</b>	<b>516</b>	<b>470</b>	<b>418</b>	<b>437</b>

Fonte: SIM Estadual

Nota-se que o desconforto respiratório é a principal causa de óbito em todos os anos observados. Também chama a atenção a frequência de diagnósticos que podem ser classificados como causas evitáveis de mortalidade.

**Tabela 13 –Taxa de mortalidade infantil por Regionais de Saúde.Tocantins, 2005 –2009.**

Região de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009
Bico do Papagaio	23,55	29,09	24,62	15,61	16,87
Médio Araguaia	20,90	19,25	13,53	7,89	13,45
Portal do Bico	17,95	32,56	17,42	14,18	23,08
Médio Norte Saúde	18,51	16,47	20,73	16,81	16,22
Araguaia-Tocantins	16,81	14,04	12,42	17,12	21,35
Guaraí	12,07	21,90	13,12	18,04	19,03
Cultura do Cerrado	20,53	21,11	28,46	13,94	14,31
Miracema	12,91	18,43	18,71	10,31	15,17
Cantão	16,93	10,53	20,97	17,96	16,68
Capim	15,20	14,67	13,60	14,65	13,04
Porto Nacional	14,38	17,14	17,90	18,39	18,82
Centro Sul	11,92	15,16	16,24	14,51	17,38
Sul Angical	25,92	19,35	13,33	11,65	16,63
Sudeste	15,35	22,64	18,09	12,06	22,49
Extremo Sudeste	19,28	31,77	12,84	14,27	8,35
<b>Tocantins</b>	<b>17,0</b>	<b>18,4</b>	<b>17,9</b>	<b>15,3</b>	<b>16,6</b>

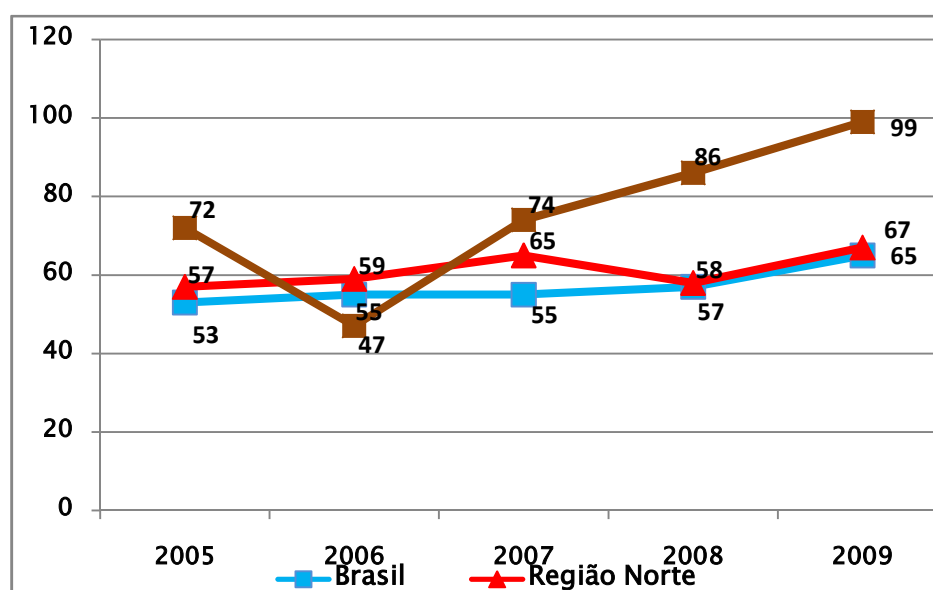
Fonte: SIM Estadual

### 1.4.1.8- MORTALIDADE MATERNA

No ano de 2008 o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância em Saúde iniciou processo de reestruturação nos instrumentos de investigação de óbito (manuais e fichas), com o objetivo de padronizar a coleta de dados e construir um módulo de investigação de uso nacional. Em Setembro de 2009 a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, através da Superintendência de Vigilância e Proteção a Saúde, deu início as Oficinas de divulgação, capacitação e institucionalização dos grupos técnicos para os treze municípios prioritários do plano de redução da mortalidade infantil. Em Agosto de 2010 foi realizada mais uma oficina para concluir o trabalho de divulgação e padronização das ferramentas de investigação de óbitos em todos os municípios do Estado. Foram também realizadas diversas supervisões aos municípios com o intuito de assessorar e orientar as equipes municipais nos procedimentos adequados da investigação do óbito. Em 2010 o trabalho foi intensificado devido à necessidade de resgatar e investigar todos os óbitos ocorridos no ano 2009.

A Razão da Mortalidade Materna (RMM) constitui um importante indicador da cobertura e da qualidade da atenção médico-sanitária de uma população. A RMM no Tocantins cresceu como mostra o Gráfico 19, porém deve-se observar que em anos anteriores ocorriam subnotificações, com isso, nem todos os óbitos eram analisados e devidamente investigados.

**Gráfico 19 - Razão da mortalidade materna. Tocantins, Norte e Brasil, 2005 - 2009.**



Fonte: SIM Estadual e MS/DATASUS

Tocantins, como mostrado no Gráfico 19, mantém uma razão de mortalidade materna muito alta durante o período estudado, quando comparado com o valor máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

**Tabela 14 - Número absoluto de óbito materno, segundo de Regiões de Saude.Tocantins, 2005 - 2009.**

Região de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009
Bico do Papagaio	1	1	3	1	2
Médio Araguaia	1	0	0	0	2
Portal do Bico	2	0	1	0	0
Médio Norte Saúde	3	3	4	6	2
Araguaia-Tocantins	1	2	3	2	2
Guaraí	0	1	1	0	0
Cultura do Cerrado	0	0	1	1	0
Miracema	1	0	1	1	1
Cantão	1	1	2	2	5
Capim Dourado	4	1	2	3	2
Porto Nacional	1	0	0	2	2
Centro Sul	1	1	0	2	1
Sul Angical	1	0	0	0	0
Sudeste	1	1	1	0	2
Extremo Sudeste	1	1	1	2	0
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>21</b>

Fonte: SIM Estadual e MS/DATASUS

A tabela 14 apresenta o número absoluto de óbitos maternos por regiões de saúde do Tocantins, notamos que a região Cantão tem expressiva diferença em relação as demais.

## 1.4.2 -MORBIDADE

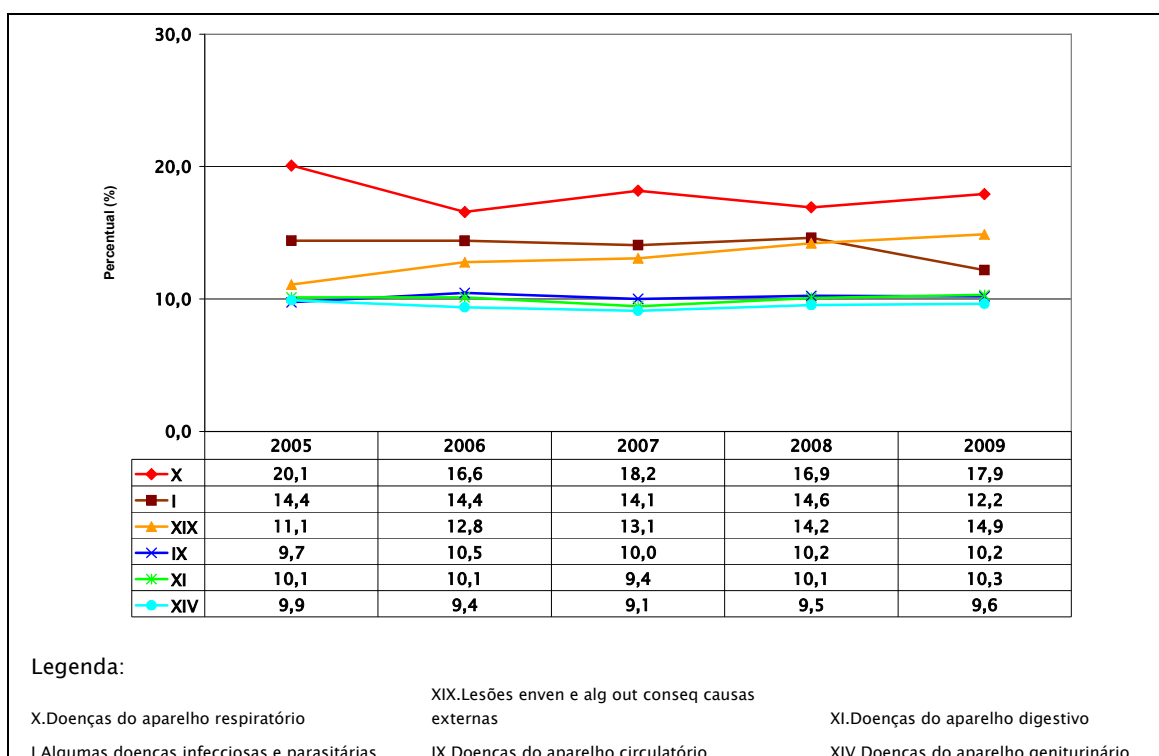
### 1.4.2.1 -MORBIDADE HOSPITALAR

No período de 2005 a 2009, ocorreram 489.421 internações nos hospitais do SUS do Tocantins. O principal grupo de causas de internação foi das doenças do aparelho respiratório, representando uma média de 17,9 % internações/ano. Em segundo lugar estão às internações por doenças infecciosas e parasitárias (13,9%), terceiro as doenças do aparelho digestivo (13,2%), quarto as doenças do aparelho circulatório (13,2%), quinto as doenças do aparelho geniturinário (10,0 %) e em sexto lugar as causas externas com uma média anual e 9,5% de internações (Gráfico 20). Analisando, porém, os extremos desta série histórica observam-se tendência de redução de

internações para a um terço das causas, dentre as quais, as doenças do aparelho respiratório (11,0%) e doenças infecciosas e parasitárias (15,3%).

Entretanto observa-se aumento das internações referentes às lesões por envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (34,2%) e doenças do aparelho digestivo cujo incremento foi de 5,2% neste período, com 43,0% das internações, nas faixas etárias consideradas produtivas (20 a 49 anos).

**Gráfico 20 – Proporção de internação por principais grupos de causas (CID 10). Tocantins, 2005 – 2009.**



Fonte: MS/DATASUS

Nota: (1) Para os cálculos das proporções foi excluído o capítulo XV.

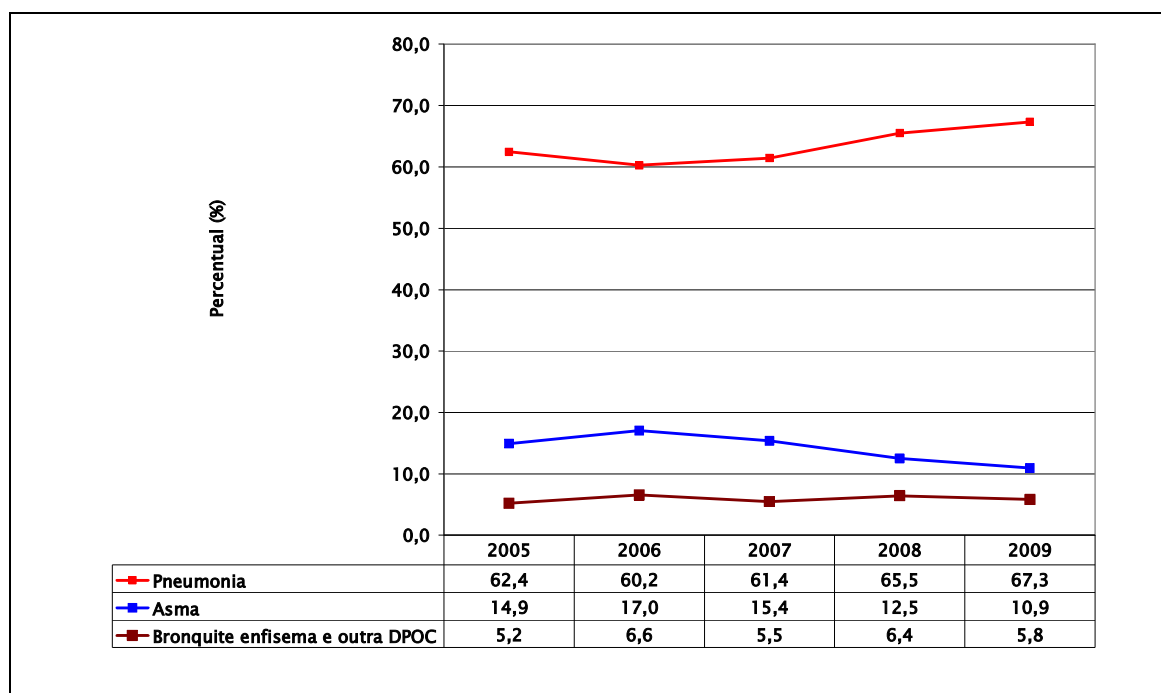
### 1.4.2.2– DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

A principal causa de internação do grupo das respiratórias, para o ano de 2009, foi Pneumonia (67,3%), seguido da Asma (10,9%), vindo logo após a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (5,8%). Estas três causas representam 84,0% do total de internações das Doenças do Aparelho Respiratório (Gráfico 16).

Chama atenção a proporção de internações por pneumonia, mais de 60,0% das internações deste grupo, apresentando um incremento de 8,0% no período de 2005 a 2009. Analisando por faixa etária verifica-se maior

vulnerabilidade da população em idades extremas, considerando que os grupos mais atingidos foram os menores de 5 anos (46,3%) e > de 60 anos (20,3%), concentrando 60,0% das internações por doenças do aparelho respiratório (Gráfico 21).

**Gráfico 21 - Principais causas de internações por doenças do aparelho respiratório. Tocantins, 2005 - 2009.**

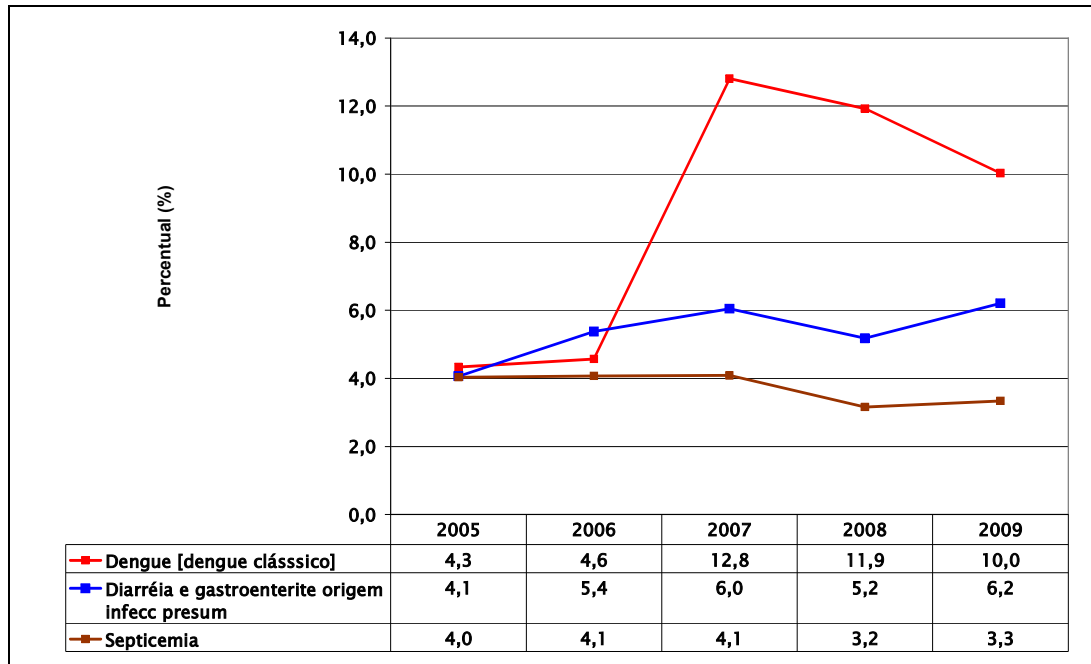


Fonte: MS/DATASUS

### 1.4.2.3- DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

Das internações realizadas pelo SUS no Estado em 2009, verifica-se que 9,2% foram por doenças de origem infecciosa e parasitária, cuja causa principal de internação foram dengue clássico com 10,0%, seguido pelas diarréias/gastrenterites e septicemias (6,2%) e (3,3%). Considerando que estas causas de internação podem ser preveníveis em nível de atenção primária, parte destas internações poderia ser evitada, principalmente as diarréias na população de 0 a 4 anos, faixa etária esta, mais atingida pelas doenças infecciosas e parasitárias em 2007 (Gráfico 22).

**Gráfico 22 – Principais causas de internações por doenças infecciosas e parasitárias. Tocantins, 2005 – 2009.**

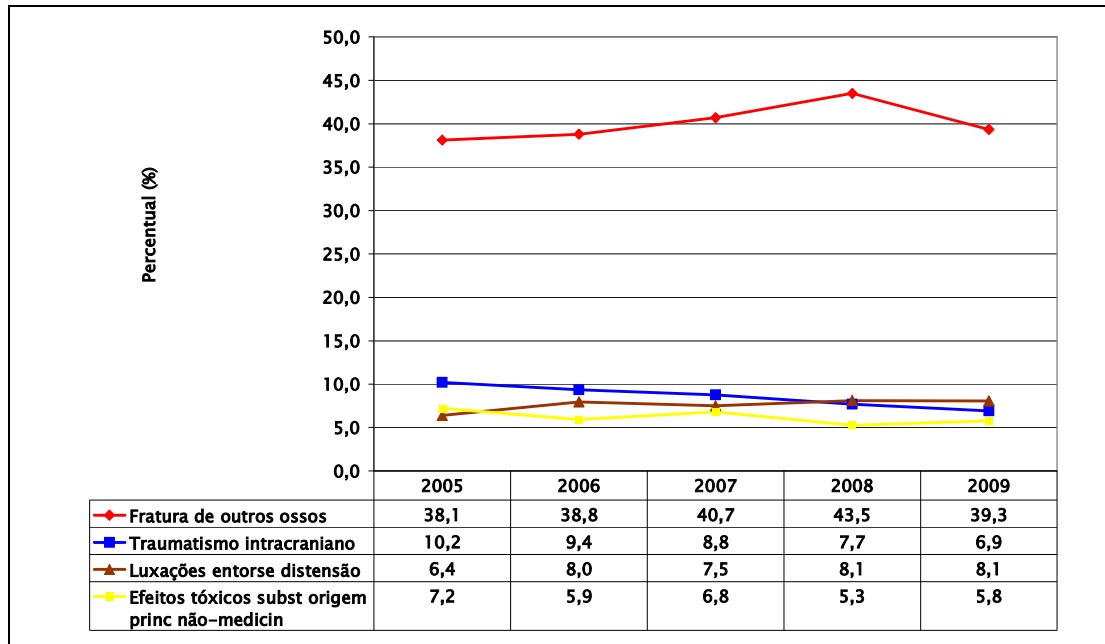


Fonte: MS/DATASUS

**1.4.2.4 –LESÕES, ENVENENAMENTO E ALGUMAS OUTRAS CONSEQÜÊNCIAS DE CAUSAS EXTERNAS.**

As internações por Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas alcançaram uma média 40,1% internações por ano, durante o período de 2005 a 2009. Maior concentração de internações foi observada nas faixas etárias de 20- 49 anos (Tabela 15). A fratura e traumatismo craniano foram às principais causas de internação por lesões de causas externas, juntas responderam por aproximadamente 46,3% das internações (Gráfico 23).

**Gráfico 23 – Principais causas de internações por lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas. Tocantins, 2005 – 2009.**



Fonte: MS/DATASUS

**Tabela 15 –Proporção (%) das principais causa de internação, segundo faixa etária. Tocantins, 2009.**

Capítulo CID-10	Faixa Etária (Anos)							
	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 59	60 +
D. do aparelho respiratorio	20,1	26,2	8,1	3,8	2,7	13,8	5,0	20,3
D. infecciosas e parasitárias	0,6	4,6	10,0	9,1	7,8	49,0	7,7	11,2
Lesões, Envenenamento e Conseqüências de Causas Externas	12,3	21,9	9,5	6,2	4,9	24,8	6,4	14,1

Fonte: MS/DATASUS



### 1.4.3 – DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS

#### 1.4.3.1 – TUBERCULOSE

A tuberculose permanece como grave problema de saúde pública no mundo, proporcionando grande sofrimento e custos sociais e econômicos, principalmente nos países em desenvolvimento, apesar das estratégias de controle preconizadas por diversos órgãos técnicos.

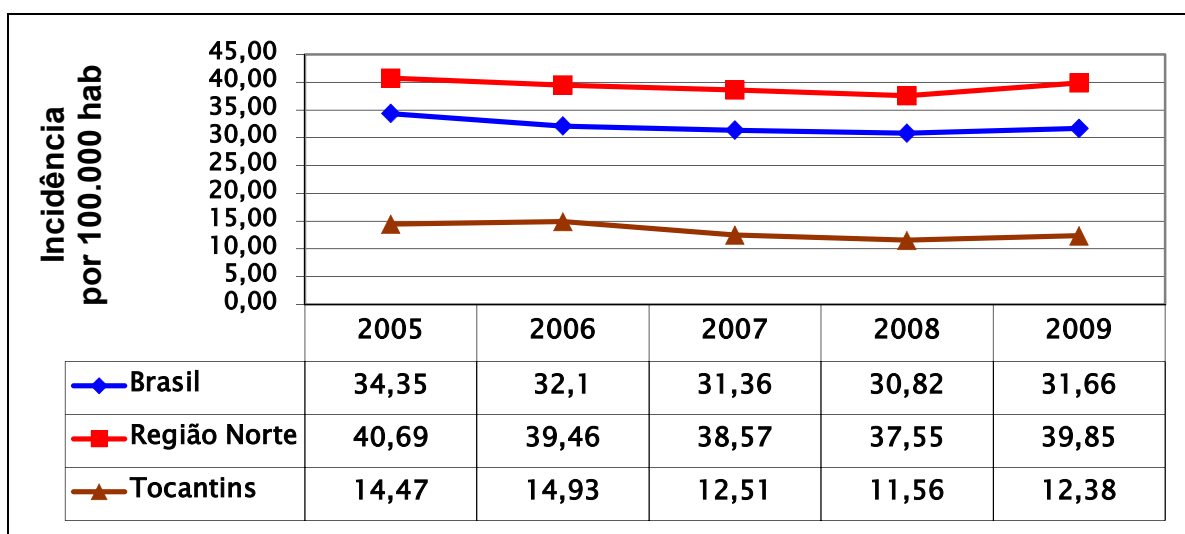
O Brasil ocupa o 19º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. A OMS estima 92.000 casos novos a cada ano, tendo o Brasil detectado 78% desses casos em 2008. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/MS), anualmente notificam-se no Brasil aproximadamente 83 mil casos de tuberculose sendo que, destes, 72 mil casos são novos. Morrem cerca de 4.800 casos de tuberculose no país ao ano.

As metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro são de descobrir 70% dos casos de tuberculose estimados e curá-los em 85%. A tuberculose ainda é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. Está intimamente ligada à pobreza e à má distribuição de renda, além do estigmatizado que implica na não adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes. O surgimento da epidemia de AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistente agravam ainda mais o problema da doença no mundo.

O Tocantins é um dos estados de menor incidência do país. Em 2001, o Estado do Tocantins notificou 244 casos de tuberculose bacilífera, obtendo neste ano, coeficiente de incidência de 20,7 por 100.000 habitantes. O coeficiente de incidência para o ano de 2009 foi de 13,5 casos de tuberculose por 100.000 habitantes (Gráfico 24), vindo confirmar a situação de um dos estados de menor incidência no Brasil. Observa-se ainda que, o número de casos notificados corresponde a menos de 1% dos casos de tuberculose notificados no Brasil.

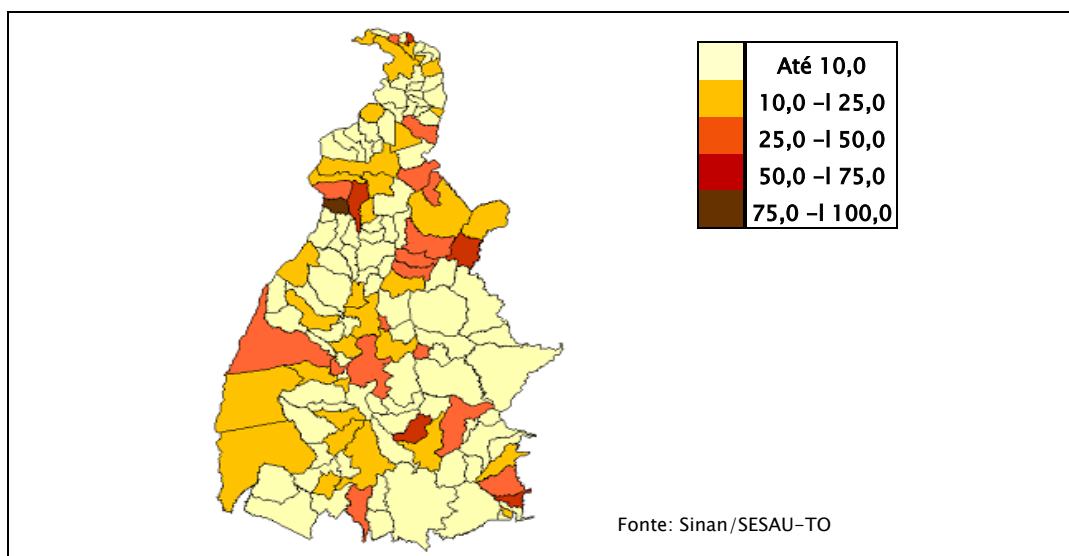
Em 2009 foram notificados 206 casos de Tuberculose em todas as formas, para uma taxa de incidência de 15,9/100.000hab. Dentre os 139 municípios o de maior incidência em 2009 foi Bernardo Sayão (107,5/100.000 hab.) – 4.653 hab. como pode ser visto na figura 09. A distribuição dos casos notificados segundo a forma clínica da tuberculose, independente da faixa etária analisada; a forma pulmonar esteve presente na quase totalidade dos casos (87%), enquanto o restante (14%) apresentou as formas extrapulmonares da doença.

Gráfico 24 – Taxa de incidência de Tuberculose. Brasil, Norte e Tocantins, 2005–2009.



Fonte: IDB/RIPSA/IBGE

Figura 08 – Coeficiente de incidência de tuberculose todas as formas. Tocantins, 2009.



Os dados de notificação disponíveis sobre a tuberculose nos anos recentes indicam uma tendência de queda, apesar de a doença manter-se como sério problema de saúde pública. Contudo, a tuberculose apesar de ter um comportamento muito vulnerável às variações no padrão de vida, como já foi visto nos estudos, apresenta uma dinâmica de transmissão lenta. Provavelmente bem mais lenta, atualmente do que no passado, devido a transformações sociais, tanto no nível do conhecimento e intervenção médica,

como nas mudanças históricas do padrão de vida das populações nas sociedades de economia industrial. Essa dinâmica de transmissão lenta faz com que as repercussões da crise econômica e social sobre a doença possivelmente apareçam refletidas mais tardiamente. Estas repercussões devem ser estudadas não somente a partir do aumento dos coeficientes, mas também a partir da diminuição da velocidade de queda do problema.

De fato, o estudo da dinâmica epidemiológica de cada doença é fundamental para que não se estabeleçam relações mecânicas entre os indicadores de saúde específicos e os indicadores sociais obtido em determinadas conjunturas.

Com taxa de cura de 80,0%, o Programa de Controle da Tuberculose do Tocantins mostra que apesar de sua baixa incidência, ainda não está dentro dos parâmetros pactuados. Espera-se que, minimamente, 85% dos casos diagnosticados da doença sejam curados, essa meta ainda não foi atingida. O abandono com taxa de 5,0% está dentro do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. A taxa de mortalidade de 0,8% entre os pacientes foi inferior aos 5,0% estabelecidos como meta. Isto demonstra a fundamental importância da manutenção desse programa, visto que suas ações preventivas e de controle do agravo parece estar funcionando de forma expressiva nos anos avaliados.

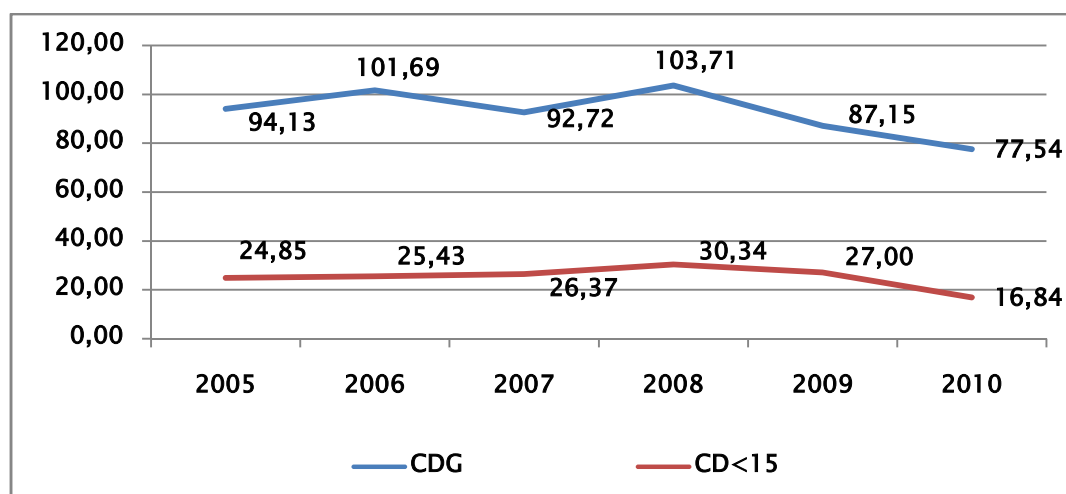
#### **1.4.3.2– HANSENÍASE**

O Tocantins segundo dados do Ministério da Saúde, visualizados nos gráficos 26, 27 e 28, em 2009 se apresentava como o segundo Estado com maior coeficiente de detecção geral de casos do Brasil, e primeiro entre todos os estados do País em detecção em menores de 15 anos, sendo assim, classificado como hiperendêmico.

Quando se analisa a detecção geral de casos entre as Regiões de Saúde no Estado, tomando como base o ano de 2010 (Tabela 16), verificou-se que os maiores coeficientes de detecção estão concentrados nas Regiões de Saúde, Araguaia – Tocantins, Miracema e Centro Sul.

No gráfico 29, observou-se a partir do ano de 2008 uma tendência de redução de casos tanto na detecção geral como em menores de 15 anos, seguindo o panorama mundial, porém ainda se faz necessária a ampliação das ações de vigilância, visto que casos ainda não foram detectados e tratados e que a transmissão ativa da doença ainda está presente.

**Gráfico 25 - Coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos de hanseníase. Tocantins, 2005 - 2010.**



Fonte: Sinan/SESAU-TO

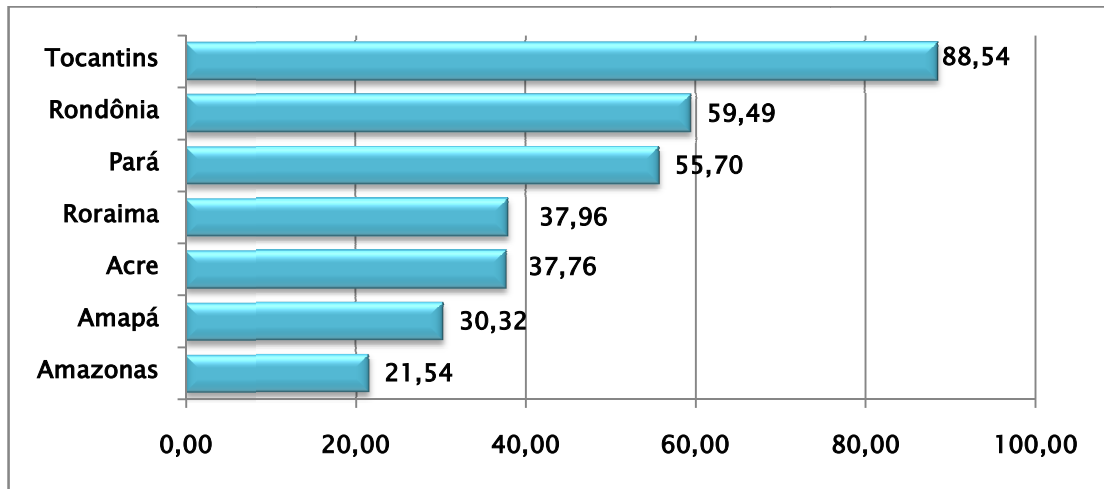
Nota: CDG - Coeficiente de Detecção Geral; CD<15 - Coeficiente de Detecção em menores de 15 anos

**Tabela 16 - Coeficiente de Detecção Geral de casos de hanseníase segundo Regiões de Saúde. Tocantins, 2005 - 2010.**

Regiões de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bico do Papagaio	72,79	82,82	75,14	104,15	55,77	67,91
Médio Araguaia	42,28	92,07	65,50	104,36	117,41	59,43
Portal do Bico	31,05	35,99	22,20	21,79	28,26	31,14
Médio Norte	75,92	100,58	90,26	107,69	96,92	79,91
Araguaia - Tocantins	170,25	205,48	137,40	184,46	110,28	106,91
Lobo Guará	143,19	145,93	178,77	111,84	111,30	81,89
Cultura do Cerrado	71,27	89,48	135,46	92,30	66,13	69,02
Miracema	64,58	54,67	86,40	73,29	113,77	111,42
Cantão	108,50	102,38	88,53	70,53	67,93	61,79
Capim Dourado	99,26	96,69	79,88	109,38	92,89	72,95
Porto Nacional	74,88	77,88	85,09	71,64	73,20	55,82
Centro Sul	166,12	144,51	150,71	171,71	128,91	134,19
Sul Angical	87,19	102,61	87,60	71,43	57,34	59,64
Sudeste	55,16	101,51	48,32	78,30	66,71	58,41
Extremo Sudeste	43,84	46,67	49,51	31,37	36,50	16,15
<b>Total</b>	<b>94,13</b>	<b>101,69</b>	<b>92,72</b>	<b>103,71</b>	<b>87,15</b>	<b>74,68</b>

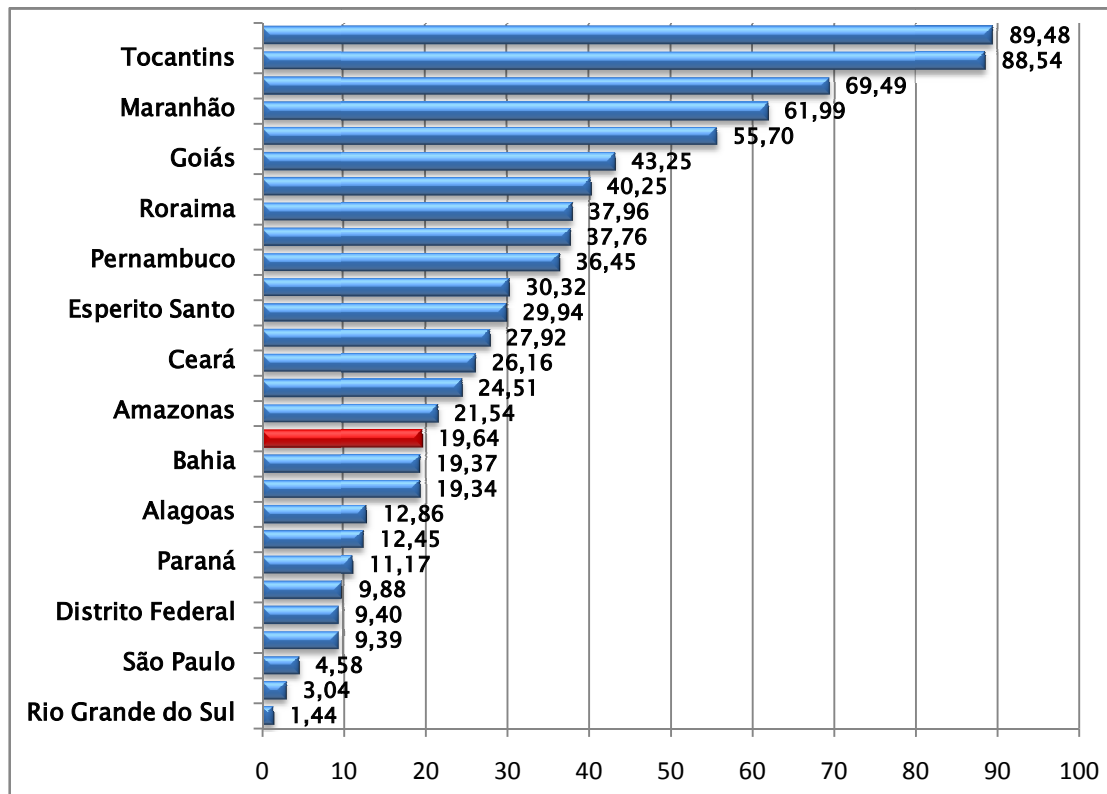
Fonte: Sinan/SESAU-TO

Gráfico 26 - Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase segundo estados da Região Norte, 2009.



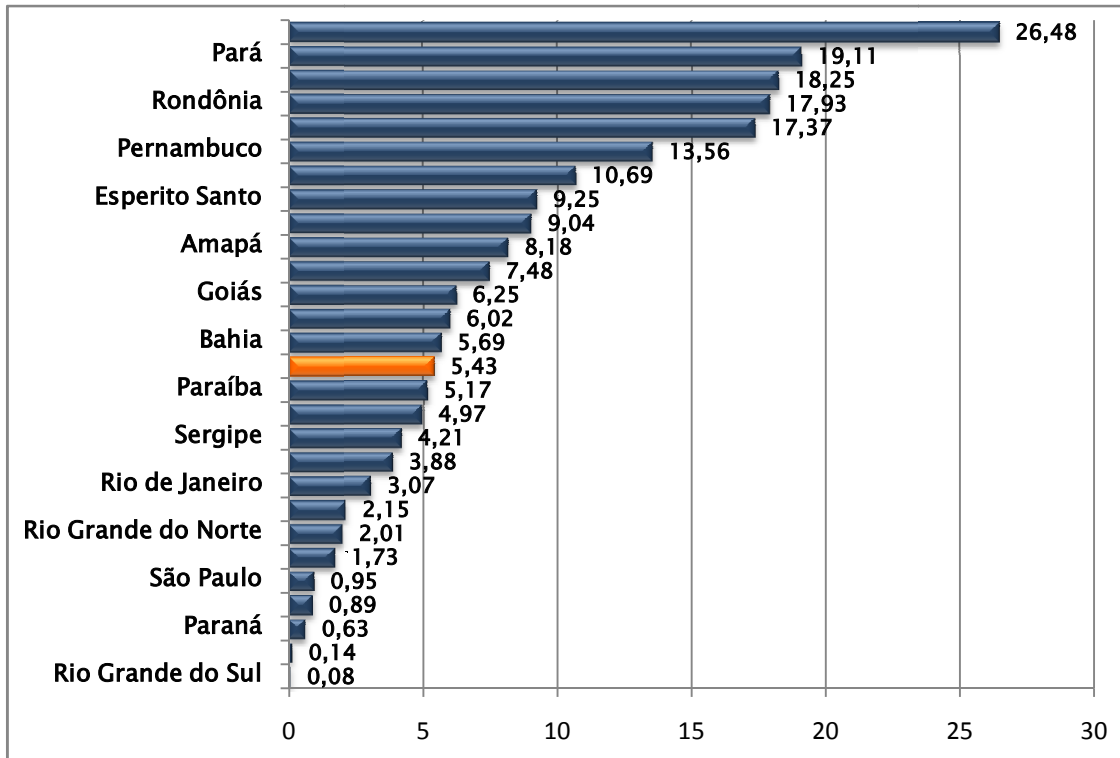
Fonte: Sinan-SES-MS  
 Dados Disponíveis em 31/07/2011

Gráfico 27 - Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes, Brasil e Estados, 2009.



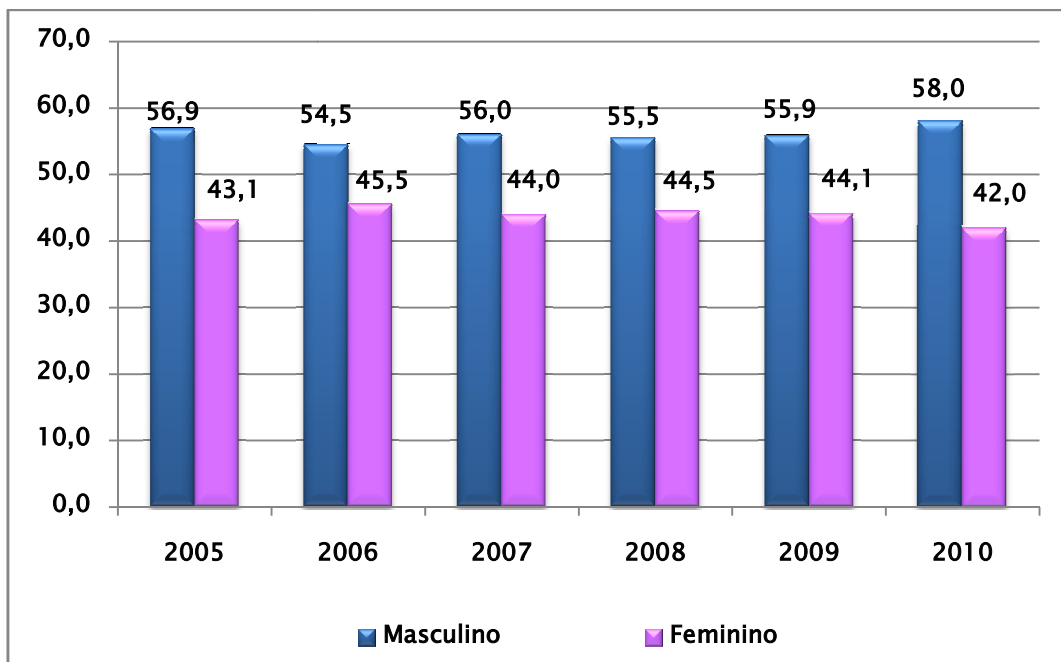
Fonte: Sinan/SVS - MS  
 Dados Disponíveis em 31/07/2010

**Gráfico 28 - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos por 100.000 habitantes, Brasil e Estados, 2009.**



Fonte: Sinan/SVS - MS  
 Dados Disponíveis em 31/07/2010

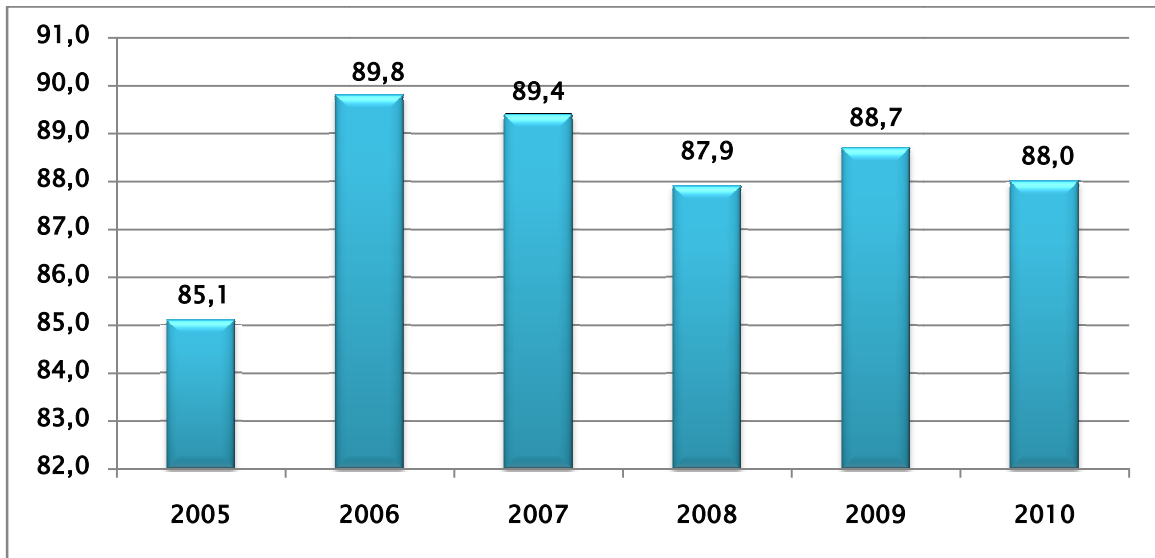
**Gráfico 29 - Proporção de casos novos de hanseníase, segundo sexo, Tocantins, 2005 - 2010.**



Fonte: Sinan/SVS-MS  
 Dados disponíveis em 31/07/2010

O gráfico 29 demonstra a distribuição dos casos novos de hanseníase segundo sexo no Tocantins, é possível observar que, em todos os anos analisados, a população masculina é que mais vem sendo acometida por essa doença, sendo esta a tendência tanto no Tocantins como no Brasil.

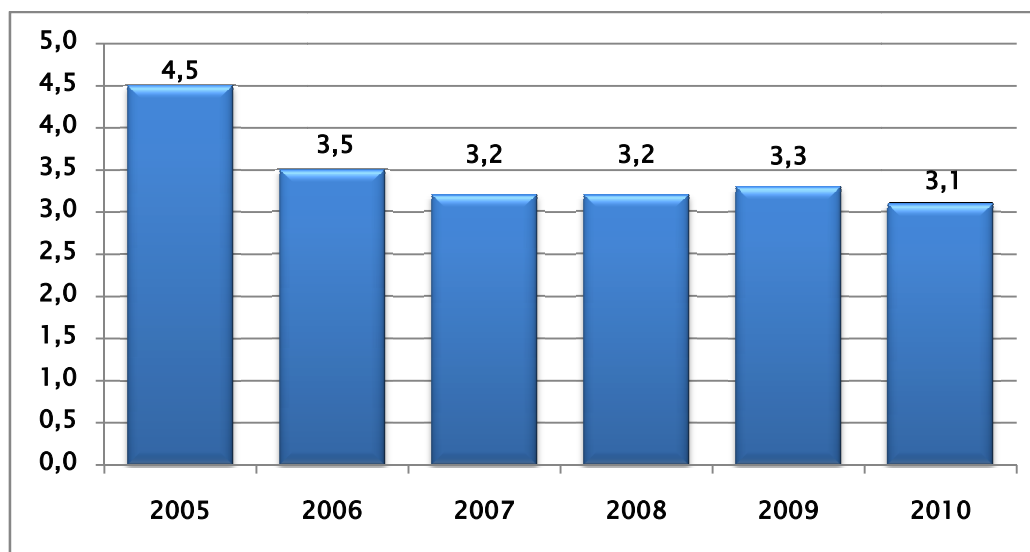
**Gráfico 30 – Proporção de cura de casos novos de hanseníase nas coortes, Tocantins, 2005 – 2010.**



Fonte: Sinan/SESAU-TO

No gráfico 30, que mostra a série histórica, verificou-se a manutenção do percentual de cura dentro do parâmetro do Ministério da Saúde, que classifica o Estado, como regular em cura. Quando se avaliou a proporção de cura por regiões de saúde, na Tabela 17, identificou-se que somente a Região Lobo Guará apresentou durante toda a série histórica um bom percentual de cura, acima de 90%, tendo a Região de Saúde Extremo Sudeste alcançado um bom parâmetro no último triênio.

**Gráfico 31 – Proporção de abandono de casos novos nas coortes, Tocantins, 2005 – 2010.**



Fonte: Sinan/SESAU-TO

**Tabela 17 – Proporção de cura de casos novos de hanseníase nas coortes, segundo Região de Saúde, Tocantins, 2005 –2010.**

Regiões de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bico do Papagaio	87,1	87,8	86,8	89,8	86,9	88,7
Médio Araguaia	53,6	88,9	90,6	94,3	89,7	77,8
Portal do Bico	76,9	91,7	95,5	84,6	85,7	100,0
Médio Norte	84,5	91,3	92,9	90,9	89,7	87,0
Araguaia	84,7	94,1	90,4	88,2	90,2	84,5
Lobo Guará	93,3	93,8	93,2	92,8	90,5	98,3
Cultura do Cerrado	92,3	90,5	89,5	92,0	87,0	76,2
Miracema	81,5	88,4	87,1	90,6	89,6	97,7
Cantão	88,5	84,9	89,6	79,1	85,7	83,3
Capim Dourado	77,5	90,2	88,0	83,6	88,2	89,1
Porto Nacional	97,4	91,8	89,3	89,3	89,2	88,6
Centro Sul	91,6	88,6	87,4	88,1	87,4	87,8
Sul Angical	61,1	64,0	88,5	91,7	95,5	84,2
Sudeste	86,4	95,8	86,5	81,1	90,9	84,8
Extremo Sudeste	71,4	100,0	88,9	100,0	92,9	100,0
<b>Total</b>	<b>85,1</b>	<b>89,8</b>	<b>89,4</b>	<b>88,0</b>	<b>88,7</b>	<b>87,9</b>

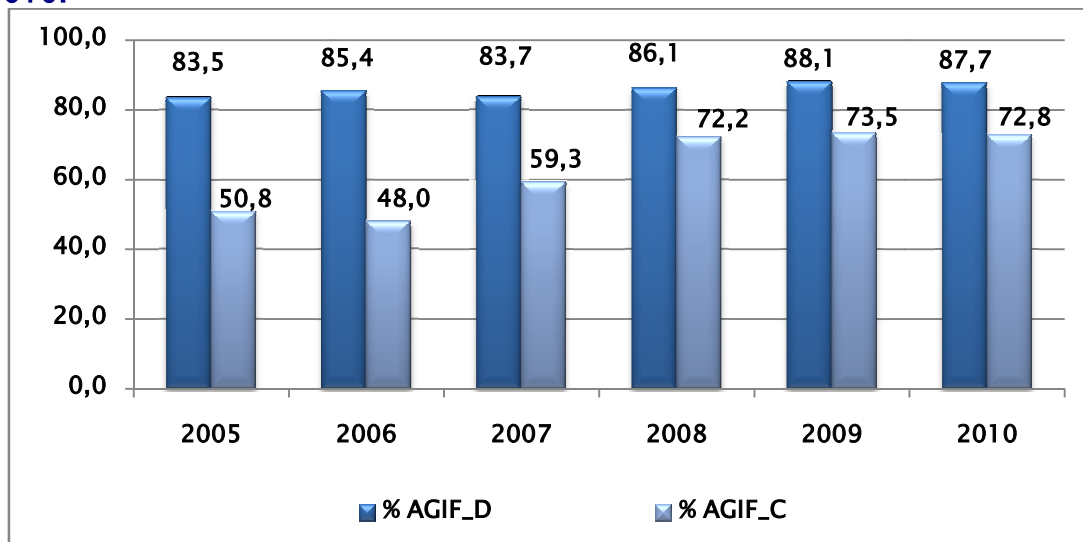
Fonte: Sinan/SESAU-TO

Na série histórica de proporção de abandono de casos de hanseníase, verificou-se no gráfico 31, que em todos os anos avaliados, o Tocantins vem apresentando um percentual de abandono que segundo parâmetro do Ministério da Saúde, é considerado como bom.



É definida pelo Ministério da Saúde a obrigatoriedade de realização da avaliação do grau de incapacidade física nos casos de hanseníase, no momento do diagnóstico e na cura, sendo considerado como um bom indicador a realização de avaliação em pelo menos 90,0% dos casos. O Tocantins, como mostra o gráfico 32, vem mantendo uma proporção de avaliação do grau de incapacidades nos casos novos diagnosticados dentro do parâmetro regular, já na avaliação do grau de incapacidade na cura, vem apresentando melhora considerável a partir do ano de 2008, porém ainda está dentro do critério do Ministério, como um indicador precário.

**Gráfico 32 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliados no diagnóstico e na cura, Tocantins, 2005 - 2010.**



Fonte: Sinan/SESAU-TO

Nota: AGIF\_D - Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico  
AGIF\_C - Avaliação do Grau de Incapacidade Física na Cura

Na análise da avaliação de incapacidades no diagnóstico, segundo Região de Saúde no Tocantins, na Tabela 18, verifica-se que somente a Região Médio Norte apresentou em todos os anos uma proporção superior a 84,0% na avaliação de incapacidades nos casos novos; já a Região de Saúde Capim Dourado, apresentou um bom indicador nos últimos quatro anos.

Na Tabela 19, quando se analisa a realização de avaliação de incapacidade física na cura, por Regiões de Saúde do Tocantins, observou-se que somente a Região de Saúde Média Norte, no ano de 2008 alcançou um bom parâmetro, não tendo sido alcançado em nenhum dos outros anos um bom percentual de avaliação de incapacidades na cura.

**Tabela 18 – Proporção de casos de hanseníase com avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico, segundo regiões de saúde. Tocantins, 2005 – 2010.**

Região de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bico do Papagaio	80,9	96,1	88,4	81,0	76,5	71,3
Médio Araguaia	100,0	87,5	86,2	85,0	86,7	78,3
Portal do Bico	100,0	89,5	83,3	80,0	92,3	86,7
Médio Norte	93,9	93,6	91,0	95,0	93,4	95,2
Araguaia – Tocantins	59,4	77,2	60,2	82,4	73,6	91,3
Lobo Guará	76,3	69,5	88,1	81,3	95,3	87,2
Cultura do Cerrado	60,0	42,1	51,7	68,2	62,5	94,4
Miracema	88,6	86,7	91,7	82,9	92,6	85,2
Cantão	83,3	82,5	51,1	67,6	73,6	82,1
Capim Dourado	79,8	85,8	90,9	94,3	95,0	96,7
Porto Nacional	81,7	75,7	85,2	87,5	89,2	96,5
Centro Sul	95,7	95,6	90,2	85,1	86,8	84,3
Sul Angical	82,6	81,5	87,0	76,2	88,2	82,4
Sudeste	58,6	61,1	69,2	83,7	100,0	90,6
Extremo Sudeste	87,5	100,0	100,0	91,7	78,6	83,3
<b>Total</b>	<b>83,5</b>	<b>85,4</b>	<b>83,7</b>	<b>86,1</b>	<b>88,1</b>	<b>88,7</b>

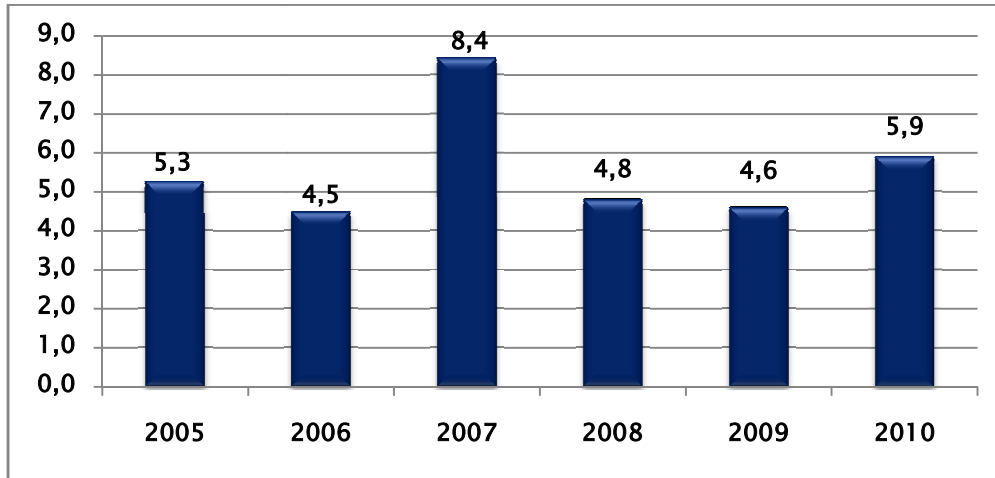
Fonte: Sinan/SESAU-TO

**Tabela 19 – Proporção de casos de hanseníase com avaliação do grau de incapacidade física na cura, segundo regiões de saúde. Tocantins, 2005 – 2010.**

Região de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bico do Papagaio	38,0	31,3	41,8	75,9	71,8	86,2
Médio Araguaia	58,1	43,8	72,2	77,3	74,0	81,3
Portal do Bico	58,8	42,9	71,4	58,3	60,0	53,3
Médio Norte	84,8	84,3	85,4	94,0	85,1	89,6
Araguaia – Tocantins	36,8	35,8	63,7	81,0	67,3	58,3
Lobo Guará	50,0	56,6	72,9	70,5	82,2	80,7
Cultura do Cerrado	13,6	14,3	29,4	54,5	50,0	58,6
Miracema	48,9	62,5	64,5	75,0	86,0	83,3
Cantão	21,8	14,0	22,2	42,2	53,0	59,0
Capim Dourado	33,3	35,3	40,1	69,4	75,0	59,0
Porto Nacional	59,7	46,3	63,1	56,0	77,5	63,0
Centro Sul	65,7	62,7	73,7	73,5	69,9	78,0
Sul Angical	38,7	39,1	50,0	70	63,0	76,5
Sudeste	10,0	30,3	39,5	42,1	72,1	44,7
Extremo Sudeste	57,1	61,5	46,2	78,3	66,7	70,0
<b>Total</b>	<b>50,8</b>	<b>48,0</b>	<b>59,3</b>	<b>72,2</b>	<b>73,5</b>	<b>72,2</b>

Fonte: Sinan/SESAU-TO

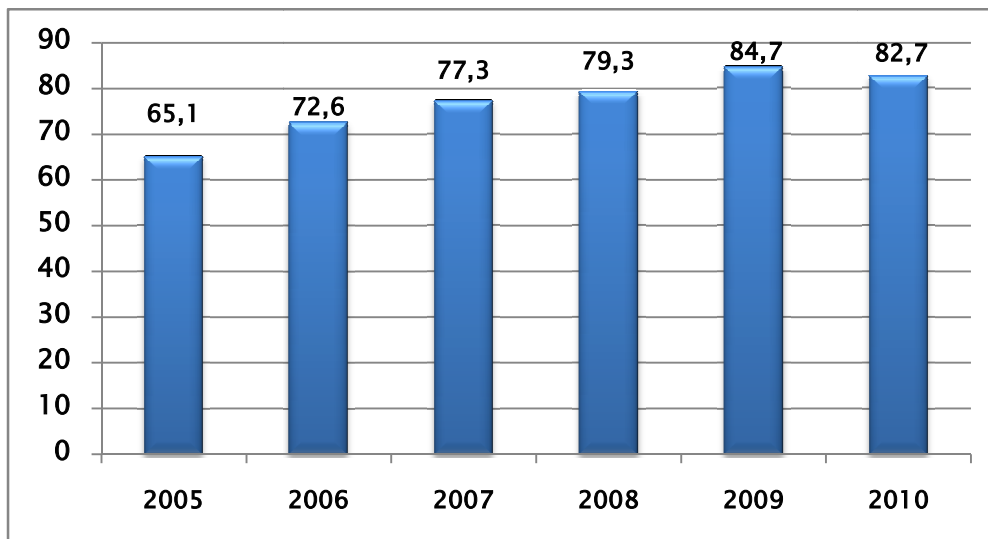
**Gráfico 33 – Percentual do grau de incapacidade física II no diagnóstico de casos novos de hanseníase. Tocantins, 2005 –2010.**



Fonte: Sinan/SESAU-TO

A hanseníase é uma doença que tem um elevado potencial incapacitante, estando diretamente relacionado a um diagnóstico tardio. No gráfico 33, observamos uma redução no percentual de casos com incapacidade grau II no diagnóstico, no ano de 2008, havendo, porém no ano de 2010, um aumento na proporção de pacientes com o maior grau de incapacidade, sendo definido segundo critérios do Ministério da Saúde, como uma alta proporção de casos com incapacidades instaladas no diagnóstico.

**Gráfico 34 – Percentual de contatos examinados. Tocantins, 2005 –2010.**



Fonte: Sinan/SESAU-TO

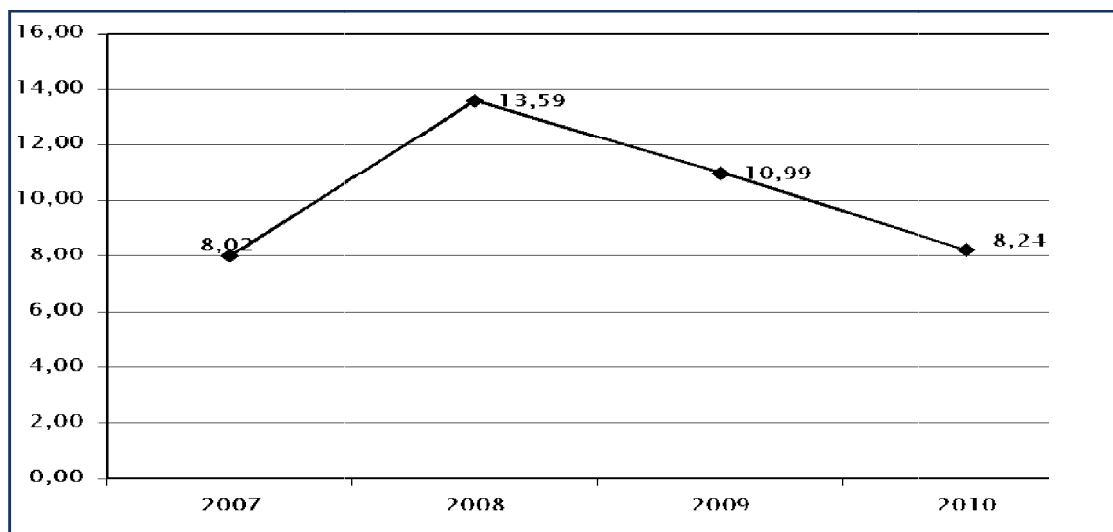
O controle dos contatos intra domiciliares deve fazer parte das ações para o controle da hanseníase, pois são os indivíduos mais expostos à infecção e ao risco de adoecer. No Gráfico 34, observou-se ao longo dos anos um

aumento na proporção de contatos examinados, com uma leve redução no ano de 2010, porém ainda inclui o Estado em um parâmetro considerado como bom nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde.

A hanseníase ainda representa um problema de saúde pública no estado do Tocantins com elevada taxa de detecção, indicando transmissão ativa da doença. Os programas que trabalham a hanseníase devem ter como objetivo o controle dessa doença, devendo envolver ações de busca ativa para o diagnóstico precoce, controle dos comunicantes, realização de tratamento adequado, avaliação das incapacidades dos pacientes e informação à população.

#### 1.4.3.3- MENINGITE

**Gráfico 35 - Incidência de meningites por 100.000/ habitantes Tocantins, 2007 – 2010.**



Fonte: SINAN/SESAU

Meningites são doenças potencialmente graves. Algumas etiologias podem determinar quadros fulminantes, com óbito em poucas horas, mesmo com o tratamento adequado (Meningite Meningocócica). A etiologia viral geralmente leva os quadros mais leves, menor letalidade e menor risco de seqüelas. A doença meningocócica e os vírus têm maior propensão a causar surtos e epidemias. Algumas etiologias podem causar quadros com manifestações hemorrágicas, que se confundem com outras doenças como febre maculosa, dengue etc. Por isso, deve-se considerar a sazonalidade da

doença que se caracteriza com predomínio das Meningites Bacterianas no inverno e meningites Virais no verão.

No ano de 2008 foram notificados 93 casos confirmados de meningites de todas as etiologias, uma incidência de 13/100.000 habitantes. Dentre os 139 municípios de maior incidência destaca-se Araguaína e em seguida Palmas por causa do contingente populacional. Observa-se no gráfico um decrescente número de casos no ano de 2007 por causa da mudança do SINAN W para SINAN – NET.

Ainda em 2006 observou-se um aumento das meningites bacterianas em relação aos outros anos. Já em 2008 um predomínio das meningites virais. No Tocantins as meningites acometem todas as faixas etárias, sendo em maior número na faixa etária pediátrica, devido à menor resposta imunológica.

Conforme o gráfico 36, as meningites mantêm uma incidência maior no sexo masculino em todos os anos estudados, sendo que 58% dos casos de todo o período de estudo corresponderam a esse sexo.

#### Gráfico 36 – Casos notificados de meningites segundo o sexo. Tocantins, 2005 – 2010.

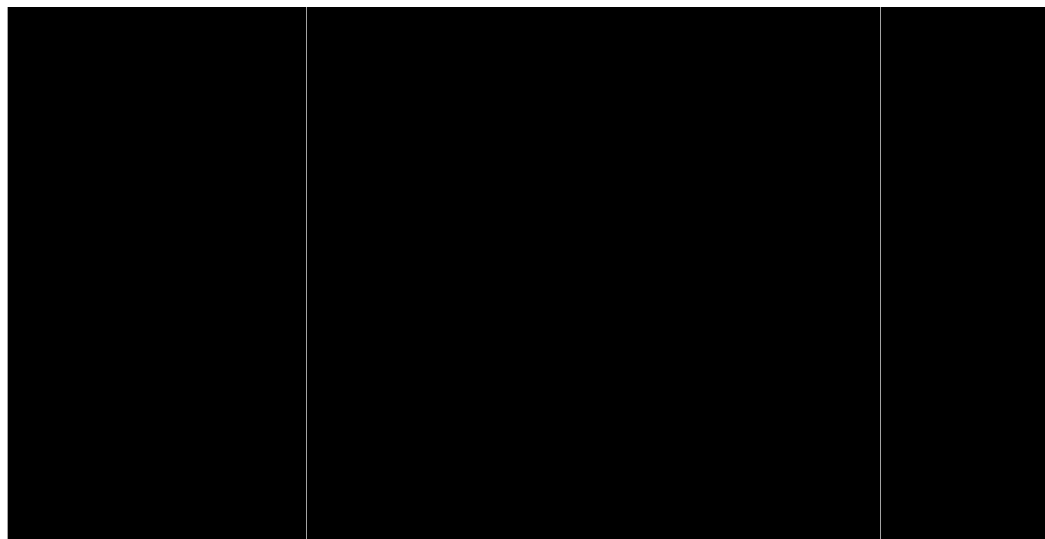


Fonte: SINAN/SESAU

#### 1.4.3.4- HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos e apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas sendo 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 e a Hepatite E em Países da Ásia e África. Ainda não foi identificado nenhum caso no Tocantins nem da D ou E, lembrando que para se adquirir a D necessariamente tem que ser portador da Hepatite B por causa da sua dependência funcional de multiplicação na presença do HBsAg.

#### Gráfico 37 – Casos notificados de hepatites segundo faixa etária. Tocantins, 2005 – 2010



Fonte: SINAN/SESAU

A incidência de casos das hepatites B e C são pouco freqüente em idade pré-escolar, ao contrário da hepatite A, sendo a faixa etária mais acometida a dos adultos.

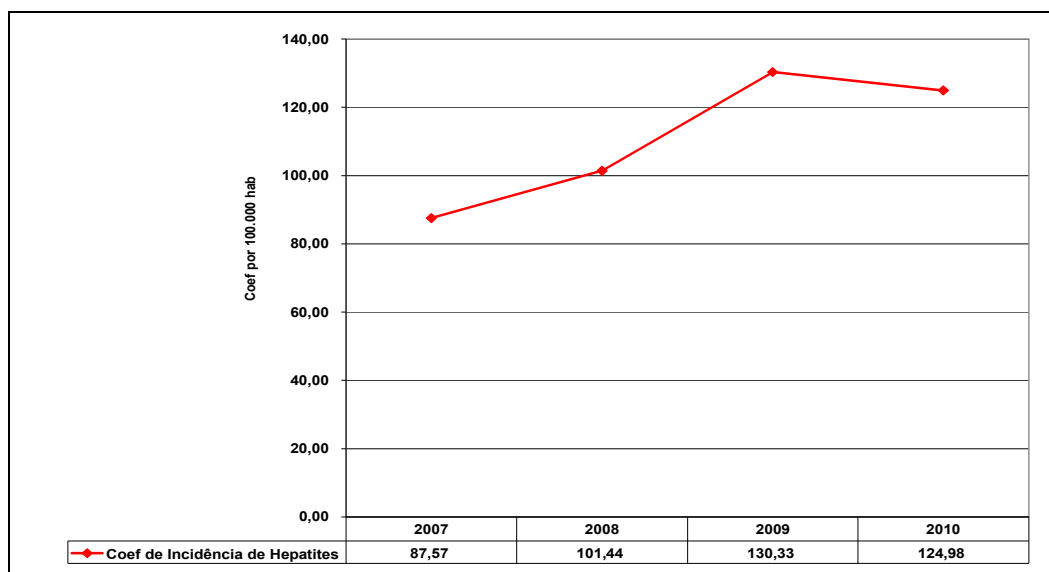
**Gráfico 38 – Casos notificados de hepatites segundo o sexo. Tocantins, 2005 – 2010.**

Fonte: SINAN/SESAU

A maior incidência das hepatites é a do tipo 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 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.

Por ser um agravo na maioria das vezes assintomático existe uma grande subnotificação e, não se realiza exames sorológicos de hepatites na rotina médica, podendo os números encontrados serem inferiores. A hepatite C mais ainda, devido os testes laboratoriais realizados nos hemocentros terem sido introduzidos no ano de 2003, considera-se haver mais portadores de hepatite C que receberam transfusão sanguínea antes desse ano e que ainda não tiveram a sintomatologia da doença, que pode vir ou não aparecer anos depois.

**Gráfico 39 – Incidência de Hepatites Virais. Tocantins, 2007–2010.**



Fonte: SINAN/SESAU

No ano de 2009 foram confirmados 681 casos de hepatites virais, uma incidência de 53/100.000 habitantes. Dentre os 139 municípios o de maior incidência foi Araguaína. Observa-se um decrescente número de casos em 2007 devido à mudança do SINAN-W para SINAN-NET.

#### 1.4.3.5– SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS

A epidemia de Aids no Brasil é, de fato, o somatório de subepidemias microrregionais, em interação permanente, devido às distintas composições das populações regionais, aos padrões de mobilidade da população e à diversidade de arranjos e padrões de comportamento sexual (BRASIL, 2009a).

No Brasil foram notificados 608.230 casos de Aids acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino. Na região Norte registrou-se 28.248 casos e 1.373 no Tocantins no mesmo período. A razão de sexo vem diminuindo ao longo dos anos em todo país. Em 1985, para cada 26 casos entre os homens, havia um caso entre mulher. Em 2010, essa relação é de 1,7 homens para cada caso em mulheres. Está estimada a existência de aproximadamente 600.000 portadores do HIV (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2003b).

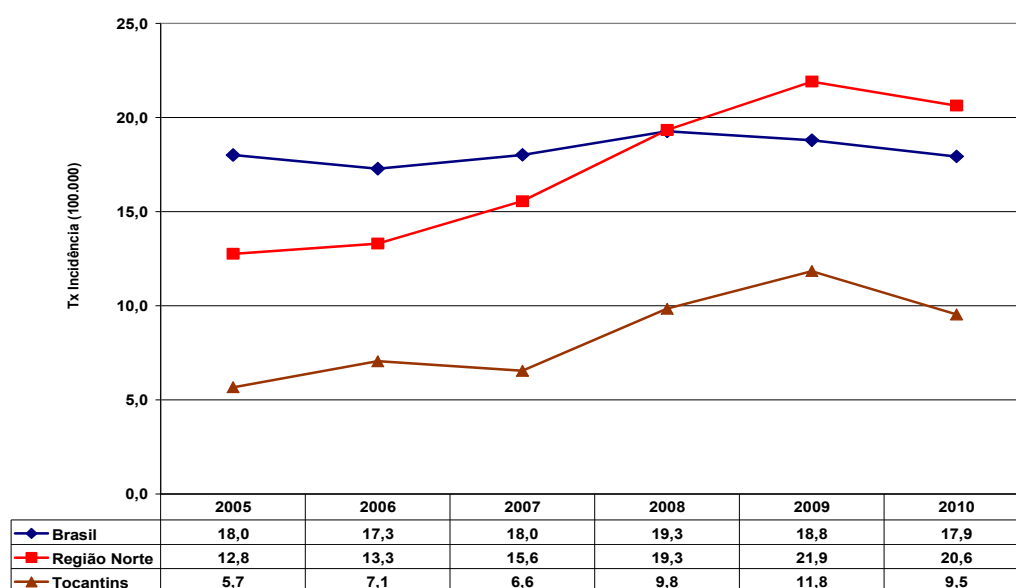
Com relação às taxas de incidência de AIDS no Tocantins e Região Norte no período de 2005 a 2010, registrou-se um incremento de 68,3% e 61,7%, respectivamente. Em todos os casos há um aumento no número de casos notificados, e no Tocantins, observa-se uma curva mais ascendente quando



comparado ao Brasil e ao Norte do País. Esse aumento vem sendo acompanhado pela coordenação estadual, onde há previsão que continue aumentando, visto que o processo de monitoramento das investigações dos casos de óbitos por Aids no Tocantins foi implementado. O fato dos casos de Aids ter aumentado na região norte, e principalmente no Tocantins, confirmam a tendência de interiorização da epidemia, como descrito em documentos oficiais do Governo Federal.

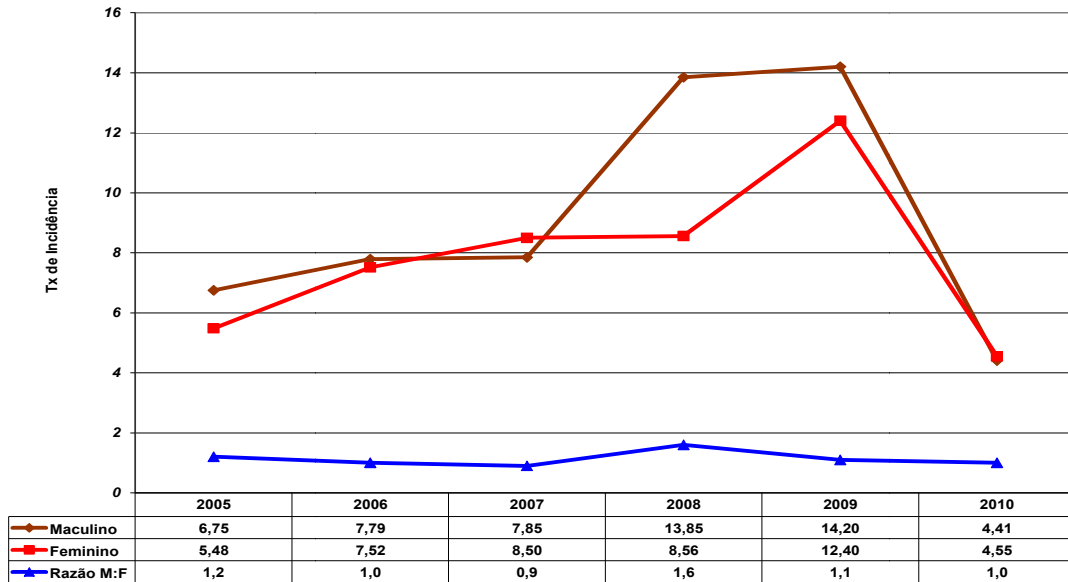
Os valores das taxas nos últimos anos foram semelhantes para ambos os sexos, 4 casos de AIDS para cada 100 mil habitantes. No que diz respeito à razão de sexos, observa-se que nos últimos 20 anos houve uma diminuição na proporção de casos entre homens e mulheres. Em 1990, para cada 3,7 casos de AIDS em homens, havia um caso em mulher no país. Em 2010 no Tocantins, para cada 01 caso de AIDS em homens, há uma mulher infectada (Gráficos 40 e 41).

**Gráfico 40 - Taxa de Incidência de Aids. Tocantins, Norte e Brasil, de 2005 - 2010.**



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

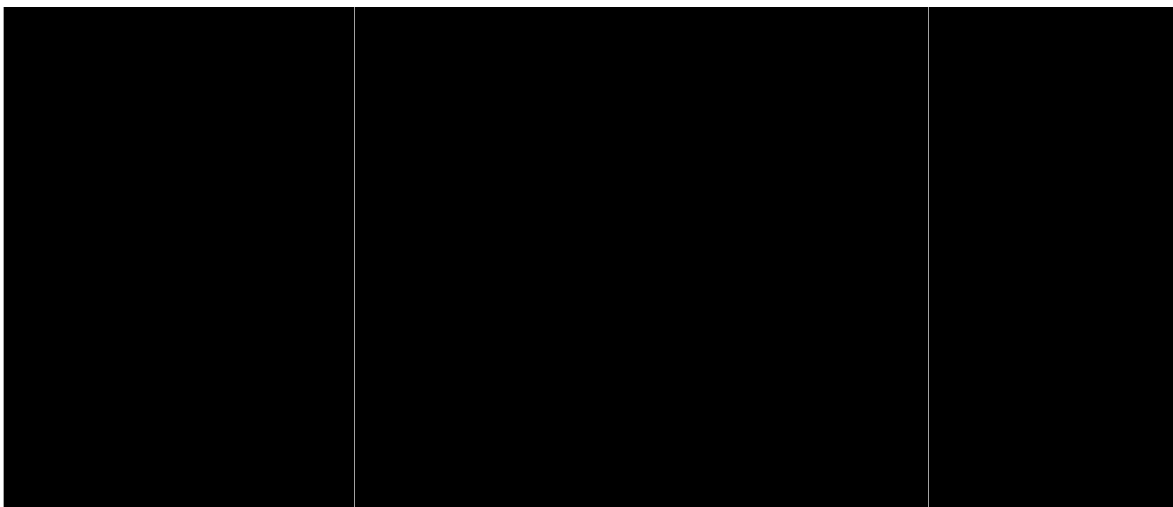
**Gráfico 41 – Taxa de incidência dos casos de Aids, segundo sexo por ano de diagnóstico e razão de sexos. Tocantins, 2005 – 2010.**



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

No ano de 2009, foram notificados 03 (três) casos de Aids em menores de 5 anos, correspondendo a uma taxa de incidência igual a 2,4. Quanto aos casos de crianças com Aids, observa-se um declínio no número de notificações, sendo que em 2010 não foram notificados casos.

**Gráfico 42 – Taxa de Incidência de Aids em Crianças menores de 5 anos de idade. Tocantins, 2005 –2010.**



Fonte: Coordenação DST/Aids-Tocantins – Sinan/2010

O Gráfico 42 mostra um aumento nos casos notificados de Gestante HIV+, no Tocantins. Entretanto, o número de crianças expostas ao HIV notificadas no mesmo período não apresentou a mesma evolução, o que pode representar uma subnotificação desses casos, visto que, o critério de definição de caso para este agravo define que: *criança exposta é aquela nascida de mãe infectada*, ou seja, para cada mulher notificada como Gestante HIV+ deve-se ter pelo menos um caso de criança exposta ao vírus. Já a tabela 20 aponta para o aumento crescente de casos de HIV em gestantes e um numero bem maior sem identificação de ano e que demonstra a fragilidade no sistema de vigilância.

**Tabela 20 – N.º de Casos de Infecção pelo HIV em gestantes notificados no Tocantins, por ano de parto e Região de Saúde de Residência, de 2007 a 2011**

Região de Saúde de Residência	Ano de Parto						Total geral
	2007	2008	2009	2010	2011	(vazio)	
Cantão	1	1		3	2	8	15
Centro Sul	1		1	1	2	11	16
Portal do Bico				1		2	3
Araguaia-Tocantins			1			8	9
Capim Dourado	7	7	4	13	16	9	56
Cultura do Cerrado				1		1	2
Médio Norte Saúde	9	2	1	2		13	27
Miracema	2	1					3
Porto Nacional		2	4	2	1	4	13
Sul Angical		1					1
Bico do Papagaio	1				1	6	8
Extremo Sudeste		1	1				2
Médio Araguaia	1	1				1	3
Sudeste	2	1	4			3	10
Lobo Guará	2	1		1	1	4	9
<b>Total geral</b>	<b>26</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>70</b>	<b>177</b>

**Tabela 21 – Casos de crianças expostas ao HIV notificados no Tocantins, por ano de notificação e Região de Saúde de Residência, de 2007 a 2011**

Região de Saúde de Residência	Ano de Notificação					Total geral
	2007	2008	2009	2010	2011	
Capim Dourado	2	12	6	17	18	55
Médio Norte			1	4	9	14
Sudeste		6	3		1	10
Cantão			1	2	5	8
Porto Nacional		2	2	2	1	7
Lobo Guará		1		1	3	5
Centro Sul				4		4
Miracema		3		1		4
Araguaia-Tocantins			1		2	3
Extremo Sudeste		1	1	1		3
Portal do Bico				2		2
Cultura do Cerrado				1	1	2
Bico do Papagaio			1			1
Médio Araguaia					1	1
<b>Total geral</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>35</b>	<b>41</b>	<b>119</b>

A Tabela 21 aponta que de 2007 a 2011, cerca de 119 crianças foram expostas<sup>1</sup> ao HIV, com as Regiões de Saúde do Capim Dourado, Médio Norte e sudeste com os maiores números.

A proporção de gestantes que receberam profilaxia dos casos notificados de infecção por HIV segundo ano de parto tem crescido nos últimos anos, mas segundo os dados ainda está muito abaixo do esperado com uma proporção de apenas 27% de gestantes com profilaxia em 2011.

**Tabela 22 – Percentual de Gestantes com Infecção pelo HIV notificadas que receberam profilaxia. Tocantins, por ano de 2007 a 2011.**

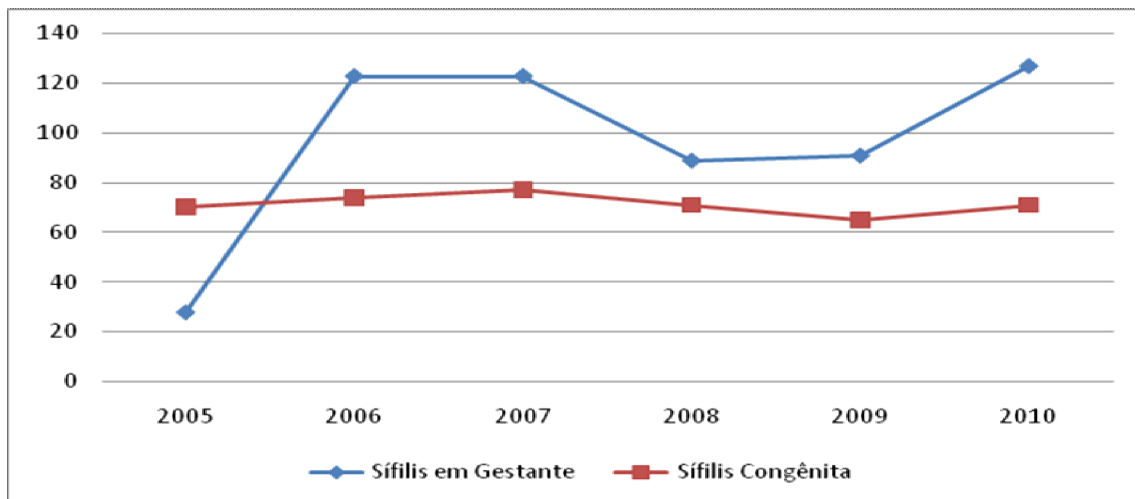
ANO	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Realização de profilaxia na Gestante</b>	20,0%	18,6%	15,7%	24,3%	27,1%

<sup>1</sup> Para fins de vigilância epidemiológica, **Criança Exposta** "é toda criança nascida de mãe com evidência laboratorial de infecção pelo HIV e/ou tenha sido amamentada por mãe infectada".

### 1.4.3.6- SÍFILIS

Para sífilis em gestantes, a Coordenação Estadual de DST/Aids pactuou um aumento de 10% de notificações para 2010 em relação a 2009. Ao final de 2010 foi observado um aumento de 29,2% no número de notificações de gestantes com sífilis em comparação ao valor pactuado para o mesmo período.

**Gráfico 43 - Casos de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. Tocantins, 2005 -2010.**



Fonte: Coordenação DST/Aids - Tocantins - Sinan/2010

No Tocantins, ocorreu um aumento no número de notificações de Sífilis em Gestantes, a partir de 2009, assim como, os casos de sífilis congênita. Em 2009, foram pactuados 49 casos de sífilis congênita e notificados 65 casos em 2010, com 7,9% de incremento de casos.

Conforme Tabela 23, deste 2007 foram notificados 547 casos de sífilis em gestantes, com concentração das notificações nas Regiões de Saúde do Médio Norte, Capim Dourado e Cantão repectivamente.

**Tabela 23 - Número de Casos de Sífilis em Gestantes notificados segundo Região de Saúde de residência e ano de notificação. Tocantins, 2007 a 2011.**

Região de Saúde de Residência	Ano de Notificação					Total geral
	2007	2008	2009	2010	2011	
Médio Norte Saúde	40	16	9	50	45	160
Capim Dourado	14	20	21	16	11	82
Cantão	10	10	11	4	12	47
Porto Nacional	9	8	14	6	7	44
Bico do Papagaio	4	8	4	10	12	38
Araguaia-Tocantins	12	5	6	10	3	36
Portal do Bico	5	8	10	7	6	36
Médio Araguaia	12	1	5	7	8	33
Centro Sul	4	5	4	6	1	20
Lobo Guará	1	3	1	5	6	16
Sudeste	3	2	3	2	2	12
Miracema	2		2	3	2	9
Cultura do Cerrado	3	2		1		6
Extremo Sudeste	2	1	1	1		5
Sul Angical	2				1	3
<b>Total geral</b>	<b>123</b>	<b>89</b>	<b>91</b>	<b>128</b>	<b>116</b>	<b>547</b>

Já em relação à Sífilis Congênita, foram notificados deste 2007, 381 casos com predominâncias nas mesmas Regiões de Saúde, conforme Tabela 24

**Tabela 24 - Número de Casos de Sífilis Congênita notificados segundo Região de Saúde de residência e ano de notificação. Tocantins, 2007 a 2011.**

Região de Saúde de Residência	Ano de Notificação					Total geral
	2007	2008	2009	2010	2011	
Médio Norte Saúde	31	22	29	26	33	141
Capim Dourado	19	24	22	18	23	106
Cantão	2	3	3	2	10	20
Médio Araguaia	4	4		5	6	19
Bico do Papagaio	1	1	2	6	8	18
Portal do Bico	2	2	2	7	4	17
Araguaia-Tocantins	4	3	3	3	1	14
Porto Nacional	6	2	1	1	2	12
Miracema	3	2		1	5	11
Sudeste	2	2	2	2	1	9
Centro Sul	1	4		2	1	8
Lobo Guará	1		1		1	3
Extremo Sudeste	1	2				3
<b>Total geral</b>	<b>77</b>	<b>71</b>	<b>65</b>	<b>73</b>	<b>95</b>	<b>381</b>

### 1.4.3.7 – DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

As Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar – DVHA acompanhadas no Estado incluem os seguintes agravos: Botulismo, Cólera, Doença Diarréica Aguda – DDA, Doença Transmitida por Alimentos – DTA, Esquistossomose, Febre Tifóide, e Rotavírus.

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.

Os agravos da tabela 25 são monitorados, por meio, das notificações compulsórias feitas no SINAN–NET e SIVEP–DDA.

No Tocantins, foram notificados 05 surtos de DTA em 2006 e 13 em 2010, incremento de 160% no período, o número de surtos notificados está relacionado com o nível de implantação do sistema de vigilância epidemiológica – DTA nas secretarias municipais de saúde. O local de ocorrência do surto não foi informado nos relatórios, demonstrando falhas na investigação epidemiológica, indicando importante subnotificação.

**Tabela 25 – Situação epidemiológica dos agravos da doença de veiculação hídrica e alimentar. Tocantins, 2005 – 2010.**

Agravos/ano/nº de casos	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	CN	CC	CN	CC	CN	CC	CN	CC	CN	CC	CN	CC
Esquistossomose	01	01	01	01	01	–	02	02	01	01	–	–
Febre Tifóide	05	02	02	02	02	02	27	11	25	20	08	03
Rotavírus	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	21	03
Surto DTA	–	–	05	05	09	09	06	06	18	17	13	10
DDA	32.393		23.566		35.827		44.499		39.337		56.474	

FONTE: SINAN–NET/SMS

CN – casos notificados

CC – casos confirmados

No Tocantins, o aumento de Doenças Diarréicas Agudas acontece principalmente no verão, quando começa a temporada de praia. As pessoas descuidam dos hábitos saudáveis, passando a comer fora de casa, muitas vezes desconhecendo a procedência do alimento. Em 2005 foram notificados 32.393 casos de diarreia e 2010 com 56.474 casos, respectivamente, no decorrer dos anos houve incremento de 74,3%, conforme tabela 26.

**Tabela 26 – Distribuição dos casos de doença diarréica aguda, segundo plano de tratamento. Tocantins, 2007 – 2010.**

Ano	Plano de tratamento				Total
	A	B	C	IGN	
<b>2007</b>	23.325	6.988	5.299	215	<b>35.827</b>
<b>2008</b>	25.561	9.663	8.804	471	<b>44.499</b>
<b>2009</b>	23.675	8.449	7.119	94	<b>39.337</b>
<b>2010</b>	27.921	16.701	11.726	142	<b>56.490</b>

FORNTE - SIVEP-DDA/SESAU-TO

IGN - ignorado

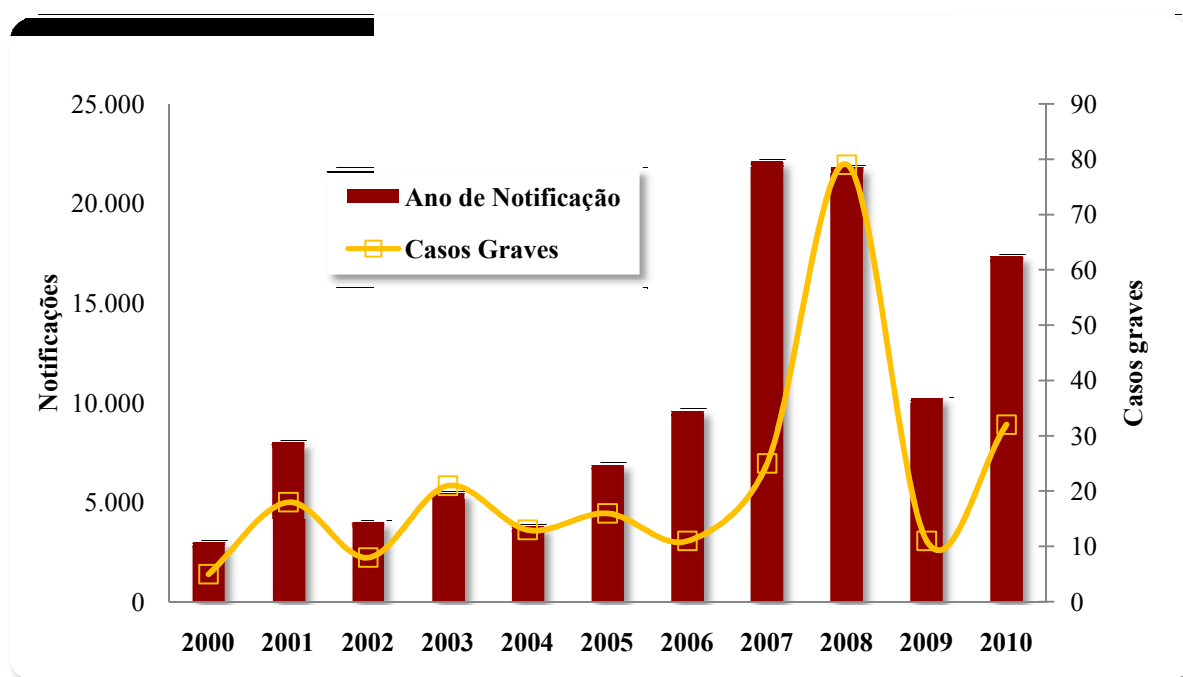


### 1.4.4 – DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMITIDOS POR VETORES

#### 1.4.4.1 –DENGUE

A série histórica dos casos notificados demonstra o crescimento do número dos casos de dengue no Estado de Tocantins (Gráfico 44). Depois de 2006 é notório o aumento das notificações, com o conseqüente aumento dos casos graves deste agravo. Este aumento tem crescido – em parte – pela intensificação de capacitação no sentido de adequar a notificação à realidade do Estado. Espera-se que com estas ações sejam adquiridos dados mais coerentes com a realidade e que subsidiem as estratégias de controle que venham a ser desenvolvidas.

**Gráfico 44 – Série histórica de casos notificados e casos graves confirmados. Tocantins, 2000 – 2010.**



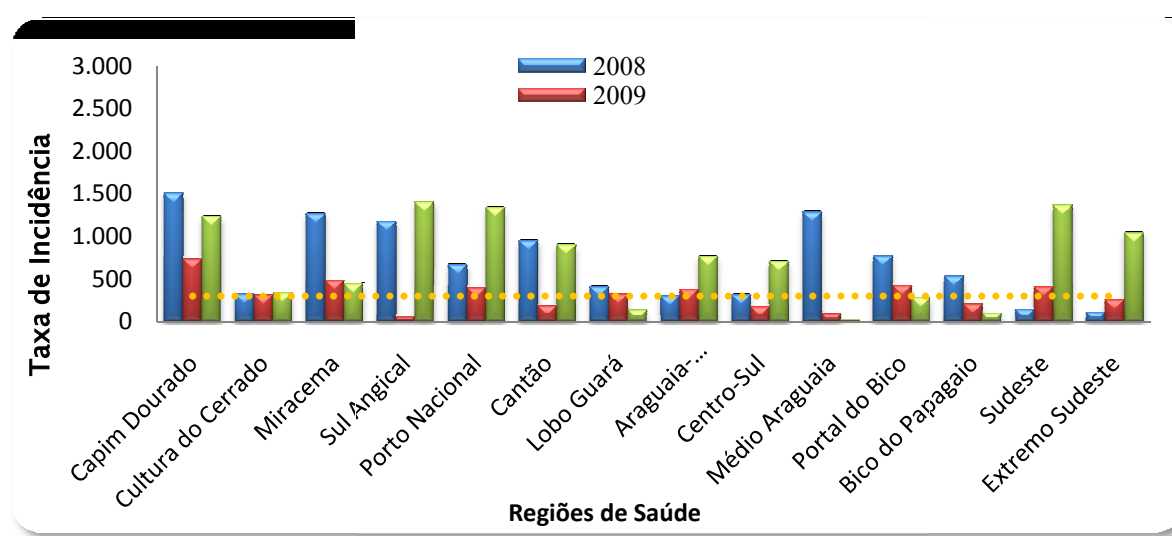
Fonte SINAN

Em 2010 foram notificados 17.319 casos suspeitos de dengue, aumento de 122% em relação ao ano anterior. Dos trinta e dois (32) casos graves confirmados em 2010, oito (8) evoluíram a óbito. O Brasil notificou aproximadamente 1 milhão de casos suspeitos de dengue, foram confirmados 14.342 casos graves com 592 óbitos de acordo com o Ministério da Saúde.

Entre 2008 e 2010 foram isolados no estado os sorotipos DEN1, DEN2 e DEN3. A divisão dos casos de dengue por regiões de saúde demonstra que as

regiões mais populosas são as que se mantêm com maior incidência da doença (Gráfico 45). Entre 2008 e 2010 as regiões definidas como de alto risco para dengue se mantiveram nesta condição, enquanto a região Sudeste e Extremo Sudeste entraram nesta definição em 2009 e 2010, respectivamente. As regiões que não se apresentam em alto risco em 2010, não necessariamente representam situação de controle do agravo, pois menos de 50% dos casos notificados realizaram exame específico de confirmação laboratorial.

**Gráfico 45 – Incidência de casos de dengue por regiões de saúde. Tocantins, 2008-2010.**

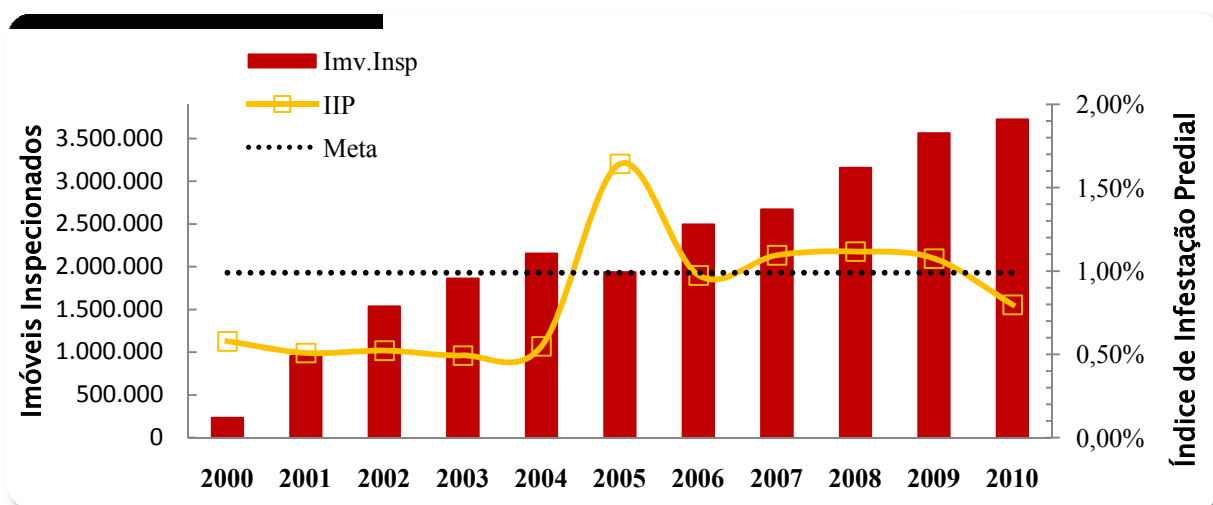


Fonte SINAN

O Estado do Tocantins registrou nos últimos anos um crescimento do número de imóveis inspecionados. Em 2010, mais de três milhões e meio de imóveis foram inspecionados com objetivo de identificar, eliminar e/ou tratar os focos de *Aedes aegypti*, assim como orientar a população quanto às formas de prevenção da ocorrência de dengue no Estado. A redução do ciclo de inspeções aumenta a sensibilidade na identificação e eliminação de focos de mosquito, possibilitando a redução do risco de transmissão da doença.

A série histórica dos dados entomológicos entre 2000-2010 (gráfico 46) revela que houve aumento no índice de infestação predial (IIP) nos anos de 2005 a 2009, acima de 1,0%, em desacordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, fato este que levou o Estado a propor mudanças em relação aos ciclos de inspeções, sendo aprovada através de Nota Técnica em CIB no ano de 2009 a recomendação de que os municípios deveriam realizar ciclos de inspeções mensais e não bimensais como é preconizado pelo Ministério da Saúde. O que refletiu em 2010 com redução do índice de infestação predial no Tocantins.

Gráfico 46 – Imóveis inspecionados e índice de infestação predial. Tocantins, 2000–2010.



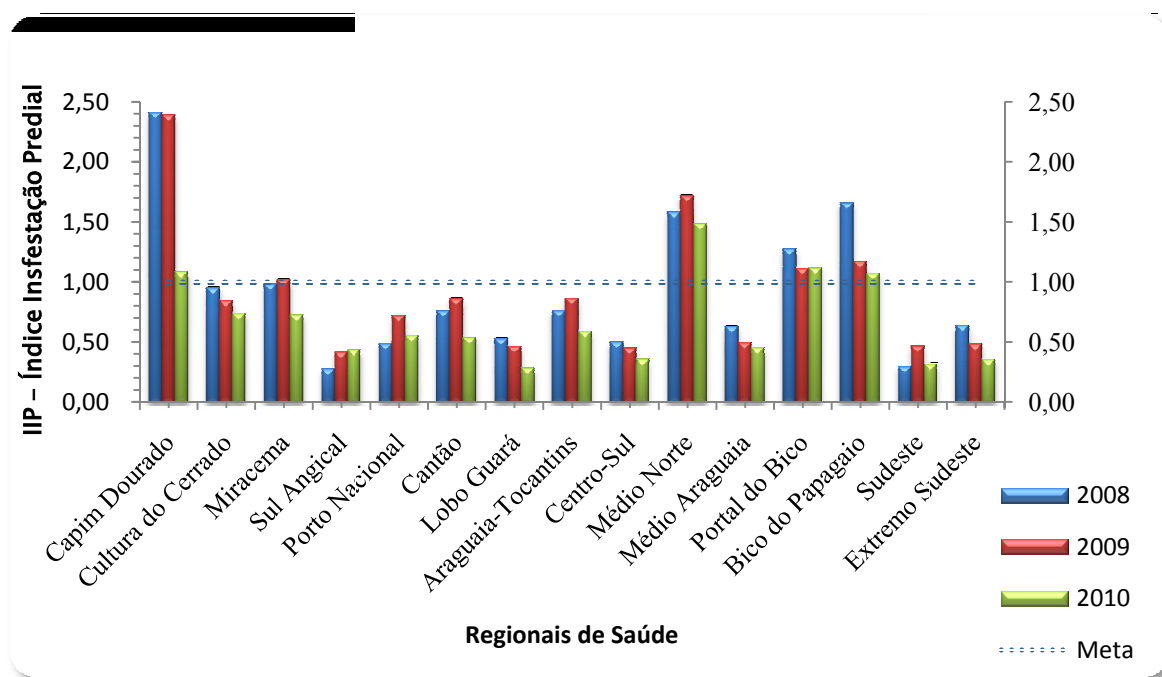
Fonte SISFAD

Entre as regionais de saúde observa-se o Índice de Infestação Predial acima de 1,0% nos três anos avaliados (2008–2010) nas regionais: **Capim Dourado, Médio Norte, Portal do Bico e Bico do Papagaio** (gráfico 47). É importante ressaltar que as duas últimas regiões citadas mantêm índices elevados devido à predominância de depósitos permanentes (caixas d'água, tambores de água para consumo, cisternas, etc), mantendo condições favoráveis para a proliferação do vetor durante todo o ano.

A região Capim Dourado e Médio Norte onde estão localizados os dois maiores municípios do Estado (Palmas e Araguaína) apresentam como principal fator responsável pela proliferação do vetor os depósitos móveis (bebedouros de animais, vasos de plantas, etc) e lixo, com predominância dos focos nas residências.

O controle do *A. aegypti* em níveis de infestação menor de 1,0% é considerado essencial para a prevenção da dengue, evitando surtos e epidemias de grandes proporções.

Gráfico 47 – Índice de infestação predial de saúde. Tocantins, 2008 – 2010.



Fonte SISFAD

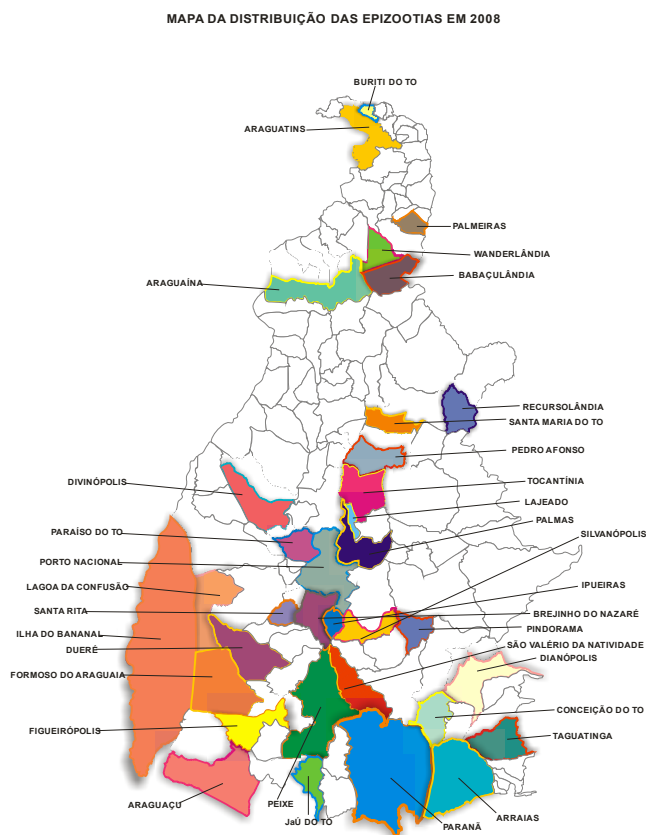
#### 1.4.4.2 – FEBRE AMARELA

A febre amarela é uma arbovirose (doença transmitida por inseto) e foi considerada um grande problema de saúde pública já enfrentado pelo Brasil. O Tocantins é caracterizado como área endêmica para febre amarela. O último registro de casos humanos confirmados foi no ano 2000. Nos últimos dez anos outros casos foram notificados como suspeitos de febre amarela, mas nenhum foi confirmado.

Em 2008 a área técnica registrou 39 casos de epizootias em 33 municípios. Dianópolis foi o único município com resultado positivo para circulação do vírus amarelo em primatas não humanos.

Em 2010, registrou-se 4 casos de epizootias em três municípios (Porto Nacional, Dueré e Natividade), mas nenhum caso foi confirmado. Todas as amostras coletadas nas investigações de epizootias são encaminhadas ao Instituto Evandro Chagas – IEC.

Figura 09 – Mapa de distribuição de epizootias. Tocantins, 2008.



Fonte: Planilha da Coordenação de Dengue e Febre Amarela do Tocantins

### 1.4.4.3– LEISHMANIOSES

#### LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)

No período de 2005 a 2010, foram registrados 2.159 casos de LV no Tocantins. Entre os anos de 2005 e 2009 os casos da doença no Estado representaram 47,0% da ocorrência na Região Norte e 9,7% no país. O Tocantins está entre os 10 estados com maior registro de casos<sup>2</sup> e a letalidade média neste período foi de 6,0%.

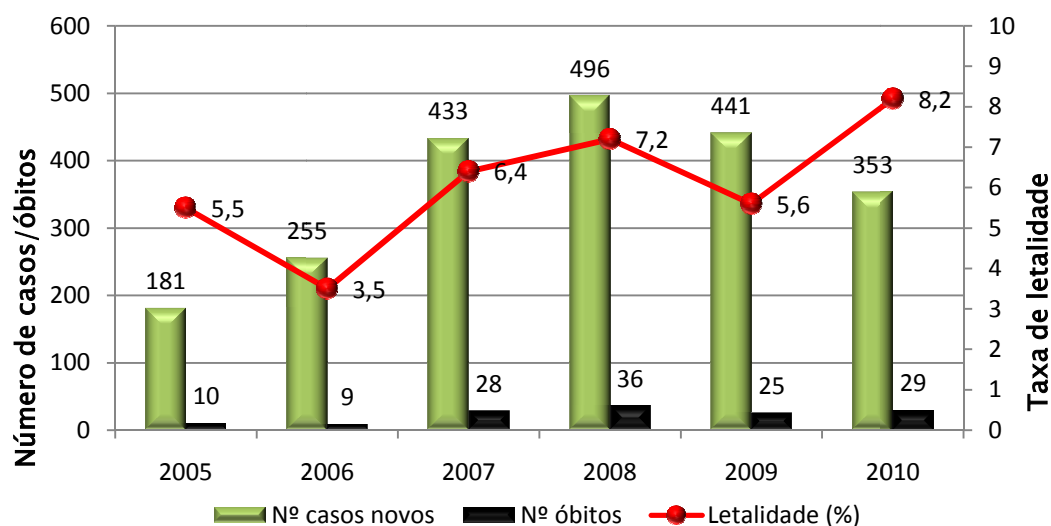
Comparando-se os casos confirmados registrados de 2006 a 2008, verifica-se um aumento de 70 e 94,5%, respectivamente (Gráfico 45). Os municípios de Araguaína (n=880), Palmas (n=216), Porto Nacional (n=153), Araguatins (n=148), Paraíso do Tocantins (n=102) e Tocantinópolis (n=77) juntos, representaram 72,9% do total de casos confirmados no período avaliado.

<sup>2</sup> Casos confirmados de Leishmaniose Visceral, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2\\_lv\\_casos\\_14\\_10\\_10.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2_lv_casos_14_10_10.pdf)>.

Visando a intensificação das ações de vigilância e controle da LV, o Ministério da Saúde, repassou incentivos financeiros, em 2008 para os 6 municípios acima relacionados, em 2009 somente para Araguaína e em 2010, para Araguatins e Araguaína.

As ações executadas foram programadas em conjunto com as equipes municipais de saúde através da elaboração de Planos de Trabalho, no qual a partir da definição das áreas de risco foram programadas as atividades de controle químico, inquérito canino e recomendação de manejo ambiental, determinando a redução dos casos observados nos anos de 2009 (11,0%) e 2010 (28,8%) (Gráfico 48).

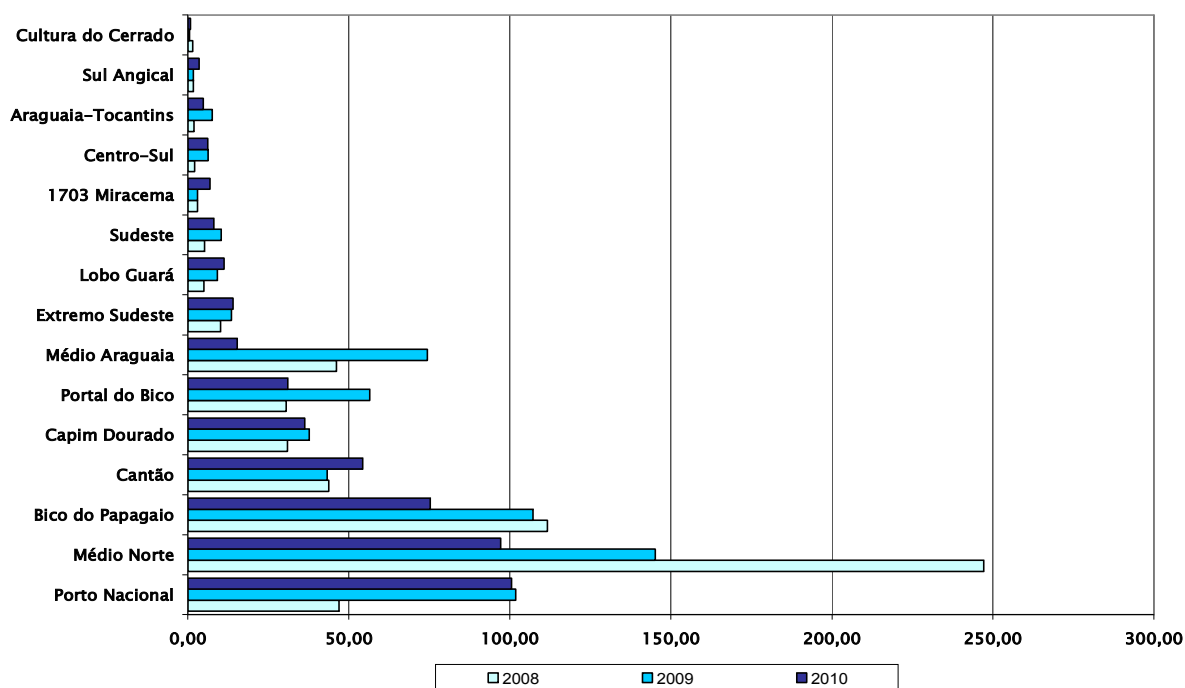
**Gráfico 48 – Número de casos, óbitos e taxa de letalidade de leishmaniose visceral. Tocantins, 2005 – 2010.**



Fonte: SINAN/SIM/SESAU/TO.

No Tocantins a LV está amplamente distribuída sendo registrada em 65,4% dos municípios. A incidência de leishmaniose visceral em 2010 concentrou-se nas Regiões de Saúde *Porto Nacional* (100,48/100000 hab.), seguida do *Médio Norte*, com 97,12/100000 hab., e *Bico do Papagaio*, com 75,33/100000 hab. (Gráfico 49).

**Gráfico 49 – Incidência de leishmaniose visceral, segundo as regiões de saúde. Tocantins, 2008 – 2010.**



Fonte: SINAN/SESAU/TO

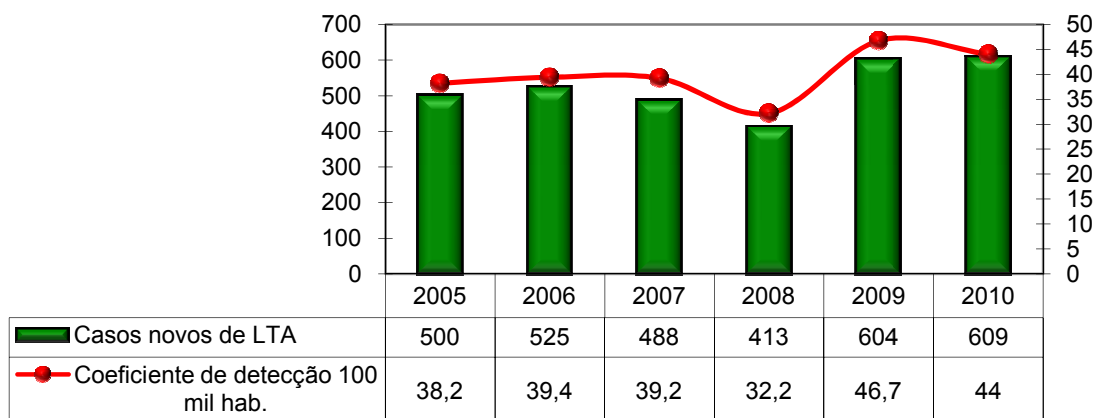
A doença foi mais freqüente em crianças menores de 10 anos (57,4%), sendo que 77,5% dos casos registrados nessa faixa etária corresponderam a crianças menores de 5 anos. O sexo masculino foi proporcionalmente o mais afetado (58,7%).

De acordo com a classificação epidemiológica adotada pelo Ministério da Saúde, o Estado apresentou 78 municípios com transmissão de LV no período de 2007 a 2009, dos quais 24,3% foram considerados prioritários para o desenvolvimento das ações de vigilância e controle vetorial e de reservatórios domésticos, além das demais ações recomendadas. Desses prioritários, 12 foram classificados como de transmissão intensa (média  $\geq 2,4$  casos nos últimos três anos), 7 de transmissão moderada (média  $\geq 2,4$  e  $< 4,4$  casos nos últimos três anos) e 59 de transmissão esporádica (média  $< 2,4$  casos nos últimos três anos).

### LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA)

No período de 2005 a 2010 foram registrados 3.139 casos novos de LTA no Tocantins. Entre os anos de 2005 e 2009, os casos da doença no Estado corresponderam a 5,4% dos casos registrados na Região Norte e 2,2% no país. O Tocantins está entre os 15 Estados com maior número de casos<sup>3</sup>. O coeficiente médio de detecção para o período foi de 40 casos por 100 mil habitantes. Em 2009, foram confirmados 604 casos novos, representando um incremento de 46,2% quando comparado ao ano anterior, mantendo essa tendência em 2010 (Gráfico 50).

**Gráfico 50 – Número de casos e coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) de leishmaniose tegumentar americana. Tocantins, 2005 – 2010.**



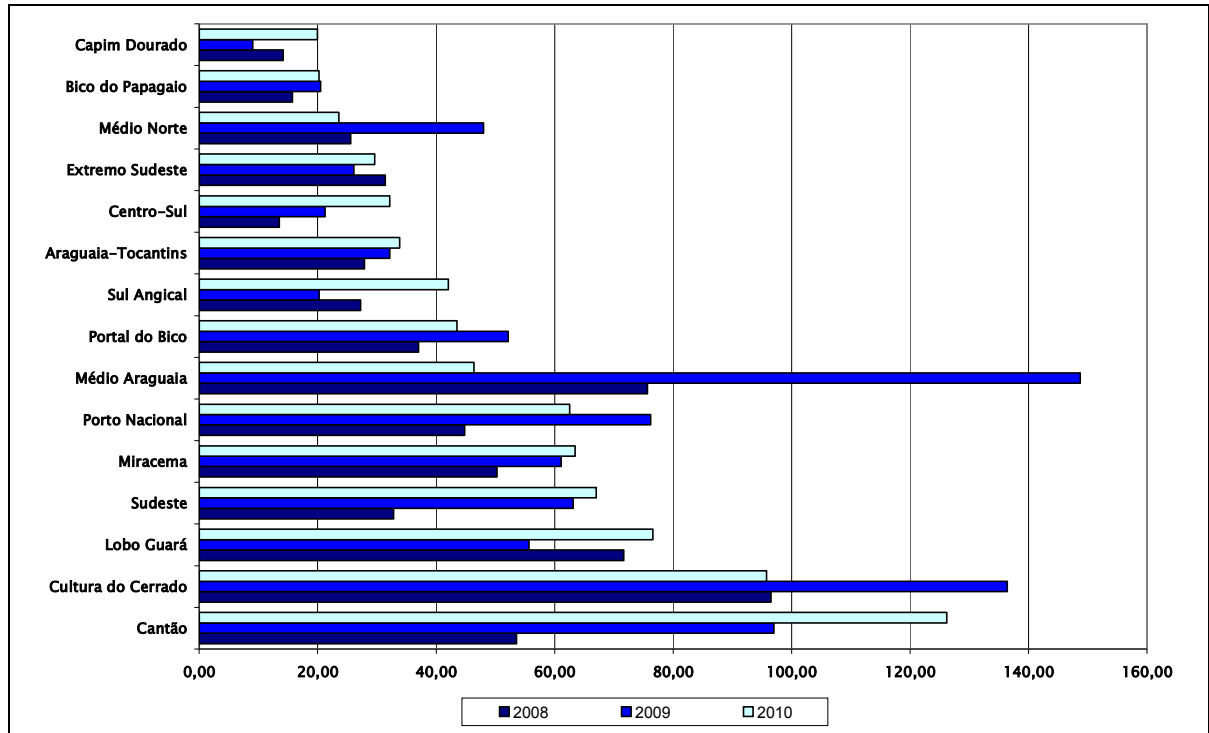
Fonte: SINAN/SESAU/TO.

A LTA está amplamente distribuída, sendo registrada em 97,1% dos municípios do Tocantins, apenas 4 se mantiveram indenes quanto à transmissão da doença: Bernardo Sayão, Conceição do Tocantins, Oliveira de Fátima e Sucupira. A incidência de casos, 15,7% concentrou-se nas Regiões de Saúde Cantão (126,20/100000 hab.), seguida da Região Cultura do Cerrado, com 97,12/100000 hab., e Região Lobo Guará, com 75,33/100000 hab., (Gráfico 51).

<sup>3</sup> Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1\\_lta\\_casos\\_27\\_10\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1_lta_casos_27_10_2010.pdf)>.



**Gráfico 51 - Incidência de LTA, segundo as regiões de saúde. Tocantins, 2008 - 2010.**



Fonte: SINAN/SESAU/TO

Dentre os casos registrados, 75,1% ocorreram entre homens (n=2.360) e 94,3% entre maiores de 10 anos (n=2.961), grupo mais exposto aos ambientes em que ocorre a transmissão. Ressalta-se que 91,7% (n=2.881) dos casos apresentaram a forma cutânea da doença.

No monitoramento da assistência ao doente, na rede de serviços de saúde, destaca-se que no período avaliado, 82,5% dos casos foram confirmados laboratorialmente (n=2.591), como também o percentual de cura<sup>4</sup> médio dos pacientes tratados foi de 89,4% (n=2.809).

Em virtude das características epidemiológicas da LTA – diversidade de agentes, reservatórios e vetores – as estratégias de controle devem ser flexíveis, distintas e adequadas a cada região ou foco em particular. Por essa razão, duas linhas de ação têm sido priorizadas: diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos humanos, bem como a vigilância entomológica.

No período avaliado, foram realizadas 11 capacitações em “*Diagnóstico Laboratorial da Leishmaniose Tegumentar Americana*” em parceria com o LACEN, sendo verificado em 2010 um maior percentual de pacientes que tiveram o diagnóstico da doença confirmado clínico-laboratorialmente, chegando a 89,9%.

<sup>4</sup> A avaliação de cura para o ano de 2010 é parcial e sujeita à revisão.

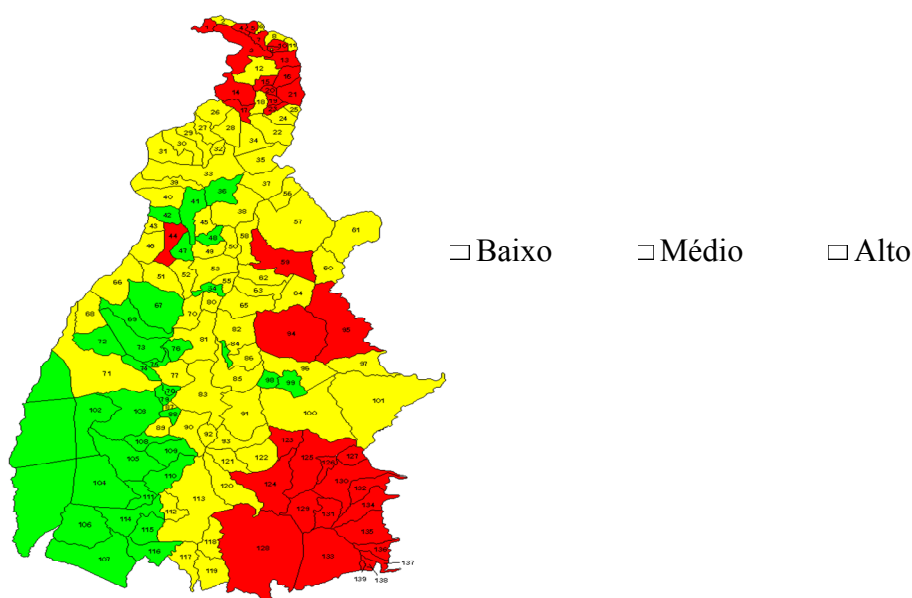
As atividades de vigilância entomológicas para LTA iniciaram a partir de 2007, seguindo a metodologia proposta pelo Ministério da Saúde, quando foram realizadas “*Pesquisas Entomológicas em Foco*” em 6 municípios do Estado. Somando-se as espécies capturadas nas atividades de vigilância entomológica direcionadas à leishmaniose visceral além das específicas da LTA, foram identificadas 74 espécies de flebotomíneos, sendo que destas, 10 possuem importância na transmissão da doença.

#### 1.4.4.4 –DOENÇA DE CHAGAS

Pertencente à Amazônia Legal, o Estado do Tocantins é uma área endêmica de baixa incidência de doença de Chagas (2005–2010). Em 2002, o Estado foi certificado como área livre de transmissão vetorial da doença de Chagas pelo *Triatoma infestans*, porém, de acordo com os dados produzidos através das ações de vigilância e controle, verifica-se que a fauna triatomínica é bastante diversificada, sendo as espécies predominantes: *Triatoma sordida*, *Panstrongylus geniculatus*, *Rhodnius neglectus*, *Rhodnius pistipes*, *Triatoma pseudmaculata*, *Triatoma costalimai* e *Rhodnius robustus*.

De acordo com a estratificação de risco para transmissão da doença de Chagas estabelecida pelo Estado, 37 municípios estão classificados com de alto risco, 70 como de médio risco e 32 de baixo risco (Figura 10).

**Figura 10 – A estratificação de risco para transmissão da doença de Chagas. Tocantins. 2010.**

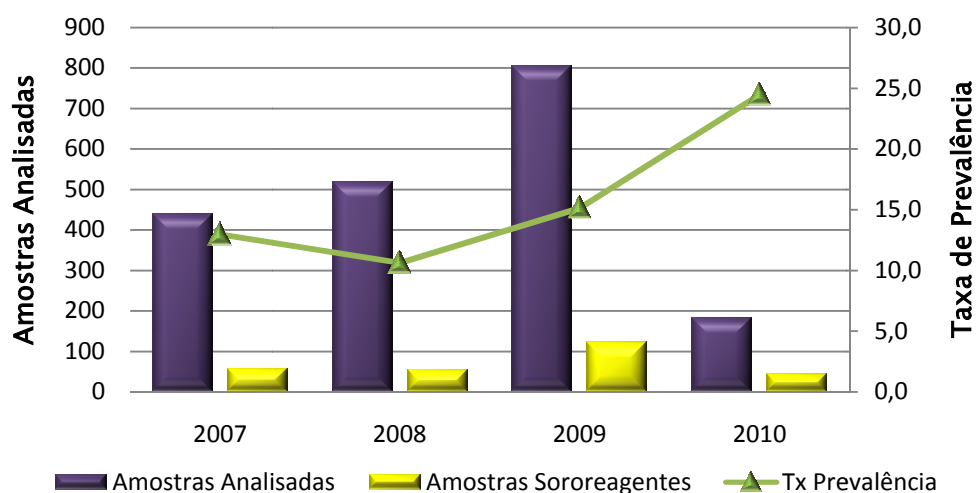


No período de 2005 a 2010 ocorreram sete casos da Doença de Chagas Aguda – DCA, distribuídos nos municípios de Pindorama do Tocantins (n=1), Augustinópolis (n=1), Axixá do Tocantins (n=4) e Esperantina (n=1). Este número restrito de casos agudos se dá em função da difícil suspeição clínica por causa da pouca ou nenhuma expressão clínica apresentada pelo paciente nesta fase. Mas também, pela intervenção do Estado e dos Municípios através de ações de controle e prevenção, sendo estas o controle residual e vetorial através da busca ativa e passiva do vetor, inquérito soro epidemiológico e a garantia da qualidade do diagnóstico e tratamento oportuno dos pacientes chagásicos.

Contudo, ainda é preciso haver o trabalho contínuo de controle e prevenção da doença de Chagas no Estado para limitar sua propagação e amenizar suas conseqüências.

A contínua detecção de casos crônicos de doença de Chagas e sua localização dentro da Amazônia Legal mantêm o Estado na condição de área endêmica. Os casos crônicos ou indeterminados deste agravo são detectados durante avaliações de rotina (indeterminados) ou quando os pacientes apresentam complicações (casos crônicos). Nestes casos, a definição da área de infecção e as medidas de vigilância epidemiológica obtêm resultados pouco produtivos, pelo que as ações de vigilância estão restritas aos casos agudos, onde existe a possibilidade de controle ambiental e vetorial. Ao avaliar o quantitativo de amostras analisadas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Estado (LACEN) no período de 2007 a 2010 (Gráfico 52) observa-se aumento da soroprevalência da doença de Chagas.

**Gráfico 52 – Análise das amostras analisadas pelo Lacen.Tocantins, 2007 – 2010.**

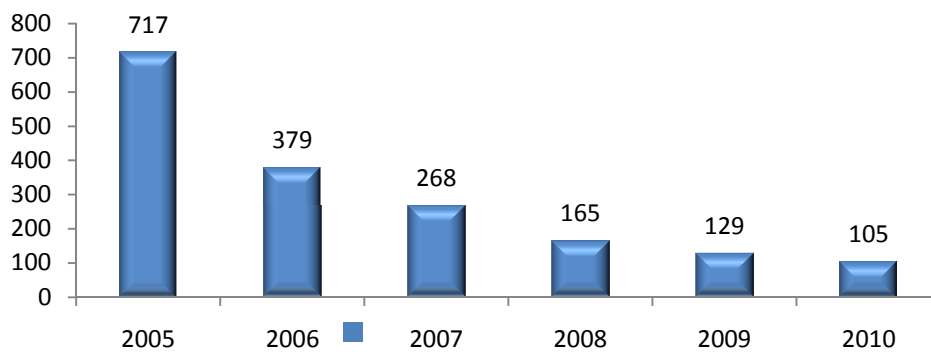


Fonte: LACEN

#### 1.4.4.5 – MALÁRIA

O Estado do Tocantins tem apresentado nos últimos anos redução contínua no número de casos de malária (Gráfico 53). Em 2005 foram registrados 717 casos e em 2010 foram 105 casos, caracterizando redução de 85,4% no período.

**Gráfico 53 – Casos confirmados de malária. Tocantins. 2005 – 2010.**



Fonte: SIVEP-MALÁRIA

Devido à redução de casos, o Estado, atualmente, não possui nenhum município com Incidência Parasitária Anual (IPA) de alto ou médio risco, a maioria se enquadra em área sem risco de transmissão e apenas 19 municípios são classificados como de baixo risco.

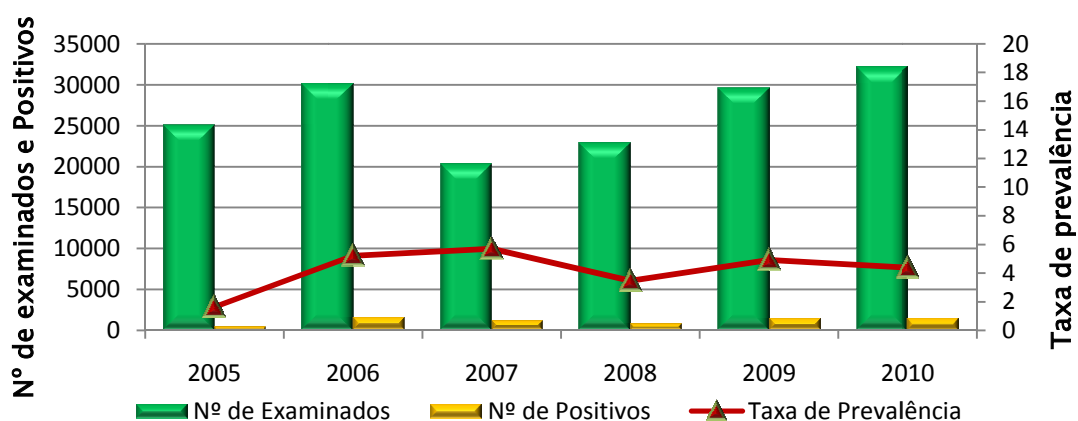
Se retirarmos os casos importados do ano de 2010, o número de municípios com casos autóctones reduziria a 07 (sete): Araguatins, Caseara, São Sebastião do Tocantins, Axixá do Tocantins, Sítio Novo do Tocantins, Carrasco Bonito e Ananás. No ano de 2005, 37 municípios apresentaram autoctonia, representando uma redução da autoctonia de 81,0%.

Em relação ao percentual de casos autóctones de malária por *P. falciparum* em 2010, o Estado alcançou redução de 96,0% quando comparado com o Estado também apresentou redução de 66,0% no número de internações por este agravo. Em 2005 foram registradas 178 internações, contra 60 em 2010. Apesar da redução, ao compararmos o total de internações de 2010 com número de casos, percebeu-se que o percentual de internação é elevado (57,0% dos casos). A maioria das internações corresponde a casos importados (84,0% do total em 2010). Pacientes de outros estados buscam atendimento nas unidades de saúde do Tocantins, o que tem como consequência de diagnósticos tardios e maior número de complicações.

### 1.4.4.6 – TRACOMA

No Estado do Tocantins, dados dos inquéritos epidemiológicos realizados no período de 2005 a 2010 foram avaliados 65 municípios, sendo examinados um total de 160.241 crianças, detectando 6.797 casos positivos com prevalência de 4,2% (Gráfico 54).

**Gráfico 54 – Número de crianças examinadas, positividade e prevalência de tracoma. Tocantins. 2005 – 2010.**



Fonte: SINAN/SESAU/TO.

As ações de capacitação em diagnóstico e tratamento de tracoma iniciadas em 2007 contribuíram para a diminuição da prevalência deste agravo. Estas ações repercutiram na intensificação da busca ativa de casos em escolares, assim como no controle e tratamento dos casos e comunicantes.

As regiões norte e nordeste do Estado continuam apresentando altas taxas de detecção, com porcentagens semelhantes ao inquérito de 2004. No período avaliado foram descobertas prevalências acima de 5,0% em 52 municípios.

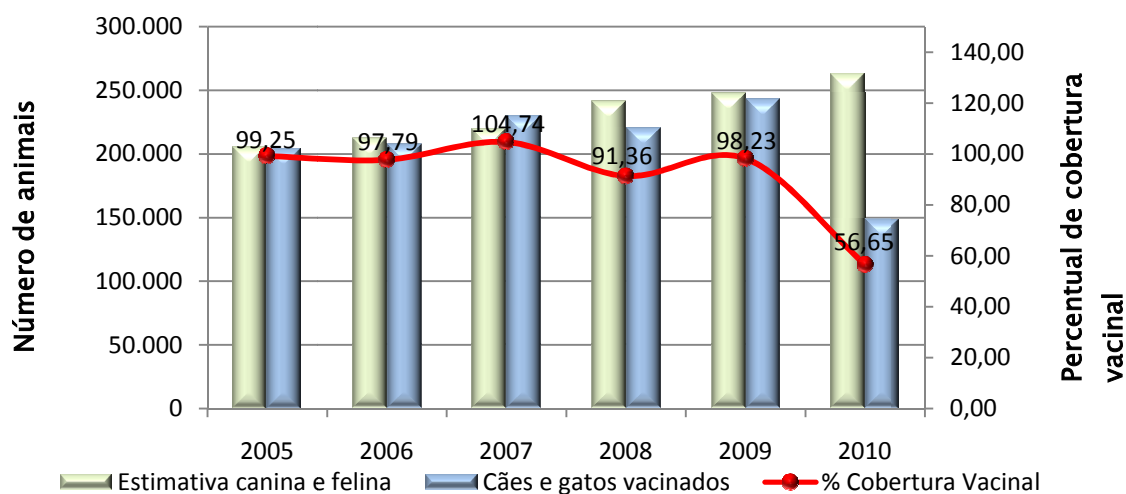
### 1.4.5 – ZONOSSES E ANIMAIS PEÇONHENTOS

As zoonoses são consideradas um grande problema de saúde pública, pois representam 75,0% das doenças infecciosas emergentes no mundo. No Tocantins há uma vigilância epidemiológica ativa que abrange os agravos de notificação compulsória de relevância para o Estado.

#### 1.4.5.1 – RAIVA

No período de 2005 a 2010, foi notificado um caso de raiva canina transmitida por morcego no município de Gurupi (2007). O último caso registrado de raiva humana foi em 2002. A cobertura vacinal no Estado nesse período foi de 91,3%, em 2010 a interrupção da campanha devido a reações adversas com a vacina antirrábica animal no Brasil contribuíram para a queda da cobertura. E alguns municípios não obtiveram homogeneidade de cobertura vacinal. (Gráfico 55).

**Gráfico 55 – Cobertura da vacinação anti-rábica animal. Tocantins, 2005–2010.**



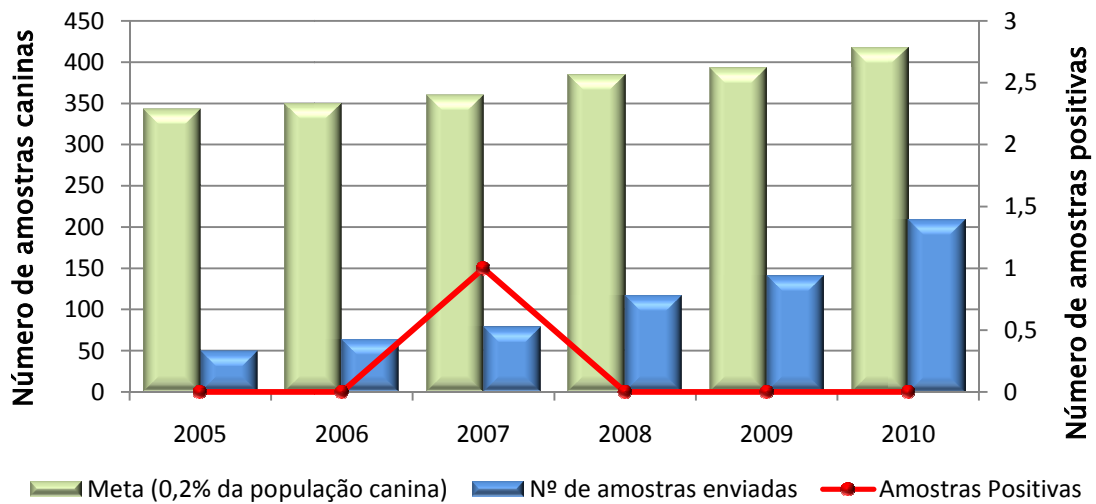
Fonte: SINAN/SESAU/TO.

Neste período, foram registrados 197 casos de raiva em herbívoros por agressões de morcegos. As espécies mais acometidas foram bovinos, eqüinos, caprinos e ovinos. Essa situação demanda esforços adicionais no sentido de intensificar as ações de controle com objetivo de interromper o ciclo de transmissão da raiva no Estado. Devem ser priorizadas as ações de vigilância

epidemiológica, principalmente na atenção às pessoas expostas a animais contaminados e agressões por possíveis reservatórios da doença.

No ano de 2007 foi detectado um caso positivo canino dentre as amostras de cérebro analisadas no LACEN. O número de amostras enviadas tem apresentado uma curva crescente, porém, ainda valores inferiores à meta pactuada. (Gráfico 56).

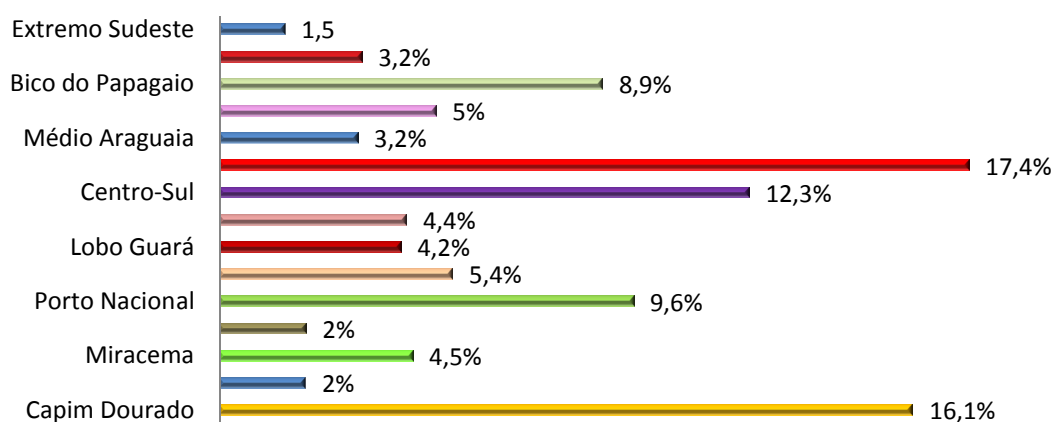
**Gráfico 56 – Amostras de cérebro enviadas ao LACEN para diagnóstico laboratorial de raiva. Tocantins. 2005 – 2010.**



Fonte: SINAN/SESAU/TO.

O número de notificações de atendimento anti-rábico neste período foi de 24.720 casos, a maioria das notificações procedeu das regiões de saúde Médio Norte, Capim Dourado, Centro Sul e Porto Nacional com 55,4% das notificações como demonstra o gráfico abaixo.

**Gráfico 57 – Distribuição dos atendimentos anti-rábcicos segundo regiões de saúde. Tocantins, 2006 –2010.**



Fonte: SINAN/SESAU/TO.

#### 1.4.5.2 – FEBRE MACULOSA BRASILEIRA

A Febre Maculosa Brasileira é uma doença febril aguda, de gravidade variável, causada por bactéria e transmitida por carrapatos infectados. No período de 2009 a 2010, foram notificados 31 casos suspeitos deste agravo, sem ocorrência confirmada da *Rickettsia rickettsii* no Estado.

#### 1.4.5.3 – HANTAVIROSE

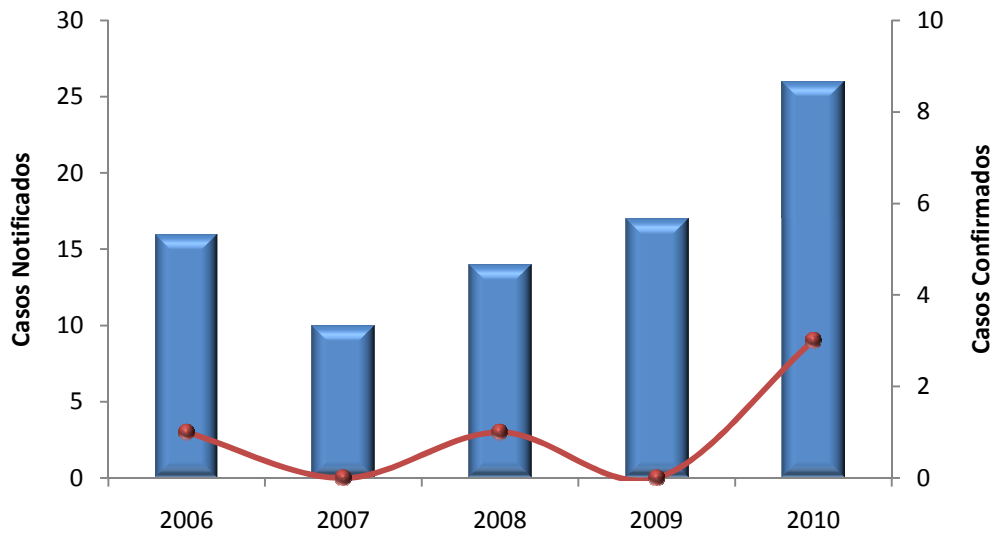
A Hantavirose é uma doença infecciosa grave e aguda, de caráter sazonal, com alta taxa de morbidade (88,6% dos pacientes necessitaram de assistência hospitalar) e letalidade (média nacional 46,7%). O hantavírus é eliminado através da saliva, fezes ou urina de roedores silvestres, a principal forma de infecção ocorre quando a pessoa inala poeira em ambientes onde o vírus esteja presente, principalmente, locais fechados.

No período de 2009 a 2010, foram notificados 08 casos suspeitos deste agravo, sem ocorrência confirmada do hantavírus no Estado.



1.4.5.4 – LEPTOSPIROSE

Gráfico 58 – Casos notificados e confirmados de Leptospirose. Tocantins, 2006 – 2010.



Fonte: SINAN/SESAU/TO.

Os 5 casos com sorologia reagente são dos municípios de Dianópolis (n=1, 2006), Araguaína (n=1, 2009 e n=2, 2010) e Paraíso (n= 1).

A leptospirose é doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro pode variar desde um processo inaparente até formas graves, causada pela bactéria *Leptospira spp*, que acomete o homem e os animais. A doença apresenta alta letalidade, no Brasil cerca de 12,0% de acordo com o Ministério da Saúde.

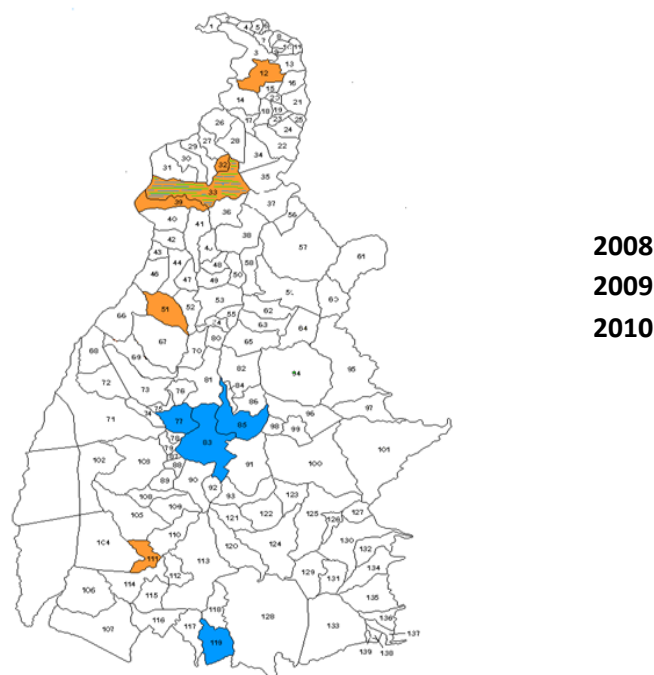
No período de 2006 a 2010 foram notificados 83 casos suspeitos, sendo 5 casos confirmados laboratorialmente (Gráfico 58).

1.4.5.5– BRUCELOSE

A Brucelose é uma doença infecciosa bacteriana sistêmica, provocada pelo gênero *Brucella spp*. Embora não esteja na lista de Notificação Nacional e Estadual, a doença é de interesse Estadual em virtude da ocorrência de casos devido à presença de bovinos0,,, positivos e a facilidade com que algumas espécies do gênero *Brucella* podem ser transmitidas aos animais e ao homem.

No período de 2008 a 2010 foram notificados 53 casos de Brucelose (Figura 13). Estima-se que para cada 01 (um) caso diagnosticado, exista 25 (vinte e cinco) não detectados.

Figura 13 – Casos confirmados de brucelose humana. Tocantins 2008 – 2010.



Deve-se priorizar as ações de vigilância epidemiológica, principalmente, diagnosticar e tratar precocemente os casos humanos, realizar busca ativa de casos suspeitos, preencher adequadamente a ficha estadual de acompanhamento, realizar investigação *in loco* e acompanhar os casos e surtos.

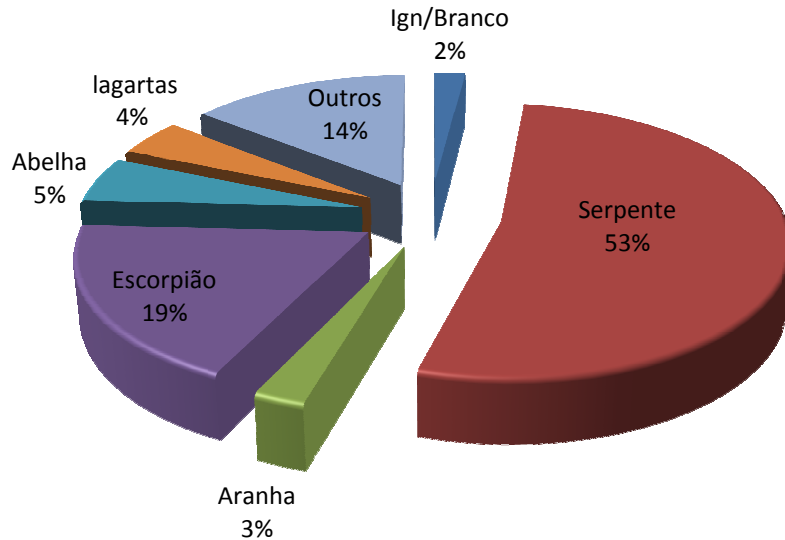
#### 1.4.5.6– ANIMAIS PEÇONHETOS

Gráfico 59 – Distribuição anual dos acidentes por animais peçonhentos. Tocantins, 2005 – 2010.



Fonte: SINAN/SESAU/TO.

**Gráfico 60 – Distribuição dos acidentes por tipo de animal agressor. Tocantins, 2005 – 2010.**



Fonte: SINAN/SESAU/TO.

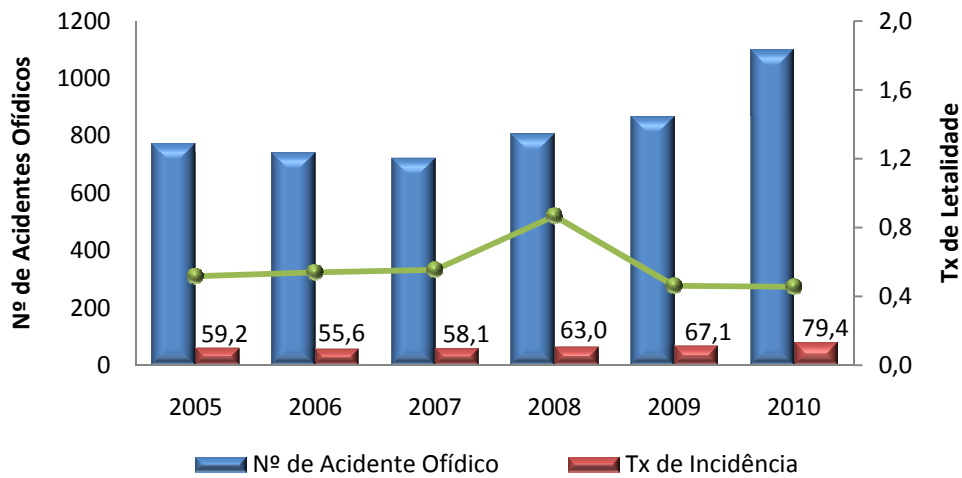
No período de 2005 a 2010 foram notificados 9.561 casos de acidentes por animais peçonhentos, correspondendo uma média de 1.576 casos/ano.

Observa-se neste período um aumento contínuo do número de acidentes por animais peçonhentos (Gráfico 59). Sendo o sexo masculino acometido em 69,0% dos acidentes e a faixa etária de maior ocorrência entre 20 e 49 anos, com predomínio dos acidentes na zona rural, correspondendo ao grupo relacionado com a força de trabalho agrícola.

Os acidentes ofídicos ocorrem com maior frequência no Estado e corresponderam a 53,0% dos casos notificados (Gráfico 61). A maior incidência de acidentes ofídicos ocorreu em 2009 e 2010, com 67 casos/100 mil hab. e 79 casos/100 mil hab. respectivamente.

Nesse período foram registrados 28 óbitos, todos decorridos por acidentes ofídicos. A letalidade variou de 0,5 a 0,9%, conforme gráfico 58. Ainda existe no Estado pacientes que não procuram assistência médica devido a hábitos culturais.

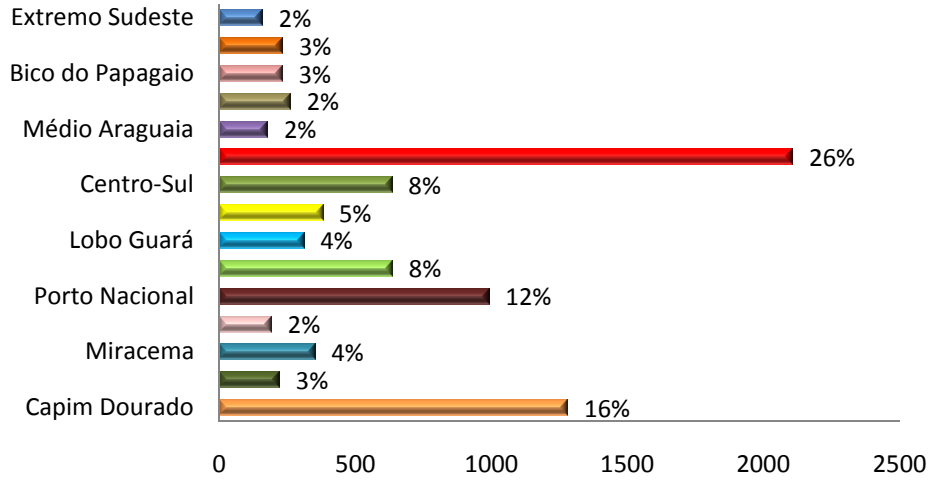
**Gráfico 61 – Número de casos, incidência e letalidade dos acidentes ofídicos. Tocantins, 2005 – 2010.**



Fonte: SINAN/SESAU/TO.

Os conhecimentos sobre as áreas de maior risco e a distribuição geográfica dos agentes peçonhentos causadores 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. A maioria das notificações procedeu das regiões de saúde Médio Norte, Capim Dourado e Porto Nacional que representam 54,0% das notificações como mostra o gráfico 62.

**Gráfico 62 – Acidentes por animais peçonhentos segundo as regiões de saúde. Tocantins, 2006–2010.**



Fonte: SINAN/SESAU/TO.

É necessário manter e intensificar as ações de vigilância epidemiológica no sentido de melhorar a assistência aos pacientes nas unidades de saúde do Estado, com diagnóstico precoce e tratamento específico e adequado, assim como educação em saúde, primeiros socorros e prevenção.

**1.4.6– DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT são doenças caracterizadas por estados patológicos crônicos, cuja etiologia está relacionada com fatores comportamentais, ambientais ou degenerativos.

Atualmente, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios para a saúde, pois ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, as DCNT responderam por 62,8% do total de mortes por causa conhecida no ano de 2004 (VIGITEL, 2006). Há estimativas para os próximos 10 anos que 388.000.000 pessoas morrerão em decorrência de alguma doença crônica.

Os custos por internação das DANT no estado do Tocantins no período analisado variaram entre 41,67% a 43,66% apresentando uma seqüência semelhante entre os anos avaliados (quadro 2).

**Quadro 2 – Valor total dos custos de internação Geral e das DANT. Tocantins, 2005–2010.**

Ano competência	Tipo de Internação	Valor total
2005	Geral	46.840.424,13
	DANT	19.917.702,58
	%	42,5
2006	Geral	49.315.809,15
	DANT	20.634.190,75
	%	41,8
2007	Geral	51.935.516,36
	DANT	21.646.257,46
	%	41,67
2008	Geral	62.132.740,05
	DANT	27.020.402,23
	%	43,5
2009	Geral	75.088.651,02
	DANT	32.787.674,64
	%	43,7
2010	Geral	79.010.508,85
	DANT	33.017.181,02
	%	41,8

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – SIH-DATASUS

**1.4.7 – VIOLÊNCIA E ACIDENTES**

No Brasil e no mundo, os números relativos à morbimortalidade por causas externas (violência e acidentes) constituem uma das maiores preocupações para chefes de /estados e dirigentes do setor saúde.

As causas externas (Violência e Acidentes) têm se manifestado com indicadores mais elevados para o sexo feminino em algumas naturezas de violência, como, a sexual e doméstica. Nos casos de violência auto-infligida, o número de suicídios entre os homens é maior, já o sexo feminino tem um índice maior de tentativas de suicídio.

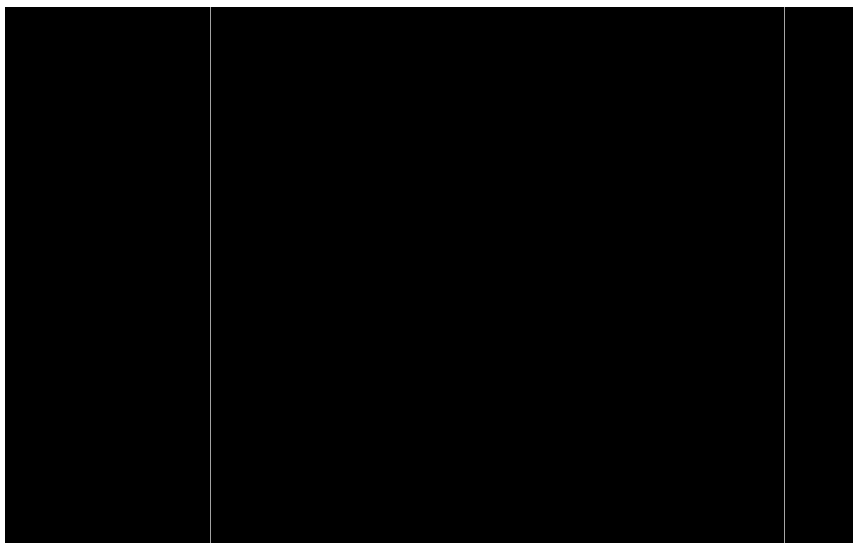
O número de notificações de casos de violências no Estado do Tocantins tem crescido a cada ano e isso é notório. Vale à pena ressaltar que esse crescimento se deu em virtude do início em 2008, das capacitações para o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de violências domésticas, sexual e outras violências de forma gradual nos municípios do Estado, levando assim a um maior registro desses eventos.

**Tabela 27 – Notificações de Violência segundo Sexo. Tocantins, 2008 – 2010.**

Violências	Masculino			Feminino		
	ANOS					
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
<b>Notificações</b>	6	145	208	3	253	452

Fonte: SINAN – NET

**Gráfico 63 – Notificações de Violência segundo Sexo. Tocantins. 2008 – 2010.**



Fonte: SINAN – NET

**Tabela 28 - Notificações de Violência, segundo natureza. Tocantins. 2009-2010.**

Notificações de Violência	Anos			
	2009		2010	
	N.º	%	N.º	%
Física	269	56,1	418	44,5
Auto Provocada	9	1,9	200	21,3
Psicológica/Moral	109	22,8	176	18,8
Sexual	64	13,4	66	7,0
Tortura	10	2,1	50	5,3
Negligência/Abandono	14	2,9	25	2,7
Financeira/Econômica	4	0,8	4	0,4
<b>Total</b>	<b>479</b>	<b>100,0</b>	<b>939</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN - NET

As causas externas (acidentes e violências) têm representado, historicamente, a segunda causa de mortalidade de residentes no Tocantins, ficando atrás somente dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, evidenciando ser um dos principais problemas atuais da Saúde Pública.

No grupo de causas externas estão presentes causas diversas, que apontam determinantes e abordagens preventivas diferentes. Em 2009 os acidentes de transporte apareceram em primeiro lugar com 44,2% do total de óbitos, seguido dos homicídios (27,4%), outros tipos de acidentes (16,9%) e dos suicídios (7,5%). (Tabela 29)

O problema é ainda mais preocupante pelo fato de serem os adolescentes e jovens as maiores vítimas dos acidentes e violências. No grupo etário de 15 a 29 anos, 26,5% dos óbitos foram por causas externas.

Observa-se a supremacia do sexo masculino na maioria dos eventos violentos, mais evidentes nas mortes por acidente de transporte e por homicídio, onde o sexo masculino assume respectivamente 43,2% e 29,5% do total de óbitos. Observa-se nas mortes outras causas o maior equilíbrio entre os sexos. (Gráfico 65). O encontro de uma sobremortalidade masculina por causas externas é bastante comum e reflete a maior participação deste sexo em atividades ou profissões de maior risco.

Os coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) apresentaram os seguintes valores: 81,34 para o total da população, 67,49 para o sexo masculino e 13,78 para o feminino, em 2009 (Tabela 29).

A taxa de mortalidade por acidentes de transporte permaneceu destacadamente na liderança das causas externas no período de 2003 a 2009, dentre estes, os acidentes por motociclistas e quedas. Os homicídios



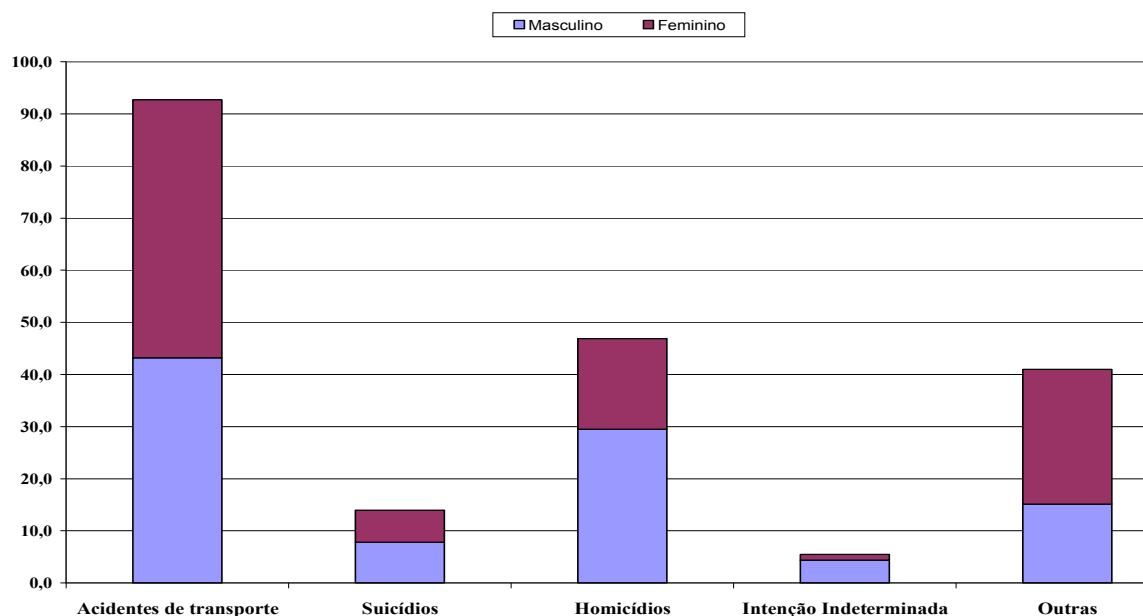
permaneceram como a segunda causa violenta de morte no Estado. O grupo “outros” que engloba todos os eventos que acontecem em menor número, assim como os afogamentos, queimaduras, etc., como também os óbitos cujas causas foram classificadas como não especificadas ou de intenção não determinada no processo de investigação, apresentaram declínio durante o período (Gráfico 64 e Tabela 29).

**Tabela 29 – Distribuição das mortes por causas externas, segundo sexo e tipo. Tocantins, 2009.**

Causas	Masculino			Feminino			Ign			Total		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
Acidentes de transporte	377	43,2	29,18	88	49,4	6,81	-	-	-	465	44,2	35,99
Homicídios	257	29,5	19,89	31	17,4	2,40	-	-	-	288	27,4	22,29
Outras	132	15,1	10,22	46	25,8	3,56	-	-	-	178	16,9	13,78
Suicídios	68	7,8	5,26	11	6,2	0,85	-	-	-	79	7,5	6,11
Intenção Indeterminada	38	4,4	2,94	2	1,1	0,15	1	100,0	7,74	41	3,9	3,17
<b>Total</b>	<b>872</b>	<b>100,0</b>	<b>67,49</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>	<b>13,78</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>7,74</b>	<b>1051</b>	<b>100,0</b>	<b>81,34</b>

Fonte:SIM

**Gráfico 64 – Distribuição percentual da mortalidade por causas externas, segundo sexo. Tocantins, 2009.**



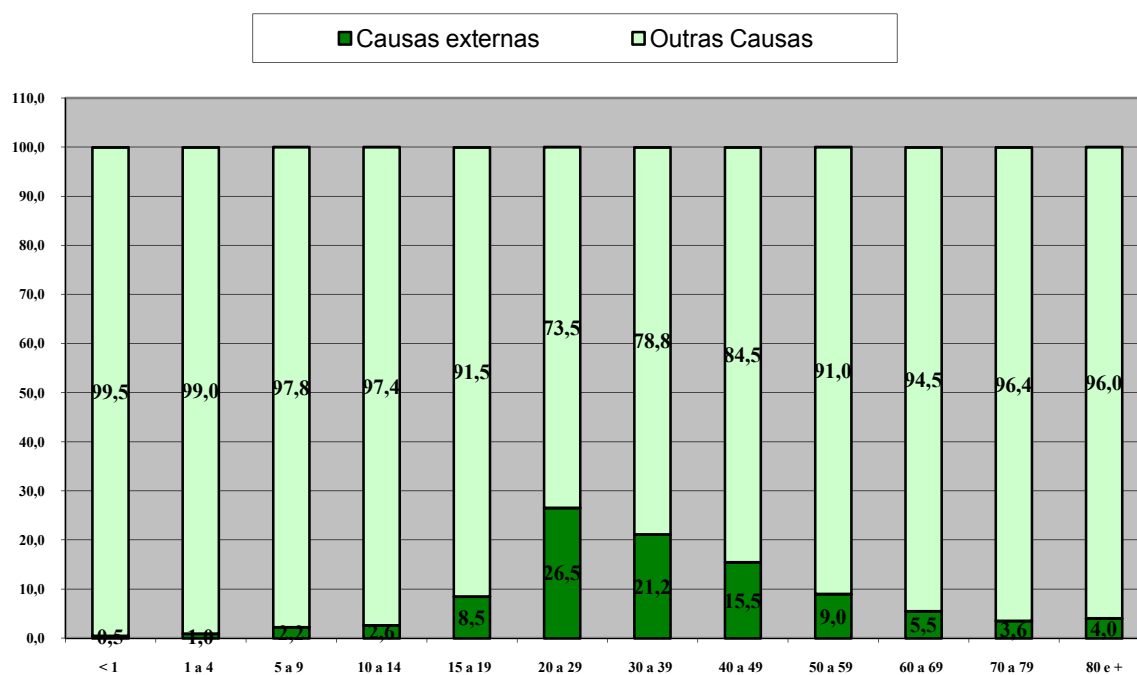
Fonte:SIM

Tabela 30 – Mortalidade por causas externas segundo faixa etária. Tocantins, 2009.

Faixa Etária	Nº	%	Taxa
< 1	5	0,5	20,64
1 a 4	10	1,0	10,02
5 a 9	23	2,2	17,35
10 a 14	27	2,6	20,99
15 a 19	88	8,5	67,66
20 a 29	276	26,5	109,25
30 a 39	220	21,2	117,25
40 a 49	161	15,5	114,87
50 a 59	94	9,0	101,59
60 a 69	57	5,5	98,81
70 a 79	37	3,6	114,92
80 e +	42	4,0	301,88
<b>Total</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>	<b>80,49</b>

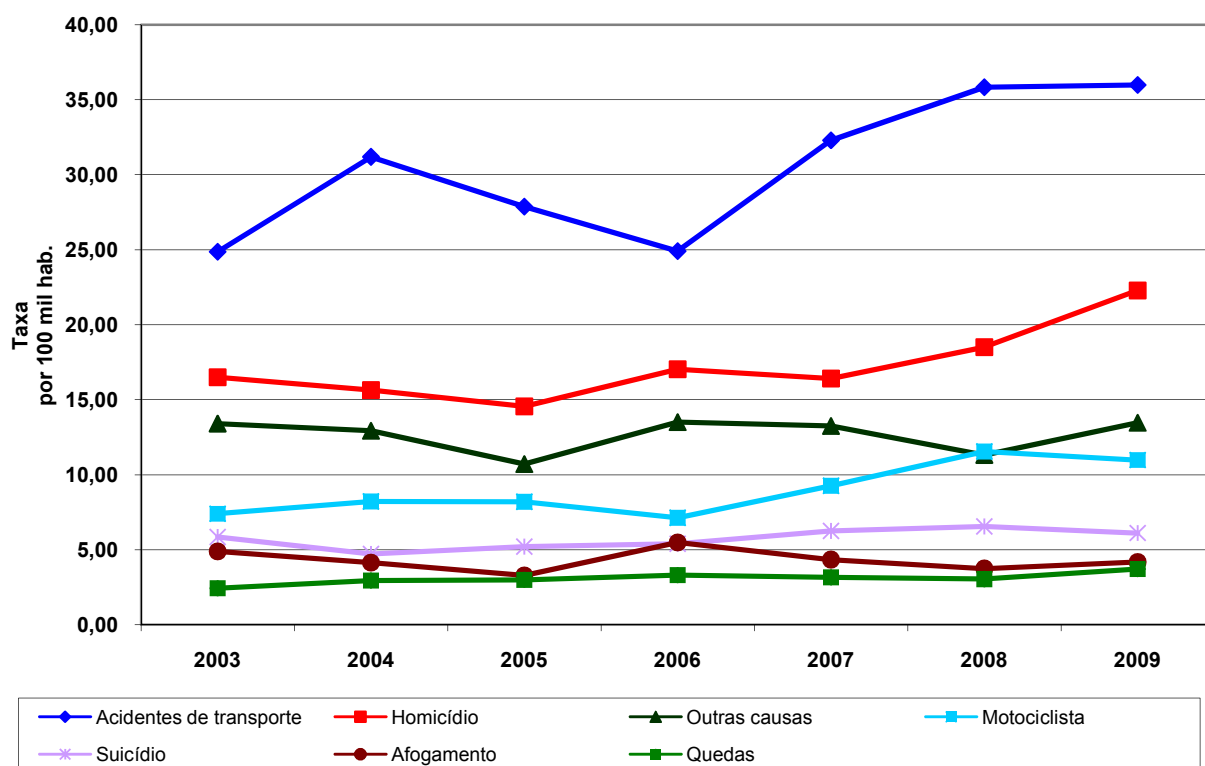
Fonte:SIM

Gráfico 65 – Percentual de óbitos por causas externas em relação ao total de óbitos por faixa etária. Tocantins, 2009.



Fonte:SIM -Datusus

Gráfico 66 - Taxa de mortalidade por causas externas. Tocantins, 2003 - 2009.



### 1.4.8 – IMUNIZAÇÃO

As ações de vacinação se constituem nos procedimentos de melhor relação custo e efetividade no setor saúde. O declínio acelerado da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso país e em escala mundial comprova o enorme benefício que é oferecido às populações através de vacinas. A vacinação contempla a população brasileira, abrangendo não somente crianças, mas adolescentes, jovens, adultos e idosos.

As doenças evitáveis por vacina estão em franco declínio, com diminuição drástica dos casos de sarampo, difteria, tétano e coqueluche. No Tocantins, a cobertura vacinal (rotina e campanhas) retrata o alcance de coberturas preconizadas pelo Ministério da Saúde em todas as vacinas, com exceção da febre amarela que apresentou coberturas inferiores do ideal (100%), nos anos 2005, 2008 e 2010 onde a cobertura foi de 88,9%, 93,7% e 93,1%, respectivamente.

**Tabela 31 – Cobertura vacinal de rotina<sup>5</sup> e campanha, segundo tipo de imunobiológicos. Tocantins, 2005 – 2010.**

Imunobiológicos	Anos					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>&lt; 1 ano</b>						
BCG	98,7	111,6	109,1	107,6	104,0	100,7
Contra Hepatite B (HB)	91,5	105,9	105,1	97,6	105,7	97,5
Oral Contra Poliomielite (VOP)	94,7	108,9	109,0	99,9	107,8	97,2
Tetraivalente (DTP/Hib) (TETRA)	93,8	108,7	108,0	99,7	107,9	97,5
Contra Febre Amarela (FA)	88,9	100,7	102,6	93,7	100,3	93,1
<b>1 ano</b>						
Tríplice Viral (SCR)	89,5	99,6	103,6	99,1	99,7	95,3
Rotavirus	-	-	-	81,3	88,0	83,6
<b>Campanhas</b>						
Oral Contra Poliomielite (1ª etapa) 1- 4 a	92,2	94,3	102,5	104,1	100,2	95,8
Oral Contra Poliomielite (2ª etapa) 1- 4 a	92,2	95,1	102,4	107,3	109,3	98,4
Contra Influenza (INF) > 60 a	87,6	88,9	79,6	91,8	89,7	83,2

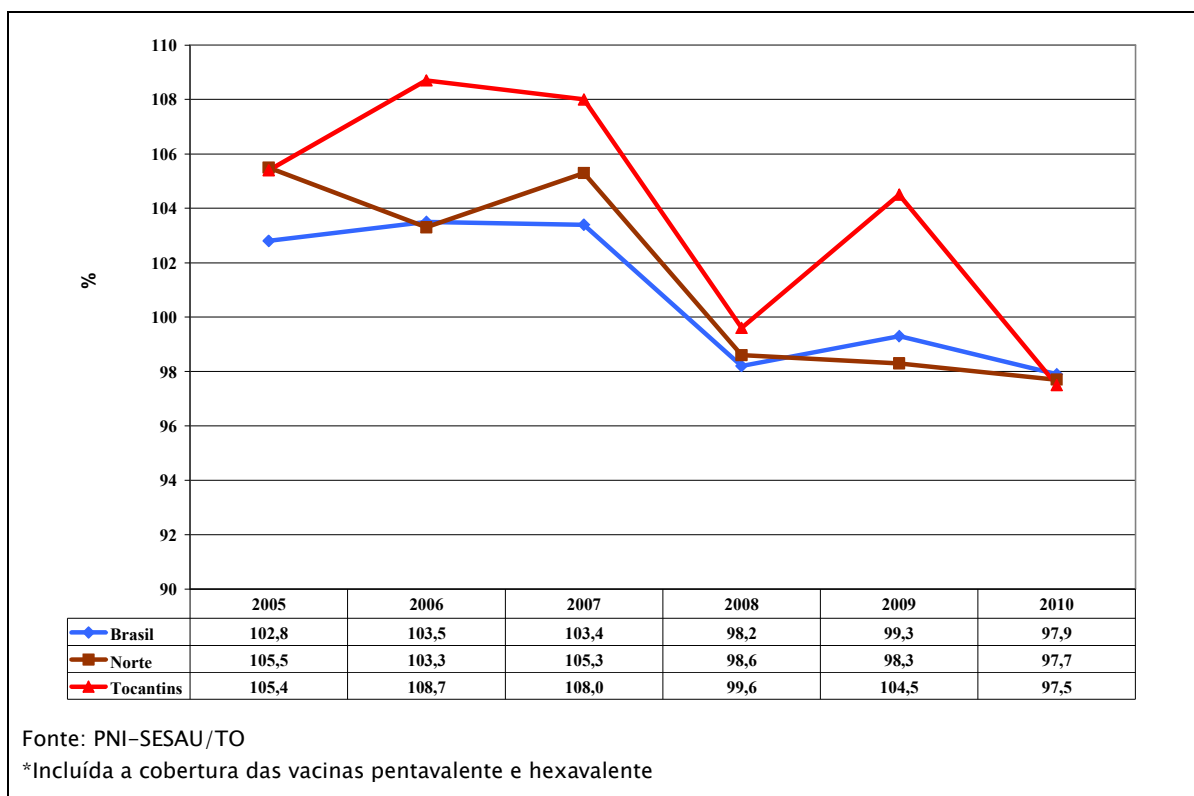
Fonte: SESAU-TO/PNI

<sup>5</sup> Nota: (1) Considera-se cobertura vacinal ideal: BCG = 90,0%; F.A = 100,0%; Pólio, Hep. B e Tetra \_ 95%; Influenza \_ 80,0%.

É fundamental o cumprimento do esquema básico de vacinação, mantendo altas taxas de cobertura vacinal, reduzindo e, até mesmo, eliminando os susceptíveis, como forma de impedir a circulação de vírus e bactérias causadores de doenças.

Na avaliação da cobertura vacinal pela tetravalente (conta difteria, tétano, coqueluche e infecções pelo Haemophilus influenzae B), observa-se no gráfico 68 que no Brasil, a região Norte e Tocantins apresentaram excelentes coberturas em todo o período analisado (2005 a 2010). Chama à atenção as coberturas muitas vezes superiores a 100% (chegando até a 108%) em diversos anos no estado, situação que deve ser avaliada com maior detalhe, podendo indicar subnumeração do denominador (população menor de 01 ano), eventuais problemas de registro das informações de doses aplicadas ou a vacinação de um grande número de crianças de outros estados.

**Gráfico 67 – Cobertura (%) da vacina tetravalente\* em menores de 01 ano (3 doses). Brasil, Norte e Tocantins, 2005 – 2010.**



No período de 2005 a 2010, a cobertura da Vacina Tríplice Viral (Sarampo, Rubéola e Caxumba) em crianças de um ano de idade, não atingiu a meta recomendada de 95,0% em todas as regiões de saúde.

**Tabela 32 – Cobertura vacinal de tríplex viral em crianças de 01 ano de idade, por regional de saúde. Tocantins, 2005 – 2010.**

<b>Regional de Saúde</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Extremo Sudeste	87,6	101,7	115,6	115,6	110,0	109,7
Cantão	93,8	107,1	104,7	97,5	103,6	104,0
Lobo Guará	100,3	101,6	105,5	110,9	101,8	103,4
Sul Angical	95,8	103,0	115,0	104,1	101,2	100,5
Miracema	84,9	101,1	96,7	97,1	96,9	99,8
Portal do Bico	78,7	100,4	106,4	103,4	102,0	99,2
Cultura do Cerrado	96,1	105,1	101,9	95,1	96,4	96,5
Porto Nacional	96,9	94,9	96,6	99,0	97,7	95,8
Araguaia-Tocantins	106,3	105,0	104,4	105,3	101,1	95,7
Médio Norte	98,1	99,9	108,8	99,9	105,9	94,7
Sudeste	99,3	103,2	103,7	95,0	96,9	93,7
Bico do Papagaio	91,7	101,6	123,0	96,5	97,1	93,5
Capim Dourado	67,6	92,9	90,9	95,7	96,7	92,1
Centro-Sul	94,5	100,0	103,9	98,8	95,1	90,3
Médio Araguaia	94,4	95,6	92,5	90,9	95,7	84,7
<b>Estado</b>	<b>89,6</b>	<b>99,7</b>	<b>103,6</b>	<b>99,1</b>	<b>99,8</b>	<b>95,3</b>

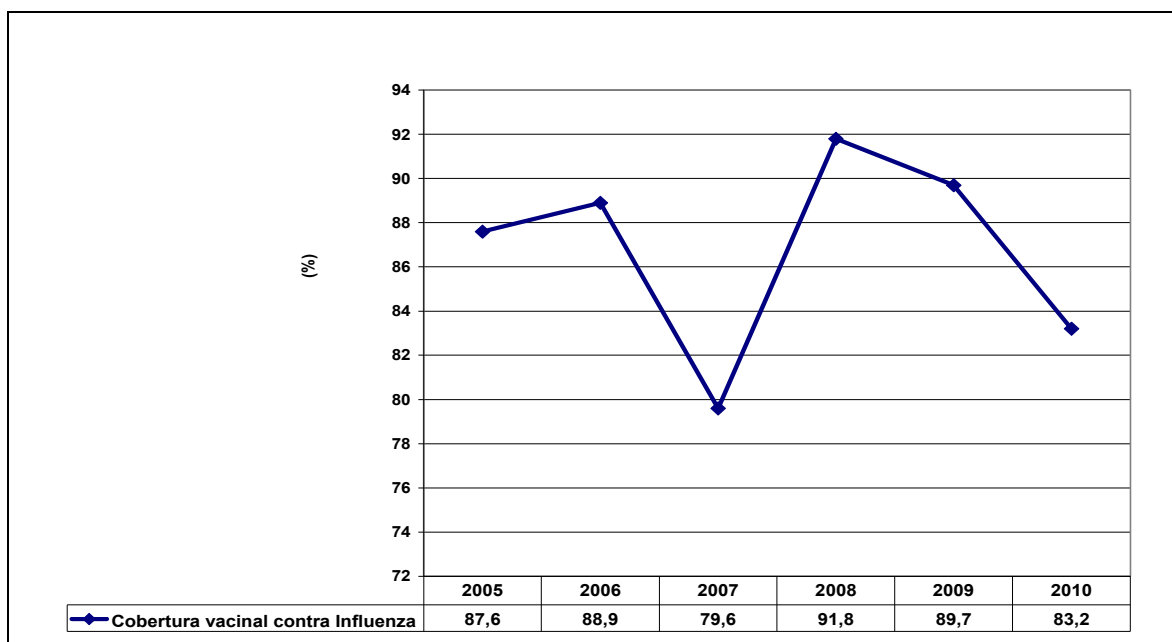
Fonte: Programa Nacional de Imunizações

A vacinação contra gripe se constitui em uma forma importante de prevenção da mortalidade em idosos, pois a infecção viral (gripe) frequentemente se complica com infecções bacterianas como a pneumonia e a sinusite. Estes quadros podem complicar e descompensar condições clínicas preexistentes, tais como insuficiência cardíaca ou coronariana, enfisema pulmonar, etc., terminando por levar o indivíduo ao óbito.

Esta campanha é realizada desde 1999 e gradativamente tem melhorado os indicadores de morbimortalidade advindas de complicações causadas pelo vírus da influenza na população de 60 anos e mais, bem como contribuído para redução de doenças imunopreveníveis nesta população.

Até 2007, a meta mínima para cobertura vacinal estabelecida pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) era de 70% da população alvo. Em 2008, foi ampliada para 80%. Em 2009, mais de 74.000 mil idosos foram imunizados, o que representa uma cobertura de 89,7% da população, superando a meta estabelecida.

Gráfico 68 – Cobertura (%) da vacina contra influenza para pessoas com 60 anos e mais. Brasil, Norte e Tocantins, 2005 – 2010.



Fonte: Programa Nacional de Imunizações

## 1.5– PERFIL AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

### 1.5.1 – RISCOS E AGRAVOS

#### 1.5.1.1 – NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS E DOENÇAS RELACIONADOS AO TRABALHO

O quantitativo de notificações vem aumentando ano a ano desde 2007, demonstrando que ainda é necessário implementar ações dos protocolos de doenças a fim de melhorar sua identificação na rede, uma vez que a identificação de Acidente de Trabalho é bem maior em todos os anos. Porém a evolução corrobora a avaliação positiva que fazemos a respeito da implantação da RENAST desde 2006, no tocante à implementação de unidades sentinela e a educação de profissionais para o prosseguimento das ações. A avaliação é positiva também em nível nacional, no qual o estado apresenta um bom trabalho no SINAN, inclusive quanto à qualidade das informações quando comparado a outras regiões do país. Essa análise pode ser comprovada pelo trabalho apresentado na EXPOEPI em 2008, com o qual o Estado foi vencedor do prêmio na categoria.

Comparativamente aos estados da Região Norte, o Tocantins foi o que mais notificou acidentes de trabalho grave–ATG e acidentes de trabalho com material biológico–ATMB, no período de 2007 a 2008, superado apenas pelo Amapá em 2008 nas notificações de ATG e pelo Amazonas em 2008 nas notificações de ATMB. Conforme tabela abaixo.

**Tabela 33 – Número de acidentes de trabalho registrados no Brasil e região Norte, Tocantins, 2007–2008.**

Unidades Federadas e regiões	Todos os acidentes graves		Acidentes com material biológico	
	2007 N	2008 N	2007 N	2008 N
<b>Brasil</b>	<b>18.477</b>	<b>28.266</b>	<b>13.749</b>	<b>19.232</b>
<b>Região Norte</b>	<b>244</b>	<b>986</b>	<b>262</b>	<b>562</b>
<b>Tocantins</b>	<b>203</b>	<b>347</b>	<b>108</b>	<b>147</b>
Amazonas	9	15	19	156
Amapá	18	525	13	36
Acre	2	1	–	0
Rondônia	0	9	8	21
Roraima	4	60	86	122
Pará	8	29	28	80

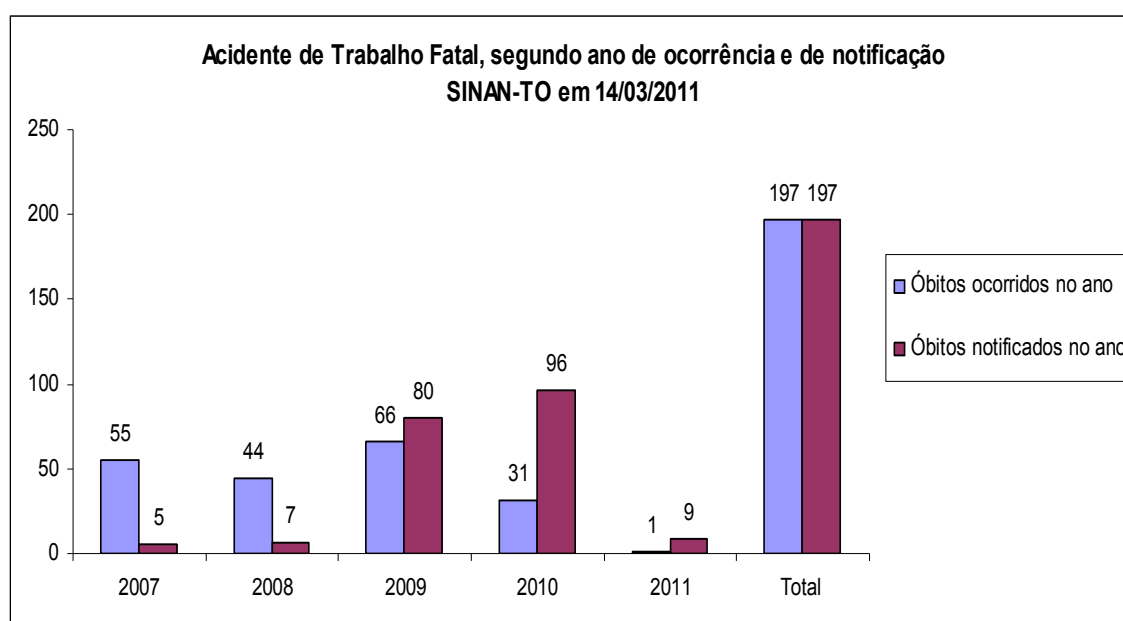
Fonte: SINAN



### 1.5.1.2– Notificação de óbitos por Acidente de Trabalho (AT).

Desde 2009, o núcleo monitora com a equipe do Sistema de Informação – SIM as Declarações de Óbito (DO) quando há suspeita de acidente de trabalho. A DO é investigada em conjunto com os CERESTs regionais e vigilância epidemiológica do município onde ocorreu a notificação ou o óbito. Esse trabalho foi retrospectivo em um primeiro momento e tornou-se sistemático, atualmente a fim de não perder casos de óbitos por acidente de trabalho. Esse trabalho é necessário, pois como a notificação é obrigatória apenas em unidade sentinela (por sua vez em municípios sentinela), muitos óbitos escapam à notificação por terem ocorrido fora desses municípios. Como o óbito é o pior desfecho de um acidente de trabalho, isso pode medir a gravidade da situação no estado, ainda que retrospectivamente. O resumo deste trabalho pode ser visto no Gráfico 69.

**Gráfico 69 – Número de acidentes de trabalho fatal registrados e notificados no SINAN. Tocantins, 2005 – 2010.**



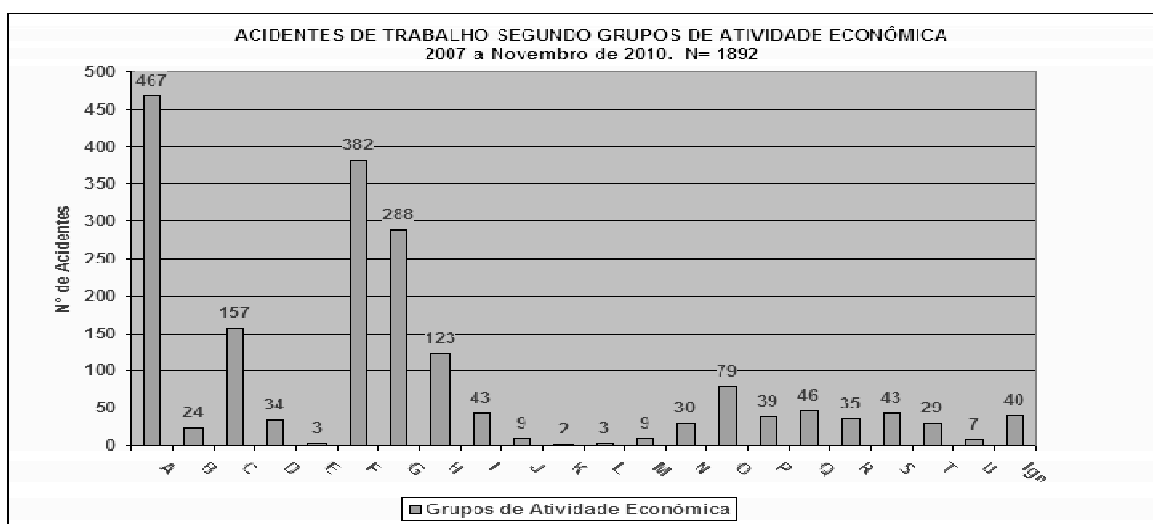
### 1.5.1.3– Notificações de Acidente de Trabalho Grave–ATG

Os ATG ocorrem no exercício da atividade laboral – acidentes típicos, ou no percurso entre casa e trabalho e vice-versa de trajeto, obedecendo a critérios estabelecidos em protocolo. O que normatiza as notificações desse tipo de acidente relacionado ao trabalho atualmente é a Portaria N°. 104, de 25 de janeiro de 2011.

Em 2007, o Grupo da Construção (F) registrou maior número de acidentes. Já entre os anos de 2008 e 2010 ocorreu em ordem crescente nos

seguintes grupos: Agricultura e Pecuária (A), Construção (F), Comércio e Reparação de Veículos (G), Indústria da Transformação (C) e Transporte e Armazenagem (H).

**Gráfico 70 – Número de acidentes de trabalho grave, segundo grupos de atividades econômicas nos últimos 05 anos.Tocantins.**



Fonte: SINAN-NET Tocantins

OBS: Em relação aos anos de 2005 e 2006 não há dados de notificações de AT, pois não existia o sistema SINAN-NET.

### Análise dos ATG segundo as variáveis

- **Variável: Ocupação**

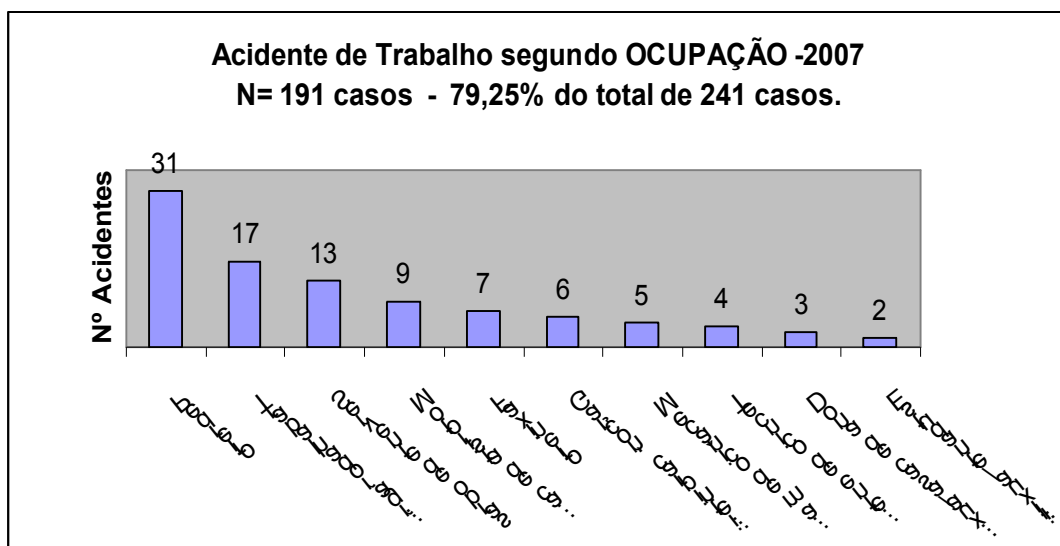
A ocorrência de ATG segundo a “Ocupação” está demonstrada nos Gráficos 71, 72 e 73, que foram elencadas as 10 primeiras ocupações mais freqüentes em cada ano.

Em 2010, por exemplo, foram registrados mais ATG entre os “Trabalhadores da Agropecuária em geral”, já em décimo lugar empataram os “Trabalhadores da pecuária (bovinos de leite)”, “Marceneiros” e “Motoristas de táxi”, cada um com 10 casos de acidente.

De um modo geral os dados demonstram maior ocorrência de ATG em trabalhadores da agropecuária em geral, pedreiros/serventes de obras e motoristas de caminhão. Essas tendências se repetem em todos os anos avaliados, sempre com essas cinco categorias. Esse dado confirma o apresentado anteriormente nos Grupos de Atividade Econômica onde aparecem as atividades do campo e da construção como as de maior incidência de ATG. Esses resultados podem indicar tendência de grupos de trabalhadores

e setores produtivos onde deverão ser priorizadas as ações de Saúde do Trabalhador.

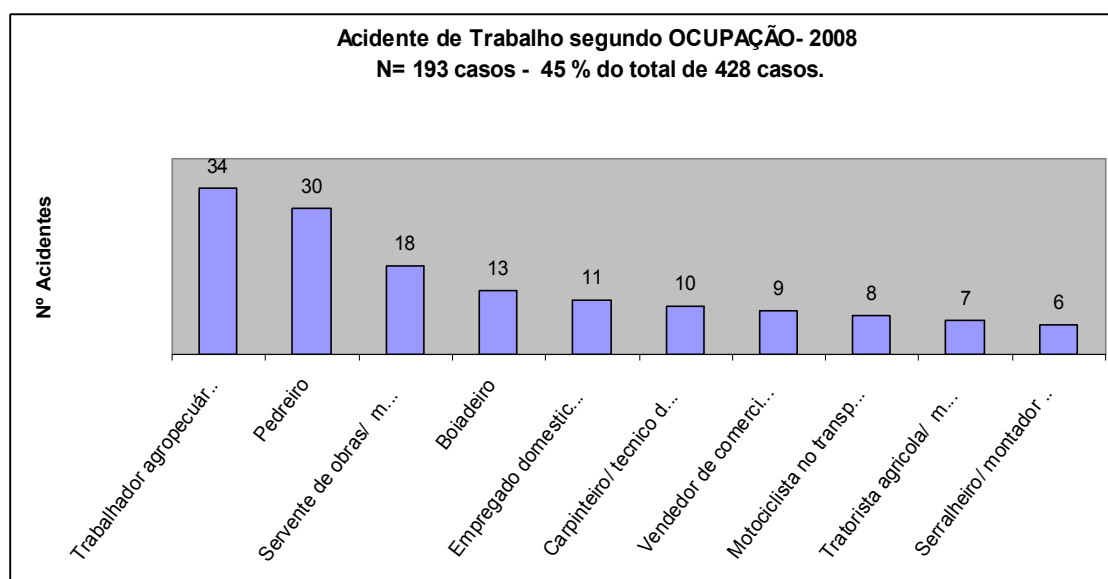
**Gráfico 71 - Notificações de acidentes de trabalho grave, segundo a variável de ocupação. Tocantins, 2007.**



Fonte: SINAN-NET Tocantins

OBS: Em relação aos anos de 2005 e 2006 não há dados de notificações de ATG, pois não existia o sistema SINAN-NET.

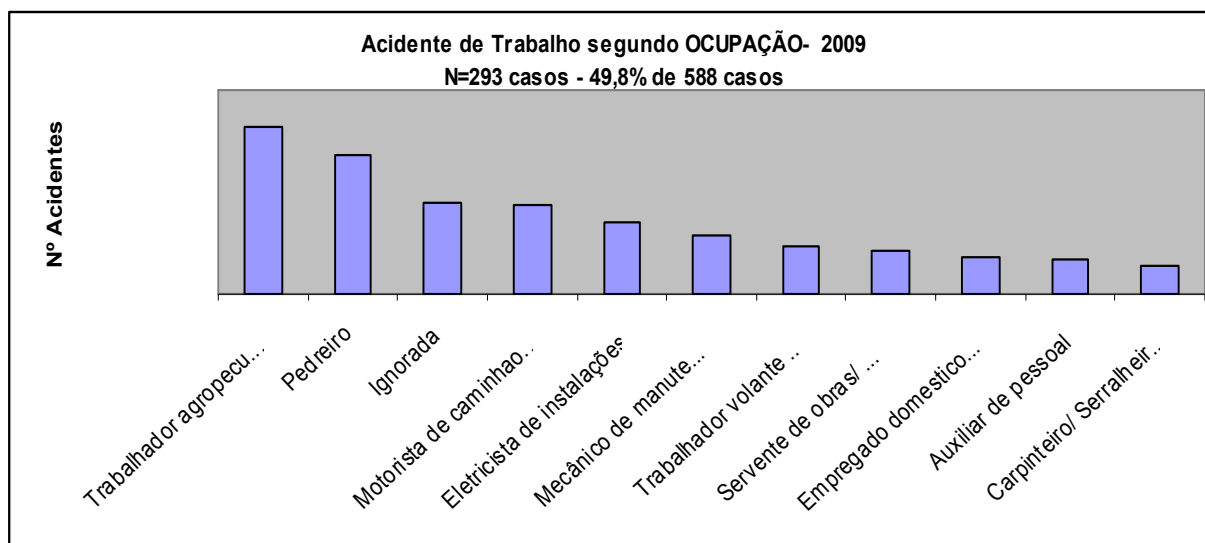
**Gráfico 72 - Notificações de acidentes de trabalho grave, segundo a variável de ocupação. Tocantins, 2008.**



Fonte: SINAN-NET Tocantins

OBS: Em relação aos anos de 2005 e 2006 não há dados de notificações de ATG, pois não existia o sistema SINAN-NET.

**Gráfico 73 – Notificações de acidentes de trabalho grave, segundo a variável de ocupação. Tocantins, 2009.**



Fonte: SINAN-NET Tocantins

OBS: Em relação aos anos de 2005 e 2006 não há dados de notificações de ATG, pois não existia o sistema SINAN-NET.

- **Variável: Sexo e Faixa Etária**

**Quadro 03 – Notificações de acidentes de trabalho grave, segundo frequência por faixa etária. Tocantins, 2005 – 2010.**

	2007	2008	2009	Total	%
< 1	1	1	3	5	0,4
10 a 14	0	0	4	4	0,3
15 a 19	21	21	35	77	6,1
20 a 29	96	151	183	430	34,3
30 a 39	64	126	178	368	29,4
40 a 49	38	68	103	209	16,7
50 a 59	18	46	58	122	9,7
60 a 69	3	13	17	33	2,6
70 a 79	0	2	3	5	0,4
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>428</b>	<b>584</b>	<b>1253</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN-NET Tocantins

OBS: Em relação aos anos de 2005 e 2006 não há dados de notificações de ATG, pois não existia o sistema SINAN-NET.

As notificações de ATG segundo sexo e faixa etária, que ocorrem no país, também no Tocantins, a frequência de ATG é maior no sexo masculino e entre adultos jovens. Isso indica uma tendência de exposição em atividades que frequentemente apresentam maiores riscos, que exigem maior esforço físico, e que por vezes utilizam mão de obra pouco qualificada, com baixa remuneração e com condições inadequadas de ambiente e processo de trabalho.

**Quadro 04 – Notificações de acidentes de trabalho grave, segundo frequência em menores de 18 anos. Tocantins, 2005– 2010.**

	2007	2008	2009	Total
10 anos	0	0	1	1
14 anos	0	0	3	3
15 anos	1	1	3	5
16 anos	1	2	1	4
17 anos	4	3	7	14
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>32</b>

Fonte: SINAN-NET Tocantins

OBS: Em relação aos anos de 2005 e 2006 não há dados de notificações de ATG, pois não existia o sistema SINAN-NET.

O Quadro 04 abaixo mostra os casos notificados em menores de 18 anos, ou seja, acidente de trabalho com criança ou adolescente. Neste grupo, todos os casos, sem exceção, devem ser notificados, diferentemente das demais faixas etárias onde se notifica segundo critérios de gravidade, pois isso visa à identificação de trabalho de risco ou potencialmente lesivo a crianças e adolescentes.

**Quadro 05 – Notificações de acidentes de trabalho grave por acidentes típicos ou de trajeto. Tocantins, 2005 – 2010.**

	2007	2008	2009	Total	%
Ign/Branco	4	14	19	37	3,0
Típico	180	261	391	832	66,4
Trajeto	57	153	174	384	30,6
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>428</b>	<b>584</b>	<b>1253</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN-NET Tocantins

OBS: Em relação aos anos de 2005 e 2006 não há dados de notificações de ATG, pois não existia o sistema SINAN-NET.

Quanto ao tipo de acidente (Quadro 05), a maior parte se configura como acidente típico (66,4%), ocorridos durante jornada de trabalho (mesmo se ocorrido em situação de deslocamento dentro do horário de trabalho). Os acidentes de trajeto são os ocorridos durante o trajeto de casa para o trabalho ou vice-versa.

A maioria dos acidentes tem como evolução final no SINAN a incapacidade temporária (Quadro 06). Isso é esperado porque a maioria é notificada em unidades hospitalares, onde o período de internação pode não ser suficiente para definir a evolução mais apropriada e não há acompanhamento posterior à alta hospitalar de forma a concluir o caso preenchendo a evolução definitiva na ficha de notificação. Por isso, essa informação pode não retratar a realidade das seqüelas da maioria dos acidentes notificados. Dessa forma, é importante que haja um acompanhamento pelas equipes de saúde municipais (vigilância e atenção primária), de forma a completar o trabalho e devolver à unidade notificadora as informações sobre a evolução do acidentado.

**Quadro 06 – Notificações de Acidentes de Trabalho Grave-ATG por evolução de casos. Tocantins, 2005 – 2010.**

	2007	2008	2009	Total	%
Ign/Branco	74	30	61	165	13,2
Cura	36	31	46	113	9,0
Incapacidade Temporária	109	330	374	813	64,9
Incapacidade parcial permanente	13	21	15	49	3,9
Incapacidade total permanente	2	3	6	11	0,9
Óbito pelo acidente	5	8	79	92	7,3
Óbito por outras causas	0	1	0	1	0,1
Outra	2	4	3	9	0,7
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>428</b>	<b>584</b>	<b>1253</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN-NET Tocantins

OBS: Em relação aos anos de 2005 e 2006 não há dados de notificações de ATG, pois não existia o sistema SINAN-NET.

Mesmo assim, o quadro mostra que mais de 10,0% dos casos evoluem para óbito ou incapacidade permanente, um número considerável, e que poderia ser maior se fossem acompanhados por mais tempo os casos de incapacidade temporária. O quadro permite ainda verificar a letalidade do agravo em 7,3%, o que seria considerar que para cada 100 acidentes graves notificados, aproximadamente 7 resultaram em óbito. Ressalta-se ainda,

destaque negativo para o número acima de 10,0% de evoluções marcadas com ignorado/em branco, o que poderia resultar em maior número de casos definidos como incapacidade ou óbito.

### Óbitos por Acidentes de Trabalho nos estados da Região Norte.

Visando oferecer um parâmetro de comparação regional demonstrando abaixo a posição do estado do Tocantins em relação ao primeiro colocado da Região Norte, quanto à frequência e coeficiente de mortalidade a cada cem mil trabalhadores, registrados no Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho do INSS.

No Quadro 07 coincide o Pará em primeiro lugar todos os anos, e revezam o segundo e terceiro lugar os estados de Rondônia, Amazonas e Tocantins, sendo que este aparece quase sempre na quarta colocação em número de óbitos registrados.

#### Quadro 07 – Comparativo do Tocantins com estado da Região Norte quanto à frequência de registro de óbitos, 2005 –2010.

UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pará	91	98	95	114	93	85	106	86
Tocantins	27 (3º)	33 (2º)	15 (4º)	22 (4º)	22 (4º)	25 (4º)	21(4º)	17(4º)

Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho – AEAT – MPAS

OBS: É interessante mostrar anos anteriores a 2005, visto que esses dados só estão disponíveis para consulta até o ano de 2007, não havendo ainda consolidação dos dados dos anos de 2008 a 2010.

O Quadro 08 abaixo mostra a colocação do Tocantins também em relação aos demais estados da região quanto ao coeficiente de mortalidade. Aqui se pode ver que o Tocantins agrava a sua posição no ranking, assumindo por várias vezes as primeiras colocações. A tendência pode sugerir maior letalidade dos eventos registrados, e por esse motivo julga-se necessário um monitoramento maior dos óbitos por essa causa. O projeto sugerido é de ampliar para todos os municípios a notificação compulsória no SINAN desses eventos.

**Quadro 08 – Comparativo do Tocantins com estados da Região Norte quanto ao coeficiente de Mortalidade por Acidente de Trabalho, 2000 – 2007.**

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
RO 105,3	TO 43,1	RR 33,7	RO 38,8	RO 34,7	RO 26,9	PA 22,4	RO 17,2
TO 23,6 (3°)	AC 32,1	TO 16,7 (5°)	TO 23,6 (3°)	TO 20,6 (2°)	TO 21,2 (4°)	TO 16,6 (3°)	TO 11,9 (5°)

Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho – AEAT – MPAS

OBS: É interessante mostrar anos anteriores a 2005, visto que esses dados só estão disponíveis para consulta até o ano de 2007, não havendo ainda consolidação dos dados dos anos de 2008 a 2010.

A Saúde do Trabalhador no SUS configura-se como um campo do saber que se preocupa com as relações entre trabalho e o processo saúde e doença, desde a atenção básica até o nível mais complexo no âmbito da política de saúde. Considerando que a atuação da saúde do trabalhador no SUS perpassa em ações de vigilância, informação e assistência, a Coordenação adotou no seu planejamento ações articuladas com setores intra e intersectorial.



## **1.5.2 – SAÚDE AMBIENTAL**

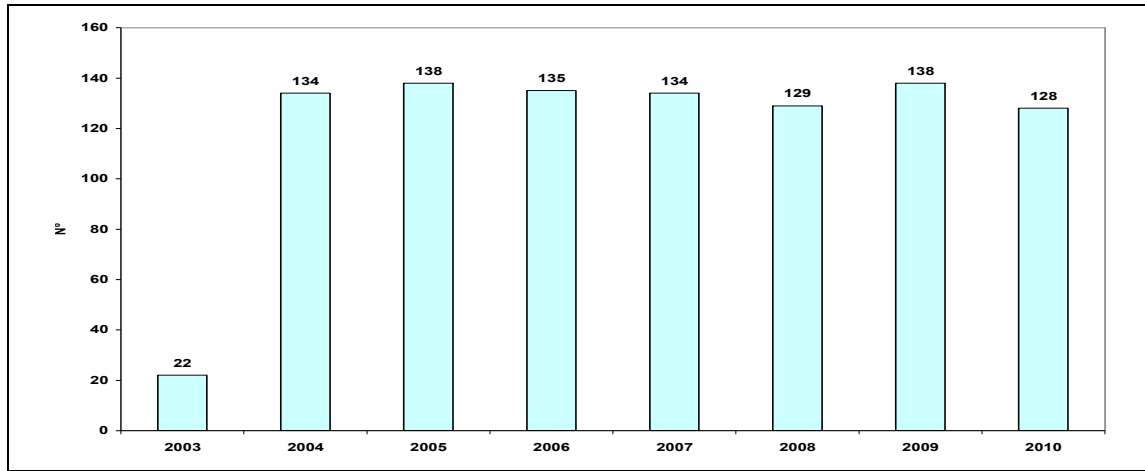
A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco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

Essas ações são necessárias devido aos evidentes sinais de degradação do ambiente em escala planetária. A degradação progressiva dos ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos da atividade humana sobre o ambiente. Esses problemas são exacerbados em situações locais em que se acumulam fontes de riscos advindas de processos produtivos passados ou presentes, como a disposição inadequada de resíduos industriais, a contaminação de mananciais de água e as péssimas condições de trabalho e moradia.

### **1.5.2.1 – PROGRAMA VIGIAGUA – PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO.**

No gráfico 74 é possível visualizar o número de municípios com cadastro de Sistema de Abastecimento de Água (SAA) no período de 2002 a 2010, observando-se um expressivo aumento de municípios com cadastro após o ano de 2004. O número de municípios que desenvolveram ações de vigilância durante o período, retrata a evolução do programa. Isso foi o resultado de capacitações realizadas, normatizações e orientações ofertadas pela gestão estadual aos municípios, no intuito de descentralizar as ações para o nível local.

**Gráfico 74 – Municípios com cadastro de sistema de abastecimento de água, soluções alternativa coletiva e individual. Tocantins, 2003 –2010.**

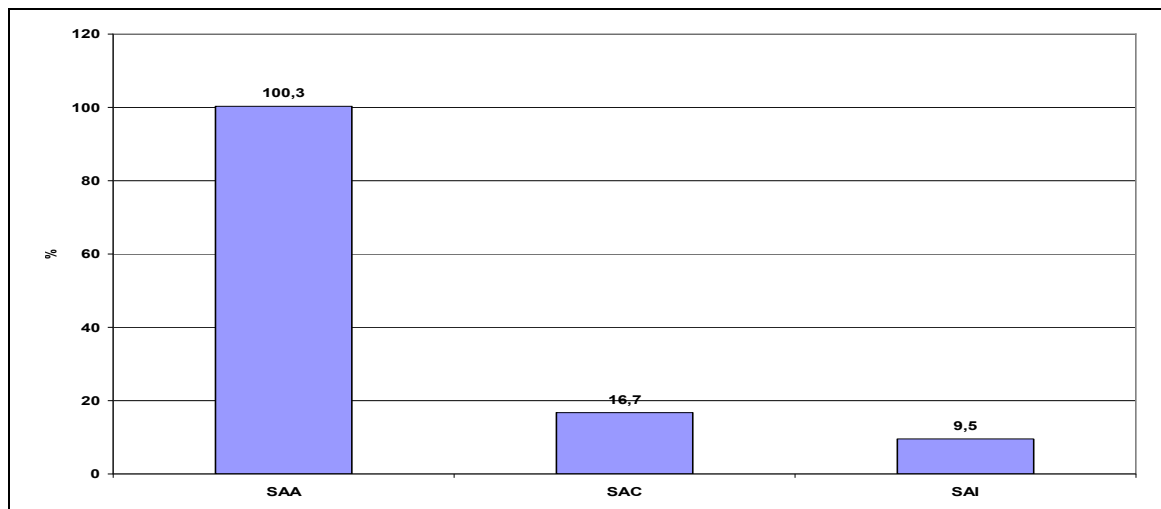


Fonte: Vigiagua/Sesau-TO.

Na Figura 14, observa-se a distribuição espacial dos municípios que possuem dados de cadastro no SISAGUA, o que retrata um avanço na alimentação do referido sistema de acordo com a evolução histórica.

O Gráfico 75 representa a cobertura de abastecimento de água no Tocantins, onde se evidencia que 100,3% da população são abastecidas pelos sistemas de abastecimento de água. O fato de ultrapassar 100% é devido à forma de cadastro no SISAGUA, no que se refere à população atendida, pois a mesma população podem ser cadastradas duas vezes (se cadastram residências, e também comércios, indústrias e instituições públicas). A cobertura de soluções alternativas coletivas e individuais é pequena, abrangendo 16,7% e 9,5%, respectivamente.

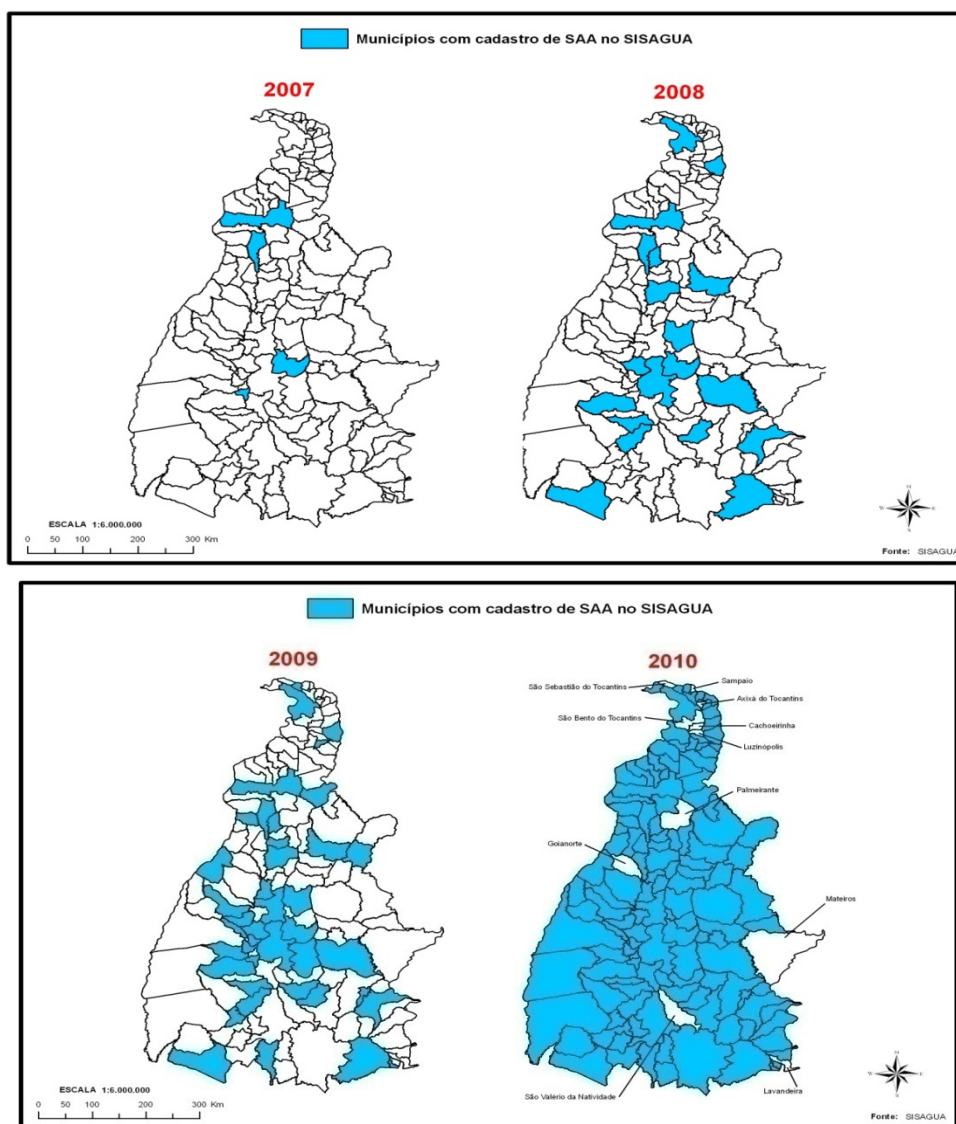
**Gráfico 75 – Cobertura de abastecimento de água. Tocantins, 2010.**



Fonte: SISAGUA

Os dados da vigilância da qualidade da água para consumo humano foram extraídos da base 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 realizadas pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-TO).

**Figura 14 - Municípios com cadastro de sistema de abastecimento de água. Tocantins, 2007 - 2010.**

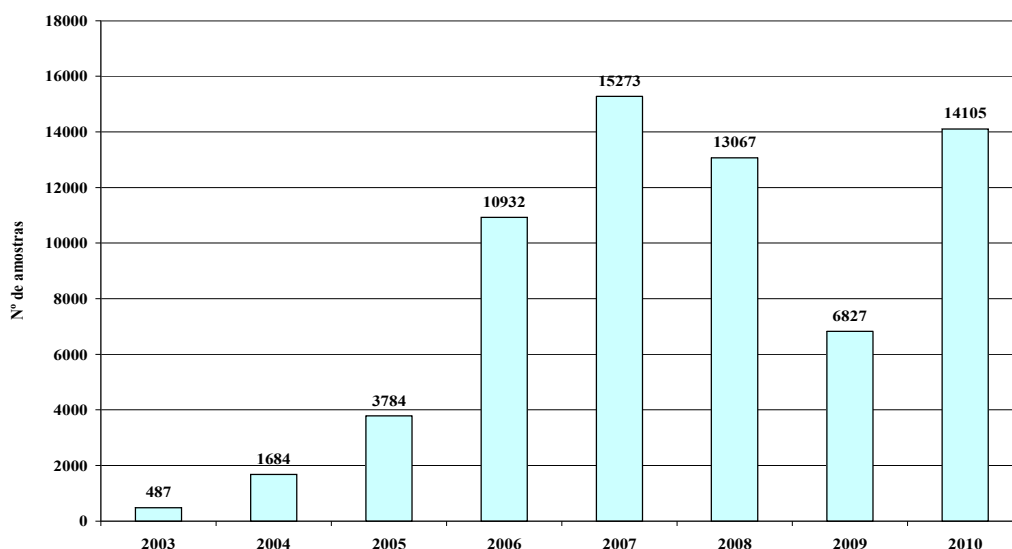


Fonte: SISAGUA/TO

O gráfico 76 apresenta o número de amostras realizadas pela vigilância entre os anos de 2002 a 2010, vale ressaltar, que existem municípios que fazem coleta de água, mas não alimentam o sistema de forma oportuna, devido a diversos fatores, tais como: rotatividade de digitadores, ausência de um fluxo definido no nível local, demora na busca dos resultados laboratoriais, dentre outros.

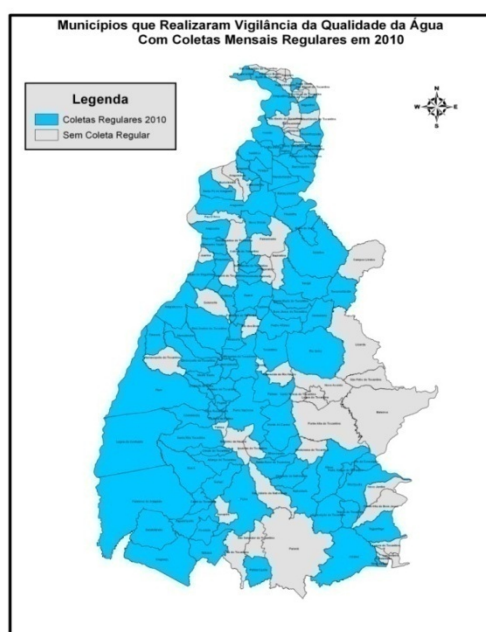
Um fator fundamental para o expressivo aumento das análises de amostras de água foi à descentralização destas para o LACEN do município de Araguaína, contemplando dessa forma 55 municípios.

**Gráfico 76 - Número de amostras realizadas pela vigilância nos sistemas de abastecimento de água, soluções alternativas coletivas e individuais. Tocantins, 2003–2010.**



Fonte: Sisagua/TO

**Figura 15 - Municípios que realizaram vigilância da qualidade da água com coletas mensais regulares. Tocantins, 2010.**



Fonte: SISAGUA/TO

Na medida em que há aumento de amostras realizadas nos sistemas e soluções alternativas coletivas e individuais, amplia-se a possibilidade de detectar amostras com a presença de coliformes totais, houve um aumento expressivo das amostras com presença de coliformes nos anos de 2007 a 2010.

Pode-se observar ainda que do total de análises realizadas, as amostras com presença de coliformes não ultrapassaram 7,0%. É perceptível que a maioria das amostras com coliformes é proveniente de soluções alternativas individuais (SAI), as quais não dispõem de tratamento da água e conseqüentemente são as que mais oferecem risco a população que faz uso dessa água.

Em ação conjunta com a área técnica de Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas, a área técnica do Vigiagua desenvolve ações no sentido de orientar a população a fazer uso do hipoclorito de sódio.

A qualidade da água distribuída pelos sistemas de abastecimento de água no Tocantins está em média 93% em conformidade com a recomendação da Portaria MS 518/2004. É possível observar ainda, que os sistemas de abastecimento representam a maior cobertura de abastecimento de água no Estado, garantindo dessa forma à população do Estado água de boa qualidade. O parâmetro turbidez foi o mais próximo aos padrões estabelecidos entre todas as formas de abastecimento analisadas (SAA, SAC. e SAI). Os sistemas de abastecimento de água (SAA) nos municípios do Tocantins apresentaram percentuais acima de 96,0% em cumprimento a Portaria 518/2004 para os parâmetros de turbidez e cloro residual livre; em todos os anos apresentaram percentuais acima de 85,0% para o parâmetro de coliformes totais.

O uso do flúor dentro dos padrões só foi cumprido pelos SAA durante os anos de 2008 e 2010. 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, os quais são: Colinas, Gurupi, Palmas e Porto Nacional, o que representa 26,0% (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.

Quanto ao tratamento da água nos municípios conforme demonstrado no quadro 09 é possível evidenciar que entre os anos de 2007 e 2010, registrou-se municípios sem tratamento e que não realizam controle da qualidade da água, portanto são considerados municípios que oferecem risco à saúde da população. Observa-se que os municípios de Mateiros, Bom Jesus do Tocantins, Santa Fé do Araguaia, Darcinópolis, Sítio Novo e Itaguatins permanecem sem tratamento desde 2007.

Atualmente os sistemas de abastecimento de água de 125 municípios do Estado do Tocantins são gerenciados pela Companhia de Saneamento do Tocantins – SANEATINS, 1 município pela HIDROFORTE (Talismã) e os demais (13 municípios) são de responsabilidade das Prefeituras Municipais com denominações de SAAE, SISAPA (Pedro Afonso), SEMUSA (Araguatins) e SEMAE. Destes 14 municípios que não tem concessão da SANEATINS, em 2010, apenas o município de Talismã realizou tratamento da água e fez controle da qualidade, conforme recomendação da Portaria 518/2004.

Dentro das ações do Programa VIGIAGUA a ação de inspeção sanitária em sistemas de abastecimento de água que é realizada de forma complementar as ações do município. A inspeção 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.

**Quadro 09 – Municípios sem tratamento da água e que não realizam controle da qualidade da água. Tocantins, 2007 e 2010.**

Municípios sem tratamento 2007	Municípios sem tratamento 2010
Combinado	Araguatins
Mateiros	Mateiros
Bom Jesus do Tocantins	Bom Jesus do Tocantins
Santa Fé do Araguaia	Santa Fé do Araguaia
Darcinópolis	Darcinópolis
Sítio Novo	Sítio Novo
Itaguatins	Itaguatins
Carrasco Bonito	Itacajá
Sampaio	Axixá
Esperantina	Pedro Afonso
	Sucupira
	Cachoeirinha
	Ananás

Fonte: Programa VIGIAGUA 2007/ TO e SISAGUA 2010

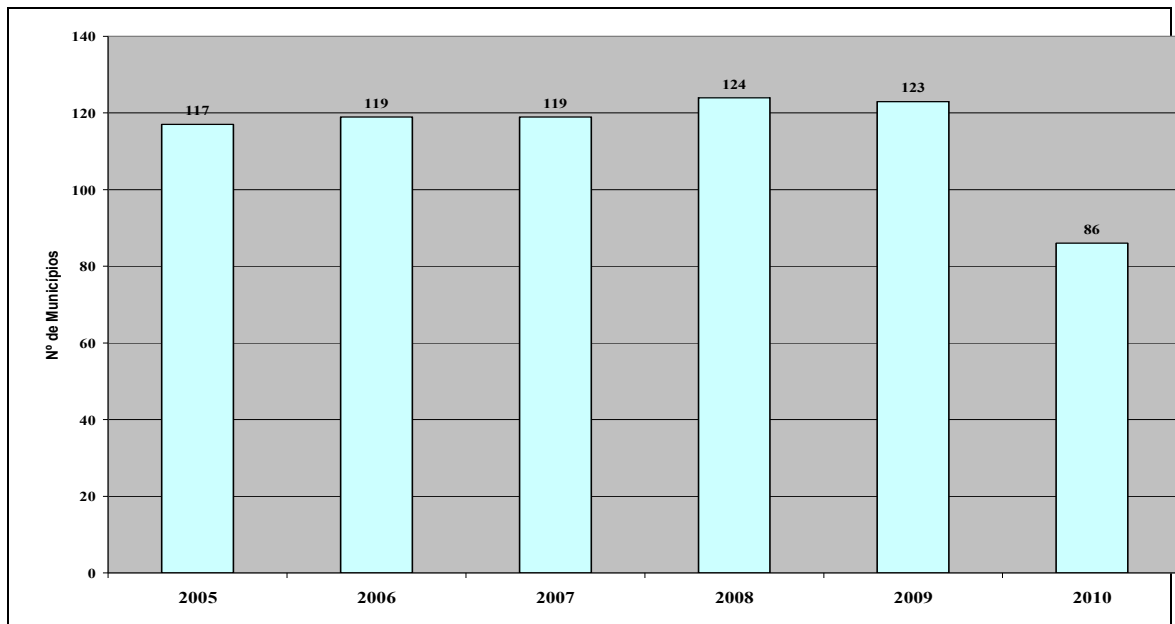
Ainda de acordo com as ações do Programa VIGIAGUA, conforme a Portaria MS 518/2004, Artigos 8º e 9º, existe a ação de controle de qualidade da água para consumo humano, a qual é de responsabilidade da prestadora de serviço de abastecimento de água, sendo esta responsável por todo o processo

de produção da água para consumo humano, desde a captação até a rede de distribuição.

O gráfico 77 mostra a quantidade de municípios que fazem controle da qualidade da água no Tocantins. Os dados de 2010 foram retirados do SISAGUA, enquanto os demais dados são do Programa VIGIAGUA que ainda não estavam digitados no SISAGUA.

Todos os municípios de responsabilidade da SANEATINS recebem os relatórios de controle, porém, os sistemas dos municípios de responsabilidade das prefeituras não fazem controle regularmente, evidenciando o risco iminente de ocorrências de doenças de transmissão hídrica.

**Gráfico 77 – Número de municípios que realizaram controle da qualidade da água. Tocantins, 2005–2010.**



Fonte: SISAGUA/TO

Conclui-se que as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano entre o período de 2005 a 2010 obtiveram avanços significativos, a saber:

- ✓ Ampliação do número de municípios que executam ações do Programa VIGIAGUA;
- ✓ Aumento no 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;

- ✓ 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 da Água;
- ✓ Há 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.

#### **1.5.2.2– PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DE POPULAÇÕES EXPOSTA A SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS – VIGIPEQ**

O VIGIPEQ tem como objetivo o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde visando adotar medidas de promoção da saúde, prevenção e atenção integral das populações expostas, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

#### **Áreas Contaminadas por Substâncias Químicas**

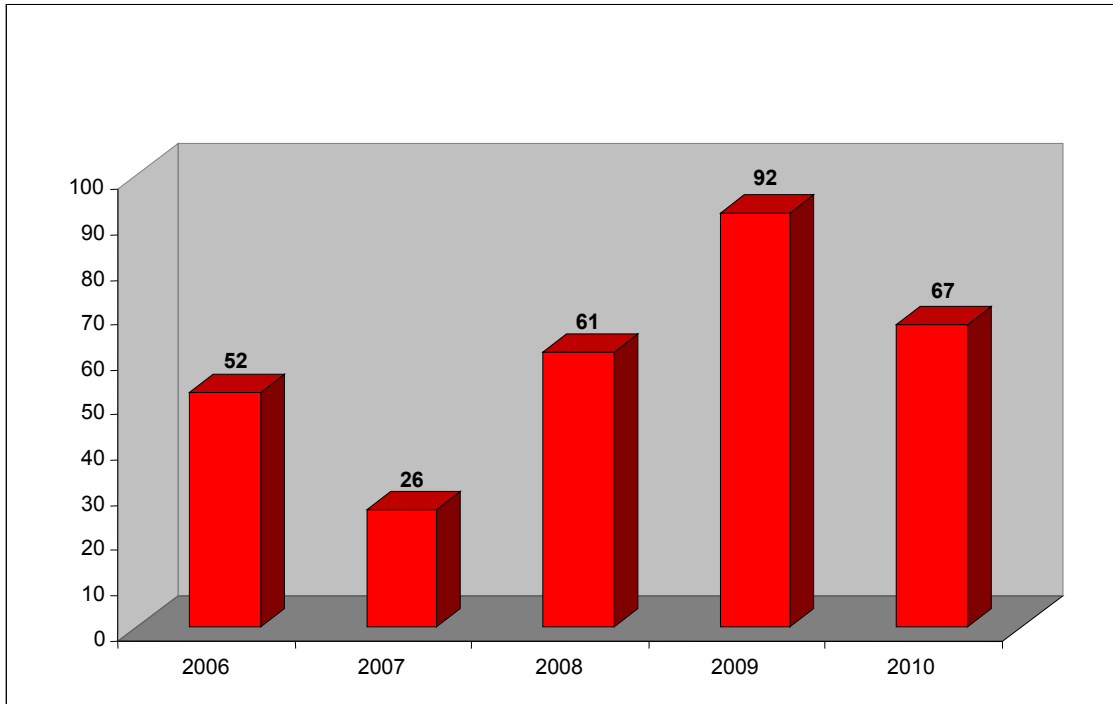
As áreas contaminadas por substâncias químicas apresentam riscos à saúde, em decorrência da mobilidade e transporte dos contaminantes, influenciando dessa forma a qualidade da água, do solo, do ar e da biota, ocasionando a exposição humana aos contaminantes químicos.

A existência de populações expostas nas áreas potencialmente contaminadas no estado do Tocantins é ocasionada por uma série de situações que vão desde a disposição inadequada de resíduos, atividades em unidades de postos de abastecimento de combustíveis, atividades industriais, extração de minerais, produção de grãos até atividades de combate a vetores com a utilização de inseticida.

De acordo com o gráfico 78, de 2006 a 2010 foram identificadas e categorizadas 298 áreas no sistema SISSOLO, e, estima-se que existem 450 mil pessoas potencialmente expostas a solo com suspeita de contaminação.



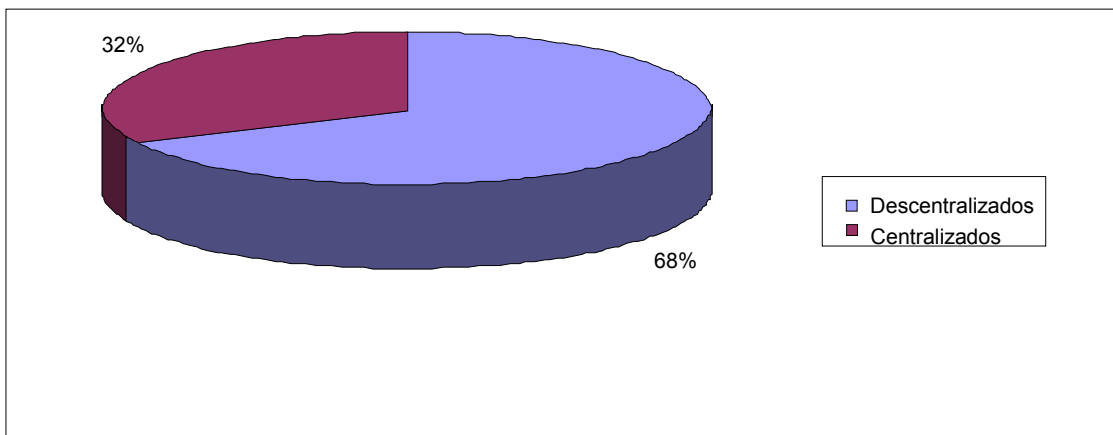
**Gráfico 78 – Número de áreas cadastradas no SISOLO. Tocantins, 2006–2010.**



Fonte: SISOLO – TO

Observa-se que em 2006 foram cadastradas 52 áreas, enquanto que em 2007 foram somente 26, nesse referido ano foram priorizados os municípios afetados diretamente pela UHE de Estreito – MA. Nos anos subsequentes houve um aumento no número de áreas cadastradas devido à ampliação dos municípios pactuados na PAVS.

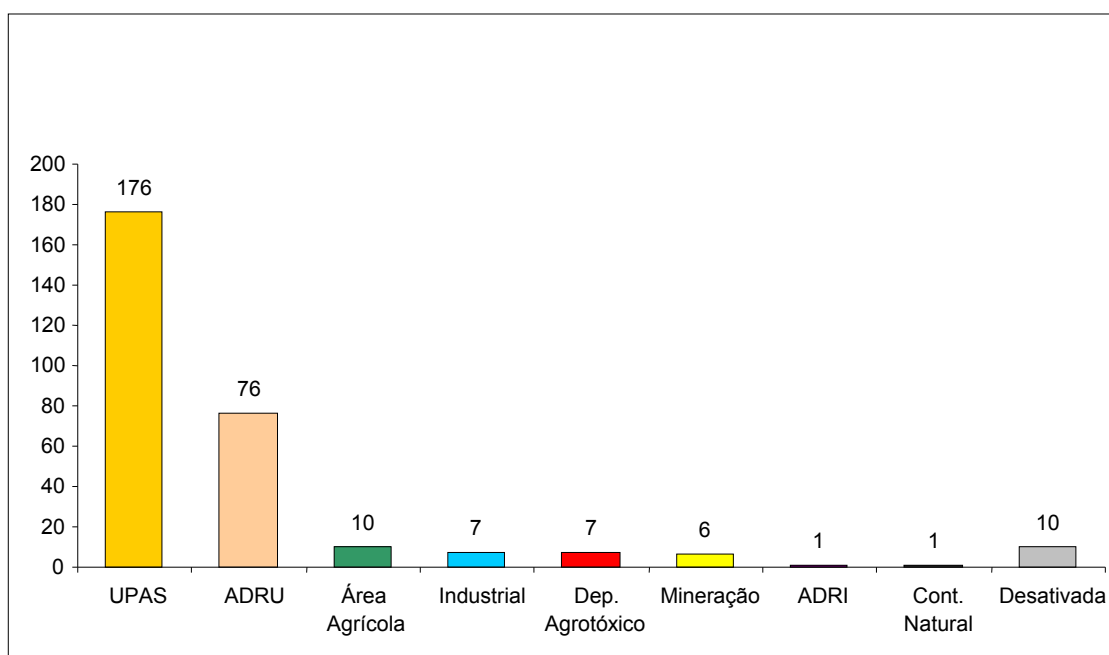
**Gráfico 79 – Percentual de municípios que executam ações descentralizadas no Vigisolo. Tocantins, 2006 – 2008.**



Fonte: SISOLO – TO

O gráfico 79, mostra que 68% dos municípios do estado do Tocantins desenvolvem ações referentes ao programa VIGISOLO descentralizadas pela Gestão Estadual. As ações para os demais municípios que perfazem 32% encontram-se em fase de descentralização.

**Gráfico 80 – Áreas cadastradas no SISOLO, segundo o tipo. Tocantins, 2006 – 2010.**

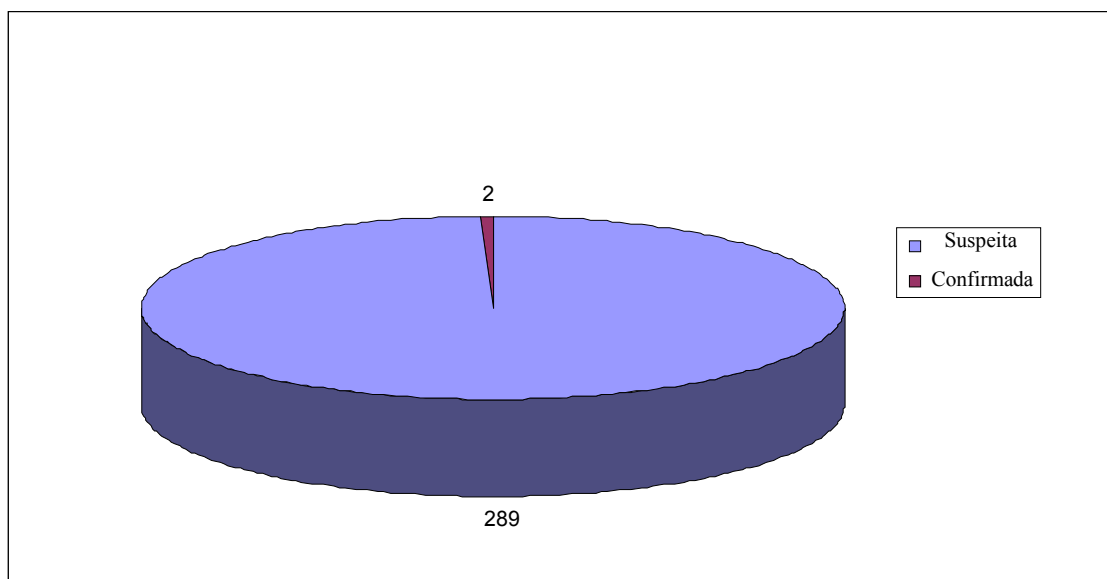


Fonte: SISOLO – TO

O gráfico 80 retrata as áreas que foram cadastradas segundo o tipo, o que apresentou com maior expressividade foram as Unidades de Postos de Abastecimento e Serviços – UPAS (176), onde se incluem os postos de combustíveis, lava jatos e oficinas mecânicas, seguido dos resíduos urbanos (76) nessa categoria estão inclusos os aterros sanitários e lixões.

As demais áreas com baixo nível de cadastramento no sistema ocorrem devido a dificuldades de acesso, por estarem localizados na área rural, a exemplo, as áreas agrícolas como as culturas de soja, milho, arroz, abacaxi e cana-de-açúcar que utilizam grande quantidade de agrotóxicos, bem como, os depósitos de agrotóxicos.

**Gráfico 81-Áreas cadastradas no SISOLO, segundo confirmação da contaminação do solo. Tocantins, 2006 - 2010.**



Fonte: SISOLO - TO

O expressivo número de áreas com suspeita de contaminação (gráfico 80) é devido à falta de conclusão dos estudos de avaliação de risco, assim como, à dificuldade de confirmação laboratorial dos contaminantes de interesse.

Considerando que inexistente a comprovação da contaminação das áreas é notório que haja impedimento da elaboração dos protocolos de atenção à saúde das populações expostas nestas áreas.

Visando a resolutividade desta problemática, faz-se necessário agir de forma intersetorial, garantindo assim a integração dos diversos setores do poder público e iniciativa privada com vistas à redução dos riscos à saúde humana, assim como, evitar que outras pessoas tornam-se expostas à áreas contaminadas.

### **Vigilância de População Exposta a Substâncias Químicas Prioritárias (Agrotóxicos Amianto/asbesto, benzeno, chumbo e mercúrio).**

O uso abusivo de agrotóxicos no processo produtivo da agricultura, seu impacto para a saúde e o meio ambiente tem natureza complexa e envolvem aspectos biossociais, políticos, econômicos e sócio-ambientais. Os agrotóxicos e afins, são produtos extremamente agressivos a que estão expostos maciçamente os trabalhadores, principalmente no campo e a população em geral por meio do consumo de alimentos contendo resíduos destas substâncias tóxicas ou associação de substâncias.

A multiplicidade e complexidade de fatores envolvidos na produção de agravos decorrentes dos processos tecnológicos (incluindo as intoxicações por agrotóxicos), somados à gravidade e magnitude destes eventos, tornam urgente a ampliação do objeto da vigilância epidemiológica para além do agente infeccioso.

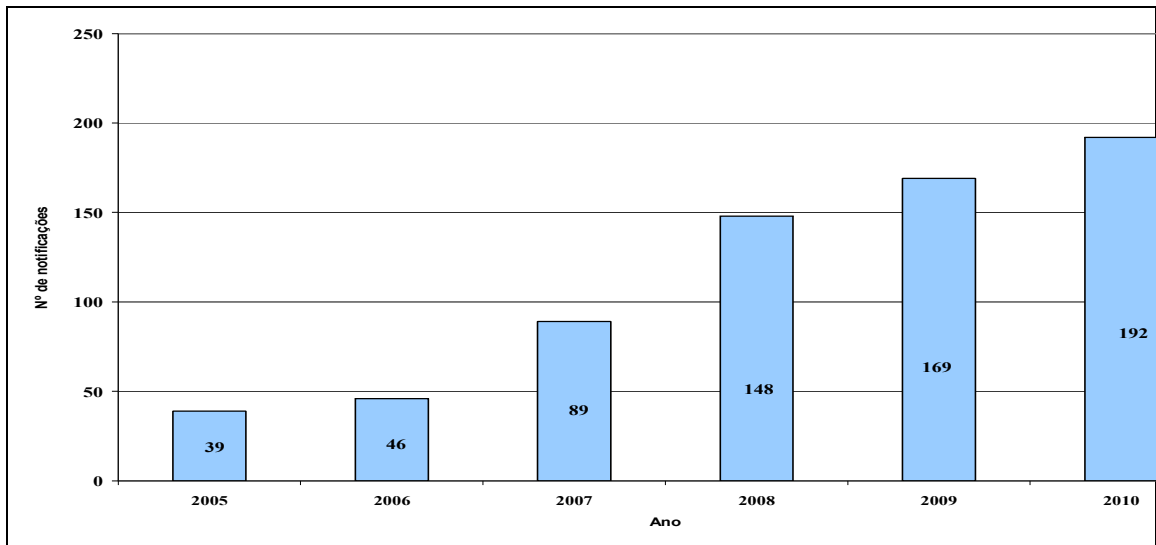
A invisibilidade das doenças relacionadas à exposição por agrotóxicos se agrava pelas próprias características das mesmas: Na maior parte dos casos, costumam manifestar-se nas zonas rurais com predomínio de população de baixa renda com menos acesso aos serviços de saúde, dificultando o estabelecimento de nexos causais, notificações e a visibilidade social das mesmas.

Outros fatores que contribuem para o conhecimento institucional fragmentado sobre as doenças provocadas pelos agrotóxicos são: a alta rotatividade dos/as trabalhadores no mercado de trabalho; o reduzido número de trabalhos epidemiológicos de busca ativa de casos quer junto aos trabalhadores, quer junto a populações exposta não ocupacional, além da pouca cobertura dos serviços públicos de saúde para diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente, que só mais recentemente vêm se estruturando para atender a esta demanda.

Os dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, apesar da importante subnotificação e do grande percentual de informações ignoradas demonstra a importância do problema das intoxicações e a necessidade de monitoramento destes eventos.

No gráfico 81 são apresentadas as informações que foram analisadas tendo como base os dados que constam no Sinan, enfocando as intoxicações exógenas de interesse para a vigilância ambiental referente à exposição por agrotóxicos agrícolas, domésticos, de uso em saúde pública, raticidas e produtos veterinários no Estado do Tocantins. Vale ressaltar, que a ficha de intoxicação exógena engloba outras formas de exposição, no entanto, foi realizado um filtro para priorizar o que é de interesse para a vigilância ambiental.

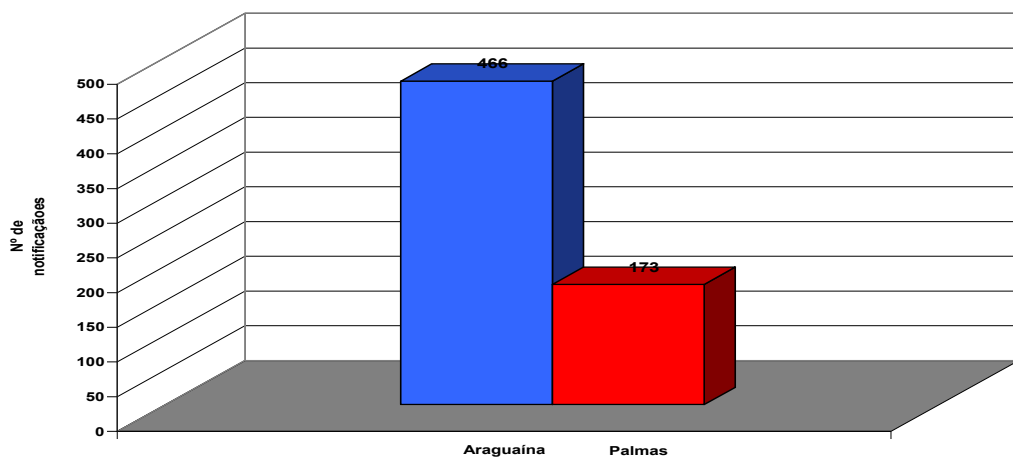
**Gráfico 82 – Número de intoxicação por agrotóxico. Tocantins, 2005 –2010.**



Fonte: SINAN – TO

Nota-se um aumento de notificações nos últimos anos principalmente em razão da sensibilização das equipes de saúde dos municípios, focando a importância da notificação. As notificações concentram-se nos municípios que dispõem de Unidades Sentinelas em Saúde do Trabalhador e Núcleos de Vigilância Hospitalar implantados, as quais possuem equipes qualificadas para a vigilância desses agravos.

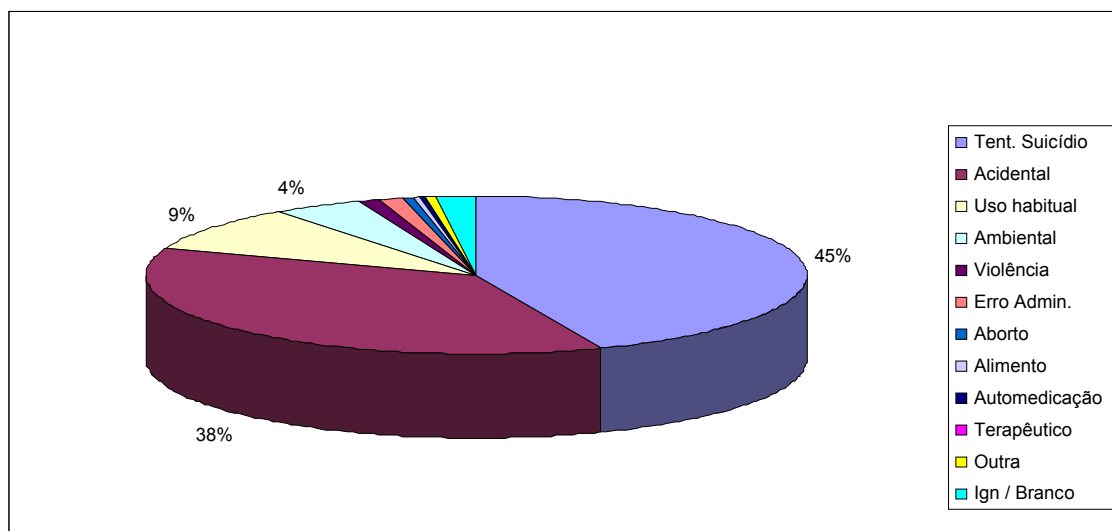
**Gráfico 83 – Frequência de intoxicações por agrotóxico, segundo municípios de notificação. Tocantins, 2007 –2011.**



Fonte: SINAN – TO \* Dados parciais

Dentre todas as notificações 65,0% concentram-se nos municípios de Araguaína e Palmas (Gráfico 83). Possivelmente a expressiva notificação deve-se a existência de serviços de saúde mais qualificados, estimulando a migração de pacientes de outras localidades. Outra razão pode ser o fortalecimento das ações da equipe de vigilância hospitalar nestes centros de saúde.

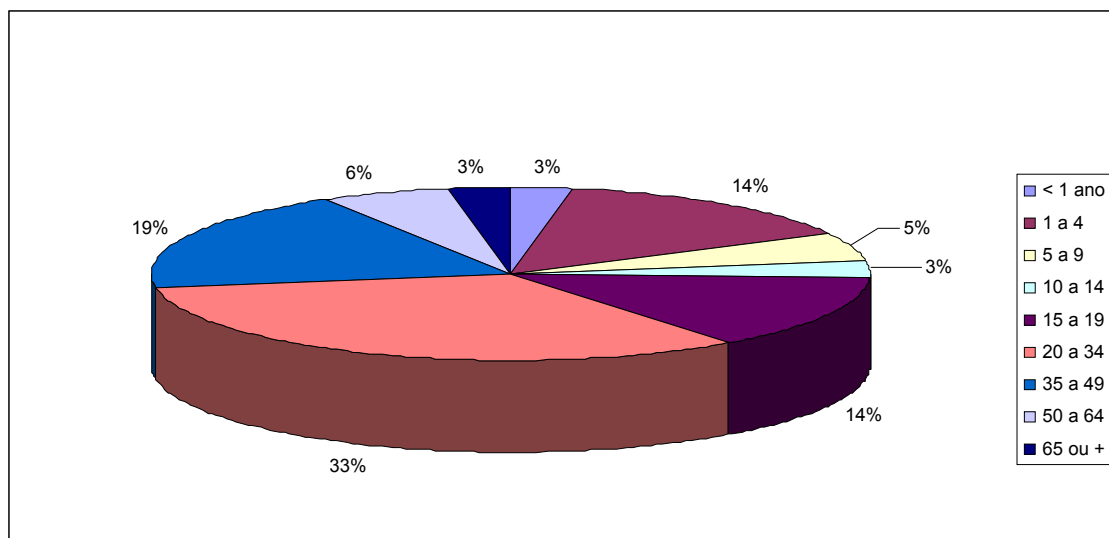
**Gráfico 84 - Intoxicações por agrotóxico segundo tipo de contaminação. Tocantins, 2007-2011.**



Fonte: SINAN - TO

O registro de intoxicações por agrotóxicos no estado do Tocantins caracterizou a tentativa de suicídio como a principal causa das intoxicações registradas no Sinan no período de 2007 a 2011 (gráfico 84). Este resultado se contrapõe ao que era esperado, já que em se tratando de produto voltado para a utilização com fins de controle de pragas agrícolas, a intoxicação devido ao acidente de trabalho deveria ser a causa mais provável. Contudo ao analisar estes dados, deve-se considerar que há um alto índice de sub-notificação de casos de intoxicação por agentes químicos.

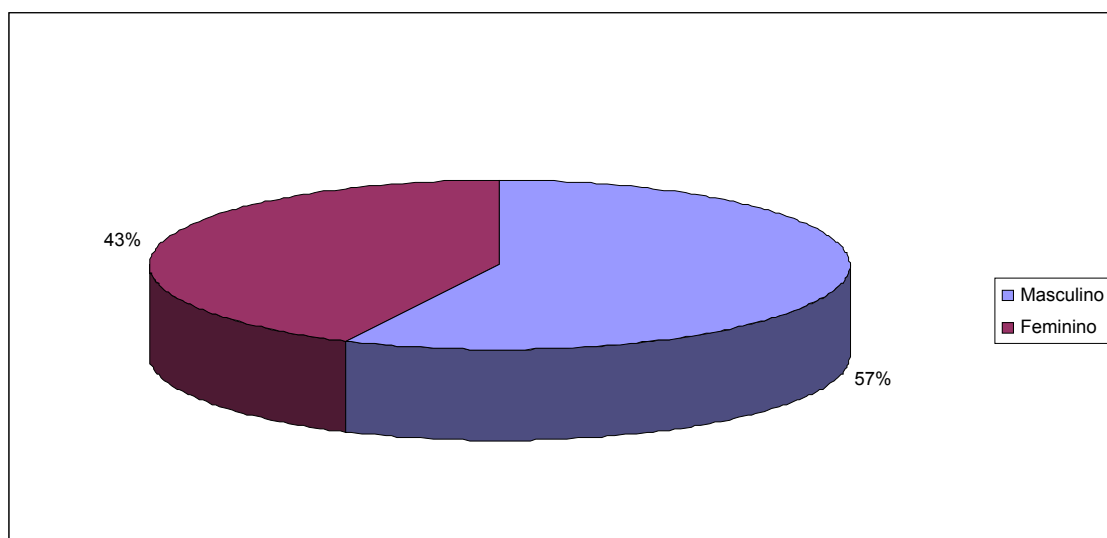
**Gráfico 85 – Intoxicações por agrotóxico segundo faixa etária. Tocantins, 2007 - 2011.**



Fonte: SINAN - TO \* Dados parciais

O Gráfico 85 mostra que com relação à faixa etária, a maior parte das intoxicações por agrotóxicos notificados no período de 2007 a 2011 ocorreu com pessoas da faixa etária de 20 a 34 anos (33,0%), seguida pela faixa etária de 35 a 49 anos (19,0%), sugerindo exposição ocupacional, e posteriormente as crianças de 1 a 4 anos (14,0%), possivelmente causados por acidente com agrotóxicos de uso doméstico, indicando descuido dos adultos. A faixa de 15 a 19 anos (14,0%), pode indicar que estes jovens são trabalhadores e estão expostos aos mesmos riscos que os adultos.

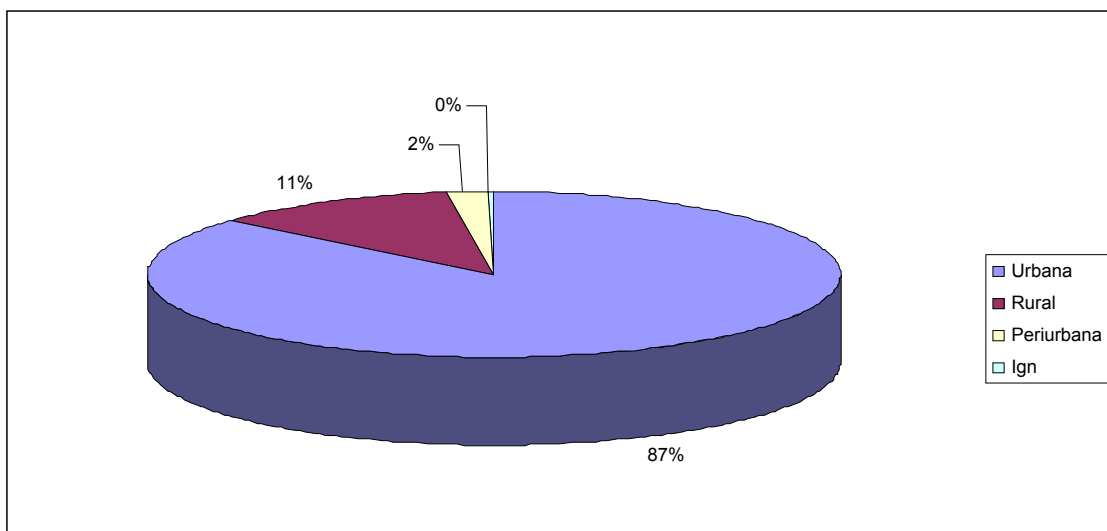
**Gráfico 86 – Intoxicações por agrotóxico segundo sexo. Tocantins, 2007 - 2011.**



Fonte: SINAN - TO \* Dados parciais

O maior percentual de casos corresponde ao sexo masculino, segundo mostrado no gráfico 86.

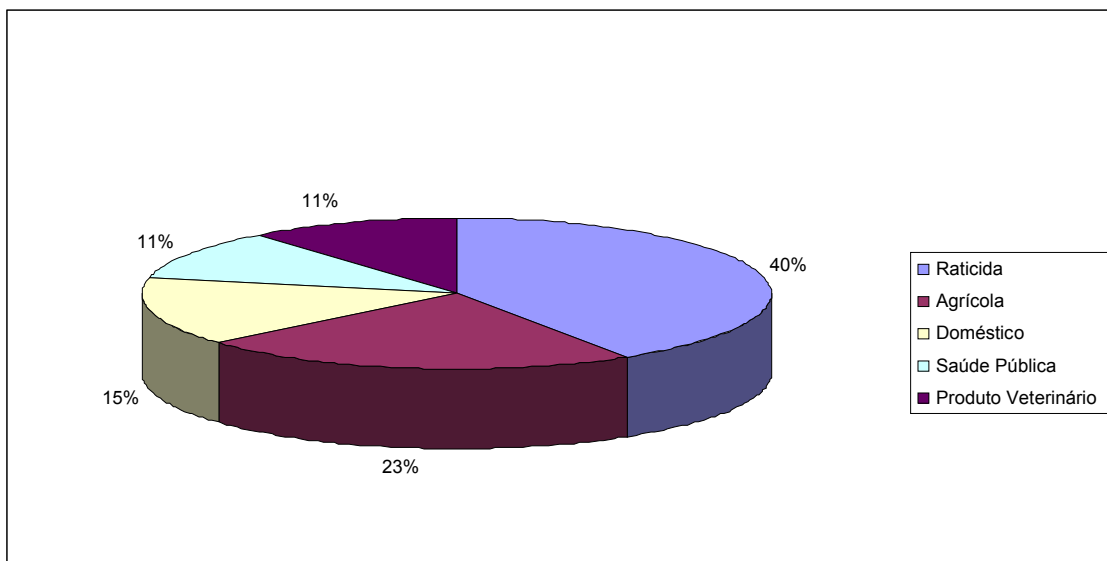
**Gráfico 87 - Intoxicações por agrotóxico segundo zona de residência. Tocantins, 2007 - 2011.**



Fonte: SINAN - TO \* Dados parciais

O gráfico 87 mostra que 87,0% das notificações por intoxicações ocorreram na área urbana, enquanto que na área rural corresponde a 11,0%. A diferença no percentual pode está associado à dificuldade do acesso às unidades de saúde pelos moradores da zona rural o que eleva as sub-notificações da referida área.

**Gráfico 88 - Intoxicações segundo grupo de agrotóxico. Tocantins, 2007 - 2011.**

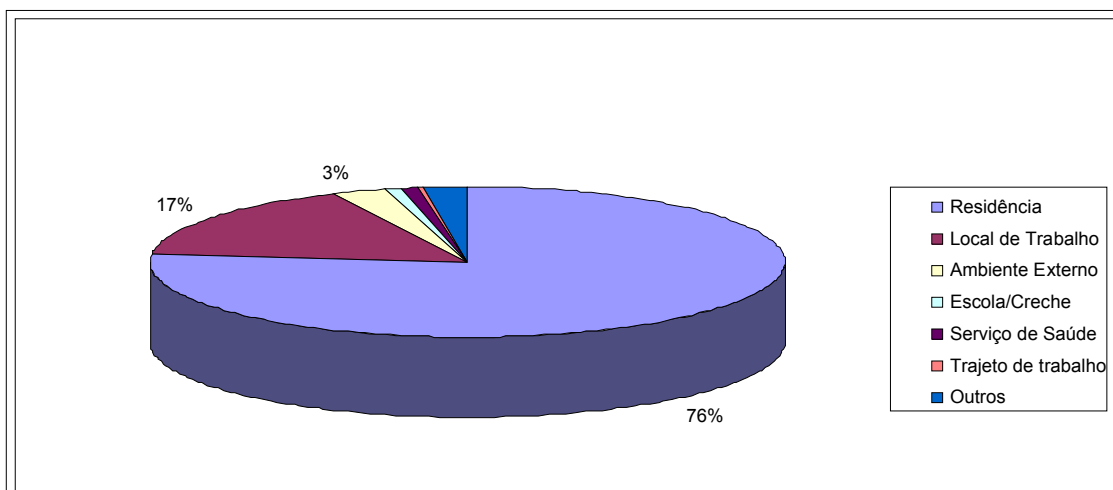


Fonte: SINAN - TO \* Dados parciais



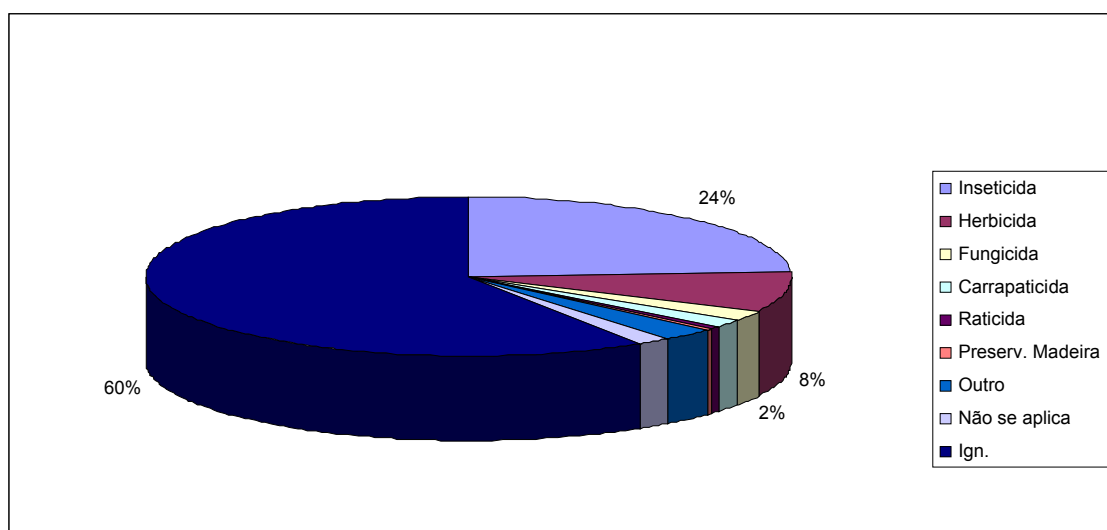
Segundo o gráfico 88, o grupo de agrotóxico mais representativo é o raticida (40,0%) provavelmente devido o expressivo número de tentativas de suicídio com este produto, seguido do agrícola (23,0%). A escolha deste produto, possivelmente deve-se a facilidade em adquiri-lo nos comércios, além de não apresentar controle na hora da venda.

**Gráfico 89 - Intoxicações por agrotóxico segundo local de exposição. Tocantins, 2007 - 2011\*.**



Fonte: SINAN - TO \* Dados parciais

**Gráfico 90 - Intoxicações segundo tipo de agrotóxico. Tocantins, 2007-2011\*.**



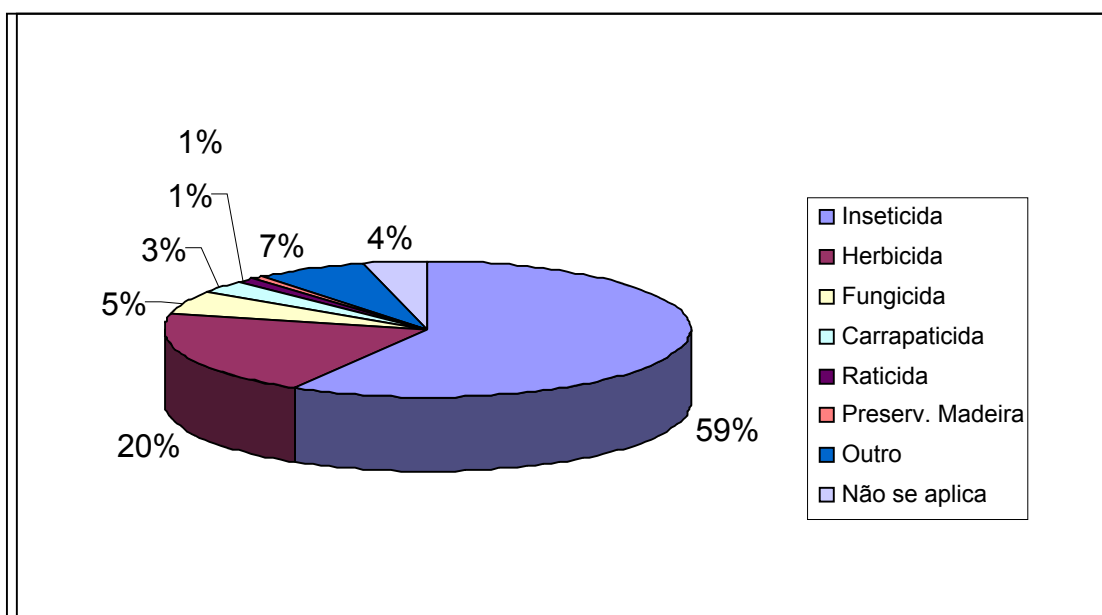
Fonte: SINAN - TO \* Dados parciais

Considerando apenas o local em que foram registrados os eventos com agrotóxicos (Gráfico 89), observa-se que os maiores números de notificações ocorreram nas residências (76,0%), seguido do local de trabalho (17,0%) do total de notificações. O que reforça a necessidade de divulgar os cuidados no manuseio destes produtos junto à comunidade consumidora.

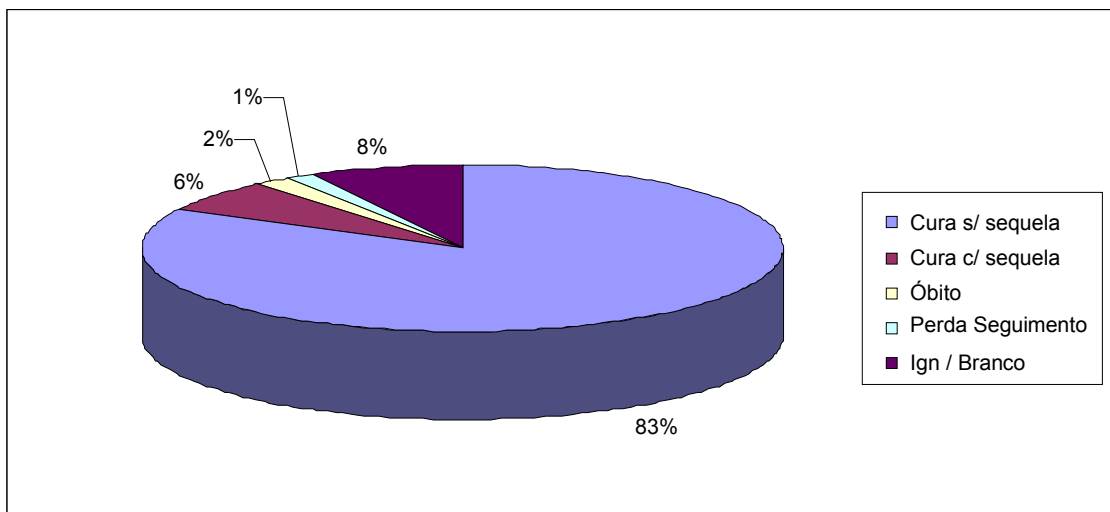
De acordo com o gráfico 91 observa-se que a falta de preenchimento do campo correspondente ao tipo de agrotóxico é uma lacuna na ficha de investigação de intoxicações exógenas, expressa por um percentual significativo de campos ignorados (60,0%), o que pode levar a uma distorção na análise dos dados. O tipo de agrotóxico mais identificado é o inseticida (24,0%), em seguida herbicida (8,0%) e fungicida (2,0%).

O gráfico 91 mostra como ficaria a proporção retirando-se os campos ignorados, mostrando que 59,0% das intoxicações ocorreram por inseticida e 20,0% por herbicida.

**Gráfico 91 – Frequência de Intoxicações por agrotóxicos segundo tipo de agrotóxicos (exceção de campos ignorados). Tocantins 2007 – 2011.**



**Gráfico 92 – Intoxicações por agrotóxico segundo evolução. Tocantins, 2007 – 2011.**



Fonte: SINAN – TO \* Dados parciais

No gráfico 92, evidencia-se que 83,0% das pessoas intoxicadas pelo agrotóxico evoluem para a cura sem seqüela, 8,0% com campos ignorados, 6,0% evoluem para a cura com seqüela, 2,0% evoluem para o óbito e 1,0% perdem o seguimento.

### 1.5.3 – IMPACTOS AMBIENTAIS POR GRANDES INVESTIMENTOS

Atualmente, através desta Gerência, a Secretaria de Estado da Saúde, participa como membro da Comissão Estadual de Prevenção, Preparação e Resposta Rápida a Emergências Ambientais com Produtos Químicos Perigosos (CE-P2R2), criado através do Decreto Estadual nº 3.104, de 9 de agosto de 2007 (publicado no Diário Oficial nº 2.468, de 10 de agosto de 2007) e vinculada ao Naturatins.

Visando o atendimento de uma demanda da referida comissão, o programa VIGISOLO realizou um mapeamento das unidades de saúde no ano de 2008 ao longo da rodovia BR-153 (trecho Paraíso a Guaraí) que integraram na estruturação do projeto de mapeamento de áreas de risco financiado pelo Ministério do Meio Ambiente e aprovado no ano de 2010, sendo que a Secretaria de Saúde participa do projeto como parceiro juntamente com a Defesa Civil e IBAMA onde se tem como benefícios a transferência de equipamentos e capacitações na área de atendimento a acidentes com produtos químicos perigosos.

Baseado nas características geográficas do Estado, temos uma maior susceptibilidade na ocorrência de eventos relacionados a enchentes (situação natural onde ocorre o transbordamento da água do leito natural dos corpos d'água), alagamentos (situação ligadas a deficiência de drenagem nas zonas urbanas) e estiagem (agravada pela alta frequência de queimadas e incêndios florestas).

No ano de 2010, a Gerência teve uma participação no acompanhamento de eventos ocorridos nos municípios de Araguaína com notificação de alagamento de área; Porto Nacional com notificação de enchente e Colméia com notificação de ordem mista, onde teria ocorrido o carreamento de resíduos para uma cacimba após uma chuva forte. É importante relatar que em todos os casos foram realizados um trabalho de acompanhamento da situação da população afetada junto as Secretarias Municipais de Saúde e Defesa Civil.

É de grande relevância informar que agregada a Gerência do VIGEDASTRES existe também o VIGIEMPREENDIMIENTOS, programa de vigilância em saúde ambiental relacionada aos riscos decorrentes aos empreendimentos potencialmente poluidores.

Os trabalhos relacionados ao monitoramento de empreendimentos tiveram início em 2007 com os trabalhos de vistoria nos municípios impactados pela formação do lago das UHE's de São Salvador (Paraná, Palmeirópolis e São Salvador) e Estreito (Aguiarnópolis, Babaçulândia, Darcinópolis, Filadélfia, Palmeiras, Barra do Ouro, Goiatins, Itapiratins, Palmeirante e Tupiratins) e em 6 PCH's instaladas no município de Dianópolis.

No ano de 2008, houve um acréscimo na demanda das ações de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada aos empreendimentos, sendo que a

área técnica de monitoramento realizou vistoria nas obras de instalação da Votorantim localizada no município de Xambioá, Ferrovia Norte Sul (trecho Babaçulândia, Araguaína, Colinas, Palmeirante, Tupiratins e Guaraí), municípios dentro da área de impacto da UHE - Estreito (Filadélfia, Darcinópolis, Palmeiras, Aguiarnópolis, Babaçulândia, Palmeirante, Tupiratins, Barra do Ouro, Goiatins e Itapiratins) e a empreendimento ligado a extração e beneficiamento de calcário.

Em referência do ano de 2009, foram realizadas vistorias de acompanhamento das ações contidas no Programa Básico Ambiental PBA-18- Controle das Condições de Saúde PBA da UHE - Estreito (Palmeira, Babaçulândia e Aguiarnópolis), sendo esta ação realizada em conjunto com a área técnica de vigilância epidemiológica. Realizou-se também vistoria técnica nos canteiros de obras da Ferrovia Norte-Sul (trecho Miracema, Paraíso e Pugmil).

Em 2010 houve um acréscimo na demanda das ações de vigilância relacionada aos empreendimentos potencialmente poluidores, onde foi realizada uma consulta previa junto ao órgão ambiental para a identificação e escolha dos empreendimentos a serem vistoriados, sendo assim, foi formulado o planejamento das ações onde foram realizadas vistorias em dezenove empreendimentos em operação e três em fase de instalação distribuídos em nove municípios do estado. Além destas, foi realizada uma ação para o atendimento a demanda não programada no setor de vigilância em saúde ambiental, cujo objetivo foi acompanhamento das ações do Programa Básico Ambiental PBA-18-Controle das Condições de Saúde da UHE - Estreito, sendo novamente realizada em conjunto com a área técnica de vigilância epidemiológica.

Diferente dos outros programas, a ações pertinentes a empreendimentos não possui indicadores de referência formulados, no entanto, dentro das constatações observadas, pode-se elencar inúmeras não conformidades nos sistema de tratamento de efluentes dos empreendimentos, disposição inadequada de resíduos industriais, assim como o armazenamento inadequado de produtos químicos perigosos, falta de equipamentos de proteção individual e de emergência. Com referência a estrutura de saneamento básico dos municípios visitados, ressalta-se que nos referidos municípios existem uma deficiência no gerenciamento dos resíduos sólidos e devido às características das áreas as mesmas se enquadram na categoria dos lixões.

No decorrer da execução das ações no período de 2007 a 2010, foram realizadas com a participação de técnicos da vigilância ambiental, técnicos da saúde do trabalhador e epidemiologia, sanitária, órgãos de meio ambiente. Deve ser salientado que em todas as ações realizou-se contato com a

Secretaria Municipal de Saúde objetivando expor os objetivos e buscar a participação dos técnicos na execução dos trabalhos de campo.

Com as boas experiências adquiridas em campo pelos técnicos no decorrer das ações planejadas e executadas, é de grande importância que o setor saúde crie mecanismos legais que determinem que os empreendedores cumpram as recomendações descritas nos relatórios técnicos com a finalidade de prevenir e reduzir os impactos na saúde humana (incluindo-se os trabalhadores) em decorrência da instalação/operacão de empreendimentos potencialmente poluidores.

Com relação às deficiências relacionadas aos cuidados na atencão dos desastres naturais, é de suma importância o mapeamento das áreas de risco, uma vez que o Estado do Tocantins não possui este instrumento que poderá viabilizar a elaboracão de estratégias para prevençã e preparaçã e resposta rápida na atuaçã de eventos desta natureza.



Cenário da precariedade na disposiçã final dos resíduos sólidos urbanos nos municípios visitados. Deficiências nos sistemas de tratamento de efluentes bem como a deposiçã inadequada de resíduos perigosos. Disposiçã inadequada de embalagens vazias de agrotóxicos em centro de recepçã.

Podemos concluir que as ações executadas pela gerência possibilitaram a percepçã da necessidade da criaçã de mecanismos legais que viabilize uma melhor atuaçã do setor saúde, elaboraçã de indicadores na vigilância de empreendimentos potencialmente poluidores e que as ações executadas em conjunto com outras áreas técnicas, principalmente o CEREST, proporcionou à visualizaçã dos problemas decorrentes da exposiçã dos trabalhadores as condições de trabalho que podem agredir sua saúde em decorrência da atividade desenvolvida nos empreendimentos.

Quanto aos problemas relacionados à inundações/enchentes, percebeu-se que em comparação com a região norte que apresenta um percentual de 4,2%, o estado do Tocantins aponta um percentual inferior, ou seja, 2,2%. Quando se compara o estado do Tocantins com os demais Estados da região norte, observa-se que o percentual de áreas atingidas por inundações ou enchentes no Tocantins continua sendo inferior.

## **1.6 – PERFIL SANITÁRIO**

### **1.6.1 – PROTEÇÃO À SAÚDE**

A missão da VISA Estadual é Proteger 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.

As Funções da Vigilância Sanitária são desenvolvidas sob a forma de educação sanitária, inspeção, supervisão, orientação, notificação, auto de infração, apreensão, interdição e multas, podendo exercer inclusive poder de polícia.

A Vigilância Sanitária deve ser entendida como de responsabilidade de muitos atores, dentre eles está à própria população que precisa adquirir conhecimentos básicos sobre os riscos sanitários para que possa contribuir no processo de melhoria das condições sanitárias de sua comunidade.

#### **1.6.1.1 – DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

A Vigilância Sanitária está implantada nos 139 municípios do Estado na execução das ações de baixa complexidade, entretanto, a execução das ações de média e de alta complexidade está centralizada na VISA Estadual, uma vez que, a maioria dos municípios não dispõe de profissionais qualificados para o atendimento das demandas pertinentes à vigilância sanitária.

Dentre os desafios para os próximos anos, pode-se destacar a descentralização das ações de Vigilância Sanitária, de forma que as VISA's municipais estejam capacitadas para realizar o gerenciamento do risco sanitário dentro de seu município, a elaboração e implementação dos critérios para operacionalizar a descentralização das ações de VISA, a aprovação do novo Código Sanitário Estadual e a manutenção e ampliação a estrutura da VISA Estadual agregando equipamentos e recursos humanos.

Atualmente, 03 municípios descentralizaram ações de Vigilância Sanitária por meio de pactuação na CIB – Comissão Intergestores Bipartite, são eles: Palmas: Resolução – CIB N° 38/2007 e 30/210 que institucionalizou a descentralização ao município as ações nos seguimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos e Produtos Médicos e Ortopédicos; Araguaína: Resolução – CIB N° 011/2010 as ações nos seguimentos de Distribuidoras de Medicamentos e Drogas de Consumo Humano e Produtos



para Saúde; Porto Nacional: Resolução – CIB N° 03/2008 as ações nos seguimentos de drogarias, clínicas médicas sem internação e sem raio-X, clínicas de fisioterapia, clínicas de psicologia, consultório odontológico, abrigo de idosos, laboratórios de análises e clínicas de estéticas.

O fato dos municípios terem assumido as responsabilidades sanitárias dentro de seu território perante a CIB é de suma importância para que as VISA's municipais executem efetivamente ações de gerenciamento do risco sanitário, o que contribui para que o Estado exerça seu papel fundamental de coordenar e monitorar o Sistema.

## **1.6.2 – AÇÃO REGULATÓRIA: VIGILÂNCIA DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES PARA SAÚDE.**

### **1.6.2.1 – PROGRAMAS DE MONITORAMENTO DE ALIMENTOS**

A Coordenadoria de Alimentos e Toxicologia realizou, de 2008 a 2011, monitoramento de alimentos com a finalidade de verificar a qualidade sanitária desses.

A análise laboratorial é mais um elemento do conjunto de ações de Vigilância Sanitária, que irá confirmar ou dirimir dúvida quanto ao padrão de identidade e qualidade dos alimentos. Os programas e produtos monitorados atualmente implantados no Estado podem ser visualizados no quadro abaixo.

As análises são realizadas pelo LACEN/TO, exceto as do Programa PAMVET.

Estão em fase de implantação os programas: Monitoramento dos Produtos da Agricultura Familiar, Monitoramento Nacional da Rotulagem dos Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância – NBCAL, Programa de Monitoramento de Aditivos e Contaminantes – PROMAC e o Projeto de Monitoramento da Qualidade Microbiológica de Refeições Servidas em Hospitais.

Os resultados dos programas têm auxiliado na identificação do risco sanitário e subsidiado a adoção de medidas sanitárias adequadas diante desses riscos, além de possibilitar a exposição no mercado de alimentos seguros à população.

Programa	Objetivo	Alimentos Monitorados	Coletas realizadas			
			2008	2009	2010	2011
<b>PEMQSA</b>	Monitoramento da qualidade sanitária dos alimentos produzidos e comercializados no Estado do Tocantins.	Água Mineral Água de coco Gelo Gelados Cosmestíveis Condimentos/especiarias Palmito	33	33	73	59
<b>Cquali-Leite</b>	Monitoramento da conformidade do leite pasteurizado, leite UHT e leite em pó, em suas diversas classificações, bem como o combate ao comércio informal do leite.	Leite Pasteurizado	*	09	16	02
<b>PAMVET</b>	Monitorar a qualidade dos alimentos de origem animal quanto à presença de resíduos de medicamento veterinários.	Leite UHT Leite em pó ovos	01	21	19	17
<b>Pró-iodo</b>	Monitoramento do teor de iodo do sal para consumo humano.	Sal	24	19	23	22

\*não iniciado

### 1.6.2.2 – PROGRAMAS DE ANÁLISE DE RESÍDUOS DE AGROTÓXICOS EM ALIMENTOS – PARA

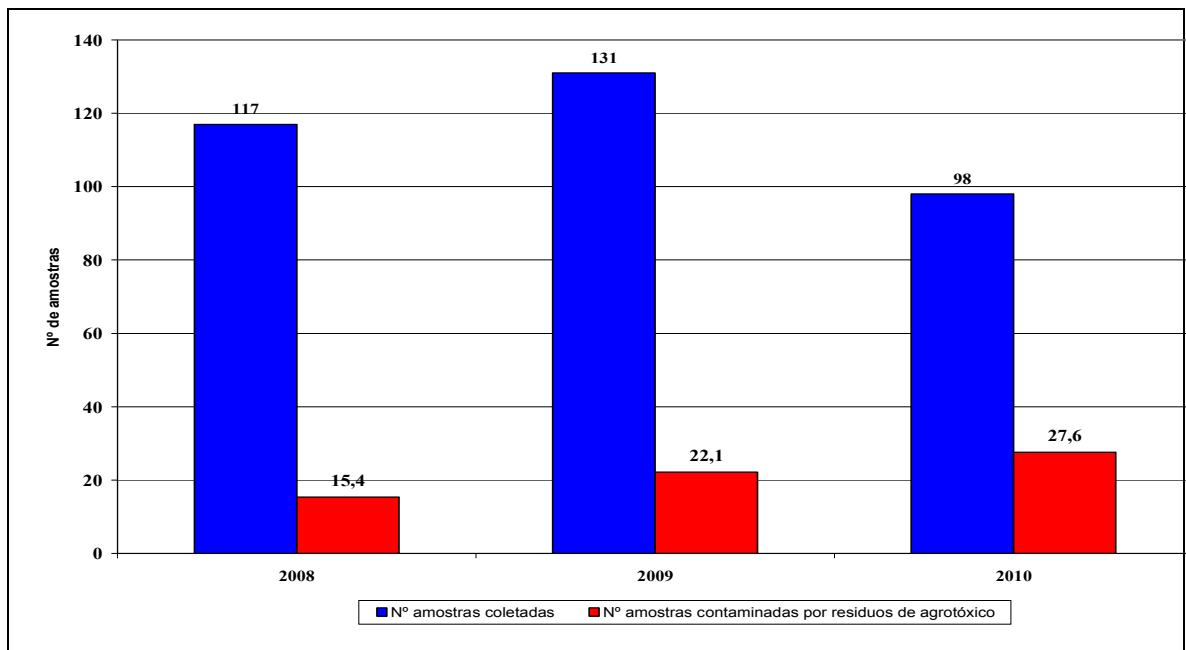
O Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA), coordenado pela ANVISA, tem o objetivo de avaliar continuamente os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos in natura que chegam à mesa do consumidor, fortalecendo a capacidade do Governo em atender a segurança alimentar e evitar possíveis agravos à saúde da população.

No Tocantins, desde 2004, a execução desse programa é realizada por meio da Vigilância Sanitária Estadual. Com base nos resultados do programa, a VISA/TO tem realizado parcerias com órgãos da agricultura, para que estes intensifiquem fiscalizações nas casas agropecuárias e suporte aos produtores com resultados insatisfatórios, e com as Visas municipais para a intensificação da fiscalização nas distribuidoras de hortifrutigranjeiros.

Atualmente está em fase de implantação o TAC (Termo de Ajuste de Conduta), que será firmado entre Ministério Público Estadual, Vigilância Sanitária Estadual e supermercados participantes do PARA, afim de que estes não adquiram hortifrutis de fornecedores que tenham apresentado resultados insatisfatórios nas amostragens realizadas.

Tais ações colaboram para efetivação do PARA e contribuem com a redução e/ou eliminação do problema, possibilitando a oferta de alimentos de qualidade e que não ofereçam risco à saúde da população.

**Gráfico 93 – Número de amostras coletadas pelo PARA, contaminados. Tocantins, 2008 – 2010.**



Fonte: VISA/TO

### 1.6.2.3 – REALIZAÇÃO DE AÇÕES EM PARCERIA COM OUTRAS INSTITUIÇÕES

Entre os anos de 2008 a 2011, foram realizadas 21 atividades em parcerias com outros órgãos, tais como: Ministério Público Estadual, PROCON e Visas Municipais, com objetivo de inspecionar os estabelecimentos comerciais da área de alimentos verificando suas condições de manipulação, armazenamento e exposição dos alimentos, além do cumprimento das normas de Proteção e defesa do Consumidor. Nesse período foram inspecionados aproximadamente 560 estabelecimentos e apreendidos cerca de 120 toneladas de produtos impróprios para o consumo.

A operação conjunta foi intitulada Pró-Consumidor. No ano de 2011, além das instituições acima citadas, participaram das operações

representantes do corpo de bombeiro com o objetivo de fiscalizar as normas de segurança e prevenção de incêndios em estabelecimentos que trabalham com produtos inflamáveis e venda de Gás Liquefeito de Petróleo (GLP).

Os estabelecimentos vistoriados têm atendido às notificações e apresentado melhorias significativas, que abrange estrutura física, manipulação e exposição dos alimentos e cumprimento do Código do Consumidor. Outro resultado positivo é o fortalecimento das Visas Municipais, que muitas vezes encontram dificuldade em sua atuação por pouco apoio dos gestores.

Ainda em relação formação de parcerias, há que se destacar o espaço de discussão criado com a Instituição de Ensino Unirg–Universidade Regional de Gurupi e com o CRF–Conselho Regional de Farmácia da cidade de Gurupi–TO por meio da Coordenadoria de Produtos; o espaço de discussão intersetorial criado com a ANVISA, Polícia Federal, CRF–TO e Visa Municipal de Palmas–TO; a realização de ação conjunta com as vigilâncias epidemiológica e ambiental na elaboração dos folders informativos no combate ao cólera; ação em conjunto com a Anvisa e Polícia Federal na Fiscalização de Farmácias e Drogarias de Palmas–TO e o acompanhamento da incineração de drogas e entorpecentes realizado pela Polícia Federal, sem presença de risco sanitário.

#### **1.6.2.4 – INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS**

A área de alimentos recebeu no ano de 2010, 04 (quatro) notificações de surto de origem alimentar, onde realizou a inspeção e participou da investigação somente em 01 (uma) ocorrida no município de Palmas. No restante, orientou as Visas Municipais quanto à coleta e envio das amostras de alimentos, quando existentes.

No ano de 2011, a equipe de inspetores da VISA participou de investigação de Surto de DTA no município de Goiatins, em parceria com outros atores da Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde, na qual orientou estabelecimentos e residências sobre os procedimentos corretos quanto à manipulação de alimentos. Além desse, houve também a participação da equipe da coordenação de alimentos na investigação de surto de DCA por transmissão oral no município de Tocantinópolis.

Outro evento de surto de DCA por transmissão oral, ocorreu no município de Ananás, no início de mês de novembro, onde foram notificados 10 casos da doença, o que levou a VISA Estadual a dedicar-se com afinco a um trabalho de prevenção, desenvolvendo atividades com o intuito de sensibilizar e capacitar os produtores locais e esclarecer a população quanto à importância da higienização dos alimentos antes do seu consumo e o risco do consumo de

alimentos sem procedência e/ou manipulados incorretamente. É importante destacar que houve um trabalho integrado de investigação do surto entre Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, LACEN e Secretaria de Saúde do Municipal para que se chegasse ao agente etiológico e assim a tomada de medidas pertinentes ao caso.

Além disso, a equipe da VISA Estadual, por meio da Coordenação de Alimentos e Toxicologia, realizou diversas atividades voltadas à prevenção da Doença de Chagas Aguda por transmissão oral na região do Bico do Papagaio (Araguatins, Esperantina, Axixá e Augustinópolis), especificamente nos municípios onde há produção e grande consumo de frutas como açaí, bacaba, juçara, dentre outras.

#### 1.6.2.5 – ATENDIMENTO A DENÚNCIAS E/OU RECLAMAÇÕES (DISQUE 150)

Uma das tarefas rotineiras de responsabilidade da Vigilância Sanitária é receber e atender denúncias relativas às questões sanitárias. No período de 2008 a 2011 foram recebidas e atendidas pela VISA Estadual um total de 456 denúncias.

Na perspectiva de amplo acesso dos serviços de vigilância sanitária, em 2009 foi disponibilizado para o cidadão um canal de comunicação via telefone diretamente com o setor de acolhimento de denúncias, denominado Disque Denúncia – disque 150 Vigilância Sanitária.

O projeto busca a participação ativa da sociedade na colaboração com a Vigilância Sanitária, incentivando a denúncia contra as infrações sanitárias de forma segura, garantindo o anonimato do denunciante, utilizando para isso a tecnologia da informação.



A ligação é gratuita e qualquer pessoa poderá fazer uso do sistema para formalizar denúncias sobre o risco sanitário.

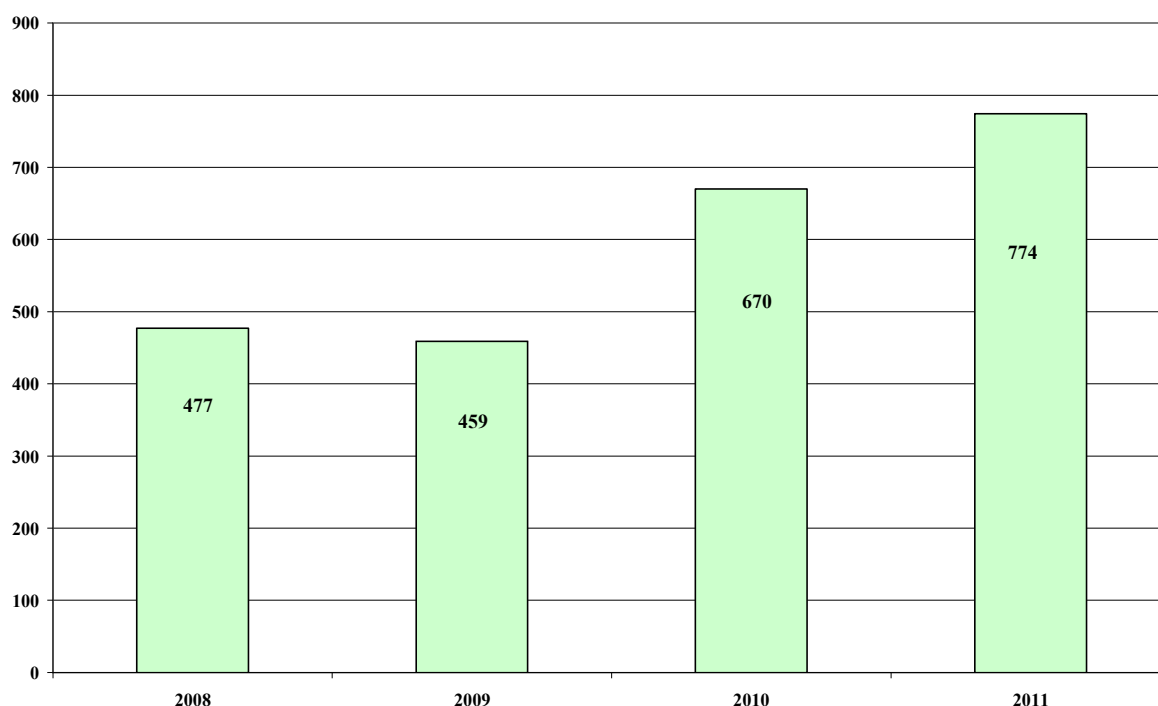
### 1.6.2.6 – INSPEÇÕES SANITÁRIAS

Objetivando diminuir o risco sanitário foram realizadas inspeções e reinspeções sanitárias em diversas áreas sujeitas ao controle sanitário no Estado do Tocantins.

De 2008 a 2011 foram realizadas um total de 2.318 inspeções e reinspeções sanitárias balizadas pela demanda do setor regulado, denúncias dos usuários, credenciamento e descredenciamento de serviços para assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde, bem como na avaliação do risco sanitário.

Mediante o planejamento das inspeções sanitárias, as áreas técnicas da VISA-Estadual alcançaram as diversas regiões do Estado, onde adentrou os estabelecimentos de saúde, gêneros alimentícios e produtos de saúde como parte da execução do gerenciamento do risco sanitário.

**Gráfico 94 – Número de inspeções e reinspeções sanitárias realizadas pela visa. Tocantins, 2008 –2011.**



Fonte: VISA/TO

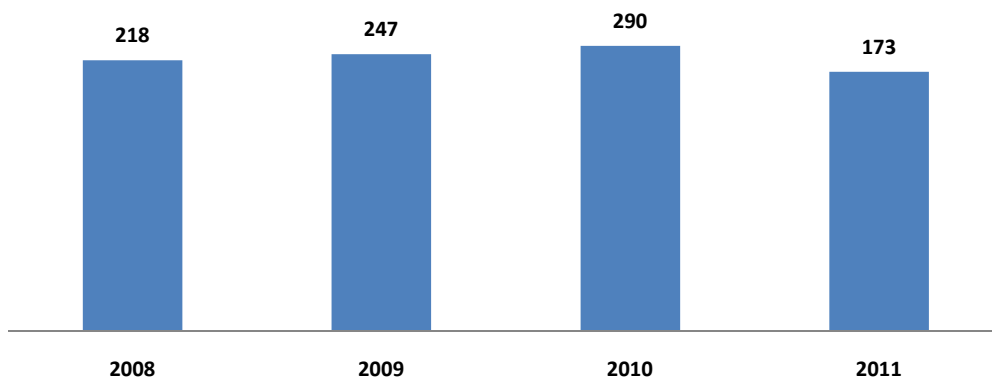
A Coordenadoria de Serviços de Saúde é responsável pela fiscalização, monitoramento e supervisão nos estabelecimentos de saúde como: hospitais de alta e média complexidade e de pequeno porte, clínicas, laboratórios de análise clínica, microbiologia, análise patológica, hemoterapia, diálise, oncologia, odontologia, endoscopia, imagiologia, medicina nuclear, bem

como serviços de interesse à saúde no Estado do Tocantins. Em 2011 foi realizado um trabalho regionalizado em aproximadamente 55 municípios, onde foram inspecionados 471 serviços de saúde, entre baixa, média e alta complexidade, além da fiscalização sanitária, realizou-se assessoria técnica e treinamento prático a equipe da VISA municipal, como continuidade ao curso de QUALIVISA da VISA Estadual. Desta maneira, permitiu-se otimizar o recurso financeiro (diárias, veículo, combustível), em tempo de cumprir o plano de ação do ano proposto, conhecer o perfil sanitário da região, integração de uma equipe multidisciplinar, atender demanda dos municípios e contribuir para o empoderamento do conhecimento em vigilância sanitária aos fiscais/coordenadores das VISAs municipais.

#### 1.6.2.7 – ANÁLISE DE PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE

No período de 2008 a 2011, 928 estabelecimentos deram entrada junto a Diretoria de Vigilância Sanitária – área técnica de Infraestrutura e Análise de Projetos – para emissão de parecer quanto às condições de estrutura física, conforme gráfico 95.

**Gráfico 95 – Número de Projetos Arquitetônicos analisados pela VISA Estadual. Tocantins, 2008 – 2011.**



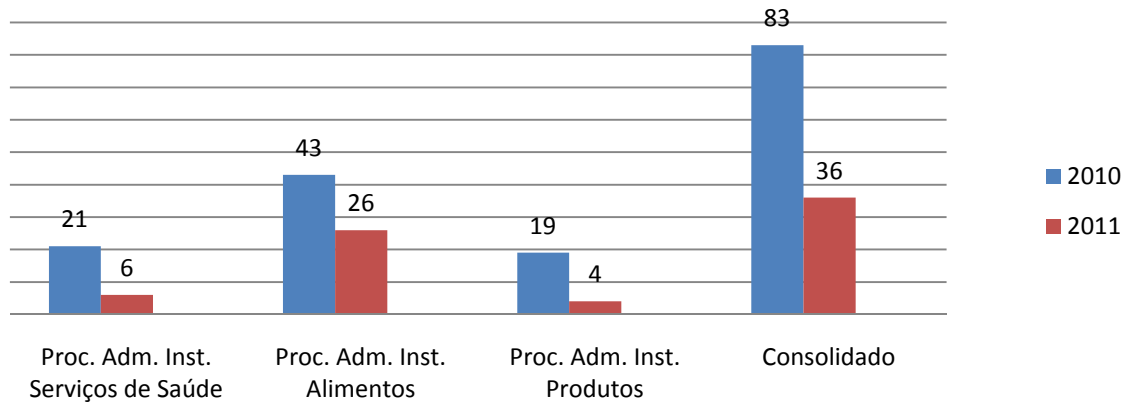
Fonte: VISA/TO

É importante ressaltar que a aprovação de projetos reflete o planejamento integrado do trabalho na área da saúde e em muitas situações as avaliações e pareceres técnicos emitidos pela VISA modificam o processo construtivo, alterando as estratégias de projetos para melhor adequação as normas sanitárias.

### 1.6.2.8 – INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO

Entre os anos de 2010 e 2011 foram instaurados 119 processos administrativos em desfavor de estabelecimentos que estão sujeitos a Vigilância Sanitária.

**Gráfico 96 – Processos Administrativos Instaurados pela VISA. Tocantins, 2010-2011.**



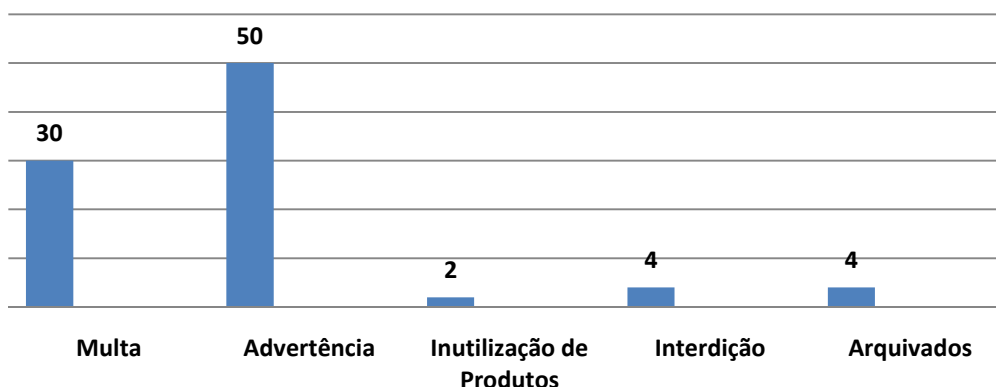
Fonte: VISA/TO

Dos 119 processos instaurados:

- ✓ 30 estabelecimentos foram multados e dentre esses, 1 teve seus produtos inutilizados;
- ✓ 50 estabelecimentos receberam a pena de advertência e dentre esses, 1 teve seus produtos inutilizados e 4 foram interditados; e
- ✓ 04 tiveram o processo administrativo arquivado.



**Gráfico 97 - Decisão final dos processos administrativos instaurados pela VISA/TO. Tocantins, 2010-2011.**



Fonte: VISA/TO

É importante destacar que em alguns estabelecimentos, em razão da condição sanitária deficiente, junto com as penas de multa ou advertência foram aplicadas, também, penas de inutilização de produtos e/ou interdição.

### 1.6.3 – IDENTIFICAÇÃO DAS FRAGILIDADES

Cabe salientar algumas fragilidades que deverão ser superadas nos próximos anos.

Apesar do empenho e esforço da equipe técnica e apoio dos gestores em viabilizar a execução das ações de vigilância sanitária no estado, ainda existem mais de 20,0% dos municípios que não sofreram inspeção sanitária no período de 2008 a 2011 nos serviços de baixa complexidade tais como: UBS/posto de saúde/centro de saúde/UBS com consultório odontológico entre outros serviços.

Ademais, para que alguns municípios inspecionem os serviços de interesse à saúde, é necessário apoio da VISA Estadual por meio de ações conjuntas de inspeção nessas atividades (hotel, salão de beleza, funerárias, APAE, escolas, clubes, academias, etc).

Outra fragilidade identificada é em relação à frota insuficiente de veículo oficial para atender a demanda necessária da VISA, bem como a necessidade renovação da frota e manutenção/revisão dos veículos periodicamente.

Há que se destacar, o número insuficiente de recursos humanos e falta de capacitação periódica com toda a equipe multidisciplinar de inspetores sanitários existentes: fisioterapeuta, biólogo, enfermeiro, assistente social,

engenheiro ambiental, nutricionista, cirurgião dentista, executivos em saúde e farmacêutico.

#### **1.6.4 – PERSPECTIVAS**

O desafio da Visa não é somente identificar o risco, mas intervir no processo de melhoria, utilizá-lo na definição de ações para transformar a realidade.

O exercício de 2008–2011 proporcionou desafios no desempenho das atividades de vigilância sanitária com superação pelas equipes técnicas, que resultou no crescimento qualitativo para todas às áreas técnicas da Vigilância Sanitária Estadual.

A gestão e execução das ações de Vigilância Sanitária foram assumidas mediante planejamento e programação, com conhecimento e ordenação de responsabilidades em que cada área técnica atuou para o alcance dos resultados.

Espera-se que no período de 2012–2015 possa avançar ainda mais, na medida em um de nossos principais desafios é trabalhar em conjunto com as VISA's municipais a fim de dar continuidade ao processo de descentralização das ações de VISA.

## 1.7 – PERFIL NUTRICIONAL

A Área de Alimentação e Nutrição tem como prioridade desenvolver a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, que é parte integrante da Política Nacional de Saúde. A Alimentação Adequada é um Direito Humano. A garantia desse direito é fundamental, pois, a alimentação e nutrição adequadas são ingredientes básicos para o desenvolvimento do ser humano, garantindo a ele a realização de sua capacidade de produção, de sua cidadania e do seu bem-estar.

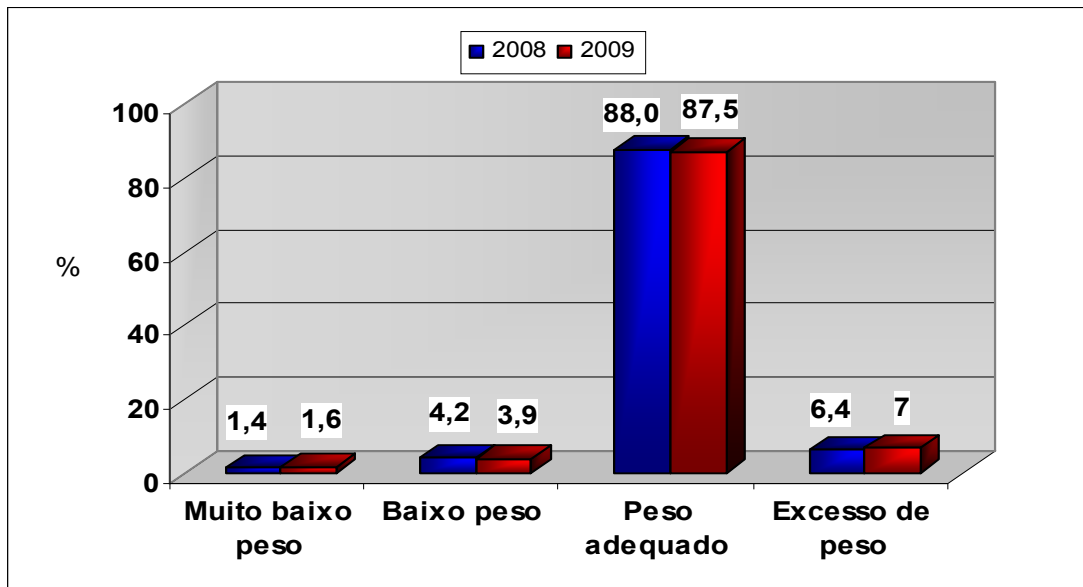
A Vigilância Alimentar e Nutricional se destina ao diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população, contribuindo para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, identificando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco e agravos nutricionais.

A coleta de dados para a realização do diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população acontece de forma rotineira nas Unidades Básicas de Saúde, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EAS) e os dados são processados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN WEB).

Os dados abaixo, oriundos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, dos anos de 2008 e 2009, mostram elevação na prevalência de Excesso de Peso e Obesidade no adulto e déficit de altura em crianças e excesso de peso em crianças.

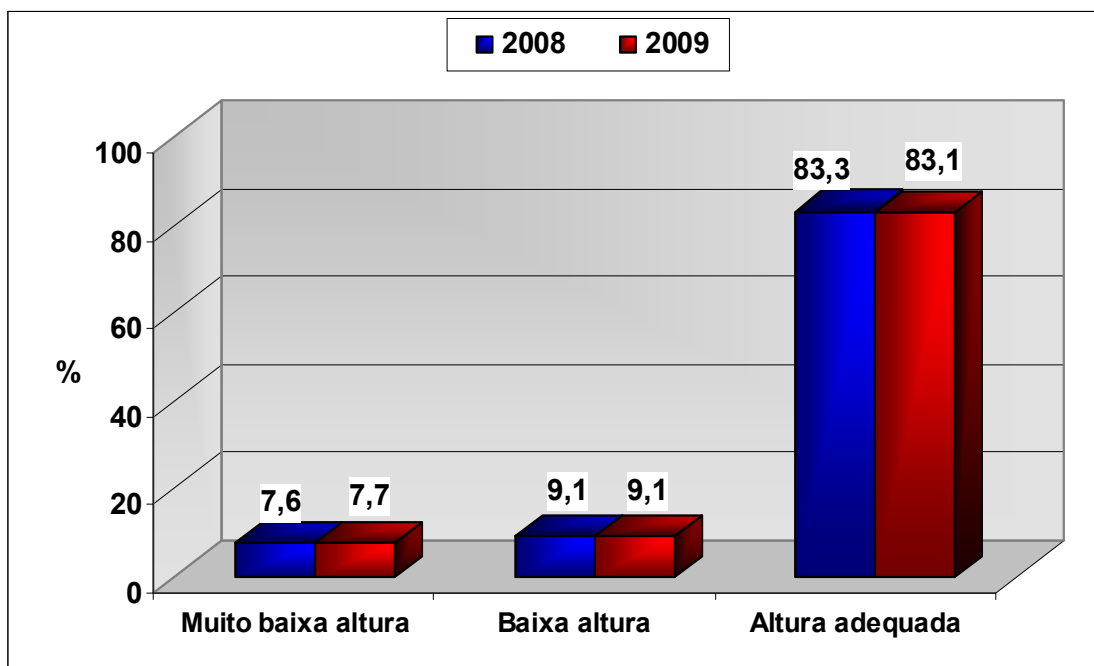
De acordo com o gráfico 99, foi possível observar um aumento na prevalência do excesso de peso em crianças de 0 a 5 anos de idade comparando os anos de 2008 e 2009, segundo o indicador antropométrico de peso para idade.

**Gráfico 98 – Estado Nutricional de crianças de 0 a 5 anos de idade, segundo peso/idade, registrados no Sisvan. Tocantins, 2008–2009.**



O déficit de altura em crianças de 0 a 5 anos de idade nos anos de 2008 e 2009, registrado no SISVAN, referente ao Estado do Tocantins pode ser visualizado no gráfico abaixo (gráfico 99).

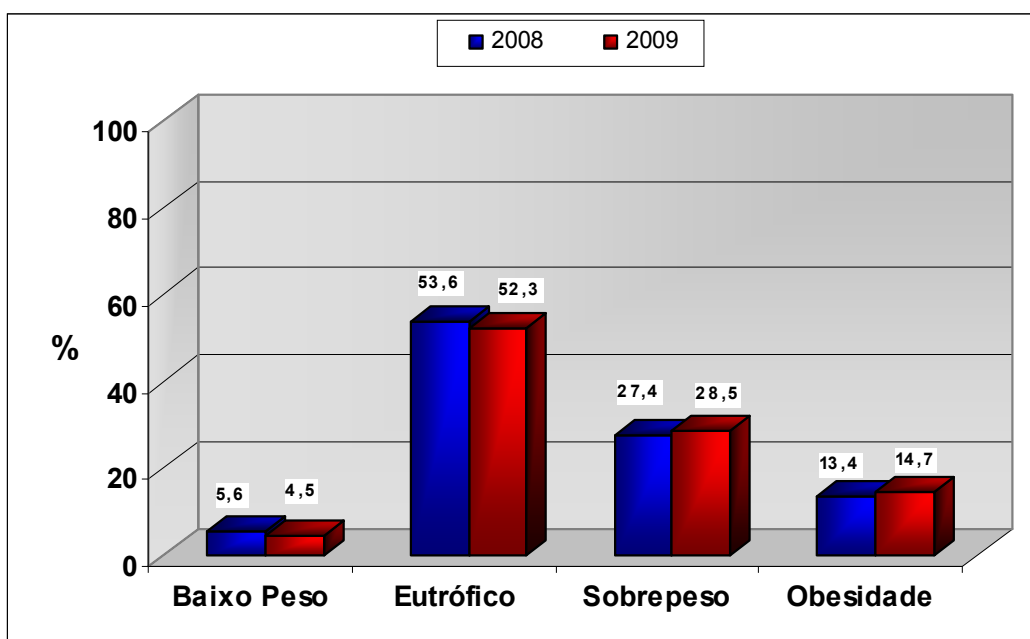
**Gráfico 99 – Estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos de idade, segundo altura para idade, registrado no SISVAN. Tocantins, 2008 e 2009.**



Fonte: Sisvan

No gráfico 100 encontram-se os dados referentes ao estado nutricional de adultos registrados no SISVAN nos anos de 2008 e 2009. Foi demonstrado um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade na população avaliada e uma redução do percentual de adultos com baixo peso.

**Gráfico 100- Estado nutricional de adultos, segundo IMC, registrados no SISVAN. Tocantins, 2008 a 2009.**



Fonte: Sisvan

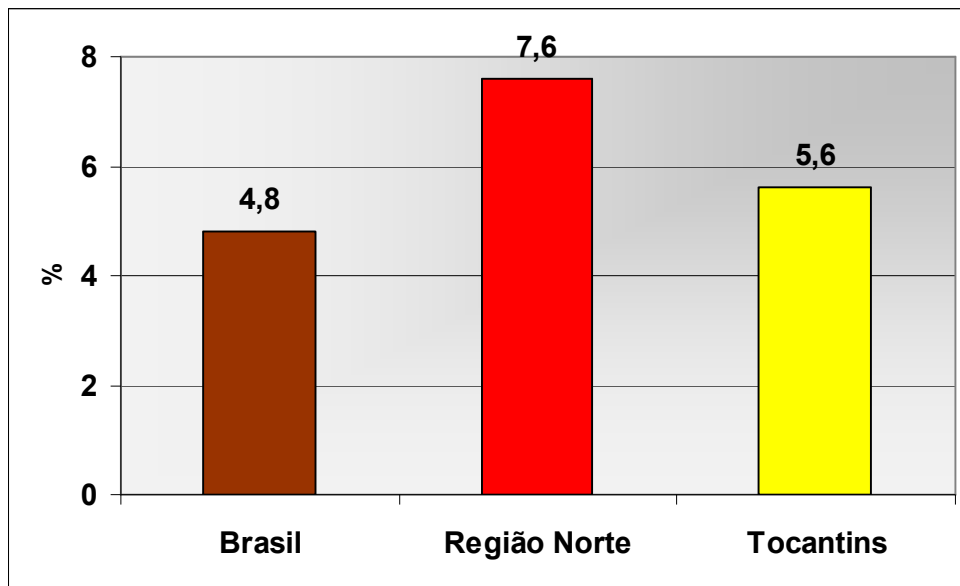
**Tabela 34 – Estado nutricional de crianças de 0–5 anos de idade, segundo peso/idade no Brasil, Região Norte e Estado do Tocantins, 2009.**

	Peso muito baixo para idade (%)	Peso baixo para idade (%)	Peso adequado para idade (%)	Peso elevado (%)
<b>Brasil</b>	1,3	3,5	87,0	8,2
<b>Região Norte</b>	1,9	5,7	86,6	5,8
<b>Tocantins</b>	1,6	4,0	87,4	7,1

Fonte: SISVAN, 2009.

Na tabela 34 encontram-se os dados referentes ao estado nutricional de crianças de 0–5 anos de idade, segundo peso/idade registrado no SISVAN no ano de 2009. Foi possível observar que o Estado do Tocantins apresentou uma maior prevalência de peso muito baixo e peso baixo para idade quando comparado com os dados de todo país. No entanto, a prevalência no Estado do Tocantins foi menor quando comparado com a Região Norte.

**Gráfico 101 – Déficit de peso em crianças de 0 a 5 anos de idade, segundo peso/idade, registrados no SISVAN. Brasil, Região Norte e Tocantins, 2009.**



Fonte: SISVAN

No gráfico 101 estão apresentados os dados referentes ao déficit de peso, registrados no SISVAN, no ano de 2009. Verificou-se um déficit de peso de 4,8 %, 7,6% e 5,6%, respectivamente, para dados referentes ao acompanhamento de crianças de 0–5 anos no Brasil, Região Norte e Estado do Tocantins.

Na tabela 35 encontram-se os dados referentes ao estado nutricional de crianças de 0–5 anos de idade, segundo peso/idade registrado no SISVAN no ano de 2009, por Região de Saúde. Foi possível verificar uma maior prevalência de baixo peso nas Regiões Sudeste (11%), do Bico do Papagaio (7,1 %) e Médio Araguaia (7,0%).

**Tabela 35–Estado Nutricional de crianças de 0–5 anos de idade, segundo peso/idade. Região de Saúde – Tocantins, 2009.**

Região de Saúde	Peso muito baixo para idade (%)	Peso baixo para idade (%)	Peso adequado para idade (%)	Peso elevado para idade (%)
Araguaia–Tocantins	1,2	3,4	88,6	6,9
Bico do Papagaio	1,6	5,5	89,4	3,5
Cantão	1,0	3,6	88,4	7,0
Capim Dourado	1,7	3,4	88,1	6,9
Centro–Sul	1,9	3,0	88,4	6,7
Cultura do Cerrado	1,9	3,0	86,5	8,6
Sudeste	3,9	7,1	84,5	4,5
Sul Angical	0,9	4,6	88,8	5,7
Extremo Sudeste	1,2	4,0	88,8	6,1
Lobo Guará	2,5	4,2	85,1	8,2
Médio Araguaia	1,9	5,1	87,7	5,3
Meio Norte	1,6	4,0	80,0	14,4
Miracema	2,3	3,2	90,0	4,5
Porto Nacional	1,2	3,7	88,0	7
Portal do Bico	1,1	4,5	89,2	5,2

Fonte: SISVAN, 2009.

### 1.7.1 – CONSUMO ALIMENTAR

A determinação do consumo alimentar e hábitos alimentares da população é fundamental para o planejamento de ações relacionadas à Promoção de uma Alimentação Saudável.

De acordo com a pesquisa realizada no Estado do Tocantins, o consumo de frutas ou sucos de frutas in natura diariamente, em crianças de dois a cinco anos, foi de apenas 35,1%. Quanto ao consumo de bebidas adoçadas com açúcar foi de 58,3% (quadro 10).

**Quadro 10 – Distribuição segundo variáveis de consumo alimentar de crianças de dois anos a cinco anos incompletos. Tocantins, 2007.**

CONSUMO ALIMENTAR	TODOS OS DIAS	DIAS SIM E NÃO	ÁS VEZES/ NUNCA
Consumo de bebidas adoçadas com açúcar (sucos, refresco, leites, chás), refrigerantes	58,3%	20,9%	20,8%
Consumo de salgadinhos de pacote	10,7%	21,2%	68,1%
Consumo de biscoito recheado	6,8%	20,0%	73,2%
Consumo de sucos/frutas in natura	35,1%	30,3%	34,7%

Fonte: Pesquisa chamada nutricional Norte–2007

**Tabela 36 – Percentual de indivíduos adultos que consomem diferentes tipos de alimentos e/ou bebidas cinco dias ou mais da semana, Tocantins. 2008–2009.**

ALIMENTOS E BEBIDAS	2008 %	2009 %
Salada crua	52,0	34,0
Legumes e verduras cozidas	28,0	26,0
Frutas frescas ou salada de frutas	40,0	43,0
Feijão	72,0	85,0
Leite ou iogurte	56,0	61,0
Batata frita batata de pacote e salgadinhos fritos	6,0	18,0
Hambúrguer e embutidos	7,0	18,0
Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote	23,0	31,0
Bolachas/biscoitos doces ou recheados, balas e chocolates	16,0	23,0
Refrigerante	25,0	26,0

Fonte: SISVAN

Na tabela 36 encontram-se os dados referentes ao consumo alimentar de adultos do Estado do Tocantins, registrado no SISVAN nos anos de 2008 e 2009. Foi observado uma alteração no comportamento alimentar desta população, com redução no consumo de alimentos ricos em fibras (salada crua, legumes e verduras cozidas) e aumento no consumo de refrigerantes e alimentos industrializados.

Os resultados das pesquisas e sistemas de informação de saúde evidenciam problemas como baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo, erros no consumo alimentar, deficiências nutricionais significativas, principalmente quanto a estatura para a idade (desnutrição crônica) e o excesso de peso (obesidade) afetando o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças menores de cinco anos do estado do Tocantins. Evidenciam também a alta prevalência de obesidade entre os adultos, aumentando o risco para as condições crônicas (Hipertensão, Diabetes, Câncer, Problemas Cardiovasculares e outros).

Para o enfrentamento destes problemas há a necessidade de intervenções que melhorem a qualidade de vida de famílias menos favorecidas e conforme a diretriz de 2004 do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o alcance da condição de Segurança Alimentar e Nutricional implica tanto no atendimento de grupos em situação de vulnerabilidade quanto na implementação de ações estruturais que revertam os fatores políticos, econômicos e sociais que geram as situações de insegurança alimentar na população (Brasil, 2004).

Para isso, é importante que a equipe de saúde local, responsável pela Atenção Básica à Saúde, firmemente apoiada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, conheça a situação



da Alimentação e Nutrição na comunidade e nas famílias em que atua, e auxilie na busca de possibilidades de melhora – lá.

Portanto, torna-se prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais, com consumo de alimentos locais de baixo custo e alto valor nutritivo, bem como de uma alimentação variada e equilibrada, desde a infância até a velhice. Recomenda-se que seja inserido nos programas de alimentação e nutrição ações eficazes para reverter ou prevenir as tendências desfavoráveis que vem sendo documentadas em todo o mundo, que é o aumento da obesidade e de várias outras doenças crônicas.

As ações de nutrição são valiosos instrumentos de apoio às linhas de promoção da saúde que a Secretaria de Estado de Saúde, através da Gerência de Alimentação e Nutrição, em parceria com o Ministério da Saúde oferece aos profissionais e aos gestores do Sistema Único de Saúde, visando aumentar a qualidade de assistência à população. A alimentação e nutrição, portanto, constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.

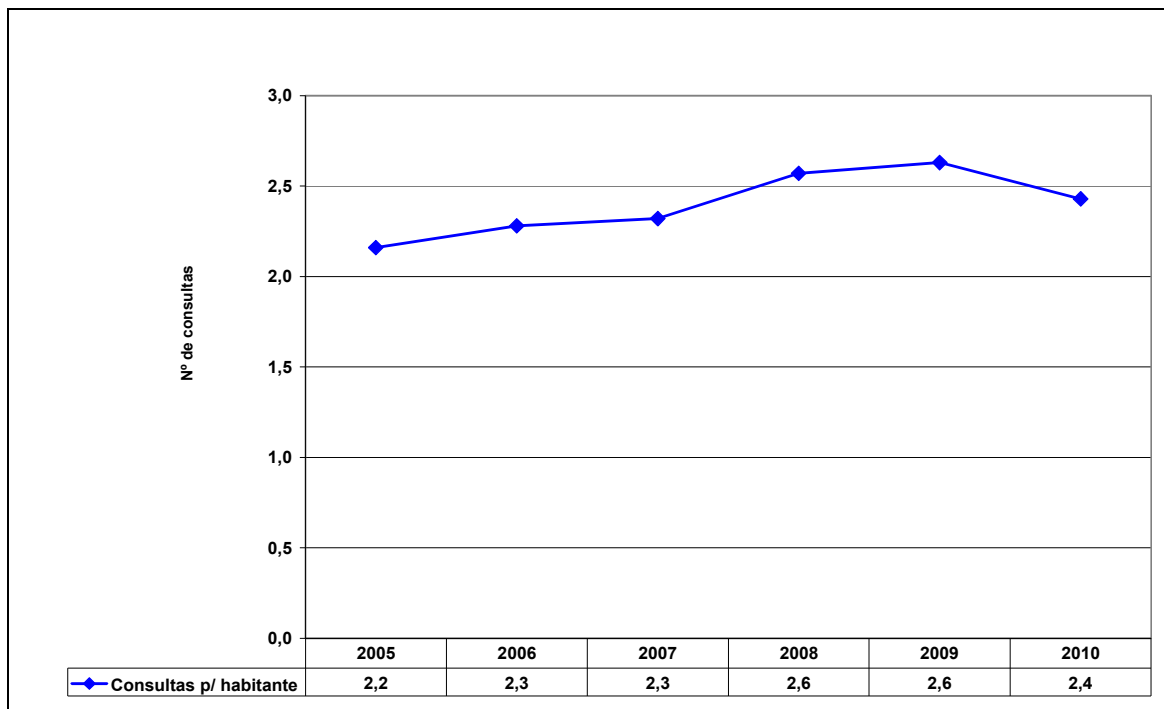
Enfim, a promoção da alimentação saudável e o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) servirão como uma resposta objetiva do Setor Saúde à Política Estadual e Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

## 1.8 – PERFIL DA REDE DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

### 1.8.1 – INDICADORES DE COBERTURA

O parâmetro definido pela Portaria MS N° 1.101/GM, é de 2 a 3 consultas médicas por habitante por ano. Nos últimos 5 anos, o Tocantins vem realizando cerca de 2,4 consultas por habitante/ano, permanecendo dentro do parâmetro preconizado, porém com incremento de 9,0 % de 2005 a 2010 (Gráfico 102).

**Gráfico 102 – Número de consultas médicas por habitante por ano. Tocantins, 2005 – 2010.**



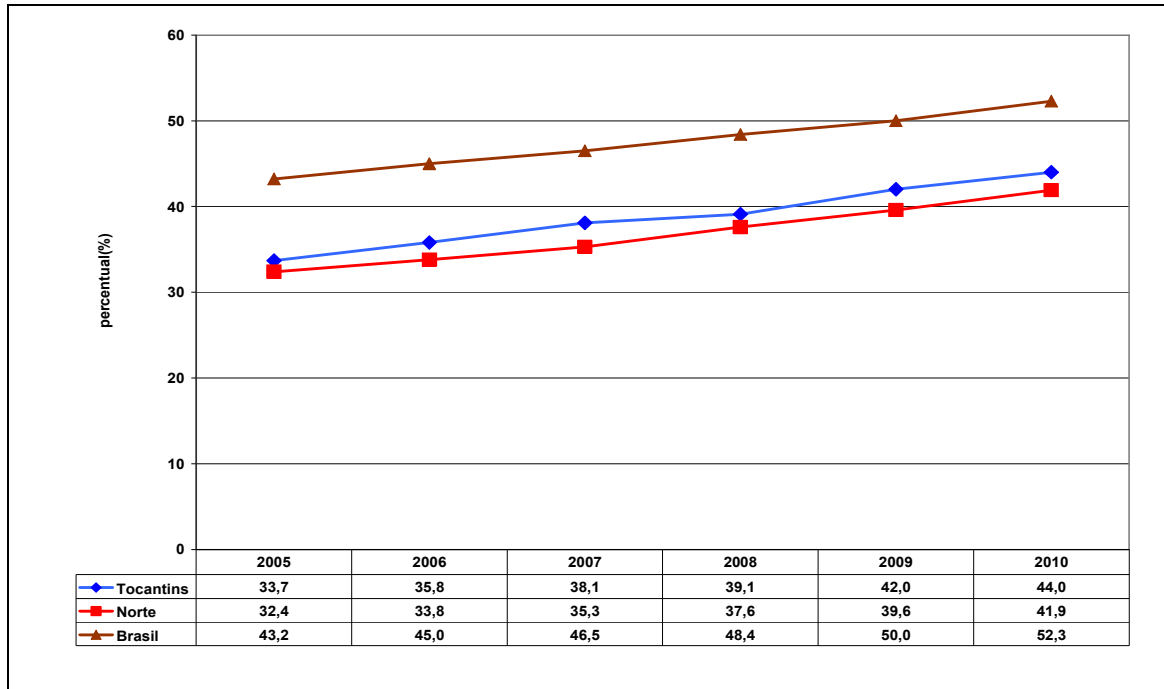
Fonte: SIA/DATASUS

#### 1.8.1.1 – PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS

A proporção de partos cesáreos realizados no Tocantins, assim como na região Norte e no país, vem aumentando nos últimos anos. Considerando a totalidade dos partos ocorridos no Estado, no ano de 2010, constata-se que mais da metade (44,0%) foram partos cesáreos, índice muito superior aos 15,0% preconizados pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Comparado ao ano 2005, houve um crescimento de 30,6 pontos percentuais. No estado, a proporção de partos cesáreos vem mantendo-se em patamares muito

elevados, ultrapassando os resultados obtidos na região norte a partir de 2005 (Gráfico 103).

**Gráfico 103 – Proporção de parto cesáreos. Brasil, Norte e Tocantins, 2005–2010.**



Fonte: MS/DATASUS / SINASC

### 1.8.1.2 – PROPORÇÃO DE NASCIDOS COM BAIXO PESO AO NASCER

A proporção de baixo peso no Tocantins, tem se apresentado em patamares equivalentes aos países desenvolvidos, 5– 6% – segundo a OMS. Os valores no estado para o período analisado se mostraram em uma discreta ascensão variando de 6,6 a 6,9%, com incremento de 4,0% no período. Mesmo assim, estas proporções são inferiores à média nacional (8,1%) e (7,5%) (Gráfico 104). No entanto, esta situação requer vigilância constante, uma vez que o baixo peso está diretamente relacionado com a mortalidade infantil.

**Gráfico 104 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer. Brasil, Região Norte e Tocantins, 2005 – 2009.**

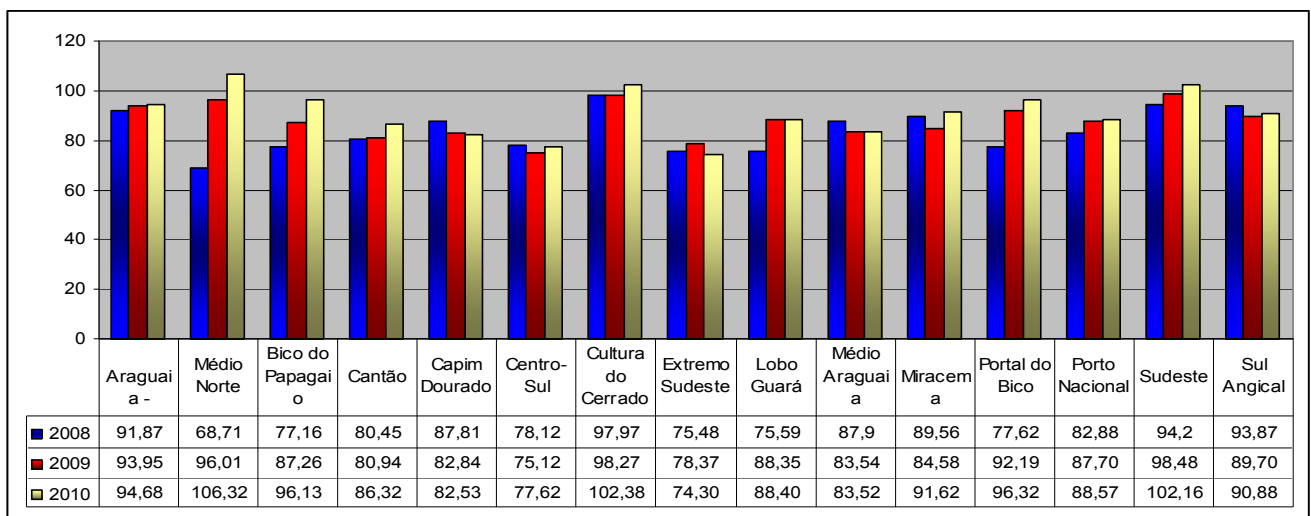


Fonte: SINASC Estadual e MS/DATASUS

**1.8.1.3 – COBERTURA DO PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A Proporção da População cadastrada pela Estratégia Saúde da Família determina o percentual de pessoas cadastradas pela Estratégia Saúde da Família em determinado local e período. Foi pactuado no Pacto pela Vida pela esfera estadual e municipal para o período de 2008 a 2010, com tendência crescente ao ano, pois se baseia no cadastro da população da área de abrangência de atuação das Equipes de Saúde da Família no Sistema de Informação vigente da Atenção Básica.

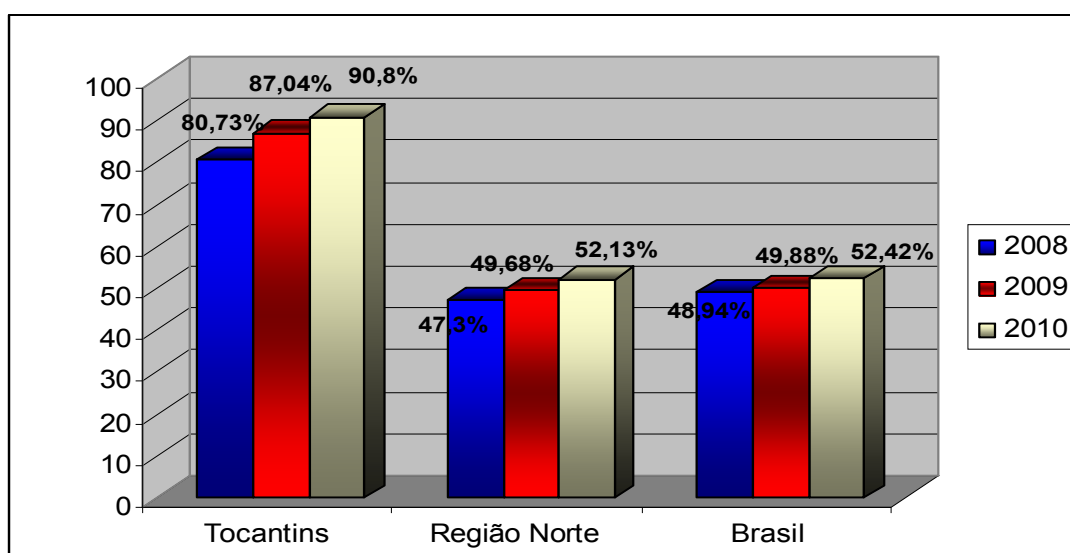
**Gráfico 105 – Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família. Regiões de Saúde – Tocantins, 2008 –2010.**



Fonte: SIAB/IBGE

A Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família se comparando 2008 com 2010 verifica – se que no **Gráfico 105** as regiões que apresentaram aumento desta proporção foram: **Araguaia – Tocantins, Médio Norte, Bico do Papagaio, Cantão, Cultura do serrado, Lobo Guará, Miracema, Portal do Bico, Porto Nacional, Sudeste e Sul Angical**, sendo que a região **Médio Norte** alcançou um percentual de aumento de **54,0%**, de 2008 para 2010. E a região Capim Dourado obteve o maior percentual de redução do indicador que foi de 5,0%, do que a tendência deste indicador é aumentar a cada ano.

**Gráfico 106 – Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família. Brasil, Região Norte e Tocantins, 2008 – 2010.**



Fonte: SIAB/IBGE

No que se refere ao percentual da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família observa-se no **Gráfico 106** que o Tocantins no período de 2008 a 2010 apresentou maior percentual se comparado com a Região Norte e Brasil. Registrou um incremento de 12,0% da população cadastrada no período.

Ao longo dos anos avaliados a gestão estadual da Saúde da Família desenvolveu ações de qualificação, assessoria, acompanhamento, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família, visando dar qualidade ao processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, ações estas norteadas pela Política Nacional de Atenção Básica.

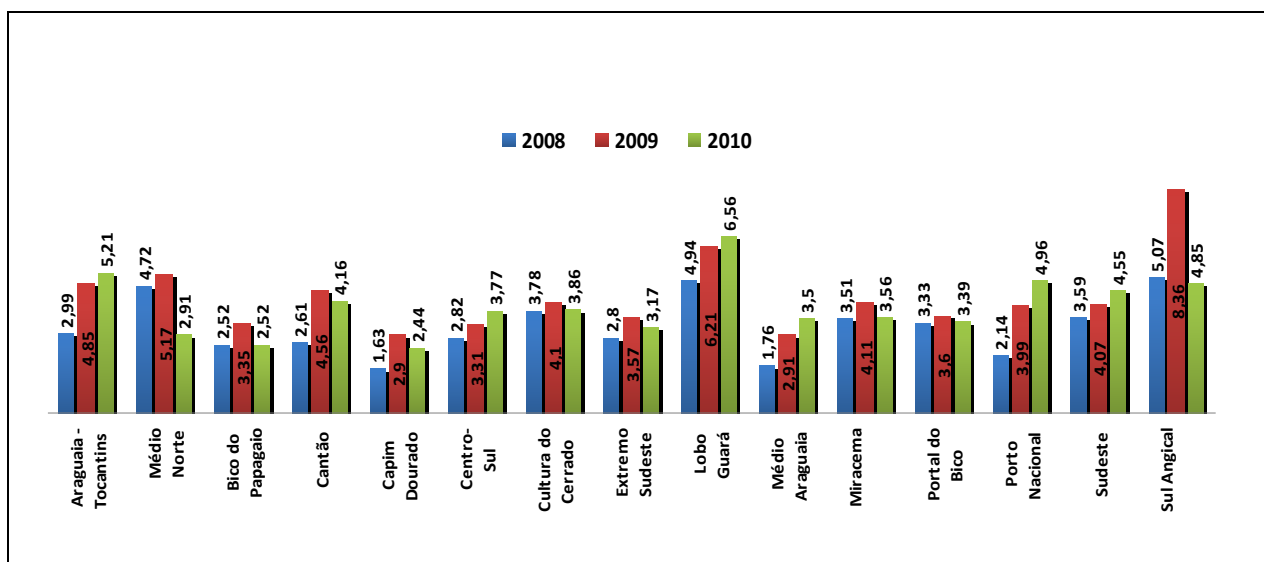
No período de 2008 a 2009 foram capacitados para área 3.116 profissionais da Estratégia Saúde da Família nos cursos introdutórios e acolhimento, realizado monitoramento e avaliação em 47 municípios em 2008, 91 em 2009 e 28 no ano de 2010. Ocorreu expansão das equipes de Saúde da

Família neste período passando de 400 equipes em 2008 para 420 equipes em 2010, o que proporcionou o aumento da cobertura do Estado.

### 1.8.1.4 – SAÚDE BUCAL

A Média Anual da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada reflete em percentual o número médio de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada. Este indicador foi pactuado no Pacto pela Vida pela esfera estadual e municipal em 2008 e 2009, e em 2010 foi pactuado apenas a nível Estadual com os municípios. A tendência deste indicador é aumentar a cada ano, pois Expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso a escovação dental com dentifrício fluoretado sob orientação/supervisão de um profissional de saúde visando à prevenção de doenças bucais, prioritariamente a cárie dental e doença periodontal.

**Gráfico 107 – Média Anual da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada, segundo Região de Saúde, Tocantins. 2008 – 2010.**



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

De acordo com o Gráfico 107 as regiões de saúde que apresentaram os melhores resultados quanto a Média escovação dental supervisionada por ano, quanto ao percentual foram: Araguaia Tocantins de 74,3%; Centro Sul de 34,6%; Lobo Guará de 32,8%; Médio Araguaia de 98,9%; Porto Nacional de 131,8%; Sudeste de 26,7%.

Comparando-se os anos de 2009 com 2010 observa-se que as regiões: Médio Norte, Bico do Papagaio, Cantão, Capim Dourado, Cultura do

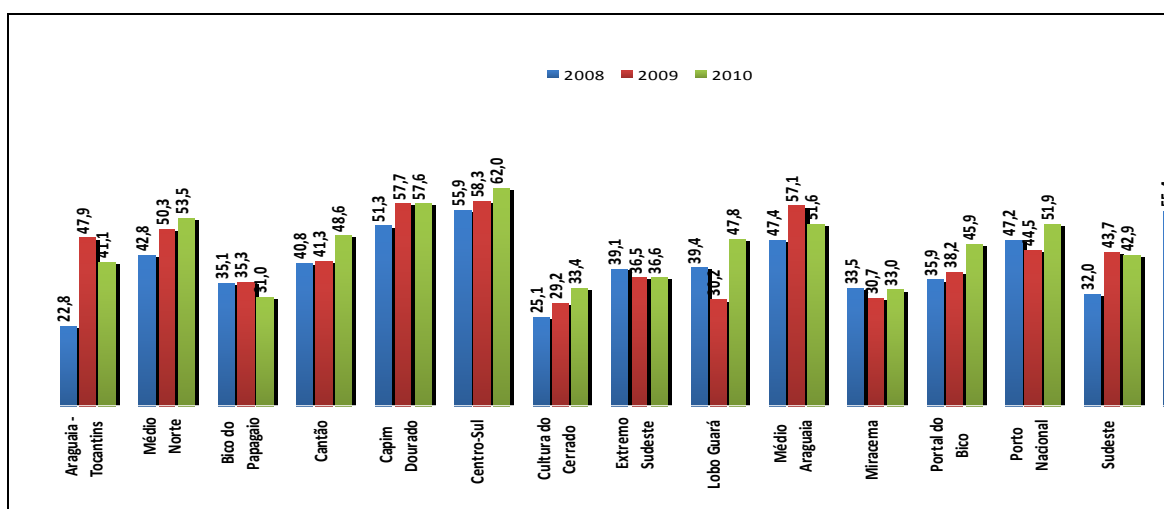
Cerrado, Extremo Sudeste, Miracema, Portal do Bico e Sul Angical apresentaram uma redução deste indicador, onde se destacam: **Médio Norte com 56,3% e Sul Angical com 57,8%** de redução da média de escovação dental supervisionada.

### 1.8.1.5 – CONSULTAS PRÉ-NATAL

Analisando-se a cobertura do atendimento pré-natal, observa-se que de 2005 a 2010, Tocantins teve uma média de 43,0% das gestantes que fizeram 7 ou mais consultas durante o período pré-natal. O percentual de cobertura vem aumentando, progressivamente, chegando a 48,9% em 2010 (Gráfico 109), demonstrando a diversidade de acesso à atenção primária nas regiões do estado, destacando a região do bico do papagaio (31,5%) onde o município com maior cobertura foi de 40,2%.

Este indicador, seguindo critérios do Ministério da Saúde, não foi pactuado no período de 2006 a 2009 por todos os municípios do Estado, a partir de 2010 os critérios do Ministério da Saúde foram modificados e todos os municípios fizeram a pactuação. A tendência deste indicador é aumentar anualmente, pois objetiva contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita.

**Gráfico 108 – Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, segundo Região de Saúde, Tocantins. 2008 – 2010.**



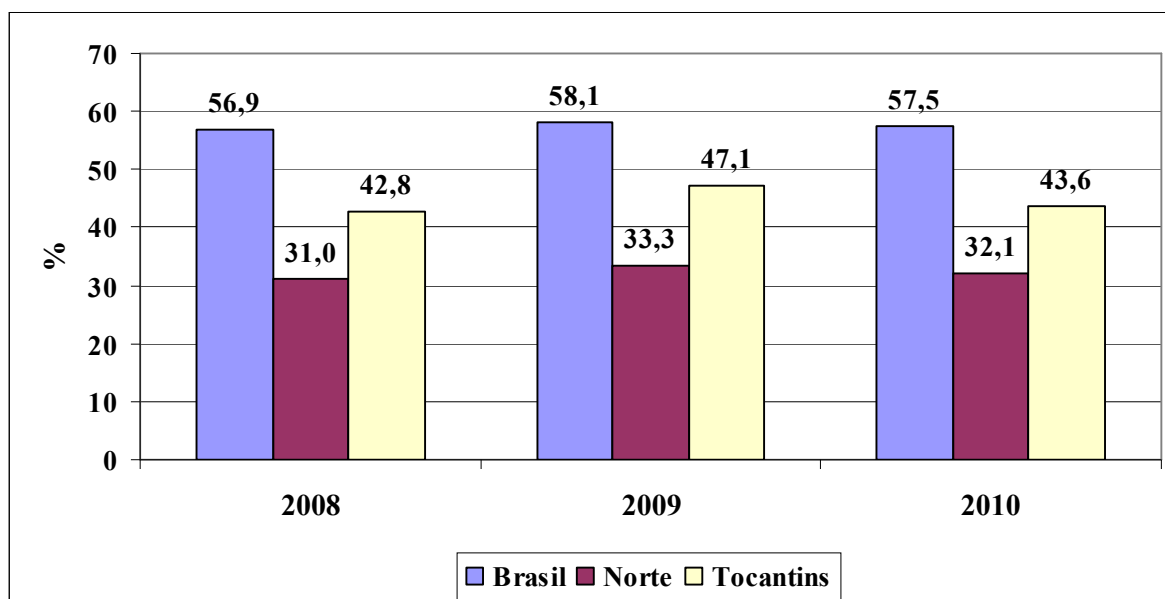
Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

No Gráfico 108 as regiões de saúde **Araguaia Tocantins, Centro Sul, Médio Norte, Cantão, Capim dourado, Cultura do serrado, Lobo Guará, Médio Araguaia, Portal do Bico, Porto Nacional e Sudeste** apresentaram aumento do

Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, sucessivamente de 2008 a 2010. Em contrapartida, neste mesmo período, as regiões de saúde: **Bico do Papagaio, Miracema, Extremo sudeste e Sul Angical**, apresentaram uma redução deste indicador de: **7,7%, 0,5%, 3,6%, 7,7% respectivamente**.

Nos anos de 2008 e 2009 a linha de trabalho desenvolvida pela Diretoria de Atenção Primária estava voltada para os 13 municípios prioritários do Plano pela Redução da Mortalidade Infantil que pertencem às regiões de saúde: **Araguaia – Tocantins** (Colinas do Tocantins), **Centro Sul** (Formoso do Tocantins e Gurupi), **Médio Norte** (Araguaína), **Cantão** (Paraíso do Tocantins), **Capim Dourado** (Palmas), **Portal do Bico** (Tocantinópolis), **Porto Nacional** (Porto Nacional), **Sudeste** (Dianópolis), **Bico do Papagaio** (Araguatins, Augustinópolis e Esperantina) e **Miracema** (Miracema do Tocantins). As regiões **Cultura do Serrado, Lobo Guará, Médio Araguaia, Extremo sudeste e Sul Angical**, não possuem municípios dentre os prioritários.

**Gráfico 109 – Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, Tocantins, Região Norte e Brasil. 2008 – 2010.**



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Observa-se através do gráfico 109 que o Tocantins apresentou maiores percentuais de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal se comparado com a Região Norte período de 2008 a 2010 e menores resultados se comparado com o Brasil, percebe-se ainda que o Estado obteve um aumento deste percentual no período analisado.



## 1.8.2 – RECURSOS E SERVIÇOS

### 1.8.2.1 – FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO TOCANTINS

Até meados da década de 90, o financiamento público da saúde no Brasil se dava quase que totalmente com os recursos provenientes da esfera federal. Porém em 2000 com a aprovação da Emenda Constitucional 29, estados e municípios passaram a ter maior participação no financiamento da saúde no Brasil.

O Estado do Tocantins, conforme demonstrado na Tabela 37, ao longo do período analisado, aumentou gradativamente o percentual de aplicação de recursos próprios em saúde, registrado no Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS o percentual aplicado apresenta-se superior aos valores preconizado pela Emenda Constitucional 29 e a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde.

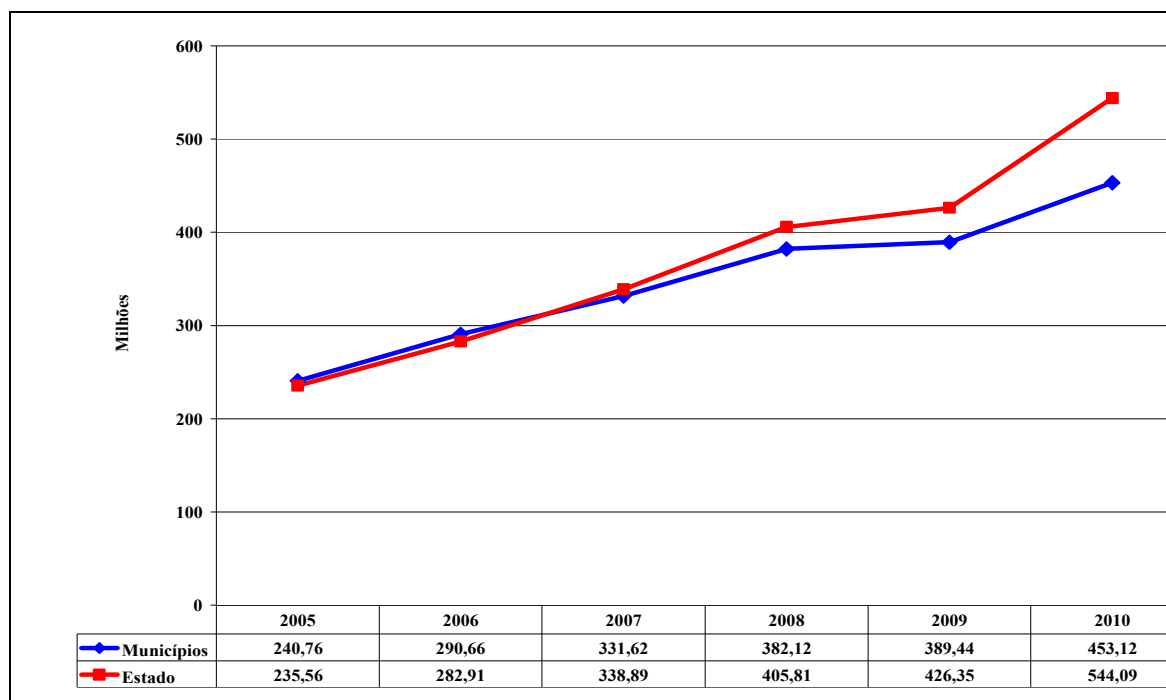
**Tabela 37 – Percentual aplicado pelo Estado do Tocantins de acordo com a Emenda Constitucional 29 – SIOPS.**

Ano	B – % mínimo EC-29	C – % aplicado	SIOPS
			D – % diferença (C-B)
2005	12,00	12,05	0,05
2006	12,00	13,52	1,52
2007	12,00	14,74	2,74
2008	12,00	13,79	1,79
2009	12,00	15,67	3,67
2010	12,00	17,24	5,24

Fonte: SIOPS

No período de 2005 e 2006 os recursos próprios aplicados pelos municípios foram superiores aos recursos próprios aplicados pelo Estado. De 2007 a 2010 esta relação se inverte, e o Estado passa a aplicar um montante superior aos valores preconizados pela EC-29, de 12% de sua receita de impostos e transferências constitucionais e legais. Em 2007 ambos aplicaram valores semelhantes, e em 2008 o estado passa a aplicar um valor superior. Constata-se assim que os valores aplicados em saúde são crescentes ano a ano, refletindo assim em aumento dos recursos aplicados em saúde no estado.

Gráfico 110 – Evolução dos recursos próprios aplicados em Saúde (Recursos Nominais – R\$ milhões) no Estado e Municípios do Tocantins, 2005 – 2010.



Fonte: SIOPS

### 1.8.3 – REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE

Os avanços no desenvolvimento do SUS incluem a extensão de acesso da população aos serviços de saúde, na atenção primária, na atenção de maior complexidade, bem como o desenvolvimento da descentralização do sistema. As dificuldades de financiamento da rede de serviços de saúde, especialmente da média e alta complexidade agravadas pelo encarecimento progressivo da assistência à saúde, a fragmentação dos serviços, o aumento crescente das doenças crônico-degenerativas, a necessidade de fortalecer cada vez mais a atenção primária e desenvolver estratégias para governança e gestão efetiva das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tornam imprescindíveis o desenvolvimento de mecanismos de planejamento.

Entre 2005 a 2010, a evolução de estabelecimento de saúde no Tocantins apresentou uma tendência de elevação. Quando comparamos o ano de 2010 em relação a 2005 observamos um aumento de 62,4%, abaixo do Brasil e da região Norte que foram de 86,3% e 65,1%, respectivamente (Tabela 38).

**Tabela 38 – Evolução dos estabelecimentos de saúde. Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2010.**

	Estabelecimentos de Saúde					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Tocantins</b>	687	730	784	881	1.042	1.116
<b>Norte</b>	6.025	6.985	7.659	8.447	9.117	9.947
<b>Brasil</b>	120.321	155.905	170.982	190.563	208.811	224.191

Fonte: CNES/DATASUS

Em 2005 havia 6 hospitais privados esse número diminuiu para 2 em 2010 tendo uma redução de 66,7%, em relação aos hospitais estadual houve um aumento de 33,3%. Sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde encontram-se 19 hospitais regionais e 1 hospital contratualizado com o Hospital e Maternidade Dom Orione (Araguaína), tendo como principais especialidades a área cirúrgica, obstétrica e pediátrica. No geral, esses hospitais possuem perfil de atendimento diferenciado que vão desde o secundário geral até o terciário especializado.

**Tabela 39 – Evolução da rede hospitalar. Tocantins, 2005 a 2010.**

Ano	Estadual	Municipal	Privado	Filantrópico
2005	19	31	1	5
2006	19	44	1	4
2007	20	32	2	2
2008	19	31	2	2
2009	19	33	1	1
2010	20	32	1	1

Fonte: CNES/DATASUS

O desafio do SUS no Tocantins na assistência à saúde é dispor de uma rede própria funcionando de modo eficiente e com qualidade. Esse é um dos requisitos para a Sesau exercer adequadamente o seu papel regulador do sistema de Saúde.

### 1.8.3.1 – LEITOS

Do total de 1116 leitos em 2010, 50,2% são de competência do SUS e 48,1% privados. Em 2005 a quantidade total de leitos era de 687 passou para 1116 em 2010, o que representa um aumento de 38,4%, sendo que para as redes do SUS e privada, esses aumentos foram de 18,6% e 59,8% respectivamente (Tabela 40).

**Tabela 40 – Números de leitos do SUS, Privados e Totais na rede hospitalar. Tocantins, 2005 a 2010.**

Anos	Leitos			Total
	SUS	Privado	Filantrópico	
2005	456	216	15	687
2006	476	24	14	730
2007	482	288	14	784
2008	499	363	14	881
2009	532	491	19	1042
2010	560	537	19	1116

Fonte: CNES/DATASUS

Por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apresenta-se como um dos instrumentos desse plano, um breve diagnóstico em nível estadual dos estabelecimentos de saúde que atendem aos usuários do SUS e dos serviços suplementares de saúde.

Conforme a tabela a seguir, existem ao todo 1.210 estabelecimentos cadastrados no CNES, sendo que, desses, 22,6% corresponde a consultórios

isolados. É relevante na tabela abaixo o número de unidades básicas (310) e de hospitais (65).

É importante lembrar ainda as limitações do Banco de Dados do CNES, como a falta de padronização nos cadastros e a não-alimentação por parte de alguns prestadores e municípios.

O estado do Tocantins possui 1.210 estabelecimentos de saúde registrados no CNES, sendo 51,3% de natureza pública e 48,7% de natureza privada. Na atenção ambulatorial, dos 781 estabelecimentos cadastrados, 379 são de natureza pública (352 de Atenção Primária), 273 consultórios isolados e 156 Clínicas/ Ambulatórios Especializados e Policlínicas, totalizando 429 estabelecimentos. Na atenção às urgências/emergências componente pré-hospitalar fixo, estão cadastrados 03 Prontos – Socorros públicos e 01 privado. No componente pré-hospitalar móvel – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – Samu 192, existem 03 Unidades Móveis Terrestres sendo 02 de natureza privada.

**Tabela 41 – Tipos de unidades cadastrados no CNES. Tocantins. 2011.**

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Total</b>
01	Posto de Saúde	26
02	Centro de saúde/Unidade Básica	310
04	Policlínica	16
05	Hospital Geral	59
07	Hospital Especializado	6
20	Pronto Socorro Geral	4
22	Consultório Isolado	273
36	Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade	156
39	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	158
40	Unidade Móvel Terrestre	7
42	Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp – urgência/emergência	3
43	Farmácia	13
50	Unidade de Vigilância em Saúde	51
60	Cooperativa	1
64	Central de Regulação de Serviços de Saúde	6
67	Laboratório Central de Saúde Pública Lacen	1
68	Secretaria de Saúde	84
69	Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	6
70	Centro de Atenção Psicossocial	9
73	Pronto Atendimento	18
74	Pólo Academia da Saúde	3
<b>TOTAL</b>		<b>1210</b>

Fonte: CNES/DATASUS

Na atenção hospitalar estão cadastrados 64 estabelecimentos (59 gerais e 05 especializados), dos quais 51 (79,69%) são de natureza pública (49 gerais e 02 especializados). Na área de diagnose e terapia observa-se predominância de cadastramento dos estabelecimentos privados de Apoio de Diagnose e Terapia em relação aos públicos, 137 privados e 07 públicos, incluindo 01 Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen). Estão cadastradas 06 Centrais de Regulação de Serviços de Saúde.

Conforme a tabela seguinte ocorre um grande predomínio de unidades de natureza administração direta, seguida das empresas privada, o que pode ser explicado pelo grande número de consultórios particulares.

Esses dados refletem ainda quão importantes é a participação desse tipo de unidades (públicas) na conformação da rede do Sistema Único de Saúde.

**Tabela 42-: Natureza das unidades cadastradas. Tocantins. 2011.**

Código	Descrição	Total
01	Administração Direta da Saúde (MS, SES E SMS)	618
05	Administração Indireta – Empresa Publica	3
07	Empresa Privada	558
08	Fundação Privada	4
09	Cooperativa	4
10	Serviço Social Autônomo	3
11	Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos	20
<b>TOTAL</b>		<b>1210</b>

Fonte: CNES/DATASUS

**Tabela 43 – Unidades por esfera Administrativa. Tocantins. 2011.**

Código	Descrição	Total
02	Estadual	40
03	Municipal	581
04	Privada	589
Total de Públicos		TOTAL621
Total de Privados		589
<b>Total</b>		<b>1210</b>

Fonte: CNES/DATASUS

Na tabela seguinte, verifica-se a distribuição das unidades por nível hierárquico. Aqui é importante mencionar que, conforme o modelo de atenção proposto, o Estado tem investido em unidades de “menor complexidade tecnológica” com enfoque em promoção e prevenção, buscando a desospitalização ou o ajuste da necessidade dos usuários do SUS ao nível de complexidade dos serviços ofertados.

**Tabela 44 – Unidades por nível de prestação. Tocantins, 2011.**

Descrição	Total
05-Baixa – M1 e M2–Estabelecimento de Saúde que realiza além dos procedimentos previstos nos de níveis de hierarquia 01 e 02, efetua primeiro atendimento hospitalar, em pediatria e clínica médica, partos e outros procedimentos hospitalares de menor complexidade em clínica médica, cirúrgica, pediatria e ginecologia/obstetrícia.	28
03–Media – M2 e M3–Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 2º nível de referência – M2.e /ou de 3º nível de referência – M3	222
07–Media – M3–Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos hospitalares de média complexidade. Realiza procedimentos previstos nos estabelecimentos de níveis de hierarquia 02 e 03, abrangendo SADT ambulatorial de alta complexidade.	3
06–Media – M2 e M3--Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos previstos nos de níveis de hierarquia 02 e 03, além de procedimentos hospitalares de média complexidade. Por definição enquadram-se neste nível os hospitais especializados	20
08–Alta HOSP/AMB–Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos de alta complexidade no âmbito hospitalar e ou ambulatorial	15
04–Alta AMB–Estabelecimento de Saúde ambulatorial capacitado a realizar procedimentos de Alta Complexidade definidos pelo Ministério da Saúde	71
01–PAB–PABA–Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza somente Procedimentos de Atenção Básica – PAB e ou Procedimentos de Atenção Básica Ampliada definidos pela NOAS	404
02–Media – M1–Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 1º nível de referência – M1	365
EM BRANCO	82
<b>TOTAL</b>	<b>1210</b>

Fonte: CNES

Na tabela 45, observa-se a relação de leitos por quantidade e tipo, aqui é possível visualizar os leitos disponíveis para o SUS e os não disponíveis, onde se verifica uma proporção de um leito não-SUS para cada quatro leitos SUS.

Em relação à distribuição de leitos por especialidade, observa-se que, dos 2.460 leitos cadastrados no CNES, 2.144 (87,2%) são leitos SUS. Existem no estado 212 leitos de UTI dos quais 171 (80,7%) estão disponíveis ao SUS, sendo estimado pelo Ministério da Saúde (MS), com base no número total de leitos, entre 98 e 244 leitos de UTI. Destaca-se ainda a insuficiência de leitos de UTI Neonatal, com 30 leitos SUS, enquanto que a necessidade, segundo os parâmetros do MS, seria de 97 leitos; o mesmo ocorrendo com os leitos de Unidade Intermediária Neonatal, para a qual existem 39 leitos disponíveis ao SUS, enquanto que a necessidade, pelo mesmo parâmetro, seria de 291 leitos nessa especialidade.

Tabela 45 – Leitos e quantidades e tipos. Tocantins, 2011.

Código	Descrição	Existente	Sus	Não Sus
<b>Cirúrgico</b>				
01	Buco Maxilo Facial	5	4	1
02	Cardiologia	15	11	4
03	Cirurgia Geral	330	272	58
04	Endocrinologia	1	1	0
05	Gastroenterologia	3	1	2
06	Ginecologia	56	48	8
08	Nefrologiaurologia	7	6	1
09	Neurocirurgia	41	38	3
11	Oftalmologia	12	6	6
12	Oncologia	21	19	2
13	Ortopedia traumatologia	101	92	9
14	Otorrinolaringologia	8	4	4
15	Plástica	11	6	5
16	Torácica	4	2	2
<b>Total</b>		<b>615</b>	<b>510</b>	<b>105</b>
<b>Clínico</b>				
31	Aids	13	13	0
32	Cardiologia	34	26	8
33	Clinica Geral	578	490	88
35	Dermatologia	2	2	0
36	Geriatrics	8	8	0
37	Hansenologia	9	9	0
38	Hematologia	1	1	0
40	Nefrourologia	18	18	0
41	Neonatalogia	20	6	14
42	Neurologia	32	30	2
44	Oncologia	32	30	2
46	Pneumologia	19	17	2
<b>Total</b>		<b>766</b>	<b>650</b>	<b>116</b>
<b>Complementar</b>				
64	Unidade Intermediaria	19	19	0
65	Unidade Intermediaria Neonatal	40	39	1
66	Unidade Isolamento	20	15	5
74	UTI Adulto – Tipo I	4	0	4
75	UTI Adulto – Tipo II	45	45	0
76	UTI Adulto – Tipo III	23	0	23
78	UTI Pediátrica – Tipo II	11	11	0
80	UTI Neonatal – TIPO I	8	0	8
81	UTI Neonatal – TIPO II	30	30	0
83	UTI de Queimados	12	12	0
<b>Total</b>		<b>212</b>	<b>171</b>	<b>41</b>



<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Existente</b>	<b>Sus</b>	<b>Não Sus</b>
<b>Obstétrico</b>				
10	Obstetrícia Cirúrgica	221	197	24
43	Obstetrícia Clínica	186	166	20
<b>Total</b>		<b>407</b>	<b>363</b>	<b>44</b>
<b>Pediátrico</b>				
45	Pediatria Clínica	439	402	37
68	Pediatria Cirúrgica	28	26	2
<b>Total</b>		<b>467</b>	<b>428</b>	<b>39</b>
<b>Outras Especialidades</b>				
34	Crônicos	8	8	0
47	Psiquiatria	187	177	10
48	Reabilitação	3	1	2
49	Tisiologia	1	1	0
<b>Total</b>		<b>199</b>	<b>187</b>	<b>12</b>
<b>Hospital Dia</b>				
69	AIDS	6	6	0
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
<b>Sumário</b>				
<b>Total Clínico/Cirúrgico</b>		<b>1381</b>	<b>1160</b>	<b>221</b>
<b>Total Geral Menos Complementar</b>		<b>2460</b>	<b>2144</b>	<b>316</b>

Fonte: CNES

O estado do Tocantins possui 1.083 estabelecimentos de saúde registrados no CNES, sendo 50,69% de natureza pública e 49,31% de natureza privada e filantrópica. Na atenção ambulatorial, dos 758 estabelecimentos cadastrados, 379 são de natureza pública (341 de Atenção Primária e 38 de atendimento especializado); de natureza privada e filantrópica estão cadastrados 06 de atenção primária, 237 consultórios isolados e 136 clínicas/ambulatórios especializados e policlínicas, totalizando 379 estabelecimentos.



# 2

## GESTÃO EM SAÚDE

---



## 2.1 – PERFIL DA GESTÃO EM SAÚDE: GERENCIAL E ADMINISTRATIVO

### 2.1.1 – GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A Gestão do Trabalho no SUS trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade (eficácia + eficiência) do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Em relação ao mecanismo de negociação com os profissionais de saúde foi instituído por meio da Portaria DGRT nº 122 de janeiro de 2009, a mesa Estadual de Negociação Permanente do Trabalho no âmbito do sistema único de saúde do Tocantins.

A avaliação periódica de desempenho tem como objetivo a valorização e o reconhecimento do melhor desempenho dos servidores com os resultados alcançados pela atuação dos profissionais da saúde em exercício de suas atribuições nos cargos em que ocupam, coletando e disponibilizando as informações acerca da qualidade e das deficiências dos instrumentos colocados a disposição dos profissionais, apoiando os estudos na área de formação pessoal, levantando as necessidades de capacitação e desenvolvimentos de recursos de qualificação profissional para assim integrar os níveis hierárquicos, através do estreitamento da comunicação entre o profissional e a chefia envolvidos no processo de avaliação. A aplicação da avaliação periódica de desempenho fornece subsídios à gestão para modernizar as políticas de gestão de pessoas, aprimorando o desempenho da administração pública estadual.

As mudanças ocorridas com a avaliação periódica de desempenho nos últimos anos demonstraram uma preocupação e um esforço maior por parte dos servidores avaliados para serem reconhecidos como profissionais competentes, sobretudo porque a avaliação é um dos instrumentos de acesso à evolução funcional, em outras palavras, é parte de um conjunto de ferramentas de gestão, que estão contribuindo para a visualização de uma melhor performance individual do servidor público, se tornado extremamente positiva para a equipe desmistificando o estereótipo de que servidor público não tem competência para assumir e desempenhar bem as atribuições do cargo que exerce.

A avaliação vem contribuindo para avanços contínuos de aconselhamento, treinamento, capacitação e o mais importante, uma maior

interação entre gestor e seu colaborador, propiciando ainda melhorias constantes nas habilidades necessárias para efetivação das metas a serem realizadas, alinhando parâmetros e melhorando o nível de comunicação e desempenho da equipe.

Por fim a avaliação fornece meios para que o servidor ao ser avaliado possa saber o que é esperado dele, onde o mesmo pode melhorar, e o que deve buscar para atingir um melhor desempenho.

**Tabela 46 – Evolução da situação funcional dos profissionais da saúde. Tocantins, 2005 a 2010.**

Ano	Concursados		Concursados/ Comissionados		Comissionados		Contrato Temporário		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
2005	4.004	61,4	0	–	2.514	38,6	0	–	6518
2006	4.681	61,4	0	–	2.930	38,5	06	0,1	7.617
2007	4.691	56,9	617	7,5	2.931	35,6	0	–	8.239
2008	5.551	61,7	617	6,8	2.829	31,4	0	–	8.997
2009	5.237	59,2	598	6,7	3.017	34,1	0	–	8.852
2010	6770	67,6	562	5,6	2.664	26,6	15	0,1	10.011

Fonte: DGDRT/SESAU

### 2.1.2 – FINANCIAMENTO, ORÇAMENTO E EXECUÇÃO FINANCEIRO

O Financiamento tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornado – se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade e a integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime num país de tantas desigualdades sociais e regionais têm se transformado num grande desafio para os gestores.

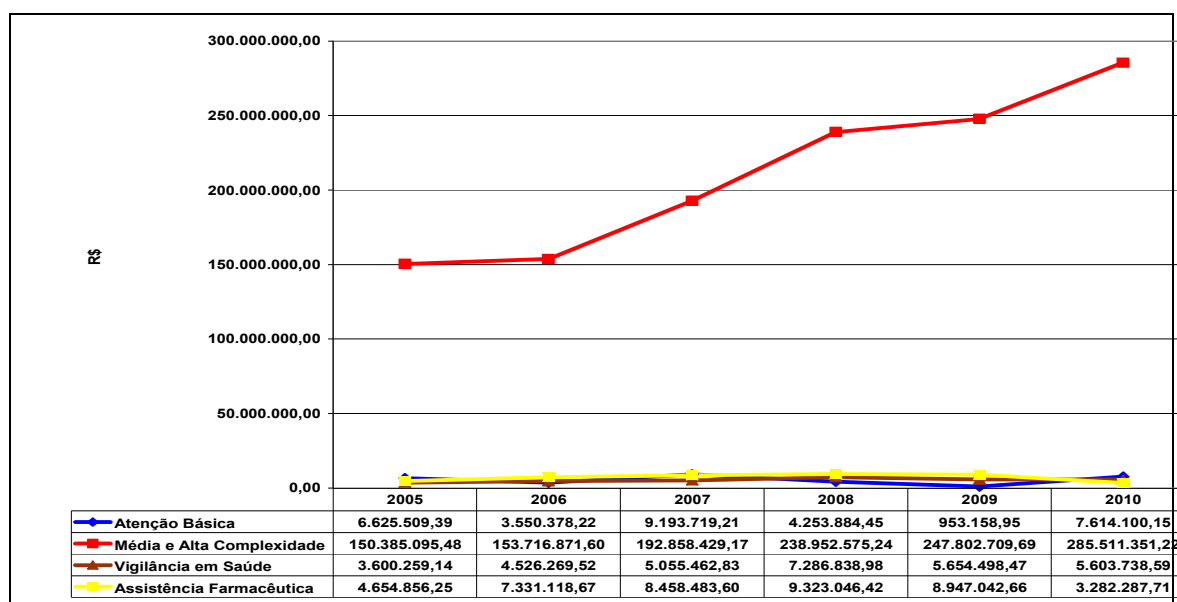
Para este documento optou-se pela demonstração do financiamento federal, sendo que as informações correspondem aos recursos financeiros repassados aos estados e municípios agregados pelos blocos de financiamento, o detalhamento do teto MAC para a Unidade Federada e quanto deste teto MAC está definido para a gestão estadual e municipal.

As informações referentes aos blocos de financiamento correspondem aos recursos financeiros federais repassados aos estados e municípios para o

custeio da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), incluindo das ações estratégicas (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – Faec), da vigilância em saúde e da assistência farmacêutica.

Os recursos destinados ao Tocantins no período de 2005 a 2010 em valores nominais representaram para o bloco de atenção primária um incremento de 43,9%; para o de média e alta complexidade 80,4%; para o de vigilância em saúde 62,3%, e para o de assistência farmacêutica 22,0%. O maior incremento proporcional no período se deu no bloco de média e alta complexidade.

**Gráfico 111 - Evolução dos recursos federais transferidos fundo a fundo, segundo bloco de financiamento selecionado. Tocantins, 2005 – 2010.**



Fonte: Siops

O limite de recursos financeiros federais para o custeio do atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, conhecidos como teto MAC – é definido por meio de Portarias Ministeriais, após processo de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite –CIT. No estado do Tocantins esse limite anualizado, com base na competência janeiro de 2005, era de R\$ 96.723.110,31. Em novembro de 2010, tal valor correspondia a R\$ 191.680.921,41, representando um incremento percentual de 98,2%, quando comparados os dois períodos. Observando essa série, nota-se que no ano de 2010 ocorreu o maior incremento, 214,97%, e em 2006 o menor, 2,46%. Não estão incluídos nesses valores os recursos relativos ao custeio das ações financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – Faec.

**Quadro 11 – Evolução do Teto Financeiro Federal para custeio da média e alta complexidade no SUS, por competência. Tocantins, Janeiro de 2005 a Dezembro de 2010.**

Mês de Referência	2005	2006	2007	2008	2009	2010
janeiro	96.723.110,31	102.881.390,43	105.623.179,27	134.344.391,10	169.051.175,39	175.675.471,10
fevereiro	99.447.110,31	102.341.928,16	105.623.179,27	134.344.391,10	169.051.175,39	175.675.471,10
março	99.456.522,60	102.341.928,16	105.623.179,27	134.374.488,47	169.051.175,39	175.931.702,42
abril	99.456.522,60	102.341.928,16	105.623.179,27	133.697.568,47	169.051.175,39	173.531.702,42
maio	99.456.522,60	102.767.202,16	106.378.453,07	133.697.568,47	170.251.175,39	173.531.702,42
junho	99.456.522,60	102.767.202,16	106.378.453,07	133.858.128,25	170.320.693,19	175.631.702,42
julho	99.456.522,60	102.767.202,16	108.515.999,71	134.381.424,25	171.227.989,19	175.636.429,87
agosto	99.456.522,60	102.925.602,16	108.515.999,71	142.405.304,36	171.253.180,50	180.376.429,87
setembro	100.967.948,16	105.413.917,90	132.950.093,70	136.096.764,32	171.344.871,19	182.824.286,49
outubro	100.967.948,16	105.413.917,90	132.950.093,70	136.096.764,32	171.422.271,19	182.824.286,49
novembro	102.104.328,16	105.413.917,90	133.795.479,27	140.877.661,62	171.926.781,32	191.680.921,71
dezembro	102.104.328,16	105.413.917,90	133.795.479,27	169.051.175,39	175.675.471,10	553.325.472,41
<b>Variação % dez / jan</b>	<b>5,56</b>	<b>2,46</b>	<b>26,67</b>	<b>25,83</b>	<b>3,92</b>	<b>214,97</b>

Fonte:MS/SisMAC

\* O limite financeiro de MAC contém os seguintes incentivos: Integrasus, Iapi, CEO, Samu, Cerest e HPP. Os recursos excepcionais estão embutidos no limite financeiro.

Detalhando esses limites financeiros, observa-se que do total definido para a UF, 90,1% estão sob a gestão estadual e 9,9%, municipal. Nesses valores o Limite Financeiro Líquido – MAC, que corresponde a 91,8% do total do teto, e os incentivos de CEO, 0,1%, Samu, 0,5%, e PCEP estadual, 7,6%.



**Quadro 12 – Limites Financeiros Federal, segundo Gestão. Tocantins, 2010.**

Gestão	Limite Financeiro Líquido – MAC (*)	Incentivo CEO	Incentivo SAMU	PCEP's Estadual	HU Federal	Limite Financeiro Bruto – MAC(**)
<b>Sub Total sob Gestão Municipal</b>	51.255.289,06	686.400,00	2.724.000,00	0,00	0,00	54.665.689,06
<b>Sub Total sob Gestão Estadual</b>	456.511.169,14	0,00	0,00	42.148.614,21	0,00	498.659.783,35
<b>Total Global do Estado</b>	507.766.458,20	686.400,00	2.724.000,00	42.148.614,21	0,00	553.325.472,41

Fonte: MS/SAS/DRAC/PPI/SisMAC. Competência 201012. Relatório gerado em: 27/12/11 17:10:17

(\*\*) Limite Financeiro Líquido – MAC é Composto por: HPP, IAPI, HOSPITAIS DE ENSINO FEDERAIS E FILANTRÓPICOS, CEREST, INTEGRASUS, FIDEPS CONTRATUALIZAÇÃO e outros recursos MAC. Não inclusos CEO, SAMU, PCEP's ESTADUAL e PCEP's FEDERAL.

(\*\*\*) Limite Financeiro Bruto – MAC é a soma dos seguintes recursos: MAC – Líquido, CEO, SAMU, PCEP's ESTADUAL e PCEP's FEDERAL.

A Administração Pública é a ordenação, direção e controle dos serviços do governo na Esfera Federal, Estadual e Municipal, segundo os preceitos da moral, visando o bem comum. São funções do processo de gestão

No contexto do SUS, a Lei Orgânica de Saúde (LOS – Lei 8.080) estabelece papéis institucionais de cada instância governamental, todas exercendo papéis como gestores e, portanto, considerando todos os elementos do processo de gestão.

Para o bom desempenho dessas funções preconiza-se a inovação e modernização da Gestão Pública. O CONASS aponta entre os principais desafios do SUS:

- O aumento da eficiência da gestão do SUS – organizar-se em redes de atenção;
- A regionalização e a regulação dos serviços, assim como o aumento dos recursos alocados para a saúde e;
- A melhor utilização desses recursos com ênfase na Atenção Básica e aumento dos recursos alocados na média complexidade ambulatorial e hospitalar.

No Estado, os principais problemas na Gestão Administrativa e Financeira do SUS não diferem dos encontrados em todo o Brasil e consistem em:

- Falta do conhecimento do SUS e da Gestão;
- Falta da Cultura de planejamento integrado e controle das ações;

- Distância entre o processo produtivo e os sistemas de apoio.

É importante ressaltar, ainda, os aspectos conflitantes entre os interesses dos vários atores envolvidos no processo da Gestão do SUS.

Os problemas elencados acima se traduzem em:

- Oferta de serviços não alinhados as reais necessidades da população e gastos não alinhados com as prioridades da Saúde no Estado.

### **2.1.3 – INFRA-ESTRUTURA: INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS, VEÍCULOS E MOBILIÁRIOS**

A Secretaria de Estado da Saúde conta com uma estrutura centralizada na capital Palmas onde localiza a sede do órgão. Além disso, possui dezenove hospitais regionais e oito estruturas anexas: ANEXO I – Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde/DGES/CES, ANEXO II – Diretoria de Vigilância Sanitária, ANEXO III – Diretoria de Assistência Farmacêutica, ANEXO V – Almoxarifado Central, ANEXO VII – Complexo Regulador, ANEXO IX – Depósito de Insumos Estratégicos para Combate as Endemias.

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

Atender a crescente demanda na saúde pública tem sido o grande desafio para a gestão estadual. Contudo, tem constantemente dirigido esforços e canalizado recursos no sentido de idealizar projetos que possam promover as construções, ampliações e adequações em sua rede hospitalar, bem como suas unidades de apoio, a exemplo dos hospitais: Hospital Geral de Palmas (Central de Materiais de Esterilização), Dona Regina (UTI neonatal) e as unidades de mamografia nos Hospitais de Augustinópolis, Dianópolis e Gurupi, seguindo as normas vigentes da RDC-50/Anvisa. O número de pacientes em tratamento oncológico, tem sido um exemplo clássico da crescente e significativa demanda que vem exigindo uma postura continuada de compromisso com a expansão e qualidade no atendimento a população, e diante do exposto é necessário que tenhamos uma rede de saúde eficiente para atender a demanda, a altura do crescimento populacional e o subsequente aumento da oferta de serviços, bem como o compromisso dos servidores da área que não medem esforços para cumprirem com as metas do Programa de Governo e da Programação Anual de Saúde.

As constantes demandas apontadas na saúde exigem da frota de veículos importante atuação; sendo esta responsável pela locomoção dos técnicos e medicamento as mais variadas partes do Estado para atendimento das mesmas, bem como, suporte as ações rotineiras administrativas, eventos, distribuição de vacina, e demais atividades ligadas à locomoção e transporte. Contudo, exige renovação da frota de veículos que na qual está gerando muito gasto com manutenção, aquisição de veículos para os hospitais, tanto os de emergência quanto os administrativos.

#### **2.1.4 – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

Atualmente a secretaria conta com 32 sistemas operacionais desenvolvidos pela Diretoria de Tecnologia de Informação, a qual é responsável também pelo parque computacional da sede e da rede hospitalar estadual. Levantou-se um déficit de aproximadamente 650 computadores para atender os respectivos serviços de gestão estadual.

O servidor de domínio (active directory) e o serviço de impressão que atende a Sesau, anexos e unidades hospitalares de gestão estadual são terceirizados. Uma vez que, os pertencentes ao parque de servidores da SESAU não atende a necessidade do órgão, comprometendo a velocidade de acesso à Internet e aos respectivos sistemas ofertados pela área.

Há no servidor cerca de 1.147 contas de e-mails institucionais. Este crescente número de contas dá-se devido a mudanças de servidores e a necessidade de comunicação entre os usuários com contas personalizadas.

Aprimorar a informação em saúde é fazer cumprir seu verdadeiro propósito que é subsidiar o processo decisório em saúde, bem como a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde sistematizando informações relevantes sobre o estado de saúde da população e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais. Para tanto, serão envidados esforços no sentido de implementar o processo de gestão da informação em todas as suas etapas, numa perspectiva de construção de redes de informação para gestão do SUS.

Neste contexto, será necessário otimizar e implementar a área de tecnologia da informação da Sesau, com a melhoria da estrutura de rede, implementação dos mecanismos de segurança da informação, implementação de sistemas e aplicativos que melhorem a forma de processamento, armazenamento, análise e disseminação da informação. Outra estratégia a ser adotada é o fortalecimento do processo de articulação e integração, através da representação efetiva da Coordenação de Informação com a Tecnologia de Informática.

A busca pela democratização da informação será trilhada, através da padronização, produção e divulgação, nos seus mais diversos formatos, porque se entende que este é o caminho para a qualificação das informações produzidas.

### 2.1.5 – INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Diretoria de Informação e Operacionalização da vigilância em Saúde administra três importantes sistemas de informações: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Sistemas de informação são importantes ferramentas para auxiliar os gestores nas tomadas de decisões. Por isso a cobertura, qualidade e a oportunidade dos dados são premissas que devem ser priorizadas para garantir a confiabilidade das informações.

Nos últimos anos todos os esforços têm sido direcionados para tornar os sistemas de informação fontes confiáveis e instrumentos estratégicos para que as áreas técnicas possam desenvolver suas ações com segurança e eficácia. As fichas de Autopsia Verbal, investigações de óbitos, manuais técnicos e portarias normativas são instrumentos que estão sendo utilizados para melhorar a qualidade e análise dos dados. O Plano de Redução da Mortalidade Materna e Infantil desencadeou uma serie de ações e projetos para aprimorar e qualificar os sistemas de informação em todo Brasil.

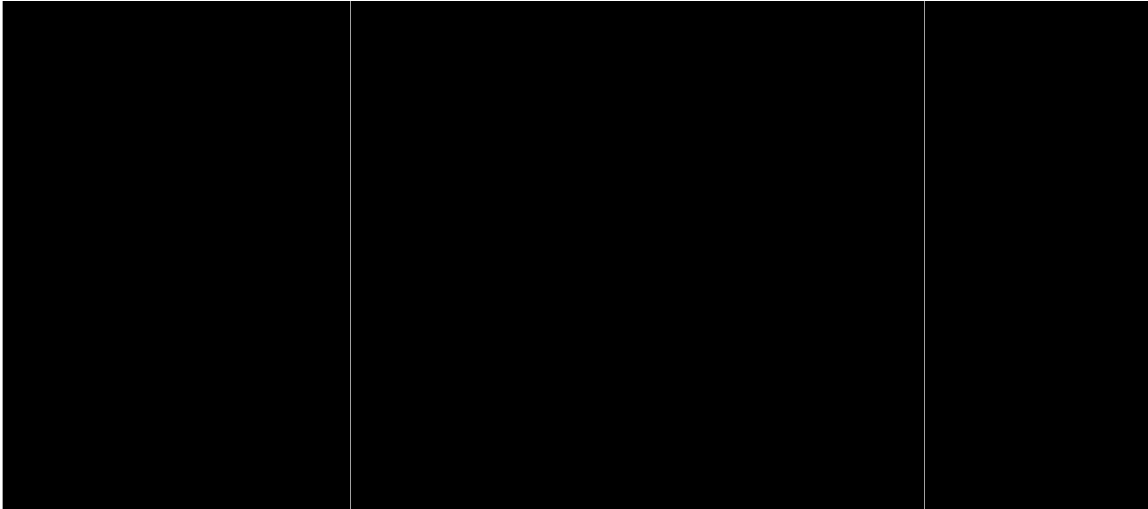
#### 2.1.5.1 – RAZÃO ENTRE ÓBITOS INFORMADOS E ESTIMADOS

Este indicador utiliza como parâmetros os óbitos notificados no Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM, relacionado aos óbitos estimados pelo IBGE, na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Quanto mais próximos de 100% melhor a cobertura da base de dados do SIM. O Estado de Tocantins tem elevado este indicador, tendo em vista que, no ano de 2005 alcançou 69,50% chegando ao ano 2009 com 84,51% de cobertura em relação aos dados estimados pelo IBGE.

O Ministério da Saúde considera que o Estado tem uma cobertura adequada, quando a razão entre os óbitos estimados pelo IBGE e os informados pelo SIM seja superior a 80%, por esta razão, o Estado tem se empenhado em aumentar a cobertura do SIM, através de ações como: busca

ativa, fácil acesso ao sistema e regularização dos cemitérios. O Gráfico 112 apresenta a evolução nos últimos anos da cobertura do SIM.

### Gráfico 112 – Razão entre Óbitos Informados e Estimados no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2005 – 2009.



Fonte: Sim Estadual e MS/DATASUS

#### 2.1.5.2 – ÓBITOS FETAIS

Óbito Fetal é aquele que ocorre antes que o conceito seja expulso ou extraído completamente do organismo materno, independente da duração da gestação, podendo ser precoce: antes da 20ª semana, intermediário: entre a 20ª e a 28ª semana ou tardio após as 28ª semana. Desde 2009 a Secretaria de Saúde tem implantado e implementado ferramentas de acompanhamento dos óbitos fetais ocorridos no Estado. Tais instrumentos buscam identificar os problemas e propor soluções para diminuir a taxa de óbitos fetais no Tocantins.

#### 2.1.5.3 – INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS

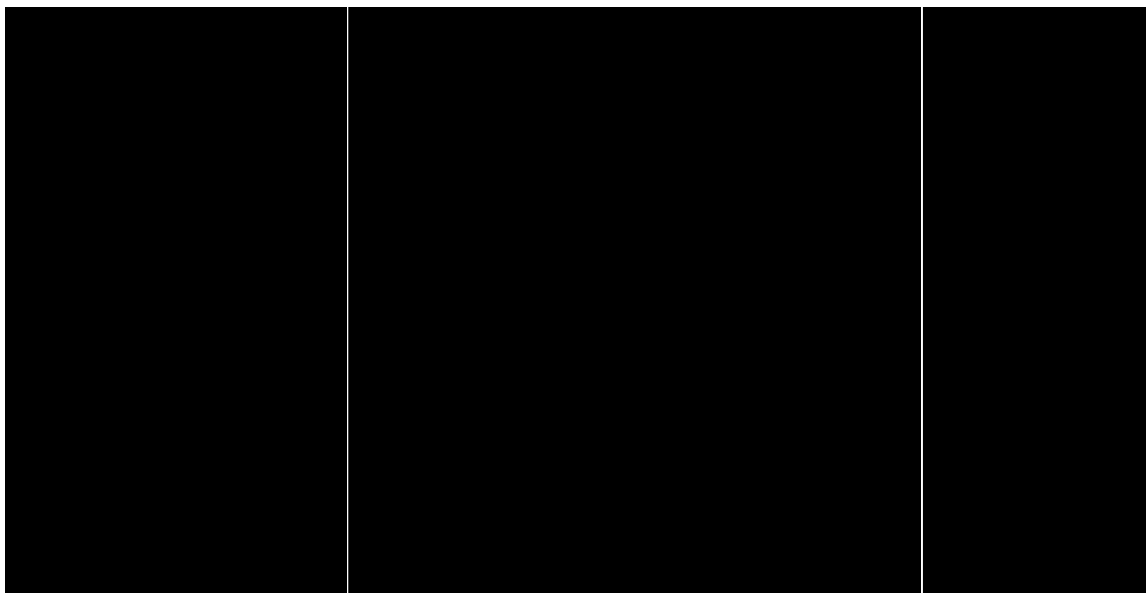
As investigações realizadas nos anos de 2006 a 2009 de óbitos fetais estão expostas na tabela 47. Com a ressalva de que no ano de 2005 o SIM não informava se o óbito tinha ou não sido investigado, por isso os dados deste ano não serão apresentados.

**Tabela 47 – Percentual de Investigação dos Óbitos Fetais no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2006 – 2009.**

Ano do Óbito	TOCANTINS	REG NORTE	BRASIL
2006	23,71	13,03	12,96
2007	23,58	6,77	15,07
2008	60,57	11,83	19,38
2009	68,84	23,64	28,56

Fonte: SIM e MS/DATASUS

**Gráfico 113– Taxa da Mortalidade Fetal no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2005– 2009.**



Fonte: SIM Estadual e MS/DATASUS

#### **2.1.5.4 – PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO FETAL**

Podemos observar na Tabela 48 que um número considerável de óbitos fetais foram encerrados por causas não especificadas, o que impossibilita conhecer as circunstâncias de ocorrência dos mesmos para identificar possíveis deficiências da assistência nos diferentes níveis de atenção. O número de óbitos por hipoxia intra-uterina e complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas colocam de novo em pauta a necessidade urgente de uma avaliação do que está acontecendo. Fica evidente que a atenção pré-natal e no período do trabalho de parto é deficiente, mas ainda surge uma questão sobre a forma que estão sendo declarados esses óbitos. É necessário também realizar uma avaliação das circunstâncias de ocorrência

desses óbitos, pois fatores relacionados ao acesso das grávidas às maternidades poderiam estar pesando neste comportamento da mortalidade.

**Tabela 48 – Principais Causas de Óbito Fetal. Tocantins, 2009.**

Causa de Óbito	2005	2006	2007	2008	2009
P00 – Feto e recém-nascido afetado por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	18	14	9	27	37
P01 – Feto e recém-nascido afetado por complicações maternas da gravidez	11	14	11	14	14
P02 – Feto e recém-nascido afetado por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas	64	63	60	48	55
P20 – Hipoxia intra-uterina	63	92	62	85	81
P95 – Morte Fetal de causa não especificada	89	102	101	58	96
Outras	36	41	51	41	31
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>326</b>	<b>294</b>	<b>273</b>	<b>314</b>

Fonte: SIM Estadual.

A Taxa de Mortalidade Fetal segundo as semanas de gestação no Estado do Tocantins no período de 2008 e 2009 (Gráfico 114) mostra que os percentuais mais altos de óbitos fetais em relação à duração da gestação, correspondem ao intervalo entre 32<sup>a</sup> e a 36<sup>a</sup> semana, e áqueles com entre a 37<sup>a</sup> e a 41<sup>a</sup> semana. A viabilidade dos fetos nessa idade gestacional acusa deficiências na qualidade da atenção pre-natal e os momentos que precedem ao parto, supondo que não existam deficiências na declaração dos óbitos de recém nascidos como natimortos.

**Gráfico 114 – Número de Óbitos Fetais em Semanas de Gestação. Tocantins, 2008 e 2009.**



Fonte: SIM Estadual.

**Tabela 49 – Mortalidade Fetal por Regionais de Saúde no Tocantins, 2006 – 2009.**

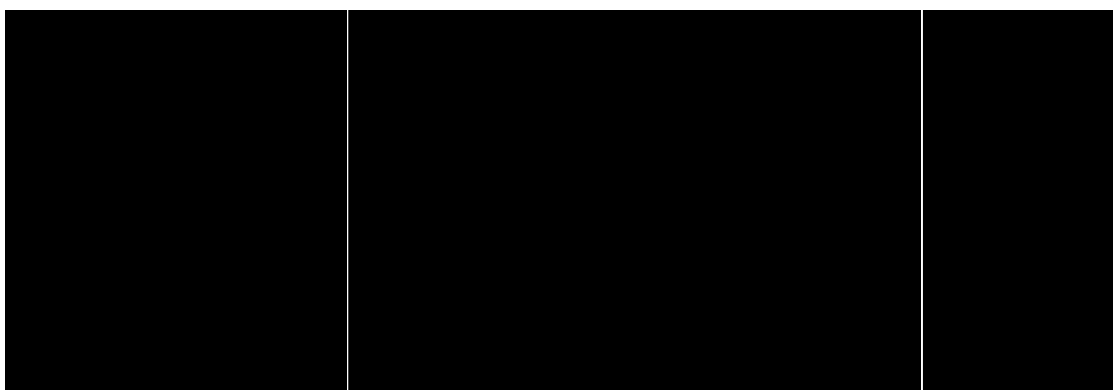
REGIONAIS DE SAÚDE TO	2006	2007	2008	2009
Bico do Papagaio	19,85	18,85	16,72	17,28
Médio Araguaia	10,7	9,84	10,15	11
Portal do Bico	18,6	17,42	16,36	13,64
Médio Norte Saúde	15,38	10,82	12,5	12,06
Araguaia-Tocantins	7,43	12,42	7,71	9,85
Guaraí	9,12	4,04	7,6	12,68
Cultura do Cerrado	7,68	12,2	9,96	14,31
Miracema	10,67	14,55	12,37	7
Cantão	14,54	11,04	9,51	12,91
Capim	10,73	9,22	7,43	9,25
Porto Nacional	7,35	15,1	9,94	16,67
Centro Sul	12,22	11,85	8,11	11,43
Sul Angical	15,05	15,56	15,53	16,63
Sudeste	17,72	11,06	12,06	15,34
Extremo Sudeste	7,56	6,42	4,28	20,03

Fonte: SIM Estadual

#### 2.5.1.5 – CLASSIFICAÇÃO POR PESO AO NASCER

A alta frequência de óbitos fetais com peso maior de 1,5 kilos e especialmente com mais de 2,5 kilos, coloca novamente o questionamento da qualidade da assistência às grávidas aos recém nascidos e do preenchimento das declarações de óbitos.

**Gráfico 11 5 – Número de Óbitos Fetais segundo peso ao nascer.Tocantins, 2008 – 2009.**



Fonte: SIM ESTADUAL



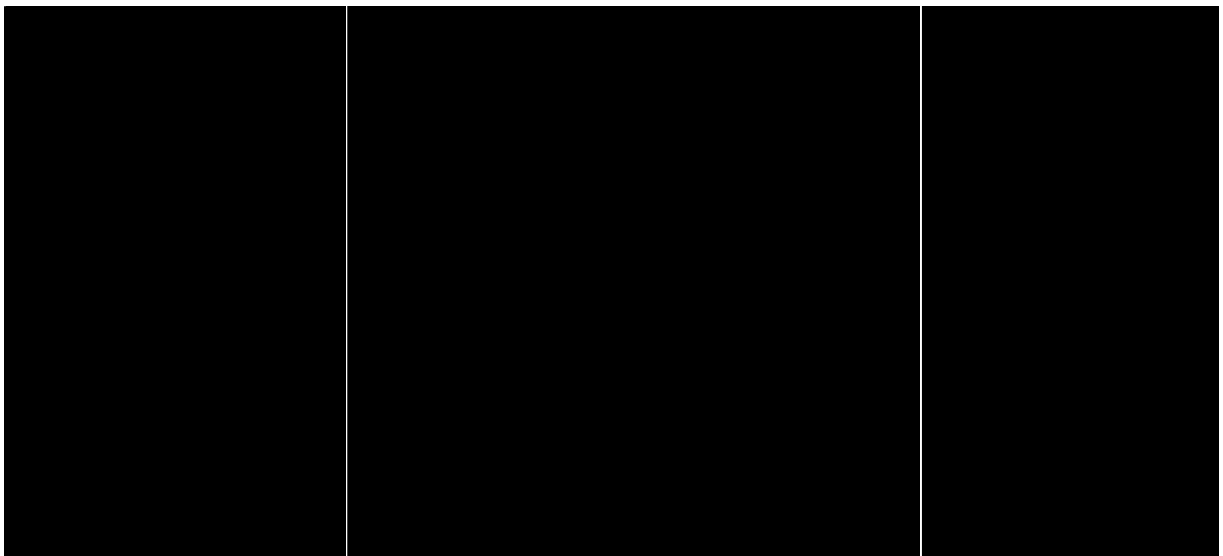
### 2.5.1.6 – ÓBITOS INFANTIS

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher, visando ao alcance de patamares mais dignos de vida para a população, uma vez que a mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade (UNITED NATIONS, 2000).

### 2.5.1.7 – INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS

A investigação de óbito procura obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção como também informações colhidas com a família. As secretarias municipais de saúde devem instituir a vigilância do óbito, envolvendo profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica. Preferencialmente, a equipe da atenção básica da área de abrangência do local de residência da família é a responsável pela investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos, como parte integrante da sua atuação. A análise e a conclusão dos óbitos investigados devem ser discutidas em todos os níveis da atenção e com a participação dos atores envolvidos no processo da assistência.

### Gráfico 116 – Percentual de Óbitos Infantis Investigados no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2006 – 2009.



Fonte: SIM Estadual e MS/DATASUS

O gráfico 116 exibe o percentual de óbitos infantis investigados no período 2006 a 2009, no Tocantins, Região Norte e Brasil. Ressaltamos que até 2005 o SIM não informava se o óbito tinha ou não sido investigado, por isso tais informações não serão apresentadas.

#### 2.5.1.8 – ÓBITOS POR CAUSAS MAL DEFINIDAS.

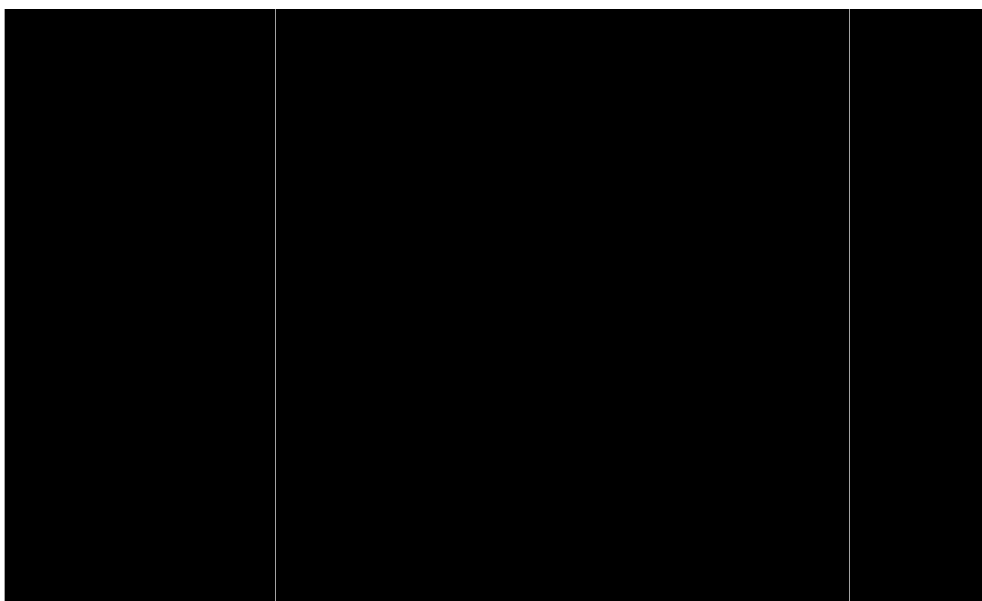
De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID 10) – Capítulo XVIII (R00– R99) correspondente a Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte. O código R99, parte do referido capítulo, é utilizado em situações onde a “Causa Indeterminada” é a única informação contida na Declaração de Óbito. O uso dos termos Causa Mal Definida e Causa Indeterminada, enquanto sinônimos, vem sendo usado de forma freqüente.

Apesar do avançado processo de municipalização das ações de saúde no Brasil nas duas últimas décadas, com conseqüente melhoria da qualidade das informações de mortalidade, há ainda alguns municípios da região norte e o Tocantins é um deles com evidentes problemas na qualidade da informação e na cobertura do sistema (MS 2009). Isso ocorre devido ao grande número de óbitos domiciliares e sem diagnóstico.

Em 2008 o Ministério da Saúde implantou o instrumento de investigação denominado Autopsia verbal, para isso capacitou em três etapas os Estados brasileiros com maior percentual de causas mal definidas. Apesar de ter um dos menores percentuais de causas mal definidas do Brasil, Tocantins foi convidado a participar do projeto piloto de implantação deste projeto. A experiência foi válida para a melhoria da qualidade das causas de óbito e com isso houve um resgate das informações que não estavam contidas nas Declarações de Óbito e conseqüentemente das causas.

O Gráfico 117 mostra uma diminuição do percentual de causas mal definidas entre os anos de 2005 e 2009. Nos últimos anos é observada uma elevação desse percentual. Tal fato está ligado diretamente às ações voltadas ao aumento da cobertura do SIM, desenvolvidas pela Coordenação de Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde nos últimos anos, tendo em vista que, os óbitos resgatados nas ações de busca ativa são em sua maioria por causas mal definidas, o que exige um esforço maior da área técnica para realizar todas as investigações e concluir os casos através da Autopsia Verbal.

**Gráfico 117 – Proporção de Óbitos por Causas Mal Definidas no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2005 – 2009.**



Fonte: SIM Estadual e MS/DATASUS

**Tabela 50 – Proporção de Óbitos por CMD, por Regionais de Saúde. Tocantins, 2005 – 2009.**

Regional de Saúde	ANOS				
	2005	2006	2007	2008	2009
Bico do Papagaio	16,0	5,5	3,4	5,2	7,0
Médio Araguaia	2,6	0,5	1,8	2,2	1,2
Portal do Bico	5,0	1,4	1,4	2,0	5,4
Médio Norte Saúde	2,1	0,9	2,4	1,7	3,4
Araguaia–Tocantins	2,1	1,5	3,0	2,3	2,4
Guaraí	7,5	3,8	3,7	3,0	1,7
Cultura do Cerrado	1,0	0,0	1,7	3,1	6,7
Miracema	7,6	1,5	0,5	2,9	4,7
Cantão	4,1	3,8	4,7	5,8	5,3
Capim	2,3	0,4	0,9	3,8	1,9
Porto Nacional	9,6	2,0	2,6	4,6	5,1
Centro Sul	4,4	3,9	1,5	3,6	2,9
Sul Angical	9,1	4,2	4,9	7,0	6,6
Sudeste	4,7	1,3	6,3	7,8	8,9
Extremo Sudeste	10,6	5,3	9,6	13,6	5,3

Fonte: SIM Estadual

A tabela 50 mostra o percentual de óbitos por causas mal definidas distribuído nas regionais de saúde no período de 2005 a 2009. Várias regionais de saúde estão com percentual superior ao do Estado no ano de 2009 que é de 4,2%, em destaque estão as regionais do Bico do Papagaio e Sudeste, onde deve ser intensificado o trabalho para diminuir este percentual.

#### 2.5.1.8.1 – SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO – SVO

O Serviço de Verificação de óbitos esta diretamente ligado à apoiar a elucidação da causa mortis visando reduzir o numero de causas mal definidas. Tem como missão “Priorizar o esclarecimento da “causa mortis” de casos de interesse da Vigilância Epidemiológica e óbitos suspeitos de causa de notificação compulsória ou de agravo inusitado à saúde.”<sup>6</sup>

Os objetivos principais do SVO são:

##### GERAIS

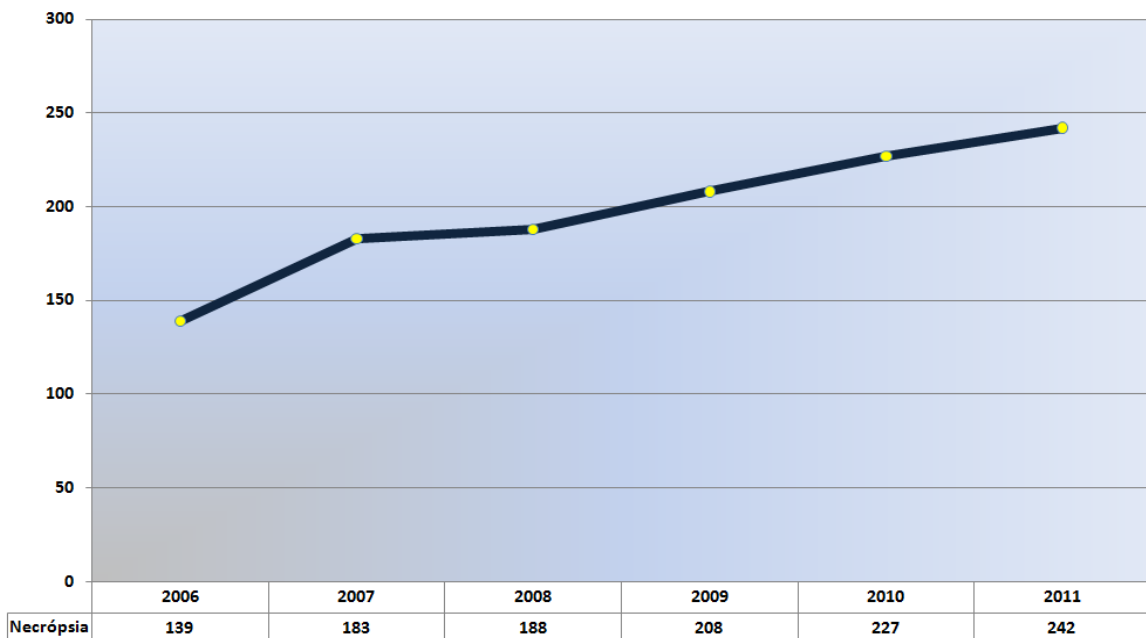
- Esclarecer a *causa mortis*, através de necrópsia, de todos os óbitos **enviados ao SVO**, inclusive os casos de morte natural ocorridos com ou sem assistência médica e sem elucidação diagnóstica, para garantir a fidelidade estatística do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e definir políticas de saúde.
- Elucidar rapidamente a *causa mortis* em eventos relacionados às doenças transmissíveis, em especial aquelas sob investigação epidemiológica, com a finalidade de implementar medidas oportunas de vigilância e controle de doenças.
- Garantir à população o acesso a serviços especializados de verificação da *causa mortis* decorrente de morte natural, com a conseqüente agilidade na liberação da Declaração de Óbito (DO).

<sup>6</sup> Parágrafo único do artigo 8º da Portaria nº. 1.405 de 29 de junho de 2006

## ESPECÍFICOS

- Determinar o diagnóstico final e, quando possível a causa da morte;
- Oportunizar a investigação e pesquisa correlacionando os achados dos exames físicos e laboratoriais com as possíveis mudanças patológicas causadas pela doença;
- Garantir exame padrão para avaliar a eficácia do diagnóstico e da escolha e/ou mudança da terapia para outros casos;
- Alertar profissionais e gestores de saúde sobre casos de infecção hospitalar para evitar um possível contágio;
- Fornecer dados cruciais e precisos para melhoria da qualidade do atendimento médico hospitalar e ambulatorial;
- Contribuir para reduzir o risco de má prática hospitalar e médica.

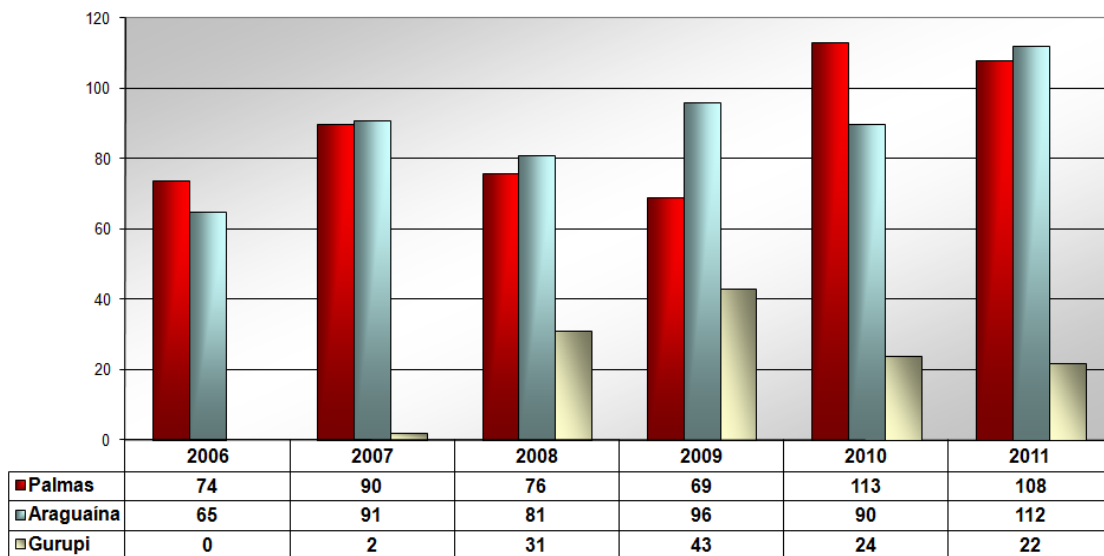
**Gráfico 118 – Número de Necropsias com elucidação das Causas Básicas de Óbito, segundo ano. SVO – Tocantins, 2006 a 2011.**



Fonte: DGVPS/DIOVS/SVO – TO

No período 2006–2011 o número de necrópsias com elucidação das causas básicas de óbito aumentou, passando de 139 em 2006 para 242 em 2011, apontando um crescimento de 74,10%. Nos últimos 05 anos o SVO do Tocantins contribuiu para a elucidação de causas básicas e da redução de óbitos com causa mal definida num total de 1.187 óbitos.

**Gráfico 119 – Número de Necropsias segundo Núcleo de SVO. Tocantins, 2006 a 2011.**



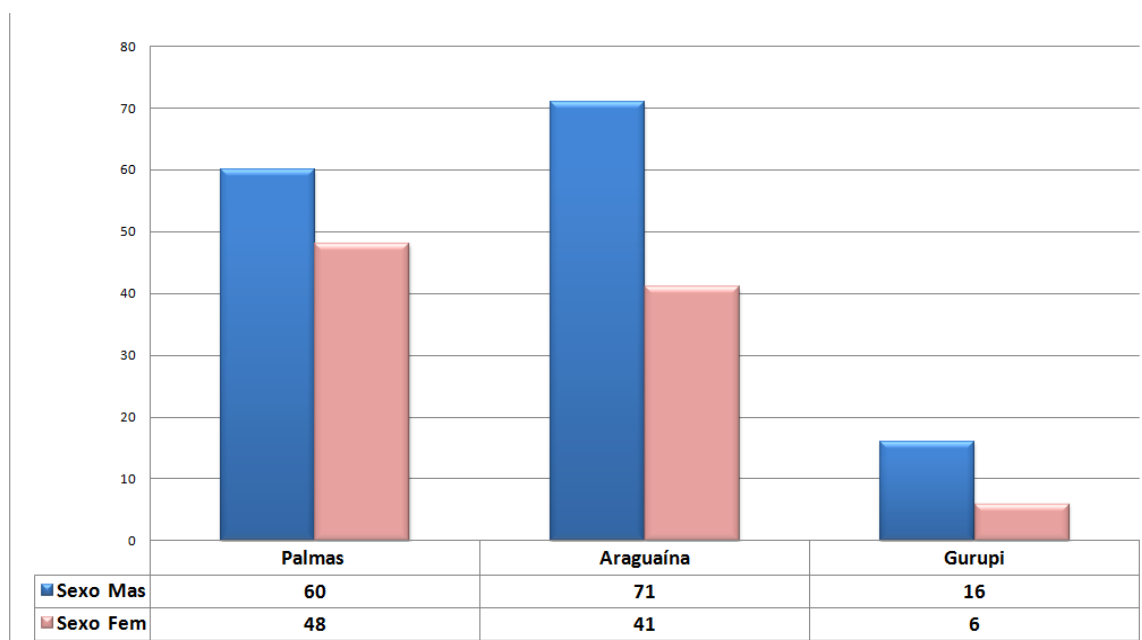
Fonte: DGVPS/DIOVS/SVO - TO

Os três núcleos de SVO do Tocantins, localizados em Palmas, Araguaína e Gurupi, conseguiram aumentar o número de necrópsias realizadas, sendo que os serviços de Palmas e Araguaína possuem os maiores resultados.

O serviço de Gurupi apresenta as maiores limitações de estrutura física e de pessoal para o desempenho das suas funções.

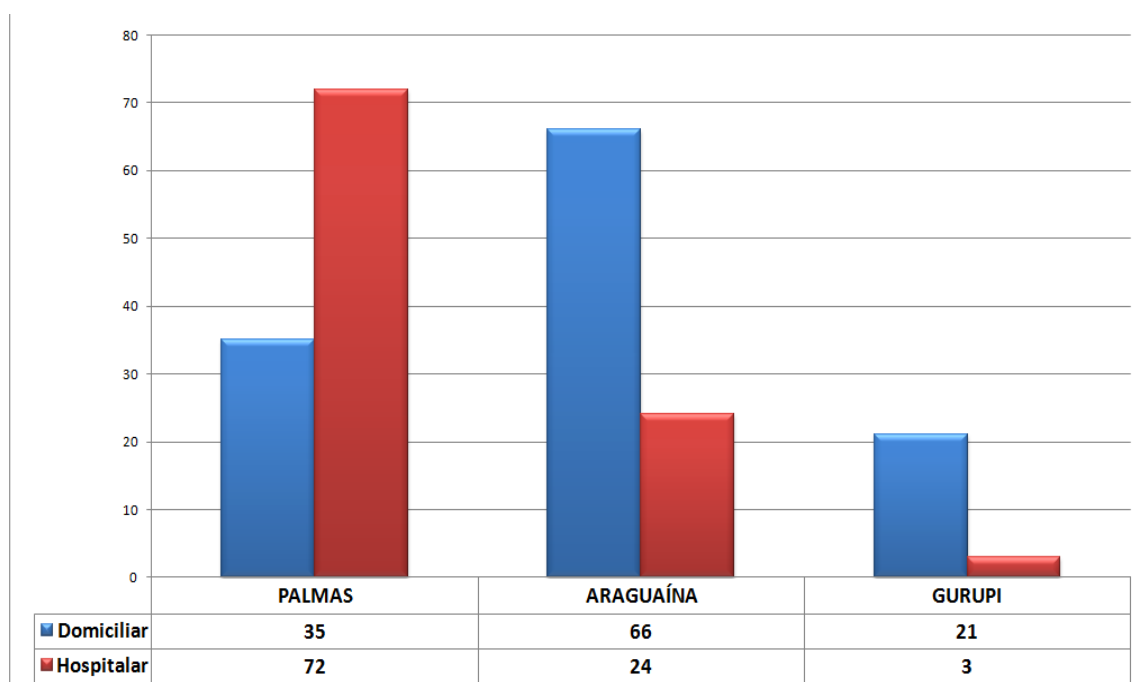
Em 2011, em todos os serviços o sexo predominante nas necrópsias é o masculino conforme gráfico abaixo:

Gráfico 120 – Número de Necropsias por sexo. Tocantins – 2011.



Fonte: Fonte: DGVPS/DIOVS/SVO – TO

Gráfico 121 – Número de Necropsias por local de óbito. Tocantins – 2011.



Fonte: Fonte: DGVPS/DIOVS/SVO – TO

O SVO de Palmas realizou um número maior de necropsias em óbitos oriundos dos Hospitais durante o ano 2011. Este fato ocorre em virtude da implantação do protocolo de óbitos junto ao município de Palmas no final de 2009.

Em todos os núcleos de SVO no ano de 2011, as causas básicas cardiovasculares, representaram a maior frequência de diagnóstico entre todas as necrópsias realizadas.

Não é possível realizar comparações dos resultados com a região norte e Brasil pelo fato de não existir SVO em todos os Estados brasileiros, especialmente na Região Norte. Também não há um sistema de informação nacional que consolide as informações dos SVOs.

**Quadro 13 – Consolidado de “Causa mortis” identificadas no Núcleo do SVO. Tocantins – 2011.**

LAUDO MÉDICO	2011			
	Palmas	Araguaína	Gurupi	TOTAL
Infarto Agudo do Miocárdio e Cardiopata Isquêmica	24	22	3	49
Insuficiência Respiratória por causas básicas diversas	13	5	0	18
Acidente Vascular Cerebral	6	4	0	10
Insuficiência Cardíaca Congestiva e Cardiopatia, Aterosclerótica.	1	6	3	10
Aneurisma de Aorta	2	2	0	4
Insuficiência Cardíaca, Edema Agudo de Pulmão	0	7	0	7
Neoplasia Maligna	4	1	1	6
Má Formação Congenita	2	0	1	3
Choque Séptico por causas básicas diversas	14	4	0	18
Asfixia mecânica; Aspiração Meconio	0	4	2	6
Tromboembolismo	0	0	0	0
Pancreatite Aguda e Cirrose Hepática.	0	0	0	0
Necrose Mesentérica e Infarto de Mesentérico Superior.	1	1	0	2
Meningite e Infecção Bacteriana.	2	1	0	3
Falência múltipla de órgãos; Infecção por toxoplasma e Pneumonia, miocardite e meningite.	3	2	1	6
Embolia Pulmonar e Trombose Venosa.	4	1	1	6
Cor Pulmonar	0	0	0	0
Choque Hipovolêmico; Hemorragia Digestiva Alta; Úlcera Duodenal Sangrante e Oligofrenia.	6	0	1	7
Insuficiência Hepática	4	2	0	6
Fibrose Pulmonar	0	0	0	0
Antracnose Pulmonar	0	0	0	0
<b>Para concluir</b>	6	25	1	32
<b>Aguarda anatomo Patológico para concluir</b>	14	11	8	33
CANCELADO	0	4	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>102</b>	<b>22</b>	<b>161</b>

Fonte: Fonte: DGVPS/DIOVS/SVO – TO



**DESAFIOS A SUPERA**

- Especificar, aprimorar e registrar as funções técnicas, no Serviço de Verificação de Óbito Estadual, inerentes aos profissionais médicos, auxiliares de necrópsias, funcionários administrativos e serviços conveniados/terceirizados, através de procedimentos operacionais padrão (POP's) para cada realização técnico-operacional;
- Reestruturação organizacional do SVO no Tocantins (a necessidade de se estabelecer a Coordenação Administrativa do Serviço e o gerenciamento dos Núcleos de Palmas, Araguaína e Gurupi);
- Realizar projeto arquitetônico, mobiliário, de recursos humanos e de logística operacional da sede própria anexa ao Instituto Médico Legal, com intuito de correlação técnico - científica (prevista na portaria 1405 de 2006 que regulamenta os SVOs), e de oferecer à população orientação única na questão obituária nos municípios de Palmas, Araguaína e Gurupi;
- Concretizar e tornar lógico a execução das técnicas operacionais de coleta, de acondicionamento, de remoção, e de análise dos materiais biológicos oriundos de necropsias, através de ajuste de condutas entre o SVO e laboratórios conveniados e/ou terceirizados, até a construção do laboratório próprio.
- Ampliar o atendimento dos Núcleos do SVO de Palmas, Araguaína e Gurupi para as cidades do entorno, regionalizando o serviço.

### 2.5.1.9 – NASCIDOS VIVOS

Os dados presentes no Gráfico 122 referem-se ao período compreendido entre 2005 a 2009, nota-se que o Estado do Tocantins apresentou uma redução do número de nascimentos de 26.368 em 2005 a 24.934 em 2009, decréscimo de aproximadamente 5,43%. Esse fato tem acompanhado a tendência nacional.

**Gráfico 122 – Número de Nascimentos (em milhares). Tocantins, 2005 – 2009.**



Fonte: SINASC Estadual e MS/DATASUS

A Tabela 51 apresenta o número de nascidos segundo regional de saúde. Capim Dourado, Médio Norte, Bico do Papagaio, Cantão e Porto Nacional apresentam a maior concentração de nascimentos dentre todas as regionais.

**Tabela 51 – Total de nascidos vivos, segundo Regionais de Saúde do Tocantins, 2005 –2009.**

Regionais Tocantins	ANOS				
	2005	2006	2007	2008	2009
Capim Dourado	4.276	4.587	4.359	4.573	4.752
Médio Norte	4.537	4.641	4.414	4.374	4.558
Bico do Papagaio	2.845	2.296	2.775	2.695	2.414
Centro-Sul	2.600	2.459	2.327	2.347	2.186
Cantão	1.949	2.014	1.850	1.898	1.862
Porto Nacional	2.017	2.041	1.794	2.014	1.850
Araguaia-Tocantins	1.249	1.256	1.177	1.169	1.216
Sudeste	1.173	1.050	1.001	1.085	979
Portal do Bico	947	880	883	916	957
Lobo Guará	1.077	1.098	998	1.057	949
Miracema	1.007	1.036	965	970	857
Médio Araguaia	957	935	816	887	818
Extremo Sudeste	778	724	692	703	598
Cultura do Cerrado	487	522	492	502	489
Sul Angical	463	487	468	522	426

Fonte: Sinasc Estadual

**Gráfico 123– Razão entre nascidos vivos informados e estimados. Tocantins, Região Norte e Brasil, 2005 – 2009.**

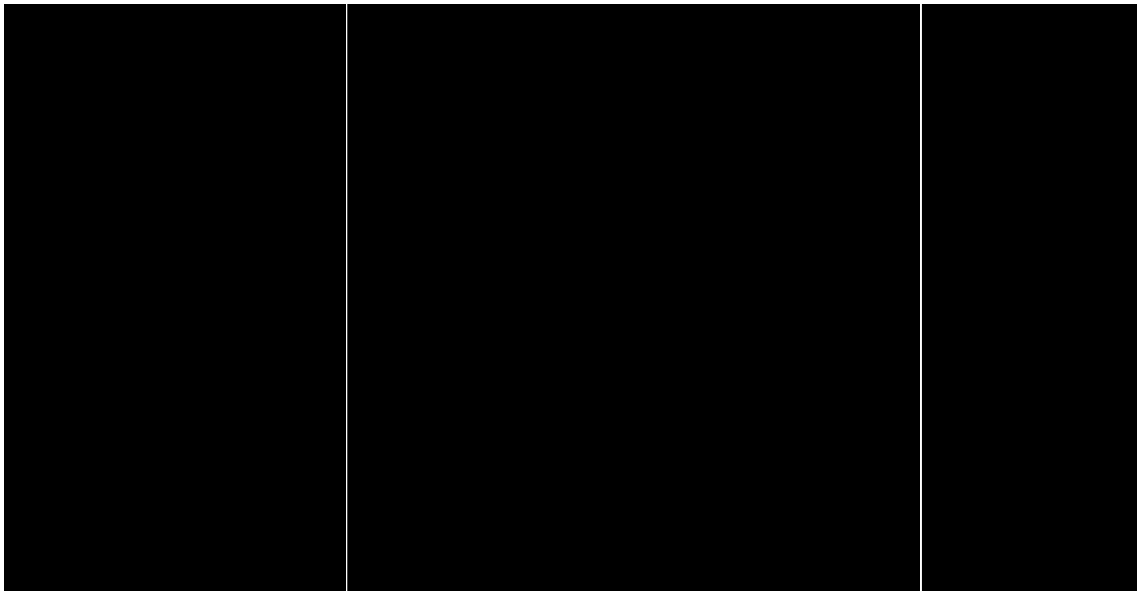


Fonte: IBGE (2005 a 2009) e Ministério da Saúde, Sinasc (2005 a 2009).

### 2.1.5.10 – PORCENTAGEM DE NASCIDOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DA MÃE

O Gráfico 124 expressa a porcentagem de nascidos vivos por faixa etária de mães residentes no Estado do Tocantins. É possível constatar que ao longo do quinquênio o percentual de nascimentos se manteve na faixa etária de 10 a 14 anos e na faixa de 15 a 19. Nota-se que a faixa etária acima de 35 anos tem tido um aumento progressivo no número de nascidos vivos.

**Gráfico 124 – Proporção de nascidos segundo faixa etária de mães. Tocantins, 2005 – 2009.**



Fonte: SINASC Estadual

### 2.1.5.11 – PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE BAIXO PESO AO NASCER

A proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer no estado apresenta um comportamento favorável, que contradiz os resultados na mortalidade fetal.

O estado mantém melhores resultados que a média da Região Norte e o Brasil em todo o período analisado. Podemos afirmar que o baixo peso ao nascer não é um problema no Tocantins.

### Gráfico 125 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer no Tocantins, Região Norte e Brasil. 2005 – 2009.



Fonte: SINASC Estadual e MS/DATASUS

#### 2.1.6 – PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO.

A Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 introduziram grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficaram estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS no Brasil e consequentemente no Tocantins.

A gestão do setor saúde no Estado do Tocantins, assumiu uma complexa dimensão nos últimos 6 anos 2006–2011, pois com a assinatura do Pacto Pela Saúde em 2006, que trouxe a **Regionalização Solidária e Cooperativa** e com a Regulamentação da Lei 8080/90, enfatizando a transparência na gestão do SUS e mais segurança jurídica através da **Contratualização**, conforme o Decreto N° 7.508/28/06/11, formalizando compromissos e responsabilidades que compreendem as relações entre os gestores dos três níveis e destes com a sociedade (através dos conselhos de saúde e outras instâncias), bem como as relações intra-institucionais.

As especificidades da área da saúde no nosso território fazem com que o debate acerca da função, do vínculo, dos resultados e das finalidades da implantação de toda e qualquer ação e serviço sejam efetivados com base nos

princípios e diretrizes do SUS, tais princípios e diretrizes devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza. Ainda em 2006 foi implantado no Ministério da Saúde e na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, aonde o planejamento assumiu o papel vital para integração da SES – TO, o direcionamento de ações a fim de que se atinjam ou alcancem os resultados previamente escolhidos, consiste em formalização de procedimentos para a obtenção de resultado articulado, de forma que as decisões possam estar integradas umas com as outras, configurando-se num processo estratégico para a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, cuja importância têm sido crescentemente reconhecida, em especial nos últimos anos. Os avanços alcançados na construção do SUS e os desafios atuais exigem, todavia, a concentração de esforços para que o planejamento possa responder oportuna e efetivamente às necessidades deste Sistema, realizando monitoramento e avaliação das ações e serviços do Sistema de Saúde do Tocantins.

Em 2004, foi desenvolvido um software em conjunto com a área de informática denominado *Sistema de Monitoramento e Avaliação do Plano Plurianual*, ferramenta denominada “SIMA/PPA”, 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 permite à gestão visualizar de que maneira está sendo conduzida a política de saúde e os benefícios levados à população perante os gastos dos recursos alocados no Fundo Estadual de Saúde, possibilitado a adoção de medidas corretivas ou ajustes para cada caso, e ainda a emissão de relatórios trimestrais ou anuais dos programas governamentais vinculados ao Fundo Estadual de Saúde, com base no desempenho gerencial da unidade responsável por cada programa/ação, tendo-se ao final o Relatório de Gestão da Saúde.

O Relatório de Gestão, gerado pelo Sistema de Monitoramento e Avaliação do Plano Plurianual – SIMA/PPA é parte integrante da prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde, encaminhado trimestralmente ao Núcleo Setorial de Controle Interno para posterior remessa aos órgãos de controle

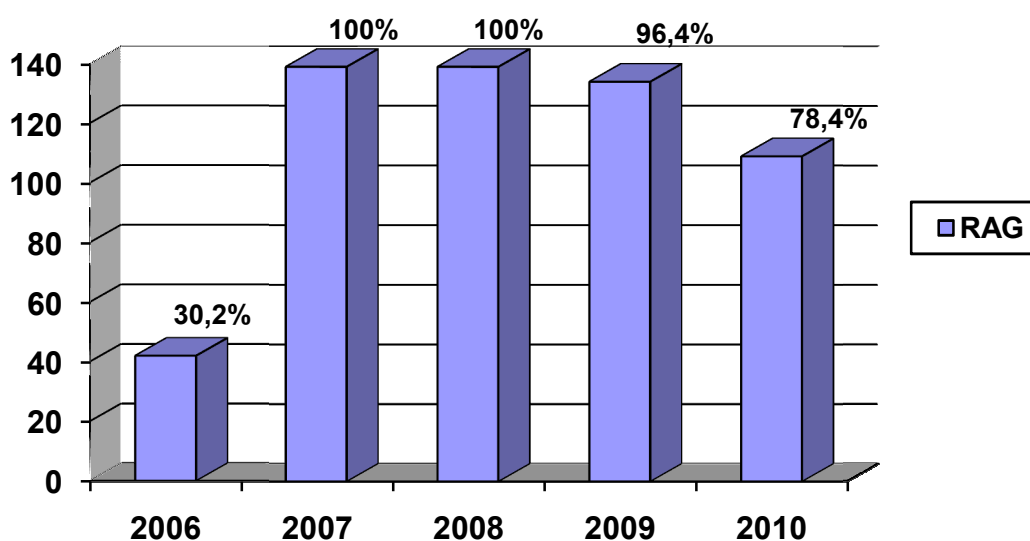
como a Controladoria Geral do Estado, Conselho Estadual de Saúde e Tribunal de Contas do Estado do Tocantins.

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

A Diretoria de Gestão e Estratégica e Descentralização da Saúde têm viabilizado através de cooperações técnicas apoio aos processos de fortalecimento da gestão municipal na elaboração dos Planos de Saúde e Relatório Anual de Gestão, como também nas pactuações de indicadores e da Programação Pactuada Integrada (PPI).

Avanços da Gestão: Desde 2007 100% dos Instrumentos de Gestão da Saúde são elaborados integradamente com todas as áreas da SES- TO; 100% dos municípios do Estado com Relatório Anual de Gestão entregues nos anos de 2007 e 2008; 96,4% entregaram os RAG's 2009 e 78,4% entregaram os RAG's de 2010, enfatizamos que em 2006 apenas 30,2% dos municípios, haviam entregue os Relatórios de Gestão, conforme gráfico 126.

**Gráfico 126- Municípios que entregaram o Relatório Anual de Gestão. Tocantins 2006 - 2010.**



Fonte: DGEDS/SES-TO - 26/07/11

1º Estado da Federação a Reavaliar a Gestão através da 2ª Oficina de Avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública no total de 90 pessoas entre, Conselheiros de Estado da Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Membros da Academia em conjunto com os Servidores da SESAU, Organização Pan-americana de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde

e Ministério da Saúde, apresentando um incremento 26%, comparado com o ano de 2006.

Consensualização dos indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão para construção e pactuação das metas nos anos de 2008 a 2011 em consenso com os municípios e áreas técnicas da SESAU com adesão de 100% dos municípios; Adesão ao Pacto Pela Saúde com homologação ao Termo de Compromisso de Gestão de 72 municípios; Cooperação técnica aos municípios para a avaliação dos Termos de Compromissos de Gestão Municipal dos municípios que aderiram ao Pacto pela Saúde; 5 vezes realizada Avaliação anual do Termo de Compromisso de Gestão Estadual e reformulação do Plano Operativo em conjunto com os servidores das Superintendências da SES.

A existência do **Fundo** 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

Nesse contexto, a equipe gestora estadual trabalhará o município como locus de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade.

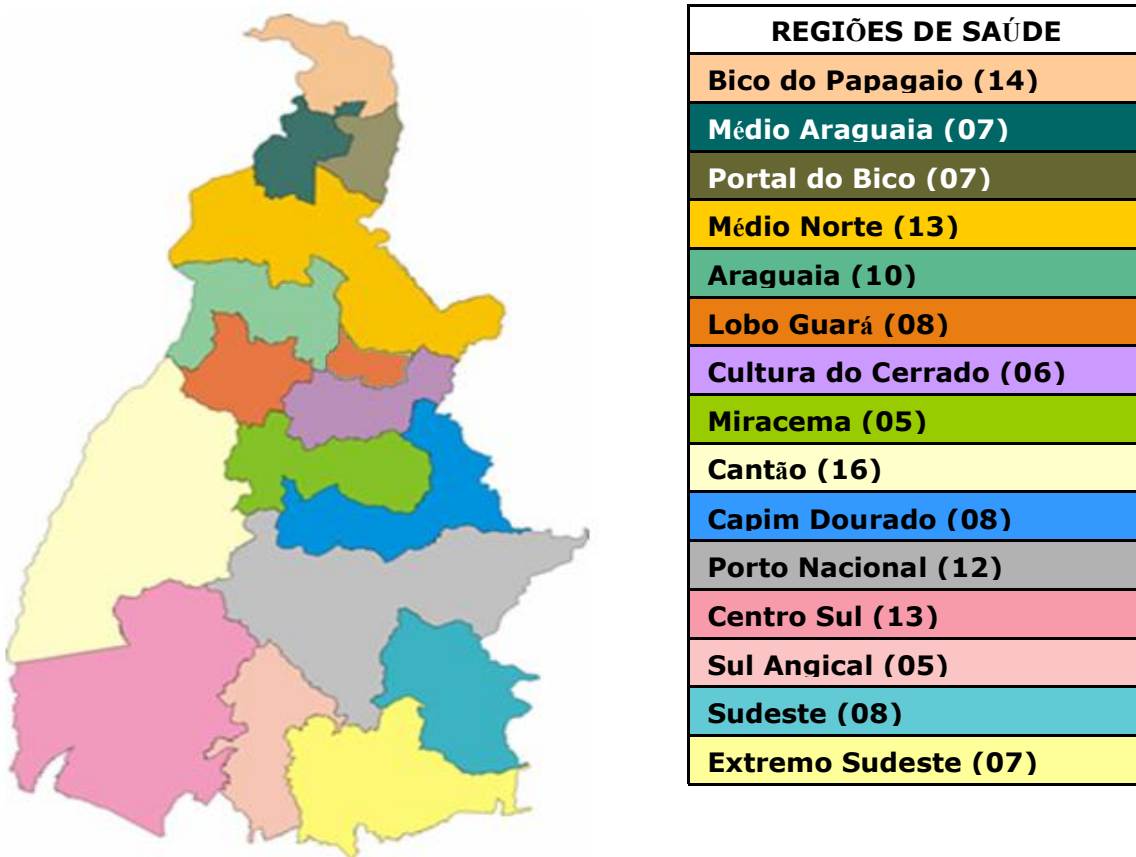


**2.1.7 – DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO**

O Pacto pela Saúde, fundamentado pela Portaria GM N°. 399 de 2006, expressa o compromisso de fortalecimento da diretriz de Regionalização, que reafirma a cooperação entre as esferas de governo, se organiza por meio do Plano Diretor de Regionalização e se operacionaliza por meio das Regiões de Saúde. Neste contexto, os Colegiados de Gestão Regional – CGR se instituem como instâncias de cogestão no espaço regional. Trata-se de espaços permanentes de articulação, definição de prioridades e pactuação de soluções, objetivando a organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva.

Organização de 15 regiões de Saúde, conforme o mapa de regionalização de Saúde:

**Figura 16 – Plano Diretor de Regionalização – PDR**



Fonte: SESAU/DGEDS – 26/07/2011

Até 2010 já haviam sido realizadas 195 reuniões dos antigos Colegiados de Gestão Regionais atualmente denominados de Comissões Intergestores

Regionais com os 139 municípios do Estado em parceria com as Superintendências de: Vigilância e Proteção à Saúde; Gestão Administrativa e de Desenvolvimento dos Recursos Humanos e Atenção e Promoção a Saúde, aonde foram discutidos e consensuados assuntos inerentes à gestão, entre eles: o Pacto Pela Saúde, a Regionalização, Vigilância em Saúde, a Política de Educação Permanente, construção do PEP Plano de Educação Permanente, atendimento hospitalar e, outras negociações com os Hospitais Regionais e orientações sobre a elaboração do Relatório Anual de Gestão. Todas essas discussões fortaleceram as negociações no âmbito regional, integração e cooperação técnica entre os 139 municípios e o Estado; por meio dos apoiadores da regionalização e conforme demandas as áreas técnicas da SES TO, temas importantes como regulação dos serviços, programação pactuada e integrada, educação em saúde entre outros foram colocados em discussão. Foi viabilizada também toda logística para assegurar a participação de 100% dos gestores municipais e funcionamento dos quinze Colegiados de Gestão Regional. Encaminhamento de 100% de todas as demandas suscitadas nas reuniões dos CGR's às áreas técnicas para tomada de providências, bem como a elaboração dos 15 Planos Regionais de Saúde – PRS e dos 15 Planos Diretores de Investimento – PDI.

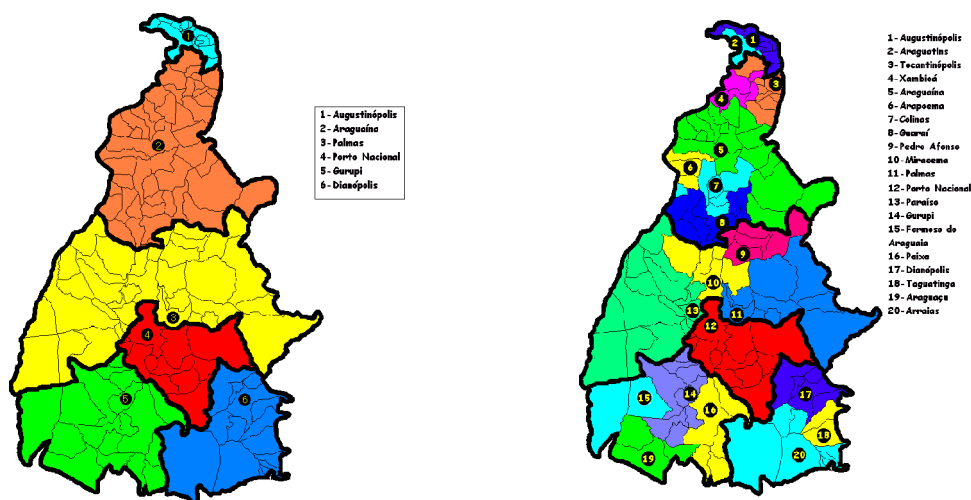
Elaboração da agenda regular anual das reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Regional – CIR foi pactuada na primeira reunião do ano. No ano de 2011 foram realizadas 60 (sessenta) reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Regional – CIR, contemplando cada uma das 15 (quinze) regiões de saúde do estado do Tocantins com 04 (quatro) reuniões por ano; Realização de 02 (duas) reuniões extraordinárias em audiência com o Secretário de Estado da Saúde com representantes das regiões de saúde de Porto Nacional e Centro-Sul;

A Diretoria de Gestão Estratégica e Descentralização da Saúde, por meio da Gerência da Regionalização viabiliza toda logística para o funcionamento e organização das CIR, como diárias para os participantes das reuniões das CIR, apoiadores, secretários entre outros participantes.

No ano de 2011 o Ministério da Saúde lança o decreto nº 7.508, de 28 de junho, publicado no Diário Oficial da União em, 29 de junho, tem o importante papel de regular à estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos, tão necessários a sua consolidação e melhoria permanente.

Nas reuniões das CIR de agosto de 2011 foi deflagrado no Estado um processo de discussão do decreto 7.508 e a necessidade da conformação das novas regiões de saúde na luz do decreto, e em conjunto com outras áreas da SESAU a construção do novo Plano Diretor de Regionalização – PDR e Plano de Diretor de Investimento – PDI, conforme as novas regiões de saúde.

Figura 17 – Mapas plano diretor de regionalização e sede de módulos assistenciais. Tocantins, 2002 –2006.



Fonte: Tocantins, 2002

### 2.1.8 – REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

Verificava-se mais concretude na estrutura organizacional do Controle, Regulação, Avaliação 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 anterior a 2007.

Na estrutura organizacional da SESAU, a Coordenação de Controle, Regulação e Avaliação de Saúde – CCRA 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 partir de 2007 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 que está até o momento, diretamente ligada à Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde – SAPS, sendo constituída por 04 (quatro) coordenadorias e suas respectivas gerências, a saber:

**Coordenadoria de Controle e Sistemas de Informação**

- ◆ Gerência de Cadastro
- ◆ Gerência de Sistemas
- ◆ Gerência de Controle
- ◆ Gerência de Acompanhamento de Serviços Complementares de Saúde

**Coordenadoria de Regulação**

- ◆ Gerência de Consultas de Exames
- ◆ Gerência de Leitos
- ◆ Gerência de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)
- ◆ Gerência de Urgência e Emergência

**Coordenadoria de Avaliação**

- ◆ Gerência de Avaliação e Acompanhamento de Contratos
- ◆ Gerência de Monitoramento e Avaliação do PNASS

**Coordenadoria de Auditoria**

A missão da Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria-DCRAA é executar as ações de controle, regulação, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde – SUS, de Gestão e dos Serviços Prestados aos usuários do SUS, com abrangência em todo Estado do Tocantins, visando melhoria da atenção e do acesso às ações e aos serviços de Saúde.

**Coordenadoria de Controle e Sistemas**

Conforme organograma da SESAU/TO a Coordenadoria de Controle e Sistema conta com as seguintes gerencias:

- ◆ Gerência de Controle;
- ◆ Gerência de Cadastro;
- ◆ Gerência de Sistemas;
- ◆ Gerencia de Acompanhamento de Serviços Complementares de Saúde.

Controle – É o Conjunto de medidas exercidas pelo gestor estadual, visando à implementação e operacionalização de normas, e o monitoramento dos sistemas municipais, ações e serviços de saúde para garantir o fiel cumprimento das normas e das pactuações preestabelecidas.

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde-SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação.

Os Sistemas de Informação mais utilizados pela Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria são:

- Sistema de Informação Ambulatorial– **S.I. A;**
- Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado– **S.I.H. D;**
- Ficha de Programação Orçamentária Magnético–**FPO–MAG;**
- Verificação do Sistema de Informação Ambulatorial–**VERSIA;**
- Importa os arquivos TXT, para dentro do S.I. A, gerados pelo CNES–**DEPARA;**
- Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade Magnético–**APAC–MAG;**
- Transmissão das Remessas–**Transmissor;**
- Sistema de Autorização de Internação Hospitalar–**SISAIH01;**
- ***Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*** – CNES;
- Programação Pactuada e Integrada – **PPI;**
- Boletim de Produção Ambulatorial–**BPA–MAG.**

O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES que é uma das funções essenciais da Gerência de Cadastro por muito tempo esteve centralizado em âmbito Estadual. Sua operacionalização estava fragmentada entre as Gerências de Controle e Sistemas até 2006. O cadastro in-loco e o manuseio das fichas de cadastro localizava-se no controle enquanto a digitação e envio das informações para a base nacional no ministério da Saúde era função da Gerência de Sistemas.

A partir da institucionalização do organograma da Secretaria Estadual de Saúde foi criada a gerência de cadastro ligada a Coordenação de Controle e Sistemas de Informação.

A principal atribuição desta Gerência é garantir a alimentação das informações cadastrais dos estabelecimentos de Saúde do Estado, criando um banco de dados seguro, fiel e atualizado das informações, servindo de base para operacionalização dos sistemas de informações, bem como para subsidiar decisões de gestão e planejamento das ações de serviços de saúde.

Em 2007, iniciou-se o processo de descentralização do cadastro, onde as responsabilidades de alterações cadastrais passam a ser assumidas pelo Gestor municipal. A meta de descentralização para os 57 municípios que possuíam apenas atenção básica em seu território foi cumprida em 2007. Sendo realizada em 2008 uma segunda etapa que contemplou os estabelecimentos que possuíam serviços de média complexidade.

De acordo com o cronograma no ano de 2010 os 139 municípios tiveram o cadastro de estabelecimento descentralizado, lembrando que destes

municípios 07 são plenos (Palmas, Gurupi, Formoso do Araguaia, Itacajá, Nazaré, Palmeirópolis e Paraná).

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, no seguinte ano a mesma foi republicada, em decorrência das atualizações em setembro de 2011 ocorreu uma nova publicação. Atualmente é um dos instrumentos de controle na contratualização dos serviços e na pactuação da oferta desses serviços, com a implementação pode-se monitorar uma PPI viva fazendo alterações trimestralmente conforme a solicitação de cada município.

O processo de contratualização dos serviços privados e filantrópicos do Estado iniciou em 2007, quando foram estabelecidos os critérios e a rede de serviços a serem contratadas. Atualmente, já foi solicitada a contratação de 95% dos serviços para o SUS ofertados na rede, e para os contratos que já foram formalizados há uma atividade de monitoramento dos mesmos.

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

As funções desta gerência é solicitar e acompanhar a compra de serviços da rede privada complementar (quando a rede pública oferecer atendimento insuficiente), monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial, monitorar e revisar as faturas de cada estabelecimento de saúde e conforme tetos estabelecidos pela Programação Pactuada Integrada – PPI e formalizar os relatórios de pagamentos e monitorá-los, atestando os valores das notas fiscais (prestadores privados) e enviando ao Fundo Estadual de Saúde.

As funções básicas da Gerência de Sistemas é realizar o processamento de informações ambulatoriais e hospitalares originadas dos municípios e prestadores de serviços, posteriormente enviadas ao Ministério da Saúde, apoio técnico aos municípios sobre a operacionalização dos SIA – Sistema de Informação Ambulatorial, SISAIH01 – Sistema de Autorização de Internação Hospitalar , atualização dos bancos de dados dos Sistemas de Informação do SUS (SIA/SUS, SIA/PAB, SIHD e SCNES) e elaboração dos relatórios de produtividade médica.

As funções básicas da Gerência de Acompanhamento de Serviços Complementares de Saúde é elaborar junto à área técnica o Termo de Referência/ Projeto Básico, com as especificações/critérios de execução necessária para a compra dos serviços; acompanhar o andamento do Termo de Referência/ Compra do Serviço desde a autuação do processo, liberação de recurso financeiro, licitação e formalização do contrato; recebimento das notas fiscais dos prestadores contratualizados, observando no caso dos Hospitais se estas estão devidamente atestadas e/ou recolher os atestos no caso dos serviços prestados para os serviços realizados para referencias; elaboração da previsão orçamentária para pagamento dos serviços contratualizados e assessoramento na atualização trimestral dos dados do SIMA – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Plano Plurianual.

#### **2.1.8.1 – COORDENADORIA DO COMPLEXO REGULADOR**

O Complexo Regulador, pela natureza da sua função, tem como resultado de sua operação funcionar como um *Observatório Privilegiado* dos serviços de saúde. Os dados que o Complexo Regulador produz estão relacionados com a resolutividade real e não burocrática do sistema.

Em 2006 foi aprovado o projeto de implementação da Central de Regulação de Exames e Consultas onde foi repassado ao Estado do Tocantins um recurso como incentivo para implantação do Complexo Regulador da região Centro Sul e Centro Norte. As atividades desenvolvidas pela Central de Regulação Estadual eram de autorização e liberação de AIH'S E APAC'S. O único mecanismo de regulação utilizado neste período era CNRAC. A partir daí todas as transferências de TFD passaram a ser reguladas por médicos reguladores. Neste período a equipe era formada por 05 técnicos, 01 gerente e 03 médicos.

Com a implantação do novo organograma em 2007, a Coordenação de Controle, Regulação e Avaliação passou a ser uma Diretoria, sendo composta pelas Coordenadorias de Controle e Sistemas de Informação, Complexo Regulador, Avaliação e de Auditoria. Neste período a Coordenação de Complexo Regulador é exercida por uma Coordenação Geral com divisão das Gerências de Leitos, Urgência e Emergência, Consultas e Exame, TFD – Tratamento fora de domicilio e CNCDO – Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos. Funciona em uma estrutura física separada da sede da Secretaria de Saúde, tem seu funcionamento 24 horas e é composta por 39 funcionários sendo 25 técnicos, 13 médicos e 01 Serviço Gerais. A gerência da CNCDO está em fase de implantação, aguardando publicação do ato



governamental que criará a Central de Transplantes, para posterior credenciamento junto ao Ministério da Saúde.

#### **2.1.8.2 –COORDENADORIA DE AVALIAÇÃO**

As atividades da coordenação de avaliação iniciaram 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.

#### **2.1.8.3 CONQUISTA AVANÇOS E DESAFIOS DA DCRAA.**

##### **São conquistas e avanços:**

- ◆ Aprovação do projeto de implantação e/ou implementação de central de exames e consultas;
- ◆ Liberação de recurso financeiro para implantação do Complexo Regulador;
- ◆ Locação de estrutura para sede do complexo – Palmas;
- ◆ Mais recursos Tecnológicos para a Coordenação;
- ◆ Regulação dos exames de alta complexidade contratados pelo Estado;
- ◆ Regulação das consultas dermatológico-sanitárias e Oncológicas;
- ◆ Regulação das internações do Hospital de Maternidade Dom Orione e das eletivas HGP – Oncológicas;
- ◆ Capacitação de servidores municipais no III Curso Básico das Ferramentas dos Sistemas de Informação;
- ◆ Formalização do protocolo de exames de alta complexidade;
- ◆ Controle Financeiro da concessão dos benefícios para Tratamento Fora de Domicílio – TFD;
- ◆ Implementação da Central de Regulação de consultas e exames;
- ◆ Capacitação de todos os municípios da Macro-Araguaína no Sistema de Regulação (SISREG);
- ◆ Estruturação do Complexo Regulador de Araguaína.
- ◆ Implantação de Centrais de Consultas e Exames nos 135 (cento e trinta e cinco) municípios;



- ◆ Cessão de equipamentos de informática para os 139 (cento e trinta e nove) municípios com intuito de fortalecer as ações de Controle, Regulação, avaliação e Auditoria nos municípios.

***Desafios e problemas:***

- ◆ Funcionamento 24 horas do Complexo Regulador da Macro região norte;
- ◆ Formalização de todos os protocolos necessários para Regulação;
- ◆ Regulação de todas as internações, consultas e exames utilizando a ferramenta SISREG III;
- ◆ Publicação do Manual de Tratamento Fora de domicílio;
- ◆ Formação de uma equipe regional de supervisão da Coordenação de Controle e Sistemas de Informação e Complexo Regulador;
- ◆ Implantação de um Sistema para transmissão das informações de produção ao Estado através da internet;
- ◆ Integração das bases dados;
- ◆ Estruturação do setor de faturamento das unidades hospitalares;
- ◆ Capacitação dos prestadores na Operacionalização dos Sistemas de Informação do SUS tais como: S.I. A, S.I. H, S.I.H.D, FPO, BPA magnético, SCNES e outros;
- ◆ Informatização do setor de Tratamento Fora do Domicílio - TDF

### **2.1.9 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE ( SETSUS, FMT E DGES)**

A Superintendência da Escola Tocantinense de Saúde do SUS – SETSUS, parte integrante da estrutura operacional da Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins (SESAU) foi instituída por meio da Lei 2.434 de 31 de março de 2011, alterada pela Lei N°. 2.541 de 19 de dezembro de 2011. A SETSUS foi criada a partir da fusão da Diretoria de Gestão da Educação em Saúde – DGES com a Escola Técnica do SUS Tocantins – Dr. Gismar Gomes, doravante denominada Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde Dr. Gismar Gomes.

A DGES, alçada ao *status* de Diretoria na reformulação do organograma da SESAU em janeiro de 2007, tinha como atribuições centrais, a gestão da educação na saúde e o desenvolvimento de formação de profissionais/servidores para o SUS, com base na Política Nacional de Educação Permanente. Esta Diretoria tem origem histórica na NOB/RH-SUS de 1996, que preconizava os ideais da Educação Permanente como modelo norteador para a formação e capacitação dos trabalhadores em saúde. Tem atuado à luz da Portaria GM/MS n° 1996 de 20/08/2007, cooperando tecnicamente e apoiando a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão de Integração Ensino

Serviço – CIES, na construção e implementação do Plano Estadual de Educação Permanente.

A Escola Técnica do SUS Dr. Gismar Gomes foi criada pelo Decreto N°. 1.564, de 19 de agosto de 2002, sob regime especial de autarquia com autonomia administrativa patrimonial vinculada à SESAU, instituída pela Lei N°. 1.369 de março de 2003 e credenciada pelo Conselho Estadual de Educação – SEDUC N°. 769 de 19 de fevereiro de 2004 e reconhecida em 04 de julho de 2007.

A construção da sua sede em Palmas deu-se por meio do Convênio N°. 056/2002 celebrado com o Programa de Expansão do Ensino Profissional – PROEP.

Em 2011, com a fusão com a DGES, ocorreu mudança no regime de gestão da ETSUS, deixando de ser autarquia para ser uma Superintendência da Secretaria de Estado da Saúde denominada Superintendência da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde, sendo seu acervo patrimonial revertido para a SESAU-TO, de acordo com a Lei n°. 2.445 de 1º/06/2011, sendo mantida sua finalidade de oferecer educação profissional de nível básico, técnico e pós-técnico e educação permanente em saúde para os servidores do Sistema Único de Saúde (SUS) do Tocantins.

Seu Regimento Escolar dispõe sobre todas as decisões dos segmentos da escola em relação às diferentes atribuições e competências administrativas, financeiras e pedagógicas; seu Plano Político Pedagógico – PPP foi construído coletivamente visando atender à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB); e, doravante, sua estrutura operacional compõe-se de: – Escola Tocantinense do SUS Dr. Gismar Gomes, – Coordenadoria do Pólo de Gurupi, – Coordenadoria do Pólo de Araguaína, – Secretaria Geral de Ensino, e – 02 (duas) Diretorias, a saber: – Diretoria de Educação Profissional (DEP) e – Diretoria de Gestão da Educação na Saúde (DGES). A DEP é composta por: – Coordenadoria de Estágios, – Coordenadoria de Cursos Técnicos e – Coordenadoria de Cursos Básicos; A DGES compõe-se de: – Coordenadoria de Ensino, – Coordenadoria de Gestão Educacional, e – Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Inovação.

A Superintendência da Escola Tocantinense do SUS funciona no Anexo X da SESAU, em sede própria, na Quadra 606 Sul, Alameda Portinari, APM 07, Plano Diretor Sul, Palmas-TO e oferece salas descentralizadas em Pólos de formação técnica em Gurupi-TO e Araguaína-TO, atendendo aos municípios de sua macrorregião, com estrutura suficiente à realização dos cursos.

### 2.1.9.1 – RECURSOS HUMANOS

A Superintendência da Escola Tocantinense do SUS conta com 115 (cento e quinze) servidores, sendo: 59 (cinquenta e nove) concursados, 19 (dezenove) comissionados, 36 (trinta e seis) contratos temporários e 01 (um) servidor remanescente do Estado de Goiás, distribuídos em Palmas, Araguaína e Gurupi.

### 2.1.9.2 – PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE

No período de 2005 a 2011, a Superintendência da Escola Tocantinense do SUS, por meio da Diretoria de Gestão da Educação na Saúde realizou 627 (seiscentos e vinte e sete) processos educacionais – cursos básicos, cursos de capacitação, cursos de atualização, cursos de qualificação, introdutórios, oficinas, seminários, simpósios, palestras, treinamentos, encontros, dentre outros. Foram 1.638 (um mil, seiscentos e trinta e oito) facilitadores, capacitando 18.362 (dezoito mil, trezentos e sessenta e dois) trabalhadores do Sistema Único de Saúde, conforme Quadro 14.

**Quadro 14 – Distribuição do número de processos educacionais realizados, atores envolvidos e trabalhadores capacitados. Tocantins, 2005 – 2011.**

Ano	Nº. de Processos Educacionais realizados	Nº. de facilitadores envolvidos	Nº. de trabalhadores capacitados
2005	98	278	2.867
2006	79	228	2.198
2007	75	251	2.787
2008	85	169	2.373
2009	119	161	3.338
2010	82	240	2.339
2011	89	311	2.460
<b>Total</b>	<b>627</b>	<b>1.638</b>	<b>18.362</b>

Fonte: Secretaria Geral de Ensino/SETSUS/Janeiro-2012

No que se refere aos Cursos Técnicos, de 2004 a 2011, a Superintendência da Escola Tocantinense do SUS, por meio da Diretoria de Educação Profissional (antiga Escola Técnica Dr. Gismar Gomes e atual Escola Tocantinense do SUS – Dr. Gismar Gomes) formou 2.942 (dois mil, novecentos e quarenta e dois) alunos, conforme Quadro 15.

**Quadro 15 - Distribuição do quantitativo de egressos, segundo os Cursos Técnico e Básicos. Tocantins, 2005 - 2011.**

Curso	Nº. de egressos
Técnico em Higiene Dental	163
Técnico em Nutrição e Dietética	53
Técnico em Enfermagem - Complementação	30
Técnico em Agente Comunitário de Saúde	2.219
Auxiliar em Saúde Bucal	131
Técnico em Saúde Bucal III	97
Técnico em Radiologia	34
Técnico em Saúde Bucal IV	123
Técnico em Análises Clínicas	33
Técnico em Vigilância em Saúde	59
<b>Total</b>	<b>2.942</b>

Fonte: Secretaria Geral de Ensino/SETSUS/Janeiro-2012

### 2.1.9.3 -COOPERAÇÃO TÉCNICA

No Período de 2007 a 2011 foram firmados termos de cooperação interinstitucionais entre SESAU/DGES e instituições de ensino para estágios de cursos técnicos, superiores e de pós-graduação, contemplando aproximadamente 8.500 (oito mil e quinhentos) alunos, conforme Quadro 14.

Destacam-se os Termos de Cooperação com a Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Federal do Tocantins para os Cursos de Pós-Graduação: Saúde Pública (22 - vinte e dois concluintes), Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidades (em andamento), Urgência e Emergência para Enfermeiros (39 - trinta e nove concluintes), dentre outros.

**Quadro 16 – Demonstrativo dos Termos de Cooperação Técnica firmados pela Superintendência da Escola Tocantinense do SUS/Diretoria de Gestão da Educação na Saúde. Tocantins, 2007 – 2011.**

Ano	Instituições de Ensino
2007	Instituto Navarro de Educação e Cultura – INEC, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC, Escola Técnica de Enfermagem de Araguaína, Colégio SUPREMO, Corpo de Bombeiros, IESPEN, ITPAC – Araguaína, OBJETIVO, ULBRA, UNIRG, ITPOP, IBRATI, ETET – Escola Estadual Técnica de Enfermagem de Araguaína, Universidade Federal do Tocantins – UFT.
2008	Escola de Formação Técnica de Guaraí – ESFOTEC, FAG, FABIC, ETET – Escola Estadual Técnica de Enfermagem de Araguaína, ETSUS e ITPAC Porto Nacional, Universidade Federal do Tocantins – UFT.
2009	ETET – Escola Estadual Técnica de Enfermagem de Araguaína, Instituto de Educação Integrada Albert Einstein, Centro Tecnológico Sousa Peixoto – CETESP, Faculdade do Bico – FABIC, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC Porto Nacional, Faculdades Objetivo, Escola Técnica Rio Sono – ETRISO, Colégio Samaritano e Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, Universidade Federal do Tocantins – UFT.
2010	Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC – Porto Nacional e Araguaína, Faculdade de Guaraí – FAG/FUNDEG, Universidade de Gurupi – UNIRG, Centro Universitário Luterano de Palmas–CEULP/ULBRA, OBJETIVO e Faculdade do Bico–FABIC, Universidade Federal do Tocantins – UFT.
2011	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC – Porto Nacional e Araguaína, Faculdade de Guaraí – FAG/FUNDEG, UNIRG, Centro Universitário Luterano de Palmas–CEULP/ULBRA, OBJETIVO e Faculdade do Bico–FABIC, Centro Educacional Marta Pires, Universidade Federal do Tocantins – UFT.

Fonte: Núcleo de Interação Ensino–Serviço – NIES/SETSUS/Janeiro–2012.

### 2.1.10 – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

No âmbito da Secretaria de Saúde existe o **Conselho de Saúde**, como instrumento de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição Federal – resultado de anos de luta do movimento de reforma sanitária no País, por fim determinado no texto Lei N° 8.142, de 28/12/1990. Criado em 1991 o Conselho de Saúde do Estado do Tocantins – atuação de seus Conselheiros e da Secretaria Executiva foi revestida da responsabilidade de implantar, ampliar e fortalecer o exercício do Controle Social. Foi reestruturado pela Lei Estadual de N°. 1.663 de 22/02/2006, o que levou à adequação de seu Regimento Interno e a partir daí passou a publicar suas resoluções no Diário Oficial do Estado; promoveu a nomeação de seus Conselheiros; e a sua Secretaria Executiva passou a contar

com mais servidores e com a ampliação dos recursos materiais para a execução dos seus trabalhos.

O Estado do Tocantins por meio do CES–TO foi o primeiro Estado da federação, a cadastrar 100% dos Conselhos Municipais de Saúde no Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Possui um link próprio na home–page da SESA–TO onde faz a divulgação das atas, pautas e resoluções e outros assuntos de interesse social.

O CES – TO, também foi um dos primeiros Conselhos Estaduais de Saúde a deliberar sobre o Pacto pela Saúde 2006. Instituiu a participação das Coordenações de Plenárias de Conselhos Estadual de Saúde nas Reuniões Ordinárias do CES–TO. As denúncias recebidas são analisadas em parceria com a Ouvidoria e Auditoria do SUS em nível estadual (Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins).

A **Ouvidoria** tem como atribuição precípua receber 100% das solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões – manifestações dos usuários do SUS – e encaminhá-las ao conhecimento dos órgãos competentes, para providências cabíveis e posterior retorno ao cidadão.

As **Comissões Intergestores**, Tripartite (Nacional) e Bipartite (Estadual) foram instituídas pela Norma Operacional Básica – SUS 01/93 (PORTARIA GM/MS/ N°.597/93), no Capítulo referente ao Gerenciamento do Processo de Descentralização no SUS, como fórum de negociação entre os gestores. Suas definições e propostas devem ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde, submetendo–se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

A Comissão Intergestores Bipartite/CIB do Estado do Tocantins foi criada através da Portaria N°. 931 de 26 de junho de 1997. A partir de então foi instituído o Calendário de Reuniões Ordinárias e Extraordinárias mensalmente, cabendo à Secretaria Executiva coordenar e assessorar administrativamente o Plenário e monitorar a realização das reuniões das Plenárias. É constituída paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, a COSEMS, sendo a instância privilegiada de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUS.

### 2.1.11 – OUVIDORIA

A Ouvidoria da Saúde foi regulamentada em 10 de maio de 2007 por meio da Portaria/SESAU/GABSEC N.º 174. Está diretamente ligada ao Gabinete do Secretário Estadual de Saúde, sendo composta por uma equipe técnica de 5 (cinco) servidores, entre assessores e atendentes/teleatendentes.

A Ouvidoria realizou dois seminários de divulgação, direcionados aos gestores municipais e servidores da Secretaria de Estado e Anexos, bem como a confecção de material informativo (folders, cartazes, canetas, agendas, banners e outros), campanhas publicitárias com a divulgação por meio de spots em rádio (abrangência estadual), busdoor (Palmas) e outdoor (Palmas, Araguaína e Gurupi), demonstrando que o serviço foi divulgado nos 139 municípios do Estado.

Os serviços de Ouvidoria foram mantidos em sua totalidade, pois as ações planejadas foram executadas quanto à capacitação da equipe da sede em processos de trabalho, sistema informatizado, teleatendimento, participação em eventos, ações de divulgação, oficinas de sensibilização, tratamento das demandas registradas, retorno ao cidadão e consolidação de relatórios gerenciais para a gestão.

Foram realizadas oficinas em três regiões de saúde para a sensibilização e conscientização de gestores e técnicos das Secretarias Municipais e servidores das unidades hospitalares quanto à importância da Ouvidoria na Administração Pública e fortalecimento da cidadania.

Dentro da meta de manter o serviço, uma ação de grande relevância ocorrida nesse período, foi o recebimento do sistema informatizado OuvidorSUS do Ministério da Saúde. A partir de junho de 2010, a Ouvidoria foi capacitada para operacionalizar esse sistema e desde então o fluxo de registro e tratamento de demandas ganhou confiabilidade e celeridade de retorno ao cidadão. A partir também desta ação, foi estabelecida uma rede de Ouvidoria, composta pelas superintendências da SES-TO e 19 hospitais regionais, cada qual com um ouvidor interligado à sede, por meio do sistema OuvidorSUS.

No que se refere à meta de realizar as oficinas nas regiões de saúde, foram realizadas somente em três regiões, devido à ação ter sido replanejada. Foram realizadas oficinas de sensibilização nos 19 Hospitais Regionais, ação que capacitou mais de 5.000 servidores dessas unidades.

Dentro das potencialidades identificadas, percebe-se que estas oportunizaram um salto significativo na melhoria dos serviços prestados pela Ouvidoria, principalmente à população, o que pode ser comprovado pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, realizada recentemente pelo setor. Esta

pesquisa obteve mais de 80% de aprovação dos serviços da Ouvidoria pelos usuários, no quesito atendimento e ainda será divulgada. Outro fator positivo foi o aumento da demanda no período avaliado (2008–2011), o que comprova que o cidadão tem credibilidade na Ouvidoria e, sobretudo, que o serviço foi consolidado no Estado.

Contudo, os problemas e ameaças detectados, os quais abrangem questões como a relação com os gestores municipais, estrutura física, deficiência na formalização das respostas encaminhadas pelos municípios à Ouvidoria e outros, denotam as fragilidades do serviço, que precisam ser repensadas e replanejadas, com o intuito de orientar a definição de medidas a serem adotadas. Isso certamente reduzirá as fragilidades detectadas, as quais comprometem, sobremaneira, o bom desempenho das ações da Ouvidoria e a gestão como um todo.

## **2.1.12 – GESTÃO ADMINISTRATIVA**

### **2.1.12.1 – ASSESSORIA JURÍDICA**

A Assessoria Jurídica da Secretaria de Estado da Saúde está diretamente ligada ao Gabinete do Secretário, sendo composta por 03 (três) Coordenadorias, 01 (uma) de Contratos, 01 (uma) de Convênios e 01 (uma) de Procedimentos Administrativos, conforme estrutura operacional disposta na Lei nº. 2.496, de 02/09/2011, que reestrutura a Secretaria da Saúde.

A Assessoria Jurídica presta assistência técnica ao Secretário de Saúde em seus atos e decisões, bem como a todos os setores e unidades de saúde do Estado, para tanto conta com um quadro composto por 21 (vinte e um) servidores, sendo 01 (um) Chefe da Assessoria Jurídica; 03 (três) Coordenadores; 07 (sete) Assessores – todos comissionados; 05 (cinco) Assistentes de Serviços de Saúde.

O Chefe da Assessoria Jurídica possui relação direta com o Secretário, assessorando-o pessoalmente, a fim de verificar os aspectos legais de seus atos e, conseqüentemente, orientá-lo em suas decisões. Para o alcance de sua missão conta com a cooperação de todo o corpo jurídico, notadamente seus Coordenadores e Assessores, aos quais compete cada qual dentro de sua área de atuação, a realização das seguintes atividades: análise e adequação do aspecto formal e legal de instrumentos de gestão como: portarias, instruções normativas etc.; orientação aos Superintendentes, Diretores, Coordenadores e Gerentes; análise de processos e produção de pareceres 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 SESAU/TO; resposta às solicitações e diligências do Poder Judiciário, dos Tribunais de Contas – da União e do Estado, dos Ministérios Públicos – Estadual e Federal, da Defensoria Pública, dentre outros.

A **Coordenadoria de Convênios** conta com 01 (um) Coordenador, 01 (um) Assessor e 01 (um) assistente administrativo, 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, e as entidades que desenvolvem atividades de Saúde, e a Secretaria de Saúde, o que envolve análise de documentação; produção de minutas; justificativas; pareceres; ofícios de ciência à Assembléia Legislativa e às Câmaras Municipais; publicações no Diário Oficial do Estado destes atos; confecção de Termos de Cooperação com as Instituições de Ensino, com vistas à realização de estágios nas Unidades de Saúde do Estado; produção de Termos Aditivos aos Convênios; Termos de Cessão de Uso de bens móveis; Termos de Compromisso entre entes públicos; acompanhamentos processuais e atendimento ao público.

A **Coordenadoria de Contratos** é o setor que tanto aprova como elabora as minutas contratuais referentes à aquisição de bens e prestação de serviços, conforme cada caso encaminhado para análise, adotando os procedimentos cabíveis no caso de inexecução dos contratos, para tanto, conta com 01 (um) Coordenador, (04) quatro Assessores, 03 (três) assistentes jurídicos e 02 (dois) Assistentes Administrativos, aos quais compete a realização das seguintes atividades: elaboração de minutas contratuais; rescisão contratual; notificação em caso de inexecução dos contratos; análise e produção de pareceres em assuntos diversos e orientação às Áreas Técnicas nos assuntos afetos à suas competências.

A **Coordenadoria de Procedimentos Administrativos** é o setor responsável pela realização dos procedimentos disciplinares de sindicância dos servidores e profissionais da Saúde, é composta por 01 (um) Coordenador, 02 (dois) Assessores e 03 (três) Assistentes jurídicos, sendo 01 (um) bacharel em Direito e 02 (dois) acadêmicos de Direito. Esta coordenadoria realiza as funções inerentes à Sindicância; produz, com base em informações emanadas das áreas técnicas, os subsídios necessários à defesa da Pasta nas demandas judiciais e extrajudiciais que envolvem o Estado; emite pareceres sobre controvérsias administrativas, principalmente em procedimentos administrativos, com o fito de nortear atos de mera gestão a serem eventualmente praticados. A Comissão de sindicância atua nos procedimentos instaurados para apuração de fatos que em tese implicaram em desrespeito à legislação vigente e/ou prejuízo ao erário. A competência da Coordenadoria de

Procedimentos Administrativos é residual, ou seja, todas as demandas que não envolvam contratos, convênios e congêneres, são de competência deste setor. Assim sendo, ao responsável pelo setor compete: análise dos processos; instauração de sindicância; oitiva das partes e testemunhas, compreendendo deslocamento para todo o Estado; realização de Termo de Ajuste de Conduta; autuação em expedientes internos e produção de pareceres; orientação do Gestor na aplicação de sanção administrativa; fornecimento de subsídios à Secretaria da Administração na instauração de Processo Administrativo Disciplinar; atendimento ao público, etc.

## 2.2 – DESCRIÇÃO DA ANÁLISE E ATUAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

### 2.2.1 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

As concepções de gestão dentro do SUS, centradas apenas em modelos assistenciais ou numa racionalidade meramente política contribuíram, em parte, com a desvalorização do setor de vigilância, que passou por um longo período como um setor acessório dentro dos diferentes níveis de gestão, e conseqüentemente este processo também era concebido na gestão estadual de saúde do Tocantins.

A busca para corrigir esta distorção, estava na reorganização dentro do SUS, das práticas em saúde, onde a vigilância em saúde é concebida não como um setor acessório ou apenas integrante do sistema, mas sim, essencial à gestão, incluindo seus técnicos e atores na cena decisória da gestão, investindo-os de poder e responsabilidade, possibilitando a convergência entre gestores de vigilância e técnicos, gerando produtos adequados em ritmo oportuno e com qualidade.

No movimento recente, de constituição e consolidação da vigilância em saúde no estado do Tocantins, teve grande importância à criação em 2007, da Superintendência de Vigilância e Proteção a Saúde com estrutura organizacional e técnica que qualificaram as ações e a atuação da Vigilância em Saúde no estado. Para isso contribuiu grandemente a criação em 2003, da Secretaria de Vigilância em Saúde no Ministério da Saúde que passou a assumir as funções de coordenar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde fomentando nos estados o desenvolvimento das áreas de vigilância, além da estruturação do financiamento das ações de vigilância e controle de doenças no SUS, pelo MS, o que deu autonomia financeira a vigilância para a execução de suas ações.

A Superintendência de Vigilância e Proteção a Saúde tem como missão: “Viabilizar, desenvolver e garantir o cumprimento das políticas públicas de vigilância em saúde, através de ações individuais e coletivas de promoção, proteção e prevenção, visando à melhoria da qualidade de vida da população do Estado do Tocantins”.

Tem como funções essenciais:

- A responsabilidade pela execução da política de vigilância em saúde (todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças) em todo o território estadual;

- Coordenar no Estado, programas relevantes como os de prevenção e controle das doenças de notificação compulsória como, as doenças sexualmente transmissíveis e Aids, dengue, malária, raiva, leishmaniose, tracoma, hepatites virais, hanseníase, tuberculose, entre outras; além da investigação e resposta aos surtos de doenças de relevância nacional e estadual;
- Ser responsável pela resposta rápida nas emergências epidemiológicas, fazendo parte da rede nacional, em cumprimento ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI);
- Coordenar o Programa Estadual de Imunizações (PNI);
- Coordenar a rede estadual de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN);
- A responsabilidade pela execução da política de Vigilância Sanitária (VISA) no estado;
- Coordenar as atividades de Vigilância em Saúde Ambiental no estado;
- A responsabilidade pela execução da política de Saúde do Trabalhador no estado.

Analisando a gestão da Vigilância em Saúde, nestes últimos anos, observa-se um aumento na qualidade das ações, maior cobertura de cooperação aos municípios, maior visibilidade dentro da gestão estadual, melhora nos indicadores epidemiológicos, isto fruto do trabalho de uma equipe de técnicos e colaboradores comprometidos, responsáveis, capazes, além do aporte e apoio aos técnicos, das chefias e gerências, para a execução das ações. Apesar desta sensível melhora, ainda temos fragilidade que precisam ser atacadas como: dificuldades de execução financeira, melhoria do número de técnicos e qualidade técnica dos mesmos, maior cooperação e apoio técnico aos municípios no que concerne a descentralização das ações de vigilância, um espaço físico próprio que comporte todas as áreas da vigilância, buscar cada vez mais autonomia e espaço dentro da gestão estadual do SUS.

### 2.2.2 – Lacen

A Lei N°. 8.080, de 19 de setembro de 1990, preceitua que é competência da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) “*coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa*”. Art. 17. Inciso X – Lei 8.080, de 19/09/1990.

O LACEN realiza rotineiramente o monitoramento da qualidade da água de consumo humano dos municípios e dos hospitais da rede estadual, servindo com este trabalho ao programa do Sistema Único de Saúde que trata da Vigilância da Qualidade da Água – VIGIAGUA, além das análises das suspeitas de surtos de contaminação da água – colaborando com a vigilância ambiental e com as ações de vigilância sanitária, tendo como clientela a vigilância sanitária e epidemiológica estadual e municipal.

Atualmente são analisados aproximadamente 10 tipos de produtos (leite pasteurizado, leite em pó, gelo, sal, palmito, água de coco, tempero caseiro, água mineral, gelados comestíveis, espetinho e paçoca de pilão). Para estes produtos monitorados são avaliados parâmetros microbiológicos e físico-químicos. Analisam-se também amostras de alimentos ou preparações servidas provenientes de surtos alimentares.

No ano de 2010 o LACEN-TO recebeu dos municípios um total de 77.493 amostras para análises, das quais 913 foram encaminhadas aos laboratórios de referência. O percentual de encaminhamentos foi de 1,2 %. Em 2006, ocorreu implantação da análise da qualidade da água, embora as análises tenham sido comprometidas devido à insuficiência de insumos.

**Tabela 52 – Proporção de amostras recebidas e analisadas por setores do Lacen. Tocantins, 2004 – 2010.**

Setores do Lacen	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Biologia Médica e Molecular	50,8	51,5	41,9	32,5	31,9	32,3	39,5
Biologia Animal	23,7	16,6	12,8	7,3	14,5	14,2	21,2
Controle de Qualidade	16,7	11,8	12,3	4,2	6,1	6,3	6,5
Biologia Ambiental (água)	0,0	0,0	32,9	55,9	47,3	46,6	32,2
Produtos	8,8	20,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,5
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Lacen

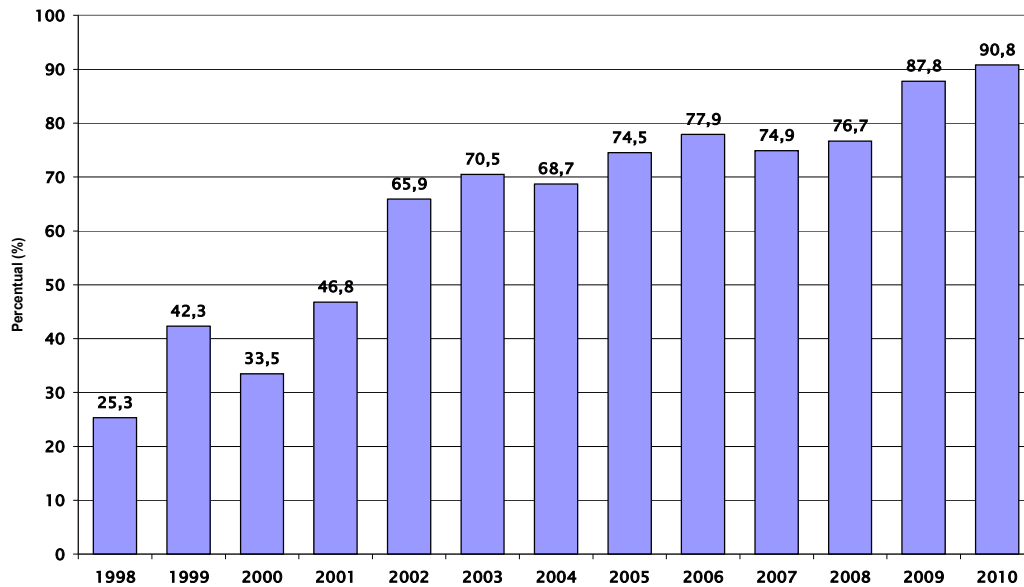
**Fatores limitantes:**

- Ausência de Kits para testes sorológicos para as análises de rotina no LACEN, principalmente para as análises de HIV e Hepatites; Kit substrato enzimático (teste de análise da qualidade da água), insumo Plasma de Coelho (meio de cultura).
- O *Link* de acesso à internet é insuficiente para atender atuais demandas crescentes em função da implantação e utilização de sistemas de informação em plataforma *Web* como: o GAL e o SISCEL (Sistema de Controle de exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+CD8 e Carga Viral);
- Ausência de serviços de postagens para correspondências;
- Morosidade na entrega de equipamentos no Almoxarifado Central, tombamento e disponibilidade para o uso na unidade do LACEN;
- Morosidade na tramitação do processo licitatório dos serviços de adequação do Bloco do Setor de Produtos e Ambiental do LACEN, (o qual teve início ainda em 2009);
- Execução de atividades pelo lacen que são de competência municipal como: Análise da qualidade da água para consumo humano e sorologia de HIV, Hepatites, Chagas, Dengue.

**2.2.3 – ATENÇÃO PRIMÁRIA**

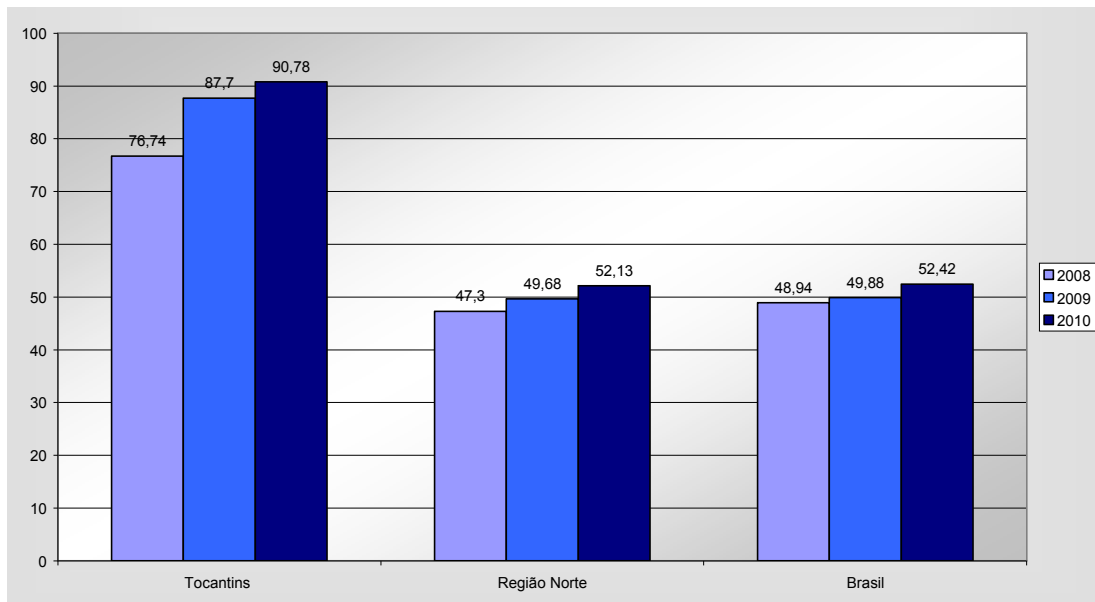
A Estratégia Saúde da Família tem como principal proposta à organização da assistência à saúde na Atenção Básica e viabiliza o acesso como porta de entrada da Rede Assistencial de Saúde. O Estado do Tocantins nos últimos anos vem aumentando a cobertura populacional por equipes e possui uma das maiores coberturas populacionais da Região Norte e do Brasil.

**Gráfico 127 – Evolução proporcional da cobertura populacional por equipes de saúde da família. Tocantins 1998 –2010.**



Fonte: MS/SAS/DAB/IBGE

**Gráfico 128– Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família Tocantins, Região Norte e Brasil 2008 – 2010.**



No Gráfico 127, no período de 2008 a 2010 apresentou maior percentual se comparado com a Região Norte e Brasil. Registrando um aumento de 18,5% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família de 2008 para 2010 no Tocantins.

O fortalecimento da Atenção Básica no Tocantins possui como desafios a constante necessidade de qualificação, assessoria, acompanhamento,

monitoramento e avaliação da Estratégia, visando não apenas ampliar as equipes, mais dar qualidade as ações e serviços relativos aos ciclos de vida (homem, adolescente, mulher, criança, adulto, idoso), garantindo uma assistência e promoção da saúde às famílias tocantinenses.

O Tocantins assumiu a responsabilidade sanitária de Redução da Mortalidade Materna e Infantil e elaborou em parceria com instituições intra e interinstitucional o Plano Estadual de Redução da Mortalidade Infantil e obteve recursos financeiros da União a partir de 2009, visando o enfrentamento da mortalidade materno-infantil nas ações e serviços da Atenção Primária e Especializada.

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher, visando ao alcance de patamares mais dignos de vida para a população, uma vez que a mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade (UNITED NATIONS, 2000).

#### **2.2.4 – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**

A média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento

A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;



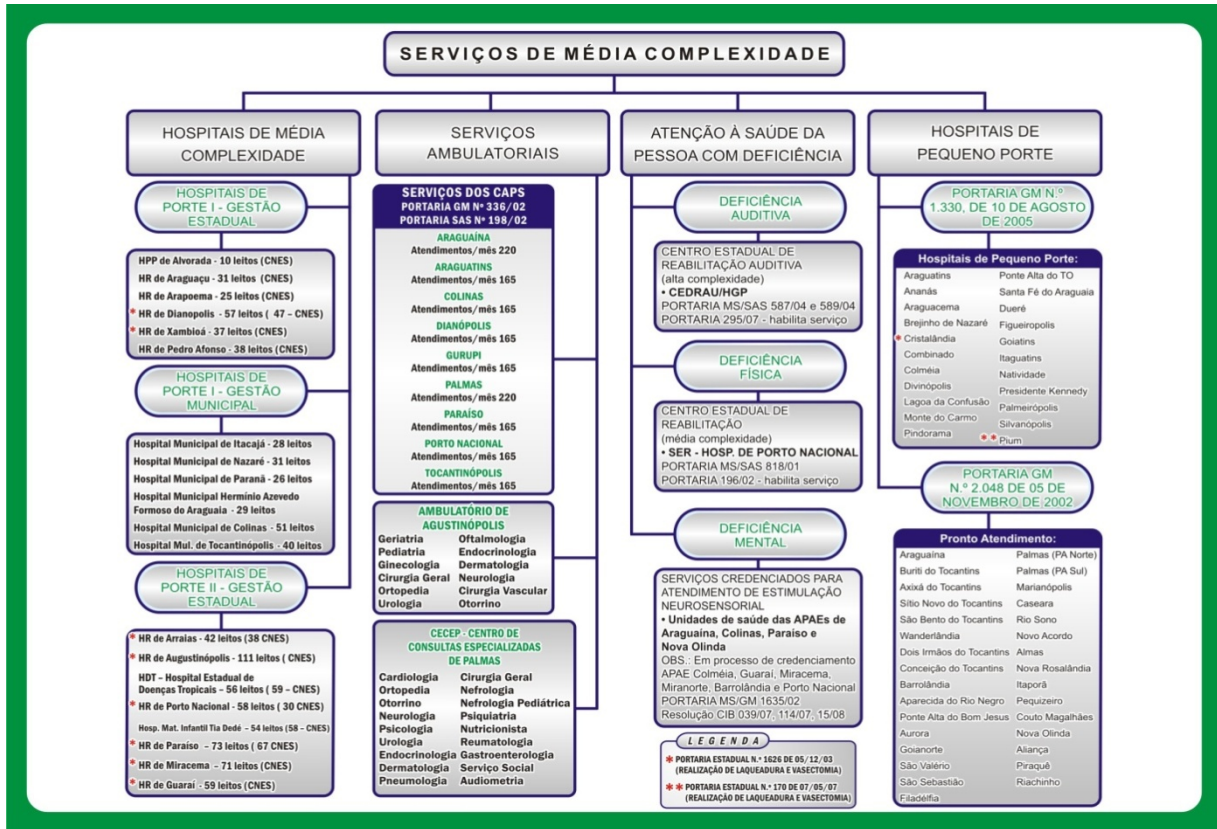
procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2009)

A Rede Laboratorial tem por objetivo, dar suporte ao diagnóstico por meio de realização de exames (Análises Laboratoriais de Patologia Clínica), em tempo hábil, visando gerar informações necessárias à tomada de decisões na assistência.

O Serviço de Reabilitação da Saúde da Pessoa com Deficiência inclui os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no sistema, regulamentando inclusive a concessão de órteses e próteses.

As ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, tem promovido a reorganização das práticas e da Rede de Atenção à Saúde, política essa pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando ampliação e qualificação do acesso aos serviços.

Com o intuito de facilitar o acesso da população a esses procedimentos, o Governo do Tocantins estará reestruturando a Rede de Atenção à Saúde. Para isso, estão sendo levados em consideração os parâmetros de cobertura assistencial propostos pelo Ministério da Saúde, a disponibilidade de especialistas, a condição de acesso da população, as 15 regiões de saúde e o quadro epidemiológico e social de cada região. Para tanto os serviços de assistência no Tocantins tem a necessidade de ampliação e adequação da oferta através da criação de novos serviços, acompanhamento especializado, investimento em novas tecnologias de informação, equipamentos, qualificação de pessoal e a mudança na lógica de acesso e distribuição dos procedimentos.



2.2..4.1 – CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA

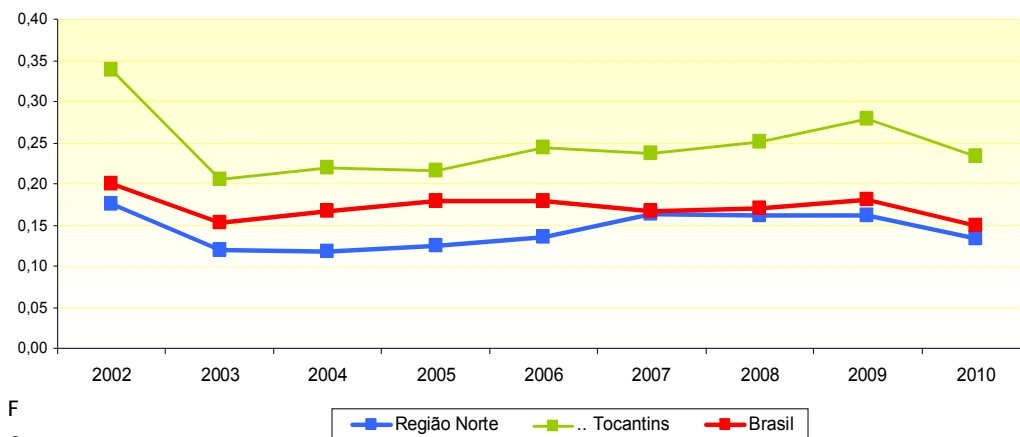
Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres em todo mundo. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos comparado com os mais desenvolvidos. É responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano no mundo.

Somente em 2010 e 2011, o INCA estimou no Brasil o surgimento de 18.430 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Foram registrados 4.691 óbitos pela doença em 2007, com uma taxa de 5,96 óbitos por cada 100 mil mulheres.

A magnitude destes dados de morbimortalidade faz do câncer do colo do útero o segundo tumor mais freqüente no gênero feminino e a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras.

O comportamento da doença na região norte do país difere da do âmbito nacional, sendo que no sexo feminino o câncer do colo do útero ocupa primeiro lugar. No Tocantins a taxa bruta é de 28 casos novos por 100.000 mulheres. O câncer do colo do útero é o tipo de câncer que mais mata as mulheres tocaninenses, representando 8 óbitos para cada 100.000 mulheres.

**Gráfico 129 – Razão entre exames citopatológicos na população feminina de 25 a 59 anos. Tocantins, Região Norte e Brasil.2002–2010.**



F  
o  
n

Fonte: SISCOLO/IBGE

A normatização do Programa recomenda que o exame citológico do colo do útero tenha periodicidade de 3 anos, após dois exames consecutivos normais, no intervalo de 1 ano entre eles.

A oferta de exames pelo SUS atualmente seria suficiente para a cobertura da população feminina na faixa etária prioritária, porém observa-se que grande parte dos exames é ofertada com repetições desnecessárias em intervalos menores do que o recomendado.

**Quadro 17 – Periodicidade da citologia anterior em mulheres de 25 a 59 anos de idade no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2009.**

UF de residência	2009					
	Ignorado/Branco %	Mesmo ano %	1 ano %	2 anos %	3 anos %	> = 4 anos. %
Tocantins	2,0	80,0	52,0	22,0	8,0	5,0
Região Norte	4,0	6,0	49,0	22,0	10,0	5,0
Brasil	8,0	5,0	47,0	23,0	8,0	5,0

Fonte: SISCOLO

**Quadro 18 – Produção de exames por laboratório cadastrado. Tocantins, 2010.**

Municípios	Prestador	Nº de exames
Araguaína	2755165 Hospital e Maternidade Dom Orione	4.119
Araguaína	3329186 Cobra Centro Oncologico do Brasil	27.016
Gurupi	2546590 Laboratório Labnort	2.562
Gurupi	2546639 Laboratório Vitae	415
Gurupi	2546647 Mário Netto Medicina Laboratorial	5.833
Gurupi	3511480 Laboratório Citocel	3.341
Gurupi	5260051 Analise Laboratório Clínico	1.137
Palmas	2468115 CEMED	6.482
Palmas	2492644 Laboratório Quality	4.493
Palmas	2590980 Mario Netto Medicina Laboratorial	6.757
Palmas	2755270 Laboratório Imuno Ltda	2.579
Palmas	3473457 Rede Exemplo de Laboratórios	1.456
Palmas	5112532 Citoclin Laboratório	3.284
Palmas	5921597 CDA	1.257
Palmas	6524516 Nessin e Silva - Ltda	1.247
Porto Nacional	2468557 Laboratório Bionorte de Análise Clínica	12.084
<b>Total</b>		<b>603.738</b>

Fonte: SISCOLO

Para a estruturação do rastreamento organizado de base populacional, as ferramentas de informação, as práticas de convocação e o registro das mulheres atualmente disponíveis são ainda insuficientes; conseqüentemente o modelo de rastreamento oportunístico predomina no Estado e no país.

A OPAS considera que um laboratório de excelência, para manutenção de padrões de qualidade, necessita apresentar uma produção mínima de 15.000 exames/ano.

Segundo critérios do Instituto Nacional de Câncer-INCA, a pulverização de laboratórios prestadores de serviços de citopatologia contribui diretamente para baixa escala de produção de alguns prestadores, sendo um fator crítico para a melhora da experiência profissional no que tange à detecção de alterações. A concentração de exames nas unidades laboratoriais, que possam ter uma escala de produção que garanta a implantação do MIQ, ajuda a melhorar a qualidade do laudo citopatológico, diminuindo a quantidade de falsos negativos.

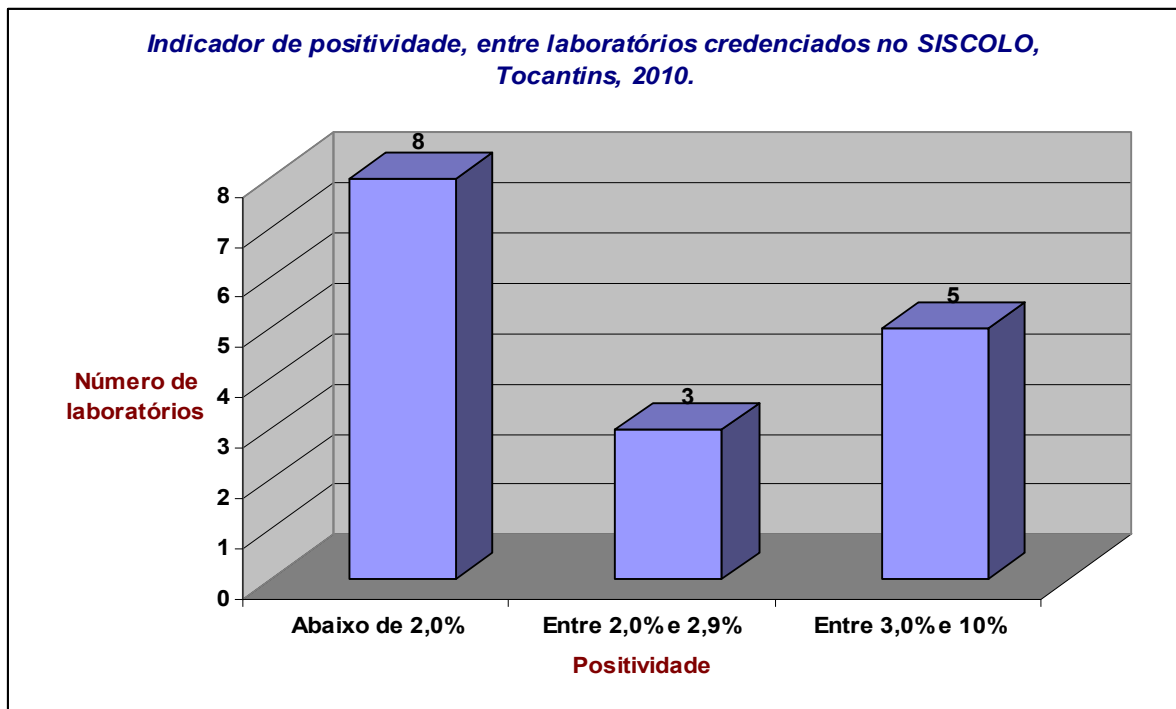
**A. Indicador de Qualidade:**

A baixa positividade pode indicar que amostras positivas não estão sendo identificadas pelo laboratório, acarretando em exames falsos negativos. Assim, quando o índice de positividade é muito baixo, é necessário avaliar e intensificar o monitoramento interno da qualidade do laboratório.

Para uma análise crítica dos laboratórios cadastrados no SISCOLO, determina-se uma categorização do percentual de positividade considerando os seguintes índices:

- **Inaceitáveis:** abaixo de 2%
- **Necessitando de aprimoramento:** entre 2 e 2,9%
- **Padrões aceitáveis:** entre 3 e 10%
- **Avaliação de perfil:** acima de 10%, levando em consideração que tais prestadores podem atender serviços de referência em patologia cervical.

**Gráfico 130 – Proporção de positividade entre os laboratórios credenciados no Siscolo. Tocantins, 2010.**

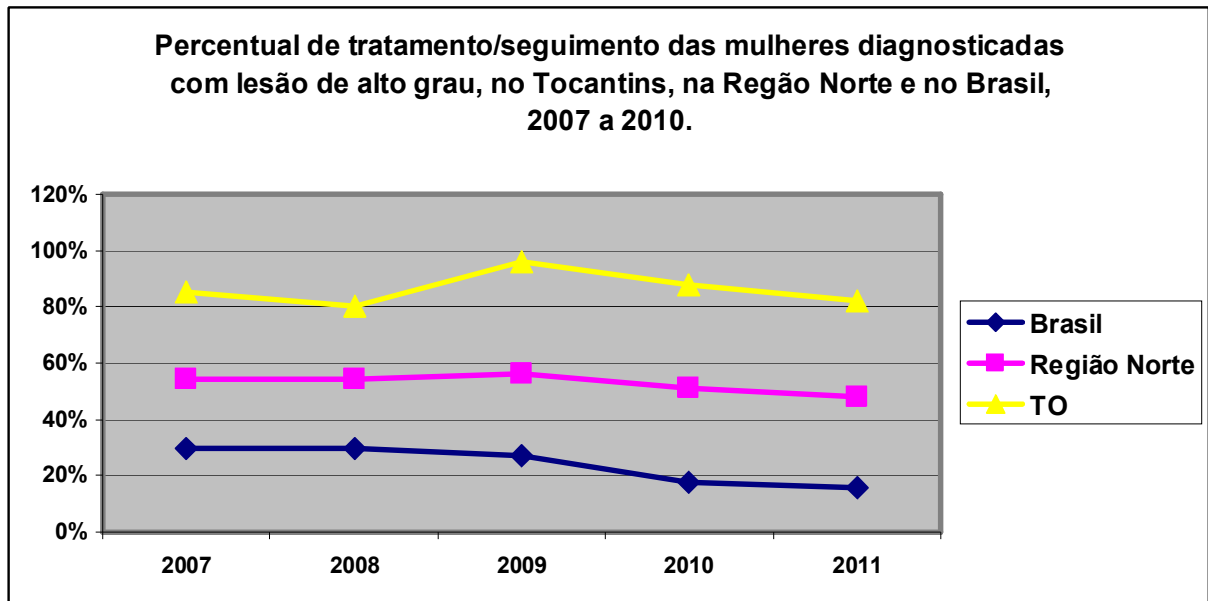


Fonte: SISCOLO

### **B. Eixo 3 – Garantia do Tratamento Adequado das Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero**

- Promover a implantação de Centro Qualificador de Ginecologista (CQG) para Assistência Secundária às Mulheres com Lesões Intraepiteliais do Colo do Útero, estruturados em rede. Estes Centros tem por objetivo ampliar o acesso ao tratamento com a capacitação de ginecologistas que trabalham nas unidades secundárias e apoiar o gestor na organização e programação da oferta de serviços.
- Com as atividades do Centro Qualificador temos como objetivo assegurar melhorias na assistência em diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, proporcionando resolutividade e efetividade das unidades por meio de atualização e normatização das condutas em conformidade com as recomendações do INCA, fomentando integração e fortalecimento entre os profissionais da rede secundária.
- Em 2012, daremos início às atividades do CQG implantado no ambulatório do HGP, através da Resolução CIB nº. 40 de 20 de abril de 2011. O curso iniciará com dois ginecologistas, um a serviço da referência secundária na região de saúde do Bico do Papagaio (Augustinópolis) e a outra ginecologista, após qualificação será lotada no Hospital de Dianópolis, com objetivo de atender a população referenciada das regiões sudeste e extremo sudeste, que hoje estão sendo referenciadas para a capital, percorrendo uma distância aproximada de 350 km. O curso tem carga horária de 280 h, duração de seis meses, com conteúdos teórico-prático e atendimento em serviço. Será ministrado por profissionais médico ginecologistas/colposcopistas capacitados pelo INCA.
- Manter a vigilância epidemiológica com relação ao diagnóstico de lesão de alto grau e monitoramento do seguimento de tratamento dessas mulheres.

**Gráfico 131 - Proporção de tratamento/seguimento das mulheres diagnosticadas com lesão de alto grau. Tocantins, região norte e Brasil. 2007-2010.**



Fonte: SISCOLO/INCA/DATASUS, 2010.

### C. Eixo 4: Intensificação das ações de controle na Região Norte

- Desenvolvimento de ações integradas, incorporando além dos órgãos do SUS, a sociedade civil em geral, entre outros.
- Em 2011, foram realizadas duas reuniões para composição do Comitê Estadual de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, onde se definiu os membros e instituições representativas. Elaborado a Portaria, com proposta para sua publicação em 2012.
- Em 2011, foi firmado parceria com SENAR e SESAU, através da Coordenação de Controle Oncológico, do qual a equipe do SENAR vem realizando mobilizações direcionadas à população da zona rural em parceria com as equipes municipais da atenção primária, realizando ações educativas e coleta de citologia do colo do útero. Foram realizados quatro eventos, sendo eles nos municípios de: Palmas, em julho com 274 preventivos, em Wanderlândia no dia 20 de outubro com 200 exames realizados, Aragominas em 27 de outubro com 170 exames e Mateiros em 10 de dezembro, com 165 preventivos realizados. Todos digitados no SISCOLO e sendo monitorados pela Coordenação Estadual para

encaminhamento, acompanhamento e tratamento das usuárias com diagnóstico positivo para alteração celular do colo uterino.

- Em 2011, a ONG, Liga Feminina de Combate ao Câncer, em Palmas, desenvolveu uma proposta de projeto através do SICONV/MS, em parceria com SESAU, para reforma da unidade própria, com objetivo de implementar as ações de controle do câncer de mama no Estado.

Na atenção primária o programa desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce do Câncer do Colo do Útero e Mama: orientações educativas, atividades de coleta de citologia oncológica do colo do útero e exame clínico das mamas que são oferecidas nas unidades básicas de saúde de todo Estado. Cada unidade de saúde possui sua equipe de atendimento à população, tendo como objetivo a implantação do rastreamento organizado, priorizando a faixa etária de maior risco e a meta previamente pactuada, bem como oportunizar e acompanhar o tratamento das mulheres com alteração celular até a conclusão do mesmo.

Para as ações de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama de média complexidade dos serviços de diagnóstico e tratamento das lesões precursoras, encontram-se distribuídos por regiões de saúde aos municípios referenciados.

#### **Região de Saúde do Bico do Papagaio:**

Na região possui cobertura assistencial de consultas médica especializadas em ginecologia do trato genital inferior e mama, localizado no Ambulatório do Hospital Regional de Augustinópolis, atendendo aos 14 municípios desta região de saúde.

#### **Regiões de Saúde Lobo Guará, Médio Araguaia, Saúde Araguaia Tocantins, Médio Norte e Portal do Bico:**

Na região há oferta de consulta especializada em ginecologia do trato genital inferior e Mama, localizado no Ambulatório de Especialidades do Hospital Regional de Araguaína, atendendo a 45 municípios referenciados destas regiões de saúde. No HRA são realizadas as cirurgias para tratamento das lesões benignas e malignas em colo e mama.



### **Regiões de Saúde Cultura do Serrado, Miracema, Capim Dourado e Cantão:**

Para atender estas regiões com consulta médica especializada em Mama, a unidade de referência encontra-se localizada no município de Palmas, para oferta da população referenciada dos 35 municípios.

As consultas especializadas em ginecologia do trato genital inferior são referenciadas nas duas unidades secundárias, localizadas no município de Palmas. Todos os encaminhamentos e agendamentos são realizados através do SISREG.

### **Regiões de Saúde de Porto Nacional:**

As consultas especializadas em ginecologia do trato genital inferior estão na unidade secundária, localizada no município de Porto Nacional, onde atende a 13 municípios da região.

### **Regiões de Saúde Centro Sul e Sul Angical:**

As consultas especializadas em ginecologia do trato genital inferior estão sediadas no município de Gurupi, atendendo os 17 municípios referenciados para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

### **Regiões de Saúde Sudeste e Extremo Sudeste:**

As consultas especializadas em Mama estão sendo referenciadas no ambulatório do Hospital de Dianópolis, atendendo aos 15 municípios.

## **D. Alta Complexidade**

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia-UNACON estão implantadas em Palmas no Hospital Geral de Palmas e no Hospital de Referência de Araguaína, este com radioterapia, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº. 741 de 19 de dezembro de 2005, que extinguiu os serviços isolados de quimioterapia, exigindo que o novo serviço fosse integral, desde a prevenção a sua reabilitação em Hospital Geral.

## E. Ambulatórios de Abordagem e Tratamento ao Fumante

- Região de Saúde Lobo Guará: Guaraí, Ambulatório de Abordagem e Tratamento ao Fumante na UBS José Coelho dos Santos, implantada no ano de 2009, com equipe completa, tratando em média de quinze pacientes por grupo, que iniciam a cada três meses regularmente.
- Região de Saúde Centro Sul: Gurupi, Ambulatório de Abordagem e Tratamento ao Fumante na USF Sevilha, implantada em 2005, possuindo equipe completa, iniciando grupos trimestralmente com uma média de quinze pacientes por grupo.
- Região de Saúde Cantão: Chapada de Areia, na UBS, implantado em 2010, Divinópolis, na USF e Paraíso do Tocantins, na UBS, com equipes completas, atendendo em média 15 pacientes os dois primeiros municípios e 40 pacientes o terceiro municípios em consequência de sua estrutura, apresentam equipes completas e iniciam grupos trimestralmente, sendo que estes dois últimos municípios foram implantados em 2011.
- Região de Saúde Médio Norte: Araguaína, com dois Ambulatórios de Abordagem e Tratamento ao Fumante nas UBS José de Souza Rezende e Avany G. da Silva respectivamente, atendendo em média quinze pacientes cada Unidade, iniciando grupos trimestralmente e com suas equipes completas.
- Região de Saúde Capim Dourado: Lajeado, na UBS Dona Felisbela, implantado em 2011 e Palmas, na policlínica da 108 Sul, no Tribunal de Contas do Estado e no Batalhão da Polícia Militar., implantados em 2003, possuindo equipes completas, atendendo em média quinze pacientes por grupo e iniciando grupos trimestralmente.
- Região de Saúde Sudeste: Dianópolis, no Centro de Especialidades Médica e Odontológica de Dianópolis, iniciado em 2004 e Taguatinga, na UBS, iniciado em 2009, tratando em média quinze pacientes por grupo que iniciam a cada três meses, ambos os serviços possuem suas equipes completas.
- Região de Saúde Miracema: Miracema, no Centro de Saúde Dr. Franklyn Amorim, iniciou atividades em 2009, atendendo em média dez pacientes com grupos que iniciam trimestralmente e, Miranorte, no PSF da Vila Maria, atende em média 15 pacientes, iniciando grupos trimestralmente e tenso sua equipe completa.

- Região de Saúde Porto Nacional: Porto Nacional iniciou atividades em 2005, atende uma média de quinze pacientes iniciando grupos trimestralmente e, possuindo equipe completa;
- Região de Saúde Araguaia-Tocantins: Bernardo Sayão iniciou atividades em 2005, atende em média 15 pacientes e inicia grupos trimestralmente. Possui equipe completa.

Analisando os anos de 2010 e 2011, observa-se um aumento dos ambulatorios de tratamento do fumante e um crescimento significativo na cessação.

A dificuldade encontrada pelo programa no que se refere ao estado e sim ao INCA, por não ter medicamento disponível fora da programação que é feita um ano antes.

### 2.2.5 – SAÚDE MENTAL

**Em 2007**, dando continuidade ao movimento antimanicomial e visando a garantia do direito da pessoa com sofrimento ou transtorno mental foram implantados quatro CAPS I (Araguatins, Colinas, Tocantinópolis e Dianópolis). Diante destes novos dados, o estado atingiu o Indicador de Cobertura de CAPS de 0,28/100 mil hab., ainda considerado um nível baixo.

Ocorreu a ampliação de 10 para 13 leitos em enfermarias de clinica médicas nos Hospitais de Referência, diminuindo as internações em hospitais psiquiátricos e desconstruindo o estigma e o preconceito as pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

**Em 2008**, na perspectiva de ampliar a rede de atenção psicossocial a equipe de Gestão Estadual de Saúde Mental promoveu a sensibilização aos poderes públicos para abertura de novos Centros de Atenção Psicossocial e ampliação de leitos em Hospitais Regionais.

Foi implantado o CAPS-AD de Palmas e dois ambulatórios (Araguatins e Tocantinópolis). Vale ressaltar que o estado teve um considerável incremento do Indicador de CAPS atingido 0,35/100 mil hab., passando para a classificação regular.

Visando a inclusão produtiva e a geração de renda das pessoas com sofrimento ou transtorno mental foram aprovados dois projetos de grupos produtivos para os municípios de Gurupi e Dianópolis com recursos do Ministério da Saúde.

**Em 2009**, o fomento a sensibilização dos municípios para abertura de novos CAPS. Neste período foi pactuado mais um ambulatório em Dianópolis e realizada contínua sensibilização dos gestores municipais e estaduais.

Devido à gradativa construção da Rede de Atenção Psicossocial, desfavorecendo a substituição imediata das internações em Hospitais Psiquiátricos por Serviços Abertos, o estado promoveu a construção da Instrução Normativa para regular as internações psiquiátricas na Clínica de Repouso São Francisco.

**Em 2010**, foi implantada a Unidade de Saúde Mental no Hospital Geral de Palmas, inaugurado o CAPS de Formoso do Tocantins, aberta a Residência Terapêutica no município de Araguatins e elaborado o projeto para criação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Visando o Controle Social e a participação popular foi realizada dez Conferências Regionais de Saúde Mental – Intersetorial nos municípios de:

Araguaína, Araguaatins, Colinas, Dianópolis, Tocantinópolis, Paraíso, Palmas, Gurupi, Pedro Afonso e Porto Nacional, e IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

O Ministério da Saúde através da Portaria 4135 – de 17 de dezembro de 2010, disponibilizou o recurso financeiro de 10.000,00 para os municípios com menos de 20.000 habitantes para implantação de Ações de Saúde Mental e do Plano Crack para pequenos municípios.

A Rede de Saúde Mental no Estado está sendo efetivada, conforme a Lei 10.216 de abril de 2001 e da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, atendendo aos pressupostos do Decreto 7.508/2011 e Portaria 4.279/2010, prevendo a abertura de 6 (seis) CAPS I, 3 (três) CAPS AD III, 3 (três) Unidades de Acolhimento, 2 (dois) CAPS Infantis e 60 leitos em Hospitais Gerais até 2015, dando cobertura a 100% do território tocantinense.

Atualmente, conta com os seguintes serviços: 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS–AD II em Palmas; uma enfermaria no Hospital Geral de Palmas – HGP, 08 CAPS I nos municípios de maior porte no Estado, 01 CAPS II e CAPS AD III em Araguaína. Está em processo de abertura 01 CAPS AD III, em Palmas, bem como está em análise juntamente com o Ministério da Saúde, a abertura de um CAPS AD III em Gurupí e Unidades Residenciais em Palmas, Gurupí e Araguaina.

Esta Rede será montada pelos municípios, com apoio financeiro do Ministério da Saúde e Apoio Institucional da Secretaria Estadual de Saúde, evitando o envio dos pacientes para outras unidades da Federação.

Até a concretização desta rede, o Estado deverá se valer dos serviços complementares de Clínicas de Recuperação, em casos esporádicos e com critérios médicos comprovados, que sejam efetivamente serviços de Saúde, conforme Portaria nº 130/2012, que estabeleçam projeto terapêutico individual singular (PTI'S) com qualidade e que ofereçam o menor preço, conforme a legislação de licitações.

Desde Junho de 2011, já providenciamos a internação de 6 pessoas em Fazendas da Esperança em Tocantins e Maranhão, 21 pessoas na Clínica Nova Vida em Piracicaba – SP, 02 pessoas na Clínica de Repouso São Francisco em Araguaina, 4 pessoas na Comunidade Terapêutica Fênix em Palmas, num total de 33 pessoas. Lembramos que esta situação ocorre porque a rede de atenção está em fase de estruturação e os serviços a serem abertos são de competência municipal.

De acordo com a Portaria 3.088, publicada em 23 de dezembro de 2011, é fundamental respeitar aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas, desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao

exercício da cidadania com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

**Quadro 19 - Rede de Atenção Psicossocial do Tocantins**

Município	Em funcionamento	Em Implantação
Araguatins	CAPS I - 01 Residência Terapêutica	
Araguaína	CAPS II, CAPS ad III, Leitos em Hospital Psiquiátrico	CAPS i e UAT
Gurupi	CAPS I	CAPS ad III e UAT
Colinas	CAPS I	
Dianópolis	CAPS I	
Formoso do Araguaia	CAPS I	
Palmas	CAPS II, CAPS AD e Unidade de Saúde Mental - HGP.	CAPS ad III e UAT
Paraíso	CAPS I	
Porto Nacional	CAPS I	
Taguatinga		CAPS I
Tocantinópolis	CAPS I	

Fonte: Área Técnica Saúde Mental -Sesau/TO

### 2.2.6 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Cerca de 96% da população do Tocantins é SUS dependente, a maior Rede de assistência a saúde está sob a gestão e gerencia do Estado cabendo o custeio, a manutenção, contratualização e investimentos para garantia de acesso à população.

O Estado do Tocantins possui uma Rede de Assistência pública preferencialmente, a saber:

- 23 hospitais de Pequeno Porte (Sendo 01 de gestão e gerência Estadual)
- 18 hospitais Estaduais de Regionais sendo (14 de média complexidade, 03 de Alta Complexidade e 01 de Especializado – Doenças Tropicais);
- 11 Hospitais Municipais;
- 01 Hospital Filantrópico de Alta Complexidade em obstetrícia e cardiologia;
- 01 Hospital Especializado – Atendimento de Psiquiatria;
- 10 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;
- 07 CEO'S – Centro de Especialidades Odontológicas;
- 07 LRPD'S – Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias;
- Ambulatórios de Especialidades (Araguaína, Augustinópolis, Palmas e Paraíso);
- 03 Centros Estadual de Reabilitação (sendo 02 de Alta e 01 de Média Complexidade);
- 09 centros de Reabilitação Nível Intermunicipais;
- 01 Centro estadual de Reabilitação Auditiva

O Estado tem como desafio melhorara qualidade do atendimento destas unidades para que se tornem mais resolutivas cumprindo as metas e atingindo os resultados esperados pela população. A seguir consta o mapa de localização destas unidades com o número de leitos cadastrados em janeiro de 2011 e logo abaixo está relacionados os seus principais serviços de atendimento.

**Serviços de Alta Complexidade Macro Araguaina – Tocantins–2011**

Serviços Ambulatoriais	Serviços Hospitalares
Densitometria Ossea	Cirurgia Bariátrica
Hemodinâmica	Cirurgia Buco-Maxilo Facial
Hemoterapia	Cirurgia Cardíaca
Litotripsia	Cirurgia Oncológica
Oncologia	Cirurgia Plástica Reparadora
Radiodiagnostico	Cirurgia Vascular
Reabilitação Estético-Funcional das más formações lábio-palatais	Gestação de Alto Risco
Ressonância Magnética	Neurocirurgia Nível I e II
Tomografia Computadorizada	Ortopedia
Terapia Renal Substitutiva	Queimados Nível I
Tratamento da Dor Crônica	Urgência e Emergência
	Urgência e Emergência Tipo II
	UTI Adulto, Cardíaca, Pediátrica e Neonatal

**Serviços de Alta Complexidade Macro Palmas – Tocantins–2011**

Serviços Ambulatoriais	Serviços Hospitalares
Hemodinâmica	Cirurgia Bariátrica
Hemoterapia	Cirurgia Buco-Maxilo Facial
Litotripsia	Cirurgia Cardíaca
Radiodiagnostico	Cirurgia Plástica Reparadora
Ressonância Magnética	Cirurgia Vascular
Serviço Isolado de Quimioterapia	Gestação de Alto Risco
Tomografia Computadorizada	Neurocirurgia Nível I
Terapia Renal Substitutiva	Ortopedia
	Urgência e Emergência
	UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal



**HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE**

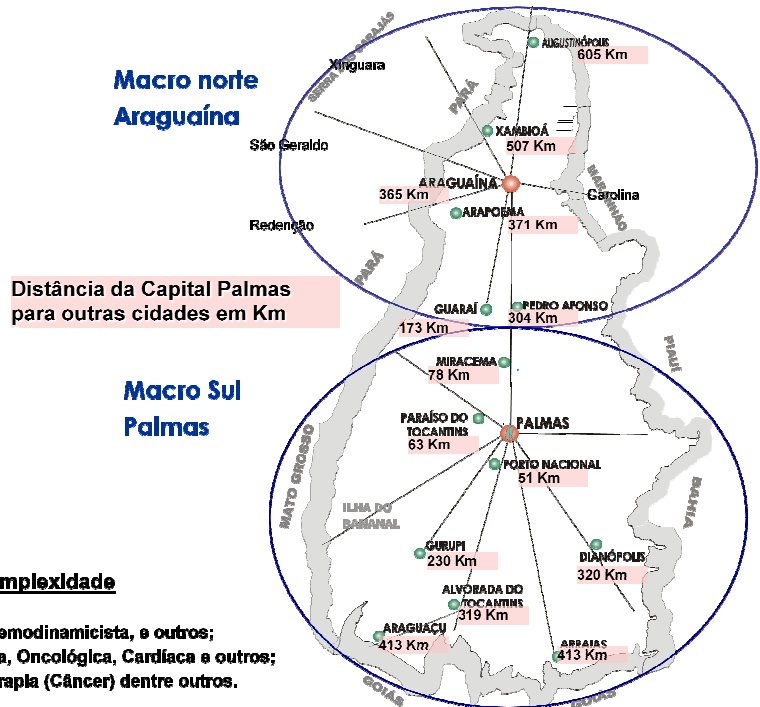
- Hospital Geral de Palmas - 238 leitos
- Hospital de Referência Dona Regina - 104 leitos
- Hospital de Referência de Araguaína - 217 leitos

**HOSPITAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

- Hospital de Referência de Augustinópolis - 97 leitos
- Hospital de Referência de Xambioá - 37 leitos
- Hospital de Referência de Arapoema - 24 leitos
- Hospital de Doenças Tropicais - 67 leitos
- Hospital de Referência de Guaraí - 57 leitos
- Hospital de Referência de Pedro Afonso - 31 leitos
- Hospital de Referência de Miracema - 87 leitos
- Hospital de Referência de Paraíso - 70 leitos
- Hospital de Referência de Porto Nacional - 80 leitos
- Hospital de Referência Tia Dadé - 50 leitos
- Hospital de Referência de Dianópolis - 47 leitos
- Hospital de Referência de Gurupi - 119 leitos
- Hospital de Referência de Alvorada - 10 leitos
- Hospital de Referência de Araguaçu - 28 leitos
- Hospital de Infantil de Palmas - 30 leitos
- Hospital de Referência de Arraias - 53 leitos

**Conjunto de Critérios – Hospitais de Alta Complexidade**

- Capacidade instalada;
- RH especializados – Neurologista, Cardiologista, Hemodinamista, e outros;
- Credenciamento de Serviços: Cirurgias Neurológica, Oncológica, Cardíaca e outros;
- Equipamentos de Ressonância magnética, Radioterapia (Câncer) dentre outros.



O Ministério da Saúde (MS) propôs uma estratégia inovadora que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e ao puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis, denominado Rede Cegonha (RC).

Entre as prioridades na atenção à saúde da mulher, destaca-se a redução da mortalidade materna. Em 2008 foi elaborado o Plano Estadual de redução da mortalidade materna e neonatal lembrando a primazia conferida a questão. A partir de então várias ações foram desencadeadas para diminuir os altos índices de mortalidade no Estado. De acordo com os sistemas de informações SIM/SINASC em 2010 ocorreram 72 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade infantil foi de 15,8% óbitos por 1000 nascidos vivos, neonatal precoce foi de 7,06% óbitos a cada 1000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade neonatal tardio foi de 2,31% a cada 1000 nascidos vivos.

Objetivando promover a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança tendo com foco à atenção ao parto, nascimento, crescimento e o desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses, faz-se necessário à organização da Rede Cegonha, cujas ações serão voltadas a ampliar e melhorar as condições de acesso, para que as tocantinenses possam ter assistência integral na gravidez e os cuidados necessários aos dois primeiros anos de vida de seu filho (a).

A Rede Cegonha no Estado do Tocantins propõe a implantação dos Centros de Parto Normal (CPN) Intra e Peri-hospitalar nas regiões Norte e Sul que tem como proposta fomentar o atendimento humanizado e de qualidade

exclusivamente ao parto normal sem distorcia, visando à melhoria da atenção prestada às mulheres, neonatos e familiares do Estado do Tocantins.

### 2.2.7 – ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O atendimento pré-hospitalar móvel no Estado do Tocantins é realizado pelo SAMU, que foi implantado no ano de 2005 nos municípios de Palmas – Unidade Central, Araguaína – unidade Norte do Estado e Gurupi – Unidade Sul do Estado de forma regionalizada para os municípios de Aliança do Tocantins, Cariri, Figueirópolis, Alvorada, Dueré e Peixe.

A região Central de Palmas iniciou a implantação do projeto de regionalização do SAMU 192, conforme Resolução CIB nº 003 de 22/02/2011, prevendo cobertura do serviço para os municípios de Lajeado, Miranorte, Novo Acordo, Paraíso, Porto Nacional, Tocantínia e Miracema. Vale ressaltar, que os dois últimos municípios serão cobertos, porém não terão base descentralizada em seu município como os demais entes municipais. O município de Palmas iniciou o funcionamento de serviço em julho de 2011, além dos municípios de Lajeado, Porto Nacional. Os demais entes municipais estão em fase de organização do serviço, a fim de iniciar o funcionamento do mesmo.

**Quadro 20 – Estrutura atual das unidades do SAMU. Tocantins, 2011.**

	GURUPI	PALMAS	ARAGUAÍNA
Nº de Médicos Reguladores	14	20	14
Nº de Viaturas de Suporte Básico	02	04	03
Nº de Viaturas de Suporte Avançado	01	02	01

### Transporte Aéreo e Terrestre

Desde dezembro de 2007, a Secretaria Estadual de Saúde, assegurou a compra de serviço de locação de Ambulância de Suporte Avançado Tipo D – UTI Móvel Terrestre Adulto e Neonatal e Tipo E – UTI Aérea – Aeronave de Transporte Médico, ambas destinadas ao transporte de pacientes de alto risco e/ou de transporte interhospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos.

Quadro 21 – Distribuição da oferta dos serviços de urgência e emergência, segundo capacidade de atendimento. Regiões de Saúde do Tocantins, 2010.

MACRO	MICRORREGIÃO	CIDADE	Funcionamento		Urgência e Emergência	
			08 hs	24 hs	SIM	NÃO
ARAGUAÍNA	Região de Saúde Bico do Papagaio	Araguatins		X	X	
		Augustinópolis		X	X	
		Axixá do Tocantins		X	X	
		Buriti do Tocantins		X	X	
		Carrasco Bonito	X			X
		Esperantina	X			X
		Itaguatins		X	X	
		Maurilândia	X			X
		Praia Norte	X			X
		Sampaio	X			X
		São Bento		X	X	
		São Miguel	X			X
		São Sebastião do Tocantins	X			X
		Sítio Novo		X	X	
	Região de Saúde Portal do Bico	Aguiarnópolis	X			X
		Darcinópolis	X			X
		Luzinópolis	X			X
		Nazaré		X	X	
		Palmeiras do Tocantins	X			X
		Santa Terezinha	X			X
		Tocantinópolis		X	X	
	Região de Saúde Médio Araguaia	Ananás		X	X	
		Angico	X			X
		Araguanã		X	X	
		Cachoeirinha	X			X
		Piraquê		X	X	
		Riachinho		X	X	
		Xambioá		X	X	
	Região Médio Norte	Aragominas	X			X
		Araguaína		X	X	
		Babaçulândia	X			X
		Barra do Ouro	X			X
		Campos Lindos	X			X
		Carmolândia	X			X
		Filadélfia		X	X	

		Goiatins		X	X	
		Muricilândia	X			X
		Nova Olinda		X	X	
		Pau D'Arco	X			X
		Santa Fé do Araguaia		X	X	
		Wanderlândia		X	X	

MACRO	MICRORREGIÃO	CIDADE	Funcionamento		Urgência e Emergência	
			08 hs	24 hs	SIM	NÃO
ARAGUAÍNA	Região de Saúde Araguaia					
		Arapoema		X	X	
		Bandeirantes do Tocantins	X			X
		Bernardo Sayão	X			X
		Brasilândia do Tocantins	X			X
		Colinas do Tocantins		X	X	
		Couto de Magalhães		X	X	
		Itacajá		X	X	
		Itapiratins	X			X
		Juarina	X			X
		Palmeirante	X			X
		Tupiratins	X			X
	Região de Saúde Lobo Guará	Colméia		X	X	
		Fortaleza do Tabocão	X			X
		Goianorte		X	X	
		Guaraí		X	X	
		Itaporã do Tocantins		X	X	
		Pequizeiro		X	X	
		Presidente Kennedy		X	X	
	Região de Saúde de Cultura do Cerrado	Bom Jesus do Tocantins	X			X
		Centenário	X			X
		Pedro Afonso		X	X	
		Recursolândia	X			X
		Santa Maria	X			X
		Tupirama	X			X

Fonte: Datasus/ CNES 2010

MACRO	MICRORREGIÃO	CIDADE	Funcionamento		Urgência e Emergência	
			08 hs	24 hs	SIM	NÃO
PALMAS	Região de Saúde de Miracema	Miracema do Tocantins		X	X	
		Miranorte		X	X	
		Rio dos Bois	X			X
		Rio Sono		X	X	
		Tocantínia	X			X
	Região de Saúde Capim Dourado	Aparecida do Rio Negro		X	X	
		Lagoa do Tocantins	X			X
		Lajeado	X			X
		Lizarda	X			X
		Novo Acordo		X	X	
		Palmas		X	X	
		Santa Tereza do Tocantins	X			X
		São Félix do Tocantins	X			X
	Região de Saúde do Cantão	Abreulândia	X			X
		Araguacema		X	X	
		Barrolândia		X	X	
		Caseara		X	X	
		Chapada de Areia	X			X
		Cristalândia		X	X	
		Divinópolis do Tocantins		X	X	
		Dois Irmãos do Tocantins		X	X	
		Lagoa da Confusão		X	X	
		Marianópolis	X			X
		Monte Santo do Tocantins	X			X
		Nova Rosalândia		X	X	
		Oliveira de Fátima	X			X
		Paraíso do Tocantins		X	X	
		Pium		X	X	
		Pugmil	X			X
	Região de Saúde de Porto Nacional	Brejinho de Nazaré		X	X	
		Chapada da Natividade	X			X
		Fátima	X			X
		Ipueiras	X			X
		Mateiros	X			X
		Monte do Carmo		X	X	
		Natividade		X	X	
Pindorama			X	X		
Ponte Alta			X	X		

MACRO	MICRORREGIÃO	CIDADE	Funcionamento		Urgência e Emergência		
			08 hs	24 hs	SIM	NÃO	
		Porto Nacional		X	X		
		Santa Rosa	X			X	
		Silvanópolis		X	X		
PALMAS	Região de Saúde Centro Sul	Aliança do Tocantins		X	X		
		Alvorada		X	X		
		Araguaçu		X	X		
		Cariri do Tocantins		X	X		
		Crixás do Tocantins	X			X	
		Dueré		X	X		
		Figueirópolis		X	X		
		Formoso do Araguaia		X	X		
		Gurupi		X	X		
		Sandolândia	X			X	
		Santa Rita do Tocantins	X			X	
		Sucupira	X			X	
		Talismã	X			X	
		Região de Saúde Sul Angical	Jaú do Tocantins	X			X
			Palmeirópolis		X	X	
	Peixe			X	X		
	São Salvador		X			X	
	São Valério da Natividade			X	X		
	Região de Saúde Sudeste	Almas		X	X		
		Dianópolis		X	X		
		Novo Jardim	X			X	
		Ponte Alta do Bom Jesus		X	X		
		Porto Alegre	X			X	
		Rio da Conceição	X			X	
		Taguatinga		X	X		
		Taipas do Tocantins	X			X	
	Região de Saúde Extremo Sudeste	Arraias		X	X		
		Aurora do Tocantins		X	X		
		Combinado		X	X		
		Conceição		X	X		
		Lavandeira	X			X	
		Novo Alegre	X			X	
		Paraná		X	X		

Fonte: Datasus/CNES 2010

Contudo, o Estado possui 32 Prontos Atendimentos. Estas unidades não hospitalares de atendimento às urgências não desenvolvem plenamente o seu papel no sistema, devido os limites estruturais de suporte diagnóstico, equipamentos, recursos tecnológicos e humanos; tendo assim seu papel reduzido ao atendimento básico de quadro clínico agudo de qualquer natureza, principalmente à noite e nos finais de semana, quando a rede básica não está ativa; ou prestando consulta ambulatorial aos usuários que não conseguiram acessar a rede básica, referenciando os casos mais complexos ou que precisam de elucidação aos hospitais que atendem urgência/emergência. Nota-se ainda, uma desarticulação destas unidades com a rede assistencial, seja a atenção básica ou a rede hospitalar.

#### Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h).

#### Quadro 22 - Percentual de atendimento de urgência dos hospitais Estadual. Tocantins, 2011.

Estabelecimentos	Nº Atendimentos	%
Hospital Regional de Araguaina	437118	22,3
Hospital 253uadr de Palmas	388875	19,9
Hospital Regional de Porto Nacional	170426	8,7
Hospital Regional de Gurupi	167270	8,5
Hospital Regional de Paraíso	116442	5,9
Hospital dona Regina Siqueira Campos	107517	5,5
Hospital Regional de Augustinópolis	102677	5,2
Hospital Regional de Pedro Afonso	77413	4,0
Hospital Regional de Miracema	69619	3,6
Hospital de Doenças Tropicais	71419	3,6
Hospital Regional de Arraias	46764	2,4
Hospital Materno Infantil Tia Dede	40551	2,1
Hospital Infantil de Palmas	37300	1,9
Hospital Regional de Dianópolis	34834	1,8
Hospital Regional de Guaraí	29545	1,5
Hospital Regional de Arapoema	19236	1,0
Hospital Regional de Araguaçu	19507	1,0
Hospital de Xambioá	11841	0,6
Hospital de Peq. Porte de Alvorada	10336	0,5
<b>Total</b>	<b>1.958.690</b>	<b>100,0</b>

Datasus-2011

O Ministério da Saúde habilitou em 2010, quatro Unidades de Pronto Atendimento 24h no Estado do Tocantins, sendo duas no município de Palmas e duas em Araguaína. O município de Gurupi está em processo de finalização da obra de uma UPA 24h, de porte II, para ser habilitada pelo MS. O município de Crixás está em fase de construção de uma UPA 24h, de porte I. O custeio deste serviço é de forma compartilhada tripartite, sendo que ao Governo Federal compete o repasse de 50,0% dos valores, ao Estado 25,0%, e aos municípios 25,0% dos valores estabelecidos em Portaria pelo MS.

Observa-se que os hospitais regionais de Araguaína e Palmas foram responsáveis por atendimento 42,2% de todos os atendimentos de urgência registrados no ano de 2011.

### 2.2.8 – ASSISTÊNCIA 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 o acesso e ao seu uso racional. As suas principais competências entre outras são: planejar, executar, acompanhar e avaliar as ações inerentes a medicamentos.

O programa de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos estão estruturados em três eixos: (I) Assistência Farmacêutica Básica; (II) Assistência Farmacêutica para Programas Estratégicos; e (III) Assistência Farmacêutica Especializada (Portaria GM/MS nº 204/2007).

**O PRIMEIRO EIXO** visa o financiamento no âmbito da atenção básica – AFB, mediante transferência de recursos a estados e municípios, além do custeio direto pelo MS das insulinas para tratamento dos portadores de diabetes. Os recursos federais para essa assistência correspondem a R\$ 5,10 habitante/ano e devem ser aplicados no custeio das despesas com medicamentos constantes do elenco de referência nacional e pactuado pelo Estado e Municípios.

A resolução CIB nº47 de julho de 2011, aprova a execução e o financiamento mediante a pactuação entre as Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estadual e Ministério da Saúde, referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, onde:

- I. Estado com um valor de R\$ 2,06 por habitante/ano;
- II. Municípios com um valor de R\$ 1,86 por habitante/ano;



III. União com um valor de R\$ 5,10 por habitante/ano.

Os recursos financeiros da contrapartida Estadual serão transferidos do Fundo Estadual de Saúde para os respectivos Fundos Municipais de Saúde em parcelas de 1/12 avos.

A mesma Resolução aprova o financiamento dos insumos complementares destinados aos usuários insulino – dependente, onde:

- I. Estado com um valor de R\$ 0,50 por habitante/ano;
- II. Municípios com um valor de 0,50 por habitante/ano.

O recurso financeiro será transferido do Fundo Estadual de Saúde para os respectivos Fundos Municipais de Saúde em parcelas de 1/12 avos.

Diante do crescimento de pessoas em sofrimento psíquico e do alto índice de usuários de álcool e outras drogas, a Gerência Técnica de Saúde Mental e a Diretoria de Gestão Farmacêutica e Técnico – Científica vem trabalhando dentro do eixo I, Pactuação para a Saúde Mental, onde o Estado avançou de 5 (cinco) Centros de Atenção Psicossocial para 11 (onze), pretendendo-se chegar em 18 no ano de 2012.

O Ministério da Saúde financiará ainda, com recursos distintos dos valores do repasse fundo a fundo, a aquisição e a distribuição dos medicamentos dos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher.

**NO SEGUNDO EIXO**, está o Componente de Medicamentos Estratégicos da Assistência Farmacêutica que é utilizado para o tratamento de agravos específicos agudos ou crônicos com perfil endêmico, com impacto sócio-econômico importante cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidas. São doenças que atingem ou põem em risco as coletividades e tem como estratégia de controle o tratamento de seus portadores.

O programa é definido pelo Ministério da Saúde – MS, sendo também responsável pela aquisição e financiamento dos medicamentos que são repassados para os Estados.

Todos os programas estratégicos possuem coordenações específicas para estabelecer políticas de ações em saúde. A Gerência de Medicamentos Estratégicos em parceria com estas coordenações faz a programação e distribuição dos medicamentos para tratamento de cada doença.

O MS distribui anti-retrovirais, talidomida e medicamentos para hanseníase e tuberculose periodicamente para os estados, sem a necessidade de requisição. Nestes casos, os estados só realizam requisição de medicamentos ao MS em situações específicas, como o aumento da demanda acima do programado. A requisição de medicamentos para as endemias focais

é realizada periodicamente por meio do Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES) conforme demanda regional.

A Gerência de Medicamentos Estratégicos atualmente é responsável pela programação e distribuição de medicamentos dos Programas:

- DST/Aids
- Hanseníase
- Tuberculose
- Talidomida (Mieloma múltiplo)
- Endemias Focais: (Malária, Tracoma, Meningite, Cólera, Doença de Chagas, Leishmaniose, Influenza, Dengue).

Mais recentemente, por meio da Portaria GM nº. 4217/2010, os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo.

**NO TERCEIRO EIXO**, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso.

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

O recurso destinado ao financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) 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 através do SIA. Da mesma forma como as demais áreas abrangidas pela Assistência Farmacêutica o CEAF também segue o ciclo previsto para esta atividade de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos.

A Diretoria de Gestão Farmacêutica Técnica e Científica possui 4 unidades do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Palmas, Araguaina, Gurupi e Porto Nacional).

Neste período apenas a unidade de Palmas passou por uma reforma física a unidade de Araguaina estava prevista para mudança para um local apropriado para desenvolvimentos de todas as atividades relacionadas ao atendimento dos nossos usuários.

### 2.2.9 – HEMORREDE

No Estado do Tocantins os serviços de hemoterapia estão localizados nas regiões que possuem complexidade hospitalar instalada. O serviço de hemoterapia no estado é 100% público e está caracterizado conforme RDC – ANVISA nº 151, de 21 de agosto de 2001. A Hemorrede do Tocantins é constituída por 01 Hemocentro Coordenador, 01 Hemocentro Regional, 01 Núcleo de Hemoterapia, 02 Unidades de Coleta e Transfusão e 14 agências transfusionais intra-hospitalares.

**Gráfico 132 – N.º de coletas realizadas na hemorrede. Tocantins, 2007 – 2009.**



Fonte: Hemoprod/HEMOTO/SAPS/SESAU

No tocante às coletas realizadas na Hemorrede do Tocantins, estas têm atendido a demanda transfusional da rede hospitalar do Estado, 257 quadros da queda nos 02 anos posteriores a 2007, isto não significou desabastecimento das unidades que realizam transfusão, mas uma otimização dos hemocomponentes reduzindo o número de descarte por falta de utilização conforme Gráfico 132.

2.3 – LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NOS PLANOS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO

Problemas de Saúde identificados nos Planos Regionais de Saúde – Quadriênio 2008 – 2011		
CIR	PROBLEMAS DE SAÚDE	PROBLEMAS DE GESTÃO
Portal do Bico		
Bico do Papagaio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alto índice de Doenças Crônicas Degenerativas;</li> <li>2. Deficiência no Diagnóstico Laboratorial na Região;</li> <li>3. Insuficiência no Atendimento a Pessoa Portadora de Transtorno Mental;</li> <li>4. Elevado número de casos de Dengue na Região;</li> <li>5. Elevado número de DST/HIV;</li> <li>6. Elevado número de Animais Vadios ocasionando Doenças e Acidentes de Trânsitos por inexistência de um Centro de Zoonoses Regional;</li> <li>7. Elevado Número de Queimadas/Desmatamentos na região;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descontinuidades das Ações.</li> <li>2. Estrutura física insuficiente e inadequada do Hospital de Referência de Augustinópolis para um atendimento humanizado do usuário da região;</li> <li>3. Deficiência do Fluxo Referência e Contra Referência;</li> <li>4. Falta de Programa de Geração de Renda;</li> <li>5. Dificuldade nos Veículos de Comunicação.</li> <li>6. Insuficiência da oferta de cotas de consulta e exames especializados;</li> <li>7. Inexistência de Aterro Sanitário;</li> </ol>
Cultura do Cerrado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta prevalência de Leishmaniose Tegumentar Americana, Doenças do Aparelho Circulatório e Respiratório, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hanseníase, Acidentes por Animais Peçonhentos, Doenças relacionadas à pobreza;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de saneamento básico.</li> </ol>
Miracema	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alto índice de gravidez na adolescência;</li> <li>2. Ausência de Centro de Atenção Psicossocial;</li> <li>3. Ausência de Centro de Especialidades Odontológicas;</li> <li>4. Alta Prevalência de Hanseníase na Região;</li> <li>5. Alta Incidência de DST/AIDS;</li> <li>6. Alto índice de Óbitos por causas externas;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuficiência de Fomento em Geração e Renda;</li> <li>2. Falta de Eventos Culturais, Lazer e Esporte;</li> <li>3. Alto Índice de Analfabetismo.</li> <li>4. Falta de Adesão dos Profissionais Médicos ao Programa do Trabalhador.</li> <li>5. Baixa resolutividade do Hospital Regional de Miracema;</li> </ol>

Problemas de Saúde identificados nos Planos Regionais de Saúde – Quadriênio 2008 – 2011		
CIR	PROBLEMAS DE SAÚDE	PROBLEMAS DE GESTÃO
<b>Centro Sul</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento de casos acelerado de Hipertensão Arterial e Diabetes Melito;</li> <li>2. Aumento de casos de DST;</li> <li>3. Alto índice de gravidez na adolescência;</li> <li>4. Crescente aumento de viroses e problemas respiratórios;</li> <li>5. Ausência de atendimento de urgência/emergência cardiológica;</li> <li>6. Não oferta de cirurgia pediátrica;</li> <li>7. Aumento de casos de dengue;</li> <li>8. Aumento do índice de alcoolismo/drogas lícitas e ilícitas.</li> <li>9. Alto índice de queimadas;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausência de preservação das nascentes;</li> <li>2. Inadequada estrutura física das unidades de saúde;</li> <li>3. Falta de estrutura para atividade física, academia;</li> <li>4. Rede de esgoto insuficiente;</li> <li>5. Número elevado de cisternas construídas em locais inadequados;</li> <li>6. Insuficiência de comunicação: rádio, TV e telefonia móvel.</li> <li>7. Insuficiência de oferta de consultas e exames especializados;</li> <li>8. Insuficiência de equipamentos de diagnóstico para o atendimento Ambulatorial;</li> <li>9. Ausência de aterro sanitário;</li> </ol>
<b>Cantão</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alto índice DST, hanseníase, Dengue;</li> <li>2. Alto índice de transmissão hídrica alimentar;</li> <li>3. Falta de Laboratório de Referência na Região;</li> <li>4. Falta de estrutura da Vigilância em Saúde;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deficiência da Estrutura Física e Equipamentos para os Serviços de Especialidades;</li> <li>2. Deficiência em Saneamento Básico;</li> <li>3. Falta de Geração de Emprego e Renda.</li> <li>4. Estrutura física inadequada do CAPS;</li> <li>5. Insuficiência de R.H (Especialidade);</li> <li>6. Insuficiência de Atendimento no CEO.</li> <li>7. Deficiência no Atendimento no Hospital Regional de Paraíso;</li> </ol>
<b>Lobo Guará</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta incidência de casos de hipertensão, diabetes melito, dengue;</li> <li>2. Hábitos alimentares inadequados;</li> <li>3. Alta incidência de casos de na região;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de saneamento básico;</li> <li>2. Ausência de Aterro sanitário que atenda as necessidades dos municípios da região;</li> </ol>

Problemas de Saúde identificados nos Planos Regionais de Saúde – Quadriênio 2008 – 2011		
CIR	PROBLEMAS DE SAÚDE	PROBLEMAS DE GESTÃO
	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Alto índice de doenças zoonóticas na região;</li> <li>5. Baixa capilaridade de informações e repasse de conhecimento em saúde à população da região;</li> <li>6. Alto índice do uso de drogas lícita e ilícita a população jovem da região de Lobo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Infra-estrutura inadequada das unidades de saúde da região;</li> <li>4. Quantidade insuficiente de equipamentos para realização de exames diagnósticos;</li> <li>5. Frota de transporte insuficiente na Região;</li> <li>6. Dificuldades na aquisição de medicamentos;</li> <li>7. Insuficiência no atendimento aos pacientes da região por parte da referência;</li> <li>8. Insuficiência na oferta de exames de média e alta complexidade;</li> <li>9. Alto índice de queimadas.</li> </ol>
<b>Sudeste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta incidência de Gravidez na Adolescência;</li> <li>2. Aumento dos casos de hanseníase;</li> <li>3. Aumento de casos de DST's na população entre 12/25 anos na área urbana;</li> <li>4. Aumento de pessoas sedentárias;</li> <li>5. Uso abusivo de Álcool e Drogas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grande número de desmatamento, queimadas e secas;</li> <li>2. Inadequação da estrutura física e de equipamentos dos Hospitais;</li> <li>3. Deficiência no Saneamento Básico/Regional de Dianópolis.</li> <li>4. Falta de Profissionais Especializados/ Região de Dianópolis</li> </ol>

Problemas de Saúde identificados nos Planos Regionais de Saúde – Quadriênio 2008 – 2011		
CIR	PROBLEMAS DE SAÚDE	PROBLEMAS DE GESTÃO
Sul Angical	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento das DSTs, favorecidas pelo uso abusivo de álcool, drogas e prostituição em função da falta de perspectiva dos adolescentes e falta de limites impostos pelos pais, entre outras causas;</li> <li>2. Elevado número de casos de dengue em função do desinteresse da população em desenvolver ações individuais, coletivas e intersetoriais, geralmente agravados pelos hábitos culturais;</li> <li>3. Uso abusivo de álcool e drogas ilícitas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuficiência de áreas de lazer por falta de políticas pública para investimento;</li> <li>2. Falta/insuficiência de geração de renda em função da baixa qualificação profissional, falta de mercado e de políticas públicas que invistam nesta área;</li> <li>3. Falta de compromisso do controle social por desinteresse da população;</li> <li>4. Ausência do destino adequado de resíduos sólidos e líquidos em função de não haver uma usina de reciclagem de lixo e também pela falta de coleta seletiva do mesmo.</li> <li>5. Insuficiência de cotas para media e alta complexidade e ineficiência do atendimento da referência pelo não cumprimento da PPI por falta de políticas pública sérias na área da saúde;</li> <li>6. Ineficiência do atendimento da referência pelo não cumprimento da PPI;</li> </ol>
Extremo Sudeste	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baixa cobertura de atendimento às famílias da zona rural;</li> <li>2. Serviço de saúde inadequado para assistência e locação da equipe;</li> <li>3. Dificuldade de entendimento sobre critérios do número de cotas e o não cumprimento do número de cotas para as especialidades e exames referenciados para Palmas.</li> <li>4. Falta de Centro de Reabilitação nas especialidades Básicas na assistência, referência dos municípios do Extremo sudeste;</li> <li>5. Falta de assistência Psicossocial aos pacientes com transtorno mental;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não cumprimento dos direitos trabalhistas dos profissionais da área de saúde;</li> <li>2. Funcionários da S. M. S. Palmas realizam atendimento precário de difícil diálogo nos agendamentos;</li> <li>3. Falta de insumos necessários, transporte adequado para agentes de saúde e endemias realizarem suas atividades.</li> <li>4. Insuficiência de atendimento a população da</li> </ol>

Problemas de Saúde identificados nos Planos Regionais de Saúde – Quadriênio 2008 – 2011		
CIR	PROBLEMAS DE SAÚDE	PROBLEMAS DE GESTÃO
	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Dificuldade no tratamento especializado a pacientes com problemas odontológicos na região;</li> <li>7. Grande incidência de casos de LTA, LV nos municípios do Extremo Sudeste;</li> <li>8. Dificuldade de implantação do serviço de Vigilância Sanitária.</li> </ol>	<p>região pelo Hospital de Referência nas especialidades básicas;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pacientes referenciados retornam sem consulta ou notificação prévia da Secretaria M. Saúde de Palmas gerando, gastos públicos e dificuldade na resolução dos problemas de saúde.</li> <li>6. Dificuldade de acesso ao serviço de saúde da população da zona rural, devido à extensão territorial;</li> </ol>
<b>Porto Nacional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alto índice de Gravidez na adolescência e DST/HIV;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificuldade em acolher grupos de alcoólatras, adolescentes e outras situações, nos municípios em que residem;</li> <li>2. Inadequação dos hospitais de referência e materno infantil de Porto Nacional para atender demanda da região;</li> <li>3. Inadequação dos hospitais de pequeno porte.</li> <li>4. Ausência de um centro de Especialidade com centro diagnóstico na região;</li> </ol>
<b>Médio Araguaia</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inexistência e insuficiência de rede de abastecimento de água/saneamento básico;</li> <li>1. Insuficiência de material permanente/equipamentos</li> <li>2. Insuficiência dos recursos humanos (equipe multiprofissional);</li> <li>3. Deficiência no processo de referencia e contra-</li> </ol>



Problemas de Saúde identificados nos Planos Regionais de Saúde – Quadriênio 2008 – 2011		
CIR	PROBLEMAS DE SAÚDE	PROBLEMAS DE GESTÃO
		referência.
<b>Araguaia Tocantins</b>		
<b>Médio Norte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baixo atendimento nas especialidades de odontologia;</li> <li>2. Baixo número de cirurgias eletivas oferecidas;</li> <li>3. Pouco atendimento na urgência e emergência;</li> <li>4. Baixo número de diagnóstico laboratorial;</li> <li>5. Baixo número de atendimentos nas especialidades médicas;</li> <li>6. Insuficiência no atendimento para o serviço de Oncologia;</li> <li>7. Aumento das doenças emergentes;</li> <li>8. Pouca assistência à saúde do trabalhador;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de recursos para financiar as ações de saúde;</li> <li>2. Falta de programação orçamentária.</li> <li>3. Falta de profissional nas unidades de saúde;</li> <li>4. Falta de programação para aquisição de medicação.</li> </ol>
<b>Capim Dourado</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento de Diabetes, Hipertensão e Doenças Cardiovasculares;</li> <li>2. Alta incidência de DST;</li> <li>3. Baixa Cobertura de PCCU;</li> <li>4. Deficiência de Recursos Humanos Especializados.</li> </ol>	

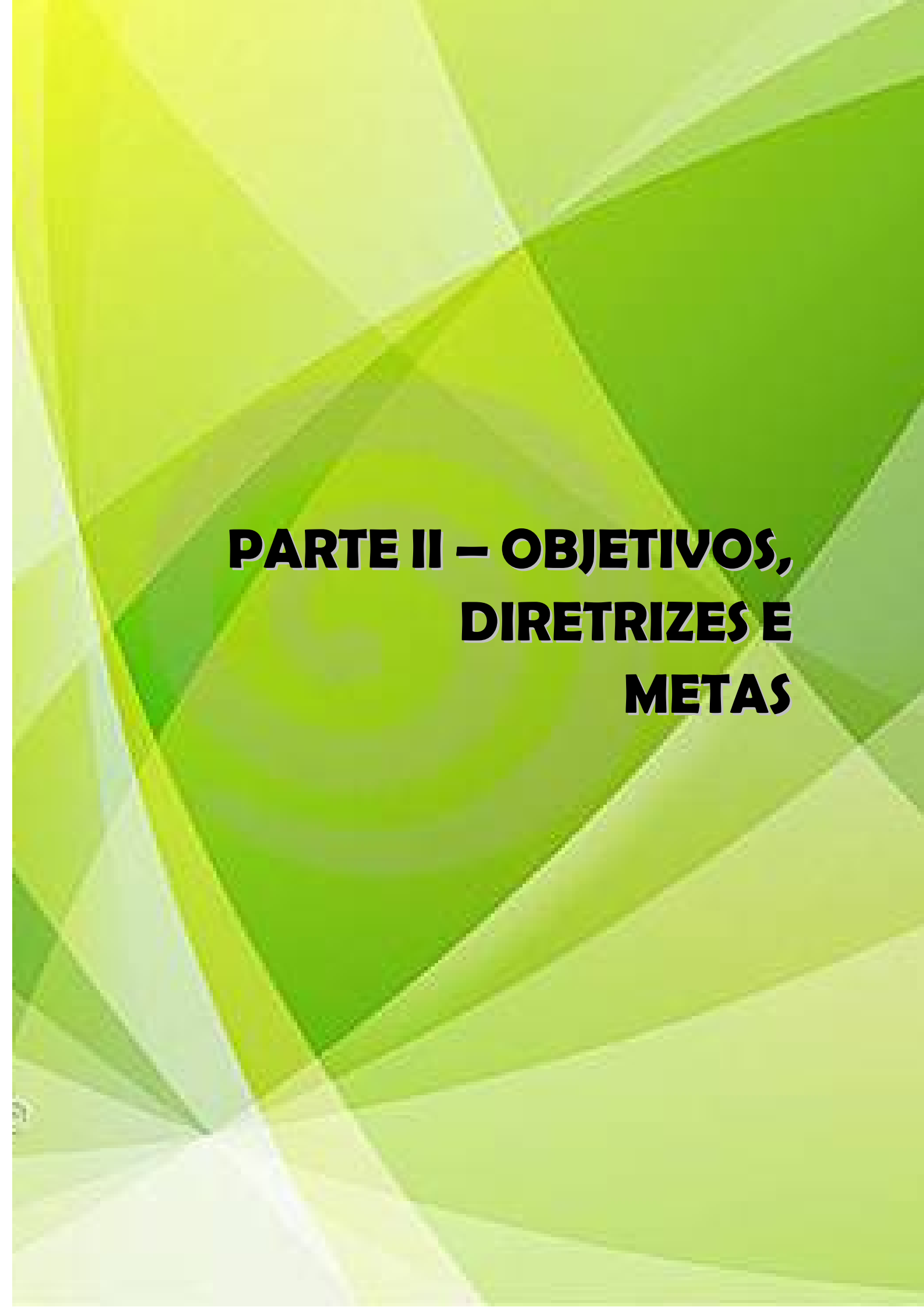
## 2.4 – LEVANTAMENTO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DETECTADOS NOS 139 PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO

CONSOLIDADO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE IDENTIFICADOS NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	
PROBLEMAS DE SAÚDE	PROBLEMAS DE GESTÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Altos índice de morbidade e mortalidade de Doenças do Aparelho Circulatório, Respiratório, causas externas e neoplasias;</li> <li>■ Aumento na incidência de dengue na área urbana;</li> <li>■ Elevado índice de queimadas;</li> <li>■ Condições desfavoráveis de moradia;</li> <li>■ Alta prevalência em hanseníase e tuberculose;</li> <li>■ Baixa cobertura das consultas pré-natal;</li> <li>■ Falta de política de saneamento básico;</li> <li>■ Alto índice de gravidez na adolescência</li> <li>■ Alto índice de ocorrências de afecções do período Perinatal;</li> <li>■ Alto índice de cárie e doenças periodontal</li> <li>■ Saneamento básico insuficiente ;</li> <li>■ Alto consumo de álcool e drogas;</li> <li>■ Alta incidência de acidentes e violência;</li> <li>■ Taxa elevada de internação por IRA em menores de 01ano;</li> <li>■ Baixa homogeneidade de cobertura vacinal por Tetravalente e Hepatite B em menores de 01 ano;</li> <li>■ Alto índice de traumas por acidentes de trânsito;</li> <li>■ Aumento de pessoas sedentárias e obsessas;</li> <li>■ Pouca investigação dos óbitos maternos e infantis, realizado pela equipe de vigilância;</li> <li>■ Atraso na captação precoce das gestantes até 120 dias de gestação;</li> <li>■ Baixo percentual de coletas de PCCU;</li> <li>■ Baixa efetividade das ações de vigilância para o combate da dengue, barbeiro e das zoonoses;</li> <li>■ Elevado índice de portadores de hipertensão, diabetes DST/AIDS,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dificuldade na marcação de exames e cirurgias;</li> <li>■ Dificuldade de acesso a exames de Média Complexidade;</li> <li>■ Insuficiência na oferta de exames de média e alta complexidade</li> <li>■ Falta de capacitação para os profissionais técnicos e outros profissionais;</li> <li>■ Alta rotatividade de profissionais de nível superior nas ESF; como médicos por não quererem residir no município;</li> <li>■ Dificuldade de locomoção dos pacientes que necessitam de consultas e exames nas referencias.</li> <li>■ Más condições na estrutura física das UBSF/UBS.</li> <li>■ Deficiência nas Centrais de Regulação em liberar Demanda de cirurgias eletivas reprimidas ;</li> <li>■ Inadequação física, climática e falta de informatização da Farmácia Básica;</li> <li>■ Ausência de gestão de recursos humanos e Financeiros;</li> <li>■ Recursos financeiros insuficientes para executar ações de saúde e manter e investir nas Unidades municipais sejam OBS os Hospitais Municipais ou HPP;</li> <li>■ Conselheiros sem conhecimentos de suas atribuições;</li> <li>■ Gasto excessivo com custeio de medicamentos, consultas ou exames que não são cobertos pelo SUS;</li> <li>■ Alto desgaste e valores gastos com a manutenção da frota de veículos</li> <li>■ Falta de especialistas nas referências;</li> <li>■ Invasão de usuários de um município no outro sem respeitar as referencias e cotas da PPI;</li> <li>■ Escassez de veículos para transporte dos profissionais da equipe de PSF no atendimento de localidades urbana e rural;</li> <li>■ Ausência de Transporte sanitário;</li> <li>■ Ausência de melhoria na gestão e no acesso aos serviços de saúde;</li> </ul>

PROBLEMAS DE SAÚDE	PROBLEMAS DE GESTÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Leishmaniose Tegumentar, Hanseníase, Dengue, neoplasias e transtorno mental;</li> <li>■ Elevado índice de pessoas com distúrbios nutricionais;</li> <li>■ Alto índice de Leishmaniose canina;</li> <li>■ Elevadas taxas de mortalidade infantil e materna;</li> <li>■ Elevado nº de crianças &lt; de 5 anos desnutridas, parasitoses intestinais, diarreia, crianças e gestantes com anemia ferropriva, gravidez na adolescência;</li> <li>■ Aumento da taxa de detecção da hepatite B nos últimos anos;</li> <li>■ Aumento do nº de acidentes por animais peçonhentos;</li> <li>■ Aumento do nº de casos de obesidades entre mulheres e crianças da população de baixa renda;</li> <li>■</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ausência de ampliação e consolidação dos trabalhos das ESF na zona rural;</li> <li>■ Falta de autonomia do gestor de saúde sob os recursos do FMS;</li> <li>■ Falta de médicos especialistas (Ginecologista, pediatria, ortopedia e cardiologia);</li> <li>■ Estrutura física inadequada das unidades básicas de;</li> <li>■ Discrepância entre a elaboração do PPA, LDO e LOA e nos Instrumentos de Gestão Municipal;</li> <li>■ Inexistência de rede informatizada interligando toda a rede de saúde com o complexo regulador ;</li> <li>■ Ausência de contra-referência dos pacientes encaminhados;</li> <li>■ Insuficiência na execução das ações de vigilância em saúde: sanitária, epidemiológica, ambiental e do trabalhador para redução dos principais riscos e agravos a população;</li> <li>■ Poucas ações intersetoriais e transversais;</li> <li>■ Inexistência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários;</li> <li>■ Equipamentos em quantidade insuficiente.</li> <li>■ Fragilidade da política de promoção e prevenção em saúde;</li> <li>■ Ineficiência do modelo de atenção vigente que não contempla a integralidade do cuidado e o acolhimento do usuário;</li> <li>■ Fragilidade da capacidade de gestão;</li> <li>■ Mudanças freqüentes da gestão municipal de saúde, levando a diminuição da efetividade das ações;</li> <li>■ Zona rural extensa com assentamentos distantes;</li> <li>■ Despreparo por parte de alguns profissionais para realização das atividades inerentes À Atenção Básica</li> <li>■ Discrepância de nº de famílias e área territorial das micro áreas das ESF I e II;</li> <li>■ Ausência de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos;</li> <li>■ Nº insuficiente de profissionais para compor as equipes mínimas da Vigilâncias;</li> <li>■ Judicialização na saúde.</li> </ul>

## 2.5 – COMPROMISSOS DE GESTÃO GOVERNAMENTAL ASSUMIDOS

- ✚ Estruturação da Rede Própria de Ações e Serviços de Saúde;
- ✚ Ampliação da Oferta de Serviços Hospitalares de Média e Alta Complexidade com redução dos casos de Tratamento fora do Domicílio;
- ✚ Mudança do Modelo de Gestão Hospitalar visando a redução do déficit público, aumento da eficiência dos serviços com metas para resultados ;
- ✚ Controle intensivo das Principais endemias e zoonoses do Estado (Dengue, Febre Amarela, Leishmaniose, Malária, Hanseníase, Acidentes de Animais peçonhentos e Raiva Humana);
- ✚ Fortalecimento da Atenção Básica com apoio e cooperação Técnica e Financeira aos municípios definindo as Redes de Atenção à Saúde;
- ✚ Informatização de toda Estrutura das Ações e Serviços de Saúde;
- ✚ Construir e revitalizar hospitais e maternidades,;
- ✚ Construir as “Casas da Mamãe” (Rede Cegonha);
- ✚ Construir os Ambulatórios Médico de Especialidades / AME- TO;
- ✚ Construção de Farmácias Básicas Municipais
- ✚ Cosntrução de Farmácias Especializadas – “Remédio Bem da Hora”;
- ✚ Priorizar atenção básica através da implementação dos Programas Saúde da Mulher, da Criança, do Homem, do Idoso e Saúde bucal;
- ✚ Meritocracia para as unidades de saúde;
- ✚ Coordenar e gerir o Sistema;
- ✚ Cooperação técnica e financeira,
- ✚ Qualificação e capacitação e efetividade no atendimento ao cidadão.



**PARTE II – OBJETIVOS,  
DIRETRIZES E  
METAS**



# 3

## OBJETIVOS

---





**3.1 – PROMOVER O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA COM QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE, CONTRIBUINDO NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE, POR MEIO DAS ÁREAS ESTRATÉGICAS E CICLOS DE VIDA FORTALECENDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS.(0131).**

**3.1.1 – INDICADOR – Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal na Atenção Primária**

- **Definição:** Este indicador reflete, o percentual da população estimada coberta pelas ações das Equipes de Saúde da Família e Bucal em determinado local e período
- **Índice atual:**
- **Índice esperado:**
- **Intenção:** O indicador representa uma medida de maior oferta de serviço e indica a facilidade de acesso aos serviços de atenção primária e aponta o alcance do objetivo.
- **Fórmula de cálculo:** N° de Equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas X 3.450 pessoas/ População no mesmo local e período x100
- **Unidade de medida:** Percentual.
- **Critério de acompanhamento:** dado do período.
- **Periodicidade de medição:** mensal.
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Diretoria de Atenção Primária/SESAU
- **Status do indicador:** Disponível
- **Data para disponibilização do indicador:** 10º dia útil de cada mês
- **Polaridade:** mais é melhor.
- **Tipo de indicador:** Resultado
- **Fonte de dados:** Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA /DATASUS/MS.

### 3.1.2 – DIRETRIZES:

- ▶ Ampliação do acesso dos usuários às ações e serviços - de saúde da Atenção Primária
- ▶ Capacitação e atualização dos profissionais das equipes de Atenção Primária no âmbito municipal e estadual
- ▶ Organização da Rede de Atenção à Pessoa Portadora de Doenças Cardiovasculares e transtornos endócrinos
- ▶ Promoção da saúde do adolescente, jovem, adulto e idoso
- ▶ Promoção das ações em saúde para a população em situação de privação de liberdade
- ▶ Promoção da atenção nutricional a todo ciclo de vida: crianças, adolescentes e jovens, adultos, gestantes e idosos
- ▶ Manutenção de recursos humanos para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde na Atenção Primária do Tocantins
- ▶ Acompanhamento, monitoramento e avaliação do desenvolvimento das estratégias Saúde da Família/Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida, Alimentação e Nutrição, Hipertensão e Diabetes nos locus regionais

### 3.2 – PROMOVER ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA, VISANDO À MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS MULHERES E NEONATOS DO ESTADO DO TOCANTINS.(0098)

#### 3.2.1 – INDICADOR 01 – Taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia

- **Definição:** O indicador refere-se Número de óbitos de menores de 28 dias de vida a cada 1000 nascidos vivos, num determinado espaço geográfico do ano considerado.
- **Intenção:** O indicador reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal , identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.
- **Índice atual:** 13,3/1.000
- **Índice esperado:** 11.1/1.000
- **Fórmula de cálculo:** Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de vida / Número de nascidos vivos (x1.000). De uma determinada localidade num mesmo período.
- **Unidade de medida:** Taxa/1.000.
- **Critério de acompanhamento:** dado do período.
- **Periodicidade de medição:** anual.
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Diretoria de Atenção Primária/SESAU
- **Status do indicador:** Disponível
- **Data para disponibilização do indicador:** anual, mas reflete sempre os 02 anos antes do fechamento do Sistema de Informações de Mortalidade.
- **Polaridade:** menos é melhor.
- **Tipo de indicador:** Resultado
- **Fonte de dados:** Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e estimativas a partir de métodos demográficos indiretos.

### 3.2.2 – INDICADOR 02 – Taxa de mortalidade materna

- **Definição:** Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado
- **Intenção:** Estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas. Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.
- **Fórmula de cálculo:** Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna / Número de nascidos vivos de mães residentes X 100.000.
- **Unidade de medida:** Taxa/100.000.
- **Critério de acompanhamento:** dado do período.
- **Periodicidade de medição:** anual.
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Diretoria de Atenção Primária/SESAU
- **Status do indicador:** Disponível
- **Data para disponibilização do indicador:** anual, mas reflete sempre os 02 anos antes do fechamento do Sistema de Informações de Mortalidade.
- **Polaridade:** menos é melhor.
- **Tipo de indicador:** Resultado
- **Fonte de dados:** Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e estimativas a partir de métodos demográficos indiretos.

### 3.2.3 – DIRETRIZES:

- ▶ Ampliação - do acesso ao planejamento reprodutivo
- ▶ Fortalecimento e ampliação da Rede Cegonha
- ▶ Fortalecimento e ampliação do acesso às ações e serviços de controle do câncer de colo de útero e mama no Tocantins
- ▶ Ampliação e melhoria do acesso aos serviços - obstetrícia e neonatologia no Estado
- ▶ Fortalecimento da Rede de Atenção Integral à Mulheres, Crianças e Adolescentes

### 3.3 – GARANTIR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA INTEGRAL ATRAVÉS DO ATENDIMENTO HUMANIZADO, FORNECENDO PRODUTOS DE QUALIDADE COM ÊNFASE NO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DO SUS.(0112)

#### 3.3.1 – INDICADOR – Taxa de municípios atendidos com Assistência Farmacêutica

- **Definição:** O indicador refere-se ao percentual de municípios atendidos com repasse fundo a fundo da assistência farmacêutica no ano
- **Índice atual:** 70
- **Índice esperado:** 90
- **Intenção:** O indicador representa uma medida de custeio às ações da assistência farmacêutica básica nos municípios para atendimento das demandas da população.
- **Fórmula de cálculo:** Número de municípios atendidos/ n.º total de municípios do Tocantins \*100
- **Unidade de medida:** Percentual .
- **Critério de acompanhamento:** dado do período.
- **Periodicidade de medição:** anual.
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Diretoria de Assistência Farmacêutica /SESAU
- **Status do indicador:** Disponível
- **Data para disponibilização do indicador:** 10º dia útil de ano seguinte
- **Polaridade:** mais é melhor.
- **Tipo de indicador:** Resultado
- **Fonte de dados:** Secretaria de Estado da Saúde .

#### 3.3.2 – DIRETRIZES:

- ▶ Descentralização do acesso aos serviços da Assistência Farmacêutica Estadual
- ▶ Promoção do acesso aos medicamentos dos componentes da Assistência Farmacêutica Básica, Estratégico e Especializado
- ▶ Ampliação do acesso a assistência farmacêutica por meio de Protocolo Estadual.
- ▶ Manutenção de recursos humanos na Assistência - Farmacêutica do Tocantins

### 3.4 – ASSEGURAR A AUTO-SUFICIÊNCIA E QUALIDADE DO SANGUE E SEUS COMPONENTES PARA ATENDER A DEMANDA TRANSFUSIONAL DAS UNIDADES DE SAÚDE DO TOCANTINS, VIABILIZANDO A ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS NO ÂMBITO DO SUS.(0121)

#### 3.4.1 – INDICADOR – Taxa da cobertura transfusional no Estado do Tocantins

- **Definição:** É definido como o número de hemocomponentes disponibilizados na rede hospitalar para atender a demanda por transfusão de sangue segundo complexidade hospitalar
- **Índice atual:** 116
- **Índice esperado:** 120
- **Fórmula de cálculo:** Número de transfusões/número de leitos\*100/8
- **Unidade de medida:** Percentual .
- **Critério de acompanhamento:** anual.
- **Periodicidade de medição:** anual.
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Diretoria de Hemorrede da SESAU
- **Status do indicador:** Disponível
- **Polaridade:** mais é melhor.
- **Tipo de indicador:** Resultado
- **Fonte de dados:** Secretaria de Estado da Saúde

#### 3.4.2 – DIRETRIZES:

- ▶ Fortalecimento, expansão e modernização das ações e serviços da Hemorrede do Tocantins
- ▶ Promoção de campanhas de divulgação da doação voluntária de sangue e cadastro de medula óssea
- ▶ Promoção do acesso aos portadores de doenças hematológicas às ações e serviços da Hemorrede do Tocantins
- ▶ Manutenção de recursos - humanos na Hemorrede do Tocantins

### 3.5 – FORTALECER A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK E OUTRAS DROGAS.(0097)

#### 3.5.1 – INDICADOR – Percentual de Serviços de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ampliados

- **Definição:** O indicador refere-se ao número de Serviços de Saúde Mental de prevenção e tratamento ampliados
- **Índice atual:** 50
- **Índice esperado:** 100
- **Intenção:** O indicador mede o acesso aos serviços de atenção a saúde mental.
- **Fórmula de cálculo:**  $N. \text{ de serviços de Saúde Mental ampliados} / N.^\circ \text{ de serviços de saúde mental existentes} \times 100$
- **Unidade de medida:** Percentual
- **Critério de acompanhamento:** dado do período.
- **Periodicidade de medição:** anual
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Saúde Mental
- **Status do indicador:** Disponível
- **Data para disponibilização do indicador:** janeiro de cada ano
- **Polaridade:** mais é melhor
- **Tipo de indicador:** Resultado
- **Fonte de dados:** Secretaria de Estado da Saúde

#### 3.5.2 – DIRETRIZES:

- ▶ Implementação, fortalecimento e ampliação da rede de atenção à saúde mental com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas
- ▶ Acompanhamento, monitoramento e avaliação do desenvolvimento das Ações e Serviços de Saúde Mental
- ▶ Reestruturação da rede de atenção psicossocial
- ▶ Manutenção de recursos - humanos na Saúde Mental do Tocantins



### 3.6 – AMPLIAR O ACESSO AO ATENDIMENTO COM QUALIDADE DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR)..(0123)

#### 3.6.1 – INDICADOR – Número de consulta médicas especializadas apresentadas por habitante

- **Definição:** Proporção de consultas especializadas por habitante
- **Índice atual:** 1,3 consultas/hab
- **Índice esperado:** 2,0 consultas/hab
- **Intenção:** Indicaria a cobertura de consultas especializadas para a população residente
- **Fórmula de cálculo:** Número de consultas médicas especializadas apresentadas / população residente
- **Unidade de medida:** proporção
- **Critério de acompanhamento:** mensal
- **Periodicidade de medição:** anual
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde
- **Status do indicador:** disponível
- **Data para disponibilização do indicador:** 15º dia de cada mês
- **Polaridade:** mais é melhor
- **Tipo de indicador:** Resultado
- **Fonte de dados:** SIA – Sistema de Informações Ambulatória – DATASUS/MS

#### 3.6.2 – DIRETRIZES:

- ▶ Apoio e fortalecimento das ações e serviços de - urgência e emergência do Estado do Tocantins
- ▶ Ambulatorial e Hospitalar da Atenção Especializada do Tocantins
- ▶ Fortalecimento, modernização e ampliação das ações e serviços da média e alta complexidade
- ▶ Ampliação e melhoria do acesso aos serviços de urgência e emergência no Estado
- ▶ Fortalecimento, modernização e ampliação da Rede de Serviços de Prevenção, Diagnóstico, Controle e Tratamento do câncer no Tocantins

- ▶ Promoção e garantia do acesso aos serviços de média e alta complexidade inexistentes e ou insuficientes no Estado
- ▶ Regulação para garantia do acesso dos usuários às ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades e a oferta existente
- ▶ Manutenção de recursos humanos para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde na Atenção

### 3.7 – REDUZIR OS RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS DE RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, SANITÁRIA E AMBIENTAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, PROTEÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.(0096)

#### 3.7.1 – INDICADOR – Proporção de notificações com encerramento oportuno da investigação

- **Definição:** mede a proporção de notificações de doenças e agravos de relevância epidemiológica encerradas oportunamente conforme o agravo.
- **Índice atual:** 78
- **Índice esperado:** 85
- **Intenção:** é um importante indicador para a avaliação do desempenho das ações de vigilância epidemiológica.
- **Fórmula de cálculo:**  $N.^{\circ}$  de notificações encerradas oportunamente /  $N.^{\circ}$  de notificações realizadas no mesmo período e local x 100
- **Unidade de medida:** percentual
- **Critério de acompanhamento:** mensal
- **Periodicidade de medição:** anual
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Superintendência de Vigilância em Saúde
- **Status do indicador:** disponível
- **Data para disponibilização do indicador:** 15º dia de cada mês
- **Polaridade:** mais é melhor
- **Tipo de indicador:** Resultado
- **Fonte de dados:** SINAN –sistema de Informação Secretaria de Estado da Saúde

### 3.7.2 – DIRETRIZES:

- ▶ Modernização da vigilância em saúde
- ▶ Ampliação da capacidade de respostas laboratoriais
- ▶ Fortalecimento da Vigilância em Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador
- ▶ Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica
- ▶ Vigilância sanitária de produtos, serviços alimentos e controle de infecção em serviços de saúde
- ▶ Aprimoramento dos profissionais da vigilância em saúde no âmbito estadual e municipal
- ▶ Manutenção de recursos humanos - da Vigilância em Saúde do Tocantins.

**3.8 – PROMOVER A GESTÃO DOS PROCESSOS EDUCACIONAIS E DE PESQUISA, VOLTADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES NO ÂMBITO DA SAÚDE DO TOCANTINS, CONTRIBUINDO PARA A FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO ADEQUADA, CONSOANTE ÀS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE.(0095)**

**3.8.1 – INDICADOR** – Percentual de trabalhadores do SUS qualificados em educação permanente

- **Definição:** mede o percentual de trabalhadores da saúde qualificados em determinado período e tempo.
- **Índice atual:** 15
- **Índice esperado:** 40
- **Intenção:** é um importante indicador para a avaliação do desempenho da educação permanente.
- **Fórmula de cálculo:**  $N.º \text{ de trabalhadores do SUS qualificados} / N.º \text{ de trabalhadores do SUS} \times 100$
- **Unidade de medida:** percentual
- **Critério de acompanhamento:** semestral
- **Periodicidade de medição:** anual
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Superintendência da Escola Técnica do SUS
- **Status do indicador:** disponível
- **Data para disponibilização do indicador:**
- **Polaridade:** mais é melhor
- **Tipo de indicador:** Resultado
- **Fonte de dados:** Sistema da SETSUS/SESAU – TO

**3.8.2 – DIRETRIZES:**

- ▶ Modernização dos processos educacionais e de pesquisa em Saúde
- ▶ Ampliação do acesso dos trabalhadores da saúde à educação permanente e aprimoramento da qualificação em serviço
- ▶ Formação permanente dos profissionais do SUS
- ▶ Modernização e reestruturação da Escola Tocantinense do SUS
- ▶ Manutenção de recursos humanos da - Educação Permanente do Tocantins

**3.9 – VIABILIZAR A GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NO ÂMBITO DO SUS, FORTALECENDO AS RELAÇÕES INTERFEDERATIVA, INTRAINSTITUCIONAL E INSTITUCIONAL ATRAVÉS DE AÇÕES DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO, CONTROLE, AUDITORIA, ASSISTÊNCIA JURÍDICA, OUVIDORIA COMUNICAÇÃO, GESTÃO E REGULAÇÃO DO TRABALHO E CONTROLE SOCIAL, COM CENTRALIDADE NA GARANTIA DE ACESSO E GESTÃO POR RESULTADOS.(0129)**

**3.9.1 – INDICADOR – Municípios com os Instrumentos de Gestão do SUS aprovados nos respectivos conselhos de saúde**

- **Definição:** Este indicador reflete a proporção de municípios do Estado do Tocantins com plano municipal de saúde, programação anual de saúde e relatório anual de gestão elaborados e aprovados nos conselhos municipais de saúde.
- **Índice atual:** 75
- **Índice esperado:** 90
- **Intenção:** O indicador representa o nível de organização e planejamento da gestão municipal em observação a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e do Decreto Federal 7508/11.
- **Fórmula de cálculo:**  $N^{\circ}$ . de Municípios com Instrumentos de Gestão do SUS/  $N^{\circ}$  de Municípios do Estado x100
- **Unidade de medida:** percentual
- **Critério de acompanhamento:** anual
- **Periodicidade de medição:** anual
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Diretoria de Gestão Estratégica e Descentralização da Saúde
- **Status do indicador:** disponível
- **Data para disponibilização do indicador:** 31/05/2012
- **Polaridade:** mais é melhor
- **Tipo de indicador:** Resultado

### 3.9.2 – DIRETRIZES:

- ▶ Fortalecimento do - Controle Social no âmbito do SUS
- ▶ Controle, Regulação e Avaliação das ações e serviços de saúde
- ▶ Escuta qualificada do usuário quanto às ações e serviços de saúde
- ▶ Garantia do controle da execução administrativa/gerencial das ações e serviços de saúde
- ▶ Aperfeiçoamento do trabalho em saúde - oferecido à população usuária do SUS
- ▶ Fortalecimento da Gestão Estratégica e Participativa do SUS
- ▶ Valorização, motivação e democratização das relações de trabalho dos servidores da saúde no Tocantins
- ▶ Manutenção de recursos humanos das Políticas de Saúde ligadas à Gestão em Saúde do Tocantins

**3.10 – CONTRIBUIR PARA A DIMINUIÇÃO DAS DOENÇAS TROPICAIS SUBSIDIANDO E APOIANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) COM ALTERNATIVAS INOVADORAS E EFICIENTES, GERADAS E DISSEMINADAS ATRAVÉS DA PESQUISA, ENSINO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE, COM ENFOQUE EM MEDICINA TROPICAL.**

**3.10.1 – INDICADOR –** Percentual de municípios atendidos pelas atividades da FUNTROP.

- **Definição:** Este indicador mede a quantidade de municípios assistidos com as ações da Fundação.
- **Índice atual:** 25
- **Índice esperado:** 100
- **Fórmula de cálculo:** N. de municípios atendidos/139 x100
- **Unidade de medida:** percentual
- **Critério de acompanhamento:** anual
- **Responsável pela disponibilização do dado:** Fundação de Medicina Tropical – FUNTROP
- **Status do indicador:** disponível
- **Polaridade:** mais é melhor
- **Tipo de indicador:** Resultado

**3.10.2 – DIRETRIZES:**

- ▶ Realização de pesquisa, extensão e aprimoramento técnico-científico em saúde, com ênfase em Medicina Tropical e Saúde Pública.
- ▶ Desenvolvimento de atividades de Informação em Saúde em Medicina Tropical e Saúde Pública
- ▶ Construção, manutenção, reforma e aparelhamento do Complexo da FUNTROP
- ▶ Promoção de ensino de pós-graduação e educação permanente em Medicina Tropical e Saúde Pública

**3.11 – GARANTIR A GESTÃO E MANUTENÇÃO DA FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL DO TOCANTINS.**

**3.12 – VIABILIZAR A GESTÃO E MANUTENÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

## OBJETIVOS TRANSVERSAIS INTERINSTITUCIONAIS QUE FAZEM INTERFACE COM O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

3.13 – IMPLEMENTAR O PLANO ESTADUAL DE POLÍTICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS POR MEIO DA ELABORAÇÃO, ARTICULAÇÃO, CONSTRUÇÃO E O MONITORAMENTO DAS POLÍTICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, DO APERFEIÇOAMENTO DOS MARCOS INSTITUCIONAIS E LEGAIS E DO FORTALECIMENTO DA ATUAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS SOBRE DROGAS, INTENSIFICANDO O ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS.

3.14 – PROMOVER O PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO ESTADO, ARTICULANDO E DIVULGANDO AS AÇÕES DE GOVERNO, ASSESSORANDO O GOVERNADOR NO SEU RELACIONAMENTO COM A IMPRENSA E A COMUNIDADE.



# 4

## DIRETRIZES E METAS

---



**4.1 OBJETIVO :**

**PROMOVER O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA COM QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE, CONTRIBUINDO NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE, POR MEIO DAS ÁREAS ESTRATÉGICAS E CICLOS DE VIDA FORTALECENDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS.**

( N.º DO OBJETIVO NO PPA 2012 – 2015: 0131).



## **DIRETRIZ 01 : AMPLIAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS AÇÕES E SERVIÇOS - DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Em 1995 o Tocantins identificou a necessidade de reorganizar o modelo de atenção à saúde vigente até o momento, sendo isso possível com uma Atenção Primária forte e resolutive e que atuasse como pilar na construção de uma rede de atenção hierarquizada e regionalizada. Passa a adotar a Estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde como ação inicial, garantindo a contratação de enfermeiros nos municípios e iniciando em muito deles a garantia de acesso as ações básicas de saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é implantada a partir de 1998 com forte atuação de médicos cubanos, e mais tarde inclui a Saúde Bucal.

Em Dezembro de 2010, a cobertura da população tocantinense por Agentes Comunitários de Saúde era de 93,63%. Cerca de 85,86% da Estratégia Saúde da Família e 67,7% de Saúde Bucal, com um total de 403 equipes de ESF/SB, além dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF constituídos por equipes de profissionais de diferentes áreas (assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, educadores físicos, dentre outros), para apoio e parceria com os integrantes da ESF.

A ESF se constitui assim como o mais importante pilar na organização, funcionamento e fortalecimento da Atenção Primária no Tocantins, reorientando o modelo assistencial. Como primeiro nível de atenção à saúde, a Atenção Primária potencializa a resolutividade dos serviços por meio da ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na Promoção da Saúde e na assistência aos ciclos de vida (criança, mulher, adolescente, homem, idoso) e de agravos e doenças de relevância sanitária como controle da hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase, além de atuar fortemente em articulação com a vigilância em saúde na imunização e endemias. Desde que foi implantada, tem contribuído para o controle de agravos de relevância epidemiológica, na redução e melhoria de indicadores de saúde e principalmente na redução da mortalidade materna e infantil, na demanda aos serviços especializados e nas internações hospitalares em todo o Estado.

Para o período de 2012 a 2015, o Tocantins buscará ampliar e qualificar uma rede de Atenção Primária à saúde buscando assegurar resolubilidade e suficiência dessa rede, considerando que a mesma passa a ser considerada uma das portas de entrada no SUS conforme o decreto 7.508 de 28/06/11. Os projetos e atividades a serem desenvolvidos terão como objetivo estabelecer um padrão de qualidade, para isso a SESAU articulará junto aos gestores

municipais, padrões de qualidade e excelência no atendimento ao usuário reforçando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o cuidado dos casos crônicos atendendo os agudos e atuação na reabilitação. Serão desenvolvidas ações específicas para intensificar a promoção da saúde, orientando os municípios a implantação do Programa Academia de Saúde,

No âmbito da Atenção primária a proposta é expandir para 100% a cobertura do PACS em todo o Estado, ampliar o numero de equipes de ESF/SB e de NASF, apoiar a expansão de novos serviços tais como: Centros de Especialidades Odontológicas, atenção à saúde da pessoa com deficiência e atenção à saúde prisional.

Propõe-se para alcance do objetivo: ampliar em 50 o número de Equipes de Saúde da Família (ESF), ampliar em 35 o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB), ampliar em 15 o número de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantar até 2015, 04 Equipes de Saúde Prisionais.

### METAS:

- Implantar até 2015, 04 Equipes de Saúde Prisionais,
- Ampliar em 2012 os procedimentos de assistência odontológica de 01 presídio da Região de Saúde Centro Sul,
- Equipar até 2015 a Gestão Estadual da Atenção Primária,
- Ampliar em 50 o número de Equipes de Saúde da Família (ESF), passando de 410 para 460 até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Macro Norte Araguaína	05	06	07	07
Macro Sul Palmas	05	06	07	07
<b>Total Ano</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

- Ampliar em 35 o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) passando de 320 para 355 até 2015.

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Macro Norte Araguaína	04	04	04	06
Macro Sul Palmas	04	04	04	05
<b>Total Ano</b>	<b>08</b>	<b>08</b>	<b>08</b>	<b>11</b>

- Ampliar em 15 o número de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) passando de 18 para 33 até 2015.

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Macro Norte Araguaína	1	2	3	2
Macro Sul Palmas	1	2	3	1
<b>Total Ano</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

## DIRETRIZ 02: CAPACITAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ÂMBITO MUNICIPAL E ESTADUAL.

Os trabalhadores da saúde – componente indispensável para se alcançarem os objetivos dos serviços e a finalidade dos processos de trabalho – precisam buscar e acessar constantes espaços de reflexão sobre a prática, a atualização técnico-científica e o diálogo com usuários/população e demais trabalhadores que integram os serviços. O acompanhamento de processos de capacitação de trabalhadores da saúde demonstra que o aspecto menos desenvolvido é a avaliação (Davini, Nervi, Roschke, 2002), e os estudos que contribuem nessa direção apontam a fragilidade do impacto das capacitações na qualidade dos serviços de saúde (Viana et al., 2008; Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006; Peduzzi et al., 2006; Torres, Andrade, Santos, 2005; Ceccim, Feuerwerker, 2004).

Assim, destaca-se a implantação da educação permanente em saúde (EPS) como política nacional para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde, tendo em vista a articulação entre as possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Essa política pública propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (Brasil, 2007, 2004a, 2004b).

Segundo Pedroso (2005), nos serviços de saúde, a área de recursos humanos ainda é fortemente marcada pelos procedimentos de administração de pessoal, e as respostas às demandas de desenvolvimento são pontuais, centradas nas capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas, frequentemente desvinculadas das necessidades de saúde. Contudo, o autor destaca que essas atividades de educação continuada (EC) são importantes para a consolidação do SUS, visto que podem, em alguma medida, “aproximar

o vácuo existente entre a formação e a real necessidade do sistema de saúde” (Pedroso, 2005, p.92)(PEDUZZI, M *et al*).

A fim de alcançar a capacitação e atualização dos profissionais da atenção primária no âmbito municipal e estadual, a perspectiva é de realizar, até 2015, 15 Cursos para os profissionais da Atenção Básica sobre a Implementação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável – ENPACS, realizar, até 2015, 15 Cursos, para o público integrado nas ações de Alimentação e Nutrição nas regiões de saúde, garantir anualmente a participação de 30% dos profissionais da equipe gestora estadual da Atenção Básica em eventos técnicos, científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração, realizar em 2012, 01 Curso Básico de Avaliação em Saúde, na modalidade EAD, para 80 profissionais da gestão estadual e das Regiões de Saúde que atuam na Atenção Primária, realizar até 2015, 20 Oficinas de Capacitação em Sistemas de Informação da Atenção Primária, contemplando 100% dos municípios priorizados a partir do diagnóstico de necessidade das 15 Regiões de Saúde, realizar até 2015, 4 (quatro) cursos de capacitação para implantação e implementação de Ambulatório de Abordagem e tratamento ao fumante, realizar, anualmente, capacitação em temáticas relacionadas à Saúde do Homem para profissionais da Atenção Básica e Especializada de 10 municípios prioritários com a política de Saúde do Homem implantada, capacitar, até 2015, 70% dos profissionais de saúde que atuam nos estabelecimentos prisionais de 03 Regiões de Saúde, realizar até 2013, 02 intercâmbios técnicos e interfederativo para os profissionais das equipes de saúde prisional de 03 presídios das Regiões de Saúde: Capim Dourado, Centro Sul e Médio Norte, conhecerem normas e rotinas de serviços em outros Estados, realizar 08 cursos de capacitação na "Norma Técnica e Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN" para profissionais da Atenção Básica, realizar 04 cursos de capacitação para implantação do Saber Saúde nas Escolas da Rede Pública Estadual e Municipal até 2015.



**METAS:**

- Realizar, até 2015, 15 Cursos para os profissionais da Atenção Básica sobre a Implementação da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável – ENPACS:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde do Bico do Papagaio	1			
Região de Saúde do Médio Araguaia	1			
Região de Saúde Portal do Bico	1			
Região de Saúde Médio Norte	1			
Região de Saúde Araguaia-Tocantins	1			
Região de Saúde Lobo Guará				1
Região de Saúde Cultura do Cerrado				1
Região de Saúde Miracema		1		
Região de Saúde Cantão				1
Região de Saúde Capim Dourado		1		
Região de Saúde Porto Nacional		1		
Região de Saúde Centro Sul				1
Região de Saúde Sul Angical				1
Região de Saúde Sudeste			1	
Região de Saúde Extremo Sudeste			1	
<b>Total Ano</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>

- Realizar, até 2015, 15 Cursos, para o público integrado nas ações de Alimentação e Nutrição nas regiões de saúde:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde do Bico do Papagaio		1		
Região de Saúde do Médio Araguaia		1		
Região de Saúde Portal do Bico		1		
Região de Saúde Médio Norte		1		
Região de Saúde Araguaia-Tocantins		1		
Região de Saúde Lobo Guará			1	
Região de Saúde Cultura do Cerrado			1	
Região de Saúde Miracema	1			
Região de Saúde Cantão			1	
Região de Saúde Capim Dourado	1			
Região de Saúde Porto Nacional	1			
Região de Saúde Centro Sul			1	
Região de Saúde Sul Angical			1	
Região de Saúde Sudeste				1
Região de Saúde Extremo Sudeste				1
<b>Total Ano</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

- Garantir anualmente a participação de 10% dos profissionais da equipe gestora estadual da Atenção Básica em eventos técnicos, científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração,
- Realizar em 2012, 01 Curso Básico de Avaliação em Saúde, na modalidade EAD, para 80 profissionais da gestão estadual e das Regiões de Saúde que atuam na Atenção Primária,
- Realizar até 2015, 20 Oficinas de Capacitação em Sistemas de Informação da Atenção Primária, contemplando 100% dos municípios prioritizados a partir do diagnóstico de necessidade das 15 Regiões de Saúde,
- Realizar até 2015, 4 (quatro) cursos de capacitação para implantação e implementação de Ambulatório de Abordagem e tratamento ao fumante,
- Realizar, anualmente, capacitação em temáticas relacionadas à Saúde do Homem para profissionais da Atenção Básica e Especializada de 10 municípios prioritários com a política de Saúde do Homem implantada,
- Capacitar, até 2015, 70% dos profissionais de saúde que atuam nos estabelecimentos prisionais de 03 Regiões de Saúde,
- Realizar até 2013, 02 intercâmbios técnicos e interfederativo para os profissionais das equipes de saúde prisional de 03 presídios das Regiões de Saúde: Capim Dourado, Centro Sul e Médio Norte, conhecerem normas e rotinas de serviços em outros Estados,
- Realizar 08 cursos de capacitação na "Norma Técnica e Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN" para profissionais da Atenção Básica,
- Realizar 04 cursos de capacitação para implantação do Saber Saúde nas Escolas da Rede Pública Estadual e Municipal até 2015;
- Realizar 08 cursos com profissionais da Atenção Básica, Atenção Especializada e de Instituição de Longa Permanência sobre violência contra a pessoa idosa;
- Realizar 08 cursos com profissionais da Atenção Básica, Atenção Especializada e de Instituição de Longa Permanência sobre prevenção de quedas, fraturas e osteoporose.

**DIRETRIZ 03: ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA/ BUCAL, AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF), ATENÇÃO À SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, HIPERTENSÃO E DIABETES NOS LOCUS REGIONAIS.**

Particularmente, o Programa de Saúde da Família – PSF é considerado como um instrumento da reforma incremental que vem sendo operada no interior da política sanitária brasileira, principalmente a partir de 1995. Atuando de forma simultânea no modelo de prestação de ações e serviços de saúde (modelo assistencial), de organização do sistema e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde, o PSF vem provocando profundas alterações na condução e operação da política de saúde no Brasil nos diferentes níveis de governo, além de modificar os padrões de consumo de serviços de saúde, reorientando a demanda nos locais aonde se encontra implantado.

As concepções do PSF estão em conformidade com o conceito de saúde e com o formato da política presente na Constituição. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o principal objetivo do Programa é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde – orientado para a cura da doença e para o atendimento hospitalar – para um modelo que tem a família como *locus* privilegiado de atuação, enfatizando a articulação da equipe de saúde com a comunidade.

Resumidamente, observa-se no PSF a ênfase em práticas não convencionais de assistência – grande peso dado às atividades de prevenção e promoção, como forma de reorganização e antecipação da demanda, ao trabalho não-médico, à educação em saúde –, a reafirmação dos princípios de integralidade, hierarquização (atenção integral, referência e contra-referência) e regionalização (territorialização e delimitação de uma população alvo), propostos no modelo sistêmico do SUS, e a importância de ações intersetoriais.

A formulação de instrumentos incentivadores/regulatórios específicos para esse universo particular, bem como o acompanhamento da implantação do programa, requer um conjunto de informações específicas e o uso de análises e técnicas estatísticas bem definidas, para o melhor conhecimento dessas realidades, tendo em vista as particularidades dos sistemas de saúde municipais e as migrações constantes dos municípios de alguns modelos e/ou tipos para outros nos anos mais recentes.

As informações em saúde (capacidade instalada de serviços; produção; financiamento e gasto e desempenho da Atenção Básica e do PSF) estão distribuídas por diferentes sistemas nacionais de informação e não estão agregadas por tamanhos e tipos de municípios. Desse modo, é difícil construir uma visão integrada dos modelos e tipos de sistemas de saúde desenvolvidos nos grandes municípios e dos problemas referentes à integração dos diferentes níveis de assistência (básica, média e alta complexidade) nestes locais, bem como do alcance da proposta de (re)organização da Atenção Básica inserida no Programa de Saúde da Família ([www.ebah.com.br](http://www.ebah.com.br)).

São propostas para acompanhamento, monitoramento e avaliação, contribuindo para o alcance do objetivo: realizar 08 reuniões/oficinas do Plano de Redução da Mortalidade Materna e Infantil, realizar anualmente acompanhamento, avaliação e cooperação técnica para o desenvolvimento da Política de Atenção Básica em 50% das Regiões de Saúde, realizar acompanhamento, avaliação e cooperação técnica para o desenvolvimento da Política de Saúde do Homem em 40 municípios prioritários com a política de Saúde do Homem implantada.

**METAS:**

- Realizar 08 reuniões/oficinas do Plano de Redução da Mortalidade Materna e Infantil,
- Realizar acompanhamento, avaliação e cooperação técnica para o desenvolvimento da Política de Saúde do Homem em 40 municípios prioritários com a política de Saúde do Homem implantada,
- Realizar o acompanhamento, avaliação e cooperação técnica para o desenvolvimento da Política de Atenção Básica em 50% das Regiões de Saúde:

<b>REGIONALIZAÇÃO DA META:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
REGIÃO DE SAÚDE DO BICO DO PAPAGAIO		01		01
REGIÃO DE SAÚDE DO MÉDIO ARAGUAIA	01		01	
REGIÃO DE SAÚDE PORTAL DO BICO		01		01
REGIÃO DE SAÚDE MÉDIO NORTE	01		01	
REGIÃO DE SAÚDE ARAGUAIA-TOCANTINS		01		01
REGIÃO DE SAÚDE LOBO GUARÁ		01		01
REGIÃO DE SAÚDE CULTURA DO CERRADO	01		01	
REGIÃO DE SAÚDE MIRACEMA	01		01	
REGIÃO DE SAÚDE CANTÃO	01		01	
REGIÃO DE SAÚDE CAPIM DOURADO	01		01	
REGIÃO DE SAÚDE PORTO NACIONAL	01		01	
REGIÃO DE SAÚDE CENTRO SUL	01		01	
REGIÃO DE SAÚDE SUL ANGICAL		01		01
REGIÃO DE SAÚDE SUDESTE		01		01
REGIÃO DE SAÚDE EXTREMO SUDESTE		01		01
<b>TOTAL ANO</b>	<b>08</b>	<b>08</b>	<b>08</b>	<b>08</b>

**DIRETRIZ 04: PROMOÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE.**

A Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

O acesso da população penitenciária a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984, pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde e pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

As ações e os serviços de saúde definidos para a Saúde no Sistema Penitenciário são consoantes com os princípios e as diretrizes do SUS, imbuída da organização de sistemas de saúde e do processo de regionalização da atenção, que pauta o incremento da universalidade, da equidade, da integralidade e da resolubilidade da assistência.

As ações e os serviços de atenção básica em saúde são organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde. O acesso aos demais níveis de atenção em saúde é pactuado e definido no âmbito do estado em consonância com a regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

A busca é da efetiva integralidade das ações, representada pela incorporação do modelo epidemiológico. Esse modelo de atenção incorpora a articulação necessária com outros setores, afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Para tanto a perspectiva é: levar informação de saúde à população carcerária do Estado por meio de material informativo e educativo de saúde, fornecer, anualmente, 100% da demanda dos medicamentos à população carcerária dos 03 presídios sob a gestão do Estado, das 03 Regiões de Saúde.

**METAS:**

- Levar informação de saúde à população carcerária do Estado por meio de material informativo e educativo de saúde,
- Fornecer, anualmente, 100% da demanda dos medicamentos à população carcerária dos 03 presídios sob a gestão do Estado, das 03 Regiões de Saúde.

**DIRETRIZ 05: PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE, JOVEM, ADULTO E IDOSO.**

A área técnica da saúde do adolescente e do jovem se encarrega da promoção, proteção e recuperação da saúde de jovens e adolescentes e aborda as ações em saúde sobre crescimento e desenvolvimento; saúde sexual e reprodutiva; e redução da mortalidade por violência e acidentes. Dentre as ações da área técnica da saúde do adolescente e do jovem, encontram-se: Implementação das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde; Implementação da Caderneta da Saúde do(a) Adolescente; Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação provisória; Implementação do Plano de Ação Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

Viabilizar à população acesso à informação para saúde, tem como intuito a redução da incidência de doenças, melhorar a vigilância à saúde e contribuir, assim, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com idades entre 10 e 24 ano.

Esta diretriz ainda trata da saúde do adulto e do idoso. Deve-se enfatizar a especificidade do idoso, pois, o rápido processo de envelhecimento da população brasileira se dá em razão da transição de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, para uma de baixa mortalidade e gradualmente baixa fecundidade como justificam as projeções estatísticas para os próximos anos. Tal mudança se configura num desafio para as autoridades sanitárias, especialmente para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

O Idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias sem que isto se reverta em seu benefício. Em geral as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem

acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e internações freqüentes. A maioria dos quadros de dependência desta população está associada a condições crônicas que podem ser adequadamente manipuladas, muitas vezes, fora de instituições hospitalares ou asilares.

A efetiva organização dos sistemas de saúde pressupõe o fortalecimento do nível primário de atenção reforçando a necessidade de ruptura da visão piramidal. É fundamental a organização dos serviços em ações básicas de atenção a saúde do Idoso na produção do cuidado em defesa da vida. Tal enfoque será norteado por uma concepção de saúde que incorpora os determinantes sociais e coletivos, ressaltando a importância da singularidade do Idoso e tornando sujeito de sua própria condição de saúde (<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>)

São perspectivas: Ampliar a utilização da Caderneta de Saúde de Adolescentes e jovens de 11 para 82 municípios até 2015, distribuir até 2015, 20.000 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa para a população de idosos no Estado, realizar 02 Seminários Estaduais, com ênfase no "Envelhecimento Ativo e Saudável", até 2015, realizar 06 oficinas sobre a caderneta de saúde do adolescente para profissionais da Atenção Básica e Educação, realizar pesquisa de controle do Tabagismo em escolares na Capital do Estado, realizar supervisão e avaliação em 20% Ambulatórios e Escolas com ações implantadas de controle do Tabagismo, capacitar anualmente os profissionais dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em "Promoção e Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens", expandir até 2015, a Política Atenção Integral à Saúde do Homem: de 10 para 40 municípios prioritários, expandir, até 2015, a Política Atenção Integral à Saúde do Homem: de 10 para 40 municípios prioritários, realizar acompanhamento, avaliação e cooperação técnica para o desenvolvimento da Política de Saúde do Homem em 40 municípios prioritários com a política de Saúde do Homem implantada.



**METAS:**

- Ampliar a utilização da Caderneta de Saúde de Adolescentes e jovens de 11 para 82 municípios até 2015,
- Distribuir até 2015, 20.000 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa para a população de idosos no Estado,
- Realizar 02 Seminários Estaduais, com ênfase no "Envelhecimento Ativo e Saudável", até 2015,
- Realizar 06 oficinas sobre a caderneta de saúde do adolescente para profissionais da Atenção Básica e Educação,
- Realizar pesquisa de controle do Tabagismo em escolares na Capital do Estado,
- Realizar supervisão e avaliação em 20% Ambulatórios e Escolas com ações implantadas de controle do Tabagismo,
- Capacitar anualmente os profissionais dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em "Promoção e Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens",
- Expandir até 2015, a Política Atenção Integral à Saúde do Homem: de 10 para 40 municípios prioritários.

**DIRETRIZ 06: PROMOÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL A TODO CICLO DE VIDA: CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS.**

A implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Tocantins, a PNAN, que tem como proposta a melhoria das condições de nutrição e saúde da população, mediante à vigilância alimentar e nutricional, à promoção de práticas alimentares saudáveis e à prevenção, controle e cuidado dos agravos relacionados à alimentação e nutrição tem como diretriz a Promoção da Alimentação Saudável que é o estímulo a hábitos e práticas alimentares regionais que fortaleçam o consumo de alimentos básicos, produzidos de forma sustentável e culturalmente representados.

Implantar, até 2015, o "Sistema de Gerenciamento dos Casos de Beribéri" em 100% dos municípios de 04 Regiões de Saúde, aumentar em 30% a cobertura do Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), por Região de Saúde, passando de 50% para 80% até o ano de 2015, implantar até 2015 o "Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade" em 13 municípios

prioritários de 05 Regiões de Saúde, realizar até 2015, 02 Seminários Estadual sobre a "Vigilância Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Saudável" para profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), Programa Saúde na Escola (PSE), Núcleos de Atenção a Saúde da Família (NASF) e Academia da Saúde são propostas de ações em saúde nutricional.

#### METAS:

- Realizar até 2015, 02 Seminários Estaduais sobre a "Vigilância Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Saudável" para profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), Programa Saúde na Escola (PSE), Núcleos de Atenção a Saúde da Família (NASF) e Academia da Saúde,
- Aumentar em 30% a cobertura do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), por Região de Saúde, passando de 50% para 80% até o ano de 2014,
- Implantar, até 2015, o "Sistema de Gerenciamento dos Casos de Beribéri" em 100% dos municípios de 04 Regiões de Saúde:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde do Bico do Papagaio	4	6	2	2
Região de Saúde do Médio Araguaia	4	1	1	1
Região de Saúde Portal do Bico	4	1	1	1
Região de Saúde Médio Norte	5	3	3	2
<b>Total Ano</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>6</b>

- Implantar até 2015 o "Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade" em 13 municípios prioritários de 05 Regiões de Saúde:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Norte	1		1	
Região de Saúde Miracema		1	1	
Região de Saúde Capim Dourado	2			1
Região de Saúde do Cantão			2	2
Região de Saúde Centro Sul		3		
<b>Total Ano</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

**DIRETRIZ 07: ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E TRANSTORNOS ENDÓCRINOS.**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em populações do mundo. Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o *Diabetes mellitus* e a Hipertensão Arterial, fatores independentes e sinérgicos.

Outro importante problema de saúde pública é a hipertensão arterial, cuja prevalência estimada na população brasileira adulta é decerca de 15 a 20%, sendo que, entre a população idosa, esta cifra chega a 65%. Entre os hipertensos, cerca de 30% desconhecem serem portadores da doença. É uma doença que apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce de absenteísmo no trabalho.

O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético. Da mesma forma, o controle da hipertensão arterial resulta na redução de dano aos órgãos-alvo.

Para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo. O manejo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento.

São estratégias par alcance do objetivo proposto através desta diretriz: Implantar, até 2015, a Rede de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes no Tocantins, Fornecer insumos para rastreamento e diagnóstico da hipertensão arterial e diabetes mellitus a 139 municípios do Estado, Implantar até 2014 do Protocolo da Atenção a pessoa portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

**METAS:**

- Implantar, até 2015, a Rede de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes no Tocantins,
- Fornecer insumos para rastreamento e diagnóstico da hipertensão arterial e diabetes mellitus a 139 municípios do Estado,
- Implantar até 2014 do Protocolo da Atenção a pessoa portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

**DIRETRIZ 08: MANUTENÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO TOCANTINS.**

A Atenção Primária é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade possibilita que ele acesse a porta de entrada que são as unidades, com o intuito de facilitar o acesso da população a esse atendimento, o Governo do Tocantins está reestruturando a rede de atenção a saúde. Para isso, estão sendo levados em consideração os parâmetros de cobertura assistencial propostos pelo Ministério da Saúde.

Para tanto o Tocantins tem a necessidade de ampliação e adequação da oferta e cobertura. A fim de ampliar a qualidade do atendimento aos usuários a proposta é, aliado à estruturação e demais estratégias de melhoria, a manutenção de Recursos Humanos na Atenção Primária, o que é fundamental para o desenvolvimento das ações e serviços que constituem e integram a nossa rede de serviços de saúde. Esta manutenção deve se dar a partir da conservação do grupo de profissionais já envolvidos neste serviço, na qualificação e na alocação de novos profissionais sempre na complementação de processos de trabalho.

**4.2 OBJETIVO :**

**PROMOVER ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA, VISANDO À MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS MULHERES E NEONATOS DO ESTADO DO TOCANTINS.**

**( N.º DO OBJETIVO NO PPA 2012 – 2015: 0098).**



**DIRETRIZ 09: AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.**

O planejamento reprodutivo humano é matéria da mais alta relevância, tanto para as mulheres como para os homens brasileiros, embora ainda tenha dentro desta temática, muitos pontos desconhecidos por toda população e até mesmo por profissionais da área da saúde e do direito.

Cuidar da saúde reprodutiva não significa exercer o controle demográfico, que é repudiado pela maioria das pessoas e que a própria lei o proíbe. Trata-se de respeitar a vontade da pessoa humana, ajudando-a a planejar a constituição ou não de sua família ou entidade familiar, aumentando, limitando ou evitando a própria prole. São ações e serviços de saúde e também direitos humanos da saúde sexual e reprodutiva (<http://blogdaines.wordpress.com/2011/05/05/planejamento-familiar-ou-reprodutivo/>).

Para ampliar o acesso ao planejamento reprodutivo no Tocantins propõe-se: Implantar até 2015 o Protocolo de Planejamento Reprodutivo em 40% dos municípios das Regiões de Saúde, Implantar até 2014 a realização de laqueadura tubária e vasectomia em 03 Hospitais Municipais, ampliar em 15% a oferta de métodos contraceptivos para a população em idade fértil em todo o Estado passando de 305.245 unidades em 2011 para 351.035 até o ano 2015.

**METAS:**

- Implantar até 2015 o Protocolo de Planejamento Reprodutivo em 40% dos municípios das Regiões de Saúde,
- Ampliar em 15% a oferta de métodos contraceptivos para a população em idade fértil em todo o Estado passando de 305.245 unidades em 2011 para 351.035 até o ano 2015,
- Implantar até 2014 a realização de laqueadura tubária e vasectomia em 03 Hospitais Municipais:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Portal do Bico	-	01		-
Região de Saúde Sul Angical	-		01	-
Região de Saúde Sudeste	-		01	-
<b>Total Ano</b>	-	<b>01</b>	<b>02</b>	-

**DIRETRIZ 10: FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA NO TOCANTINS.**

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher que garantam ações relacionadas ao controle do câncer do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do país.

No Tocantins, para efetivar esta diretriz pretende-se: realizar em 30% dos municípios do estado supervisão, monitoramento, avaliação das ações relativas ao controle do câncer do colo do útero e mama até 2015, realizar 04 cursos de capacitação em gerenciamento e prevenção para o controle do câncer do colo de útero e mama para os profissionais que atuam na Atenção Primária até 2015, intensificar a divulgação de informações, acompanhamento e apoio técnico relativas ao Controle do Câncer de Colo de útero e mama até 2015 em 100% dos municípios, aumentar em 15% a razão de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos passando de 0,21 para 0,24 até 2015, aumentar em 33% a razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, passando de 0,06 para 0,08 até 2015.



**METAS:**

- Realizar em 30% dos municípios do estado supervisão, monitoramento, avaliação das ações relativas ao controle do câncer do colo do útero e mama até 2015
- Realizar 04 cursos de capacitação em gerenciamento e prevenção para o controle do câncer do colo de útero e mama para os profissionais que atuam na Atenção Primária até 2015.
- Intensificar a divulgação de informações, acompanhamento e apoio técnico relativas ao Controle do Câncer de Colo de útero e mama até 2015 em 100% dos municípios
- Aumentar em 15% a razão de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos passando de 0,21 para 0,24 até 2015.
- Aumentar em 33% a razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, passando de 0,06 para 0,08 até 2015.

**DIRETRIZ 11: FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA REDE CEGONHA.**

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito a:

- ♥ Ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal.
- ♥ Transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto.
- ♥ Vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto – “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”.
- ♥ Realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção.
- ♥ Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante.
- ♥ Atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.
- ♥ Acesso ao planejamento reprodutivo.

É uma Rede de cuidados que assegura às:

**MULHERES:** o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério.

**CRIANÇAS:** direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Tem como objetivos: Novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, Rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e. Redução da mortalidade materna e neonatal .

No Tocantins para efetivação desta diretriz propõe-se: Implantar 02 casas de gestante, bebê e puérpera, sendo 01 em Palmas e 01 em Araguaína até 2015, implantar até 2015, 02 centros de parto normal sendo: 01 em Palmas e 01 em Araguaína, Realizar acompanhamento, avaliação e cooperação técnica à Rede Cegonha, em 100% dos municípios do estado que aderirem a Rede, Adequar até 2015 a ambiência com aquisição de equipamentos, materiais permanente, ampliação e reforma de 14 serviços de obstetrícia das Unidades Hospitalares do Estado para a atenção humanizada ao parto e nascimento, Capacitar até 2015 em parto domiciliar 100% das parteiras tradicionais dos municípios de: Esperantina, São Miguel, Maurilândia,

Tocantinópolis, Campos Lindos, Goiatins, Itacajá, Miracema, Tocantínia, Lagoa da Confusão, Lagoa do Tocantins, Conceição do Tocantins e Paraná.

**METAS:**

- Implantar 02 casas de gestante, bebê e puérpera, sendo 01 em Palmas e 01 em Araguaína até 2015:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Norte	-	-	01	-
Região de Saúde Capim Dourado	-	-	-	01
<b>Total Ano</b>	-	-	<b>01</b>	<b>01</b>

- Implantar até 2015, 02 centros de parto normal sendo: 01 em Palmas e 01 em Araguaína:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Norte	01	-	-	-
Região de Saúde Capim Dourado	-	01	-	-
<b>Total Ano</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	-	-

- Adequar até 2015 a ambiência com aquisição de equipamentos, materiais permanente, ampliação e reforma de 14 serviços de obstetrícia das Unidades Hospitalares do Estado para a atenção humanizada ao parto e nascimento:

<b>REGIONALIZAÇÃO DA META:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
REGIÃO DE SAÚDE DO BICO DO PAPAGAIO	01			
REGIÃO DE SAÚDE DO MÉDIO ARAGUAIA			01	
REGIÃO DE SAÚDE PORTAL DO BICO		01		
REGIÃO DE SAÚDE MÉDIO NORTE	01			
REGIÃO DE SAÚDE LOBO GUARÁ			01	
REGIÃO DE SAÚDE CULTURA DO CERRADO			01	
REGIÃO DE SAÚDE MIRACEMA	01			
REGIÃO DE SAÚDE CANTÃO				01
REGIÃO DE SAÚDE CAPIM DOURADO	01			
REGIÃO DE SAÚDE PORTO NACIONAL			01	
REGIÃO DE SAÚDE CENTRO SUL		01		
REGIÃO DE SAÚDE SUDESTE		01		01
REGIÃO DE SAÚDE EXTREMO SUDESTE		01		
<b>TOTAL ANO</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>02</b>

- Realizar acompanhamento, avaliação e cooperação técnica à Rede Cegonha, em 100% dos municípios do estado que aderirem a Rede
- Realizar até 2015 o diagnóstico situacional do parto domiciliar e capacitações em parto domiciliar para 100% das parteiras tradicionais dos municípios de: Esperantina, São Miguel, Maurilândia, Tocantinópolis, Campos Lindos, Goiatins, Itacajá, Miracema, Tocantínia, Lagoa da Confusão, Lagoa do Tocantins, Conceição do Tocantins e Paraná;
- Garantir até 2015 o funcionamento de 02 casas de gestante, bebê e puérpera;
- Garantir até 2015 o funcionamento 02 centros de parto normal.

#### **DIRETRIZ 12: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

No ano de 2003, em parceria com diversos setores da sociedade, o Ministério a Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que foi publicada em 2004, objetivando incorporar entre os seus temas prioritários a promoção da atenção para mulheres, crianças e adolescentes em situação.

Com base nesse tema específico, a citada política tem como objetivo organizar redes integradas de atenção para mulheres e adolescentes articulando ações de prevenção às DST/aids e às hepatites, promovendo o empoderamento deste grupo.

Em consonância com o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, publicado em dezembro de 2004, a política pública de saúde trabalha nas perspectivas do enfrentamento das desigualdades de gênero e da garantia da atenção integrada e humanizada por intermédio da ampliação de serviços.

Para potencializar o alcance desta diretriz pretende-se: Ampliar a assessoria técnica à Rede de Atenção Integral à Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual para 10 municípios prioritários, passando de 05 para 15 municípios até 2015, Capacitar até 2015 30% de profissionais da Atenção Básica e Especializada na Linha do Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Criança, Adolescentes e suas famílias em

situação de violência, Implantar até 2015 os Protocolos de Atenção à Saúde da Criança em 20% dos municípios das Regiões de Saúde, Distribuir anualmente, 25.000 Cadernetas de Saúde da Criança para 100% de nascidos vivos, Ampliar para 09, até 2015 o n.º municípios com a Rede Amamenta Brasil na Atenção Básica, passando de 04 para 13 municípios, Ampliar a cobertura de 82,2% para 100% dos serviços de referência em Triagem Neonatal Fase I e habilitação da Fase II no âmbito estadual, ampliar de 03 para 04 o número de Bancos de Leite Humano no Estado até 2013, Implantar 03 Postos de Coletas de Leite Humano até 2013 sendo 02 no município de Palmas e 01 em Araguaína, Ampliar até 2015 de 01 para 05 o número de maternidades com o Método Canguru contemplando os municípios de Augustinópolis, Araguaína, Gurupi e Porto Nacional, Aumentar até 2015 em 68% a cobertura de captação de leite nos Bancos de Leite humano, Garantir a participação de 30% dos profissionais das equipes de Banco de Leite Humano do Estado em eventos técnicos, científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração Promover ações educativas de Incentivo ao Aleitamento Materno em 100% dos municípios do Estado, Promover ações educativas de Incentivo ao Aleitamento Materno em 100% dos municípios do Estado .

### METAS:

- Ampliar a assessoria técnica à Rede de Atenção Integral à Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual para 10 municípios prioritários, passando de 05 para 15 municípios até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Região de Saúde do Bico do Papagaio		01		-
Região de Saúde do Médio Araguaia			01	-
Região de Saúde Portal do Bico		01		-
Região de Saúde Araguaia-Tocantins	01			-
Região de Saúde Lobo Guará		01		-
Região de Saúde Cultura do Cerrado		01		-
Região de Saúde Centro Sul	01			-
Região de Saúde Sul Angical			01	-
Região de Saúde Sudeste		01		-
Região de Saúde Extremo Sudeste			01	-
<b>Total Ano</b>	<b>02</b>	<b>05</b>	<b>03</b>	<b>-</b>

- Ampliar para 09, até 2015 o n.º municípios com a Rede Amamenta Brasil na Atenção Básica, passando de 04 para 13 municípios:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde do Bico do Papagaio	01		01	01
Região de Saúde do Médio Araguaia		01		
Região de Saúde Portal do Bico			01	
Região de Saúde Cultura do Cerrado				
Região de Saúde Miracema	01			
Região de Saúde Cantão		01		
Região de Saúde Centro Sul		01		
Região de Saúde Sudeste	01			
<b>Total Ano</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>02</b>	<b>01</b>

- Ampliar até 2015 de 01 para 05 o número de maternidades com o Método Canguru contemplando os municípios de Augustinópolis, Araguaína, Gurupi e Porto Nacional:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Portal do Bico	01			-
Região de Saúde Médio Norte	01			-
Região de Saúde Porto Nacional		01		-
Região de Saúde Centro sul			01	-
<b>Total Ano</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>-</b>

- Aumentar até 2015 em 68% a cobertura de captação de leite nos Bancos de Leite humano,
- Garantir a participação de 30% dos profissionais das equipes de Banco de Leite Humano do Estado em eventos técnicos, científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração,
- Promover ações educativas de Incentivo ao Aleitamento Materno em 100% dos municípios do Estado,
- Capacitar até 2015 30% de profissionais da Atenção Básica e Especializada na Linha do Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Criança, Adolescentes e suas famílias em situação de violência,
- Implantar até 2015 os Protocolos de Atenção à Saúde da Criança em 20% dos municípios das Regiões de Saúde,
- Distribuir anualmente, 25.000 Cadernetas de Saúde da Criança para 100% de nascidos vivos,
- Ampliar a cobertura de 82,2% para 100% dos serviços de referência em Triagem Neonatal Fase I e habilitação da Fase II no âmbito estadual

- Ampliar de 03 para 04 o número de Bancos de Leite Humano no Estado até 2013.
- Implantar 03 Postos de Coletas de Leite Humano até 2013 sendo 02 no município de Palmas e 01 em Araguaína.

### **DIRETRIZ 13: AMPLIAÇÃO E MELHORIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA NO ESTADO.**

No Brasil, o início da década de 1990, a Mortalidade Neonatal passa a ser o principal componente da Mortalidade Infantil, em função, principalmente, da redução proporcional de óbitos pós-neonatais e da manutenção do componente neonatal precoce. Essa maior visibilidade dos óbitos neonatais decorre da melhoria dos sistemas de informação, condicionada a inclusão da assistência obstétrica e neonatal, em seus diferentes níveis de complexidade, na agenda de prioridades das políticas de saúde nos três âmbitos de gestão do sistema de saúde.

Para esta diretriz de ampliação e melhoria de acesso aos serviços de neonatologia e obstetrícia no Estado propõe-se: A Implantar 08 leitos de terapia intensiva para obstetrícia no Hospital e Maternidade Dona Regina até 2013, Ampliar em 15 o número de leitos de unidade de terapia intensiva neonatal, passando de 30 leitos em 2011 para 45 até 2015, Implantar 20 leitos de unidades de cuidado intermediário neonatal (UCI), passando de 29 leitos em 2011 para 49 até 2015.

#### **METAS:**

- Implantar 08 leitos de terapia intensiva para obstetrícia no Hospital e Maternidade Dona Regina até 2013.
- Ampliar em 15 o número de leitos de unidade de terapia intensiva neonatal, passando de 30 leitos em 2011 para 45 até 2015
- Implantar 20 leitos de unidades de cuidado intermediário neonatal (UCI), passando de 29 leitos em 2011 para 49 até 2015





**4.3 OBJETIVO :**

**GARANTIR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA INTEGRAL ATRAVÉS DO  
ATENDIMENTO HUMANIZADO, FORNECENDO PRODUTOS DE  
QUALIDADE COM ÊNFASE NO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS  
NO ÂMBITO DO SUS..**

( N.º DO OBJETIVO NO PPA 2012 – 2015: 0112).



**DIRETRIZ 14: PROMOÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS DOS COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA, ESTRATÉGICO E ESPECIALIZADO.**

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. Ela é estruturada em 3 eixos:

**O primeiro eixo** visa o financiamento no âmbito da atenção básica – AFB, mediante transferência de recursos a estados e municípios, além do custeio direto pelo MS das insulinas para tratamento dos portadores de diabetes. Os recursos federais para essa assistência correspondem a R\$ 5,10 habitante/ano e devem se aplicados no custeio das despesas com medicamentos constantes do elenco de referência nacional e pactuado pelo Estado e Município.

A resolução CIB n.º 47 de julho de 2011, aprova a execução e o financiamento mediante a pactuação entre as Secretaria Municipais de Saúde, Secretaria Estadual e Ministério da Saúde, referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, onde:

- I. Estado com um valor de R\$ 2,06 por habitante/ano;
- II. Municípios com um valor de R\$ 1,86 por habitante/ano;
- III. União com um valor de R\$ 5,10 por habitante/ano.

Os recursos financeiros serão transferidos do Fundo Estadual de Saúde para os respectivos Fundos Municipais de Saúde em parcelas de 1/12 avos.

A mesma Resolução aprova o financiamento dos insumos complementares destinados aos usuários insulino – dependente, onde:

- I. Estado com um valor de R\$ 0,50 por habitante/ano;
- II. Municípios com um valor de 0,50 por habitante/ano.

O recurso financeiro será transferido do Fundo Estadual de Saúde para os respectivos Fundos Municipais de Saúde em parcelas de 1/12 avos.

Diante do crescimento de pessoas em sofrimento psíquico e do alto índice de usuários de álcool e outras drogas, a Gerência Técnica de Saúde Mental e a Diretoria de Assistência Farmacêutica vem trabalhando dentro do eixo I, Pactuação para a Saúde Mental, onde o Estado avançou de 5 (cinco)

Centros de Atenção Psicossocial para 11 (onze), pretendendo-se chegar em 18 no ano de 2012.

O Ministério da Saúde financiará ainda, com recursos distintos dos valores do repasse fundo a fundo, a aquisição e a distribuição dos medicamentos dos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher.

**No segundo eixo**, está O Componente de Medicamentos Estratégicos da Assistência Farmacêutica que é utilizado para o tratamento de agravos específicos agudos ou crônicos com perfil endêmico, com impacto sócio-econômico importante cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidas. São doenças que atingem ou põem em risco as coletividades e tem como estratégia de controle o tratamento de seus portadores

O programa é definido pelo Ministério da Saúde, sendo também responsável pela aquisição e financiamento dos medicamentos que são repassados para os Estados.

O MS distribui anti-retrovirais, talidomida e medicamentos para hanseníase e tuberculose periodicamente para os estados, sem a necessidade de requisição. Nestes casos, os estados só realizam requisição de medicamentos ao MS em situações específicas, como o aumento da demanda acima do programado. A requisição de medicamentos para as endemias focais é realizada periodicamente por meio do Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES) conforme demanda regional.

A Gestão Estadual é responsável pela programação e distribuição de medicamentos dos Programas de DST/Aids, Hanseníase, Tuberculose, Talidomida (Mieloma múltiplo) e Endemias Focais: (Malária, Tracoma, Meningite, Cólera, Doença de Chagas, Leishmaniose, Influenza, Dengue) e ais recentemente, por meio da Portaria GM nº. 4217/2010, os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo.

**No terceiro eixo**, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso.

**METAS:**

- Realizar, anualmente, o regular repasse financeiro mensal a 100% dos municípios para a aquisição dos Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica.
- Realizar, anualmente, o regular repasse financeiro mensal a 100% dos municípios para a aquisição dos insumos usuais na aplicação da insulina.
- Realizar, o repasse financeiro anual a 100% dos municípios que possuem Centro de Atenção Psicossocial – CAPS para aquisição de medicamentos para a saúde mental.
- Fornecer, anualmente Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica Estadual para 100% dos usuários que atendem ao Protocolo de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde

**DIRETRIZ 15: AMPLIAÇÃO DO ACESSO A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DE PROTOCOLO ESTADUAL**

Todos os Componente da Assistência Farmacêutica são regulamentados por protocolos clínicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde que contêm critérios de diagnósticos, indicação e tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento para os medicamentos de dispensação excepcional.

O recurso destinado ao financiamento destes Componentes é repassado mensalmente pelo Ministério da Saúde com base nas médias dos valores aprovados durante o trimestre, a partir das informações apresentadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais conforme sua complexidade e responsabilidade sanitária no SUS. Da mesma forma com as demais áreas abrangidas pela Assistência Farmacêutica seguem o ciclo previsto para esta atividade de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos.

**METAS:**

- Fornecer anualmente Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica Estadual para 100% dos usuários em situação de privação de liberdade;
- Fornecer, anualmente, 04 tipos de medicamento para 100% de usuários com enfermidades prevalentes que não se enquadram nos Protocolos de Diretrizes Terapêuticas Nacional.

## DIRETRIZ 16: DESCENTRALIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ESTADUAL

O processo de descentralização da Assistência Farmacêutica, ao promover a gestão local dos recursos financeiros e da operacionalização da aquisição de medicamentos, avança na direção de um dos eixos que estruturam a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

O medicamento é um insumo estratégico de suporte às ações de saúde, cuja falta pode significar interrupções constantes no tratamento, o que afeta a qualidade de vida dos usuários e a credibilidade dos serviços farmacêuticos e do sistema de saúde como um todo.

A diretriz de descentralização do acesso aos serviços da Assistência Farmacêutica Estadual é um reconhecimento deste direito do usuário e desta necessidade dos serviços de saúde.

### METAS:

- Implantar duas Unidades de Atendimento da Assistência Farmacêutica do Componente Especializado nos municípios de Augustinópolis, Araguaína e Dianópolis até o ano de 2013.

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Região de Saúde do Bico do Papagaio	01	-	-	-
Região de Saúde do Médio Norte	-	01	-	-
Região de Saúde Sudeste	01	-	-	-
<b>Total Ano</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	-	-

**DIRETRIZ 17: MANUTENÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO TOCANTINS**

Considerando a designação *força de trabalho em saúde* na direção de Paim (1994, p. 64): “[com] a compreensão dos Recursos Humanos como força de trabalho na sua dupla dimensão ‘mercadoria’ específica com desvantagem estrutural e ator social capaz de fazer história – além de ‘sujeito–agente’ das práticas de saúde, eticamente comprometido com a vida e com a redução do sofrimento humano, implica a superação da idéia de meros insumos da função de produção. Já não bastam os enfoques da administração, do planejamento normativo, de teoria do capital humano. Seus problemas também não são redutíveis à gestão do trabalho, ao planejamento estratégico, à economia política”.

**METAS:**

- Manter 61 trabalhadores do SUS que atuam na Assistência Farmacêutica do estado do Tocantins.



**4.4 OBJETIVO :**

**ASSEGURAR A AUTO-SUFICIÊNCIA E QUALIDADE DO SANGUE E SEUS COMPONENTES PARA ATENDER A DEMANDA TRANSFUSIONAL DAS UNIDADES DE SAÚDE DO TOCANTINS, VIABILIZANDO A ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS NO ÂMBITO DO SUS.**

( N.º DO OBJETIVO NO PPA 2012 – 2015: 0121).



**DIRETRIZ 18: FORTALECIMENTO, EXPANSÃO E MODERNIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA HEMORREDE DO TOCANTINS.**

No que diz respeito aos investimentos em estrutura física das unidades da Hemorrede, foram aplicados recursos federais com contrapartida do estado, de 2008 a 2011, para ampliar e/ou reformar 04 das 05 cinco unidades de coleta do estado. Para caracterizar, este investimento, cita-se a ampliação do Hemocentro Coordenador de Palmas, com uma obra em anexo ao Hospital Geral de Palmas, que ampliou o acesso da população a região sul do município para a doação de sangue e implementou o atendimento multiprofissional aos pacientes portadores de doenças hematológicas referenciados à região.

Conforme Portaria do MS nº 1.353, de 13 de junho de 2011, os registros referentes à doação e à transfusão devem ser preferencialmente informatizados. Na Hemorrede do Tocantins, 04 das 05 unidades de coleta possuem sistema informatizado que abrange todo o ciclo do sangue.

Com respeito aos investimentos em capacitação e qualificação dos colaboradores da Hemorrede do Tocantins, anualmente são realizados eventos que abordam temas sobre os procedimentos do ciclo do sangue, como por exemplo, os Simpósios de Hemoterapia (2008 e 2010) e Fórum de Resíduos (2009). Em 2010, através de uma parceria com a Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados/MS, aproximadamente 50 profissionais concluíram o Curso de Especialização em Segurança Transfusional.

No período de 2012 a 2015, a Hemorrede do Tocantins atuará para ampliar e qualificar a rede hemoterápica do estado buscando o fortalecimento dos atores envolvidos na Política Estadual do Sangue. Para tanto, o programa de certificação ISO 9001 do Hemocentro Coordenador de Palmas será ampliado para as unidades de Araguaína e Gurupi.

Ademais, sistemas de informação, novos equipamentos e técnicas serão implantados nas unidades hemoterápicas, para assegurar o atendimento a demanda transfusional e garantir o atendimento de qualidade aos pacientes portadores de doenças hematológicas.

Para a ampliação da Rede de serviços hematológicos, pretende-se: ampliar 02 unidades de coleta de sangue da Hemorrede do Tocantins até 2015. (Araguaína, Gurupi), adquirir e instalar 01 elevador no Hemocentro Regional de Araguaína em 2012, reformar as 05 unidades de coleta de sangue da Hemorrede do Tocantins até 2015. (Palmas, Araguaína, Porto Nacional, Augustinópolis e Gurupi), implantar o atendimento odontológico, coleta por

aférese, aférese terapêutica e o hospital dia no ambulatório de Hematologia do Hemocentro Coordenador de Palmas em 2012.

Para modernização da Hemorrede do Tocantins, pretende-se: modernizar e ampliar o parque tecnológico das 18 Unidades da Hemorrede do Tocantins até 2015. (Palmas (3), Porto Nacional, Miracema, Paraíso, Pedro Afonso, Arraias, Dianópolis, Taguatinga, Araguaína, Augustinópolis, Xambioá, Colinas, Guaraí, Tocantinópolis, Gurupi (2), adquirir e disponibilizar tecnologia de informação para as 18 Unidades da Hemorrede do Tocantins até 2015, adquirir 02 veículos adaptados para a coleta externa dos Hemocentros de Palmas e Araguaína até 2015.

Para a comprovação e o reconhecimento que representam prestígio para o Estado, motivação para a equipe e qualificação dos serviços para os usuários, pretende-se: certificar o Hemocentro Coordenador de Palmas, Hemocentro Regional de Araguaína e Núcleo de Hemoterapia de Gurupi na ISO 9001/2008 até 2015.

#### **METAS:**

- Ampliar 01 unidade de coleta de sangue da Hemorrede do Tocantins até 2015. (Gurupi);
- Adquirir e instalar 01 elevador no Hemocentro Regional de Araguaína em 2012;
- Reformar as 02 unidades de coleta de sangue da Hemorrede do Tocantins até 2015. (Porto Nacional e Augustinópolis);
- Implantar o atendimento odontológico, coleta por aférese, aférese terapêutica e o hospital dia no ambulatório de Hematologia do Hemocentro Coordenador de Palmas em 2013;
- Adquirir 01 veículo adaptado para a coleta externa dos Hemocentros de Palmas até 2015;
- Produzir 300.000 hemocomponentes até 2015;
- Realizar anualmente um evento técnico científico na área de hematologia e hemoterapia no Estado do Tocantins,
- Modernizar e ampliar a área de tecnologia da informação de 05 Unidades da Hemorrede do Tocantins até 2015:

- Capacitar 200 profissionais que atuam nas atividades hemoterápicas e hematológicas da Hemorrede do Tocantins até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	50	50	50	50
<b>Total Ano</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

- Certificar o Hemocentro Coordenador de Palmas, Hemocentro Regional de Araguaína e Núcleo de Hemoterapia de Gurupi na ISO 9001/2008 até 2015.

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Região de Saúde Capim Dourado	-	01		
Região de Saúde Médio norte	-		01	
Região de Saúde Centro Sul	-			01
<b>Total Ano</b>	<b>-</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

#### DIRETRIZ 19: PROMOÇÃO DE CAMPANHAS DE DIVULGAÇÃO DA DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE SANGUE E CADASTRO DE MEDULA ÓSSEA

Em 2010, a taxa de doação de sangue no estado alcançou 1,89% da população considerada apta (18 a 65 anos). A organização Mundial da Saúde (OMS) considera que se houvesse entre 1% a 3% da população como doadora regular de sangue, haveria hemocomponentes disponíveis para atender as necessidades nacionais.

Segundo dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer), a região Norte corresponde somente com 3% do número de cadastrados no REDOME (Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea). Desde a implantação, em 2007, 18.000 cadastros já foram realizados nas unidades da Hemorrede do Tocantins.

A atuação dos setores de captação de doadores das unidades hemoterápicas exercem uma importante influência nos indicadores de doação de sangue. Neste sentido, até 2015, a meta da Hemorrede do Tocantins é alcançar o índice de 2,5% da população apta a doar sangue. Ainda neste cenário o objetivo é ampliar para 58.000 o número de cadastros do estado no REDOME.

A perspectiva é materializar a captação de doadores voluntários de sangue e medula óssea alcançando 60% de doadores voluntários nas unidades de coleta da Hemorrede do Tocantins até 2015, aumentando em 20% a taxa de

doação de sangue da população tocantinense, passando de 2,1% em 2011 para 2,5% até 2015 e ampliando em 322% o número de candidatos a doação de medula óssea no REDOME, passando de 18.000 em 2011 para 58.000 em 2015.

**METAS:**

- Aumentar, anualmente, em 3% o percentual de doadores voluntários nas 05 unidades de coleta da Hemorrede do Tocantins;
- Aumentar em 20% a taxa de doação de sangue da população tocantinense, passando de 2,1% em 2011 para 2,5% em 2015;
- Ampliar em 322% o número de candidatos a doação de medula óssea no REDOME, passando de 18.000 em 2011 para 58.000 em 2015.

**DIRETRIZ 20: PROMOÇÃO DO ACESSO AOS PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DA HEMORREDE DO TOCANTINS**

O ambulatório de hematologia do Hemocentro Coordenador de Palmas atende uma média de 180 pacientes/mês e possui laboratórios de referência no estado para diagnóstico e acompanhamento de pacientes com hemoglobinopatias e coagulopatias.

Esse atendimento necessita ser ampliado visando atender a todos os pacientes que necessitam de tratamento.

**METAS:**

- Atender, anualmente, a 100% das pessoas portadoras de doenças hematológicas identificadas na triagem por demanda espontânea

**DIRETRIZ 21: MANUTENÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DA HEMORREDE DO TOCANTINS**

Para a designação *trabalhadores de saúde*, baseamo-nos na definição de Médici (*apud* PAIM, 1994, p. 5): “todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor”.

Desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (leis n.ºs. 8.080 e 8.142/90), a questão da força de trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido apontada como um dos seus nós críticos, sem, com isto, merecer o devido tratamento no que diz respeito à sua organização e gestão em todos os níveis, inclusive estadual. É imprescindível a adequada alocação de Recursos Humanos para desenvolvimento de Políticas de Saúde da Assistência Farmacêutica, enquanto setor estruturante do SUS do TO.

**METAS:**

- Manter 329 trabalhadores do SUS que atuam na Gestão e nos serviços da Hemorrede do estado do Tocantins.





**4.5 OBJETIVO :**

**FORTALECER A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK E OUTRAS DROGAS.**

**( N.º DO OBJETIVO NO PPA 2012 – 2015: 0097).**



**DIRETRIZ 22: IMPLEMENTAÇÃO, FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK E OUTRAS DROGAS**

O Ministério da Saúde com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar/diversificar o tratamento a usuários e dependentes de álcool, crack e outras drogas e a seus familiares pretende ampliar o acesso à Rede de Atenção Integral à Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas através do acolhimento desses usuários com oferta de cuidados básicos em saúde, mobilização da rede social de cuidado, a expansão dos consultórios de rua com equipe multidisciplinar volante para atendimento à pessoas em situação de rua, com desenvolvimento de ações de prevenção, redução de danos, promoção e cuidados básicos em saúde.

Como estratégia para manutenção dos Serviços de Saúde Mental no Estado e Municípios serão realizados, anualmente, o regular repasse financeiro mensal a 100% dos municípios que possuem CAPS na contrapartida estadual no valor de 25%.

**METAS:**

- Ampliar até 2015 de 08 para 13 o número de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I nos municípios de: Xambioá, Guaraí, Miracema, Pedro Afonso, Peixe e Arraias:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Araguaia		01		
Região de Saúde Lobo Guará	01			
Região de Saúde Miracema			01	
Região de Saúde Cultura do Cerrado			01	
Região de Saúde Sul Angical		01		
Região de Saúde Extremo Sudeste				01
<b>Total Ano</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>01</b>

- Ampliar até 2014 de 02 para 04 o número de CAPS II no Tocantins nos municípios de Gurupi e Dianópolis:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Centro Sul	-	01		-
Região de Saúde Sudeste	-		01	-
<b>Total Ano</b>	<b>-</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>-</b>

- Ampliar até 2015 de 03 para 06, o número de ambulatório para Saúde Mental nos municípios de Gurupi, Dianópolis e Porto Nacional:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Região de Saúde Centro Sul	-	01		
Região de Saúde Sudeste	-		01	
Região de Saúde Porto Nacional	-			01
<b>Total Ano</b>	-	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

- Ampliar até 2013 os serviços do CAPS AD II de Palmas para CAPS AD III;
- Realizar o regular repasse financeiro mensal a 100% dos municípios que possuem CAPS na contrapartida estadual no valor de 25% a partir de 2012;
- Garantir a participação de 20% dos profissionais da equipe gestora estadual da Saúde Mental em eventos técnicos, científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração, no âmbito nacional e internacional;
- Realizar 04 eventos técnico científico acerca da Política Estadual de Saúde Mental

### DIRETRIZ 23: REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

De acordo com o II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado nas 108 maiores cidades do País, 0,7% da população adulta relatava já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que representa um contingente de mais de 380 mil pessoas. A maior porcentagem de uso de crack na vida foi encontrada entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos de idade (3,2% da população adulta ou cerca de 193 mil pessoas). A comparação dos resultados do I levantamento, realizado em 2001, com esse II (feito em 2005) mostrou que houve aumento estatisticamente significativo daqueles que relataram uso de crack no mês da pesquisa. Comparando o uso de crack com outras formas de uso da cocaína, há uma proporção maior de uso intenso e de aumento da fissura entre os que usam crack. Em 2009, foi lançado o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (Pead). Esse plano potencializou a implantação de CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool

e outras Drogas), de leitos hospitalares e de estratégias de articulação intersetorial.

**METAS:**

- Implantar até 2015, 04 Casa de Acolhimento Transitório nas cidades de (Araguaína, Palmas, Gurupi e Dianópolis:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Norte	-	01		-
Região de Saúde Capim Dourado	-	01		
Região de Saúde Centro Sul	-		01	
Região de Saúde Sudeste	-			01
<b>Total Ano</b>	<b>-</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

- Implantar até 2015 15 leitos de psiquiatria nos Hospitais de Referência Estadual de Augustinópolis, Xambioá Pedro Afonso, Guaraí, Arraias, Miracema e Paraíso:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Bico do Papagaio	02			-
Região de Saúde Médio Araguaia	02			
Região de Saúde Lobo Guará		02		
Região de Saúde Cultura do Cerrado		02		
Região de Saúde de Miracema			02	
Região de Saúde Cantão	03			
Região de Saúde Extremo Sudeste	-			02
<b>Total Ano</b>	<b>07</b>	<b>04</b>	<b>02</b>	<b>02</b>

- Implantar e equipar ate 2014, 04 Unidades de Saúde Mental nos Hospital de Referencia Estadual de Porto Nacional, Gurupi, Araguaína e Dianópolis;

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Norte	01			-
Região de Saúde de Porto Nacional		01		-
Região de Saúde Centro Sul		01		-
Região de Saúde Sudeste			01	-
<b>Total Ano</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>-</b>

- Reformar e equipar o CAPS II de Araguaína até 2013.

**DIRETRIZ 24: ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

Estima-se que cerca de 3% da população mundial, em todas as faixas etárias, necessite de cuidados contínuos em saúde mental em função de transtornos mentais severos e persistentes: psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves ou deficiência mental com grave dificuldade de adaptação (*National Institute of Mental Health*). Estima-se também que cerca de 9% da população geral, em todas as faixas etárias, precisa de cuidados em saúde mental na forma de consulta médica-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação ou outras formas de abordagem, em função de transtornos mentais considerados leves. Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem por volta de 6% da população mundial, sendo que, deste total, pesquisas brasileiras identificam que “aproximadamente 10% da população acima de 12 anos de idade seja dependente de álcool” (Unifesp/2006–2007).

A política nacional de saúde mental, sobretudo a partir da Lei nº. 10.216/2001, avançou significativamente na superação do modelo hospitalocêntrico, que caracterizou a atenção à saúde mental pública no Brasil. No período de 2004–2007, foi construída uma rede aberta de atenção à saúde mental, com 1.143 centros de atenção psicossocial (CAP) e 479 residências terapêuticas; implantado o programa de “Volta para Casa” (com mais de 2.800 beneficiários); fomentadas experiências de inclusão social pelo trabalho e pelas cooperativas sociais; e diminuídos de forma expressiva os leitos psiquiátricos.

A Supervisão Clínica Institucional nas Unidades de Saúde Mental em parceria com a Secretaria de Cidadania e Justiça, Política Militar, Polícia Civil será subsidiada pelo acompanhamento, apoio técnico, monitoramento, avaliação e supervisão a ser realizado, anualmente, em todas das Unidades Assistenciais de Saúde Mental (Ambulatórios de Psiquiatria, CAPS, CATs, Residências Terapêuticas, Unidades Hospitalares).

**METAS:**

- Realizar, anualmente, em 100% das Unidades Assistenciais de Saúde Mental (Ambulatórios de Psiquiatria, CAPS, CATs, Residências Terapêuticas, Unidades Hospitalares) acompanhamento, apoio técnico, monitoramento, avaliação e supervisão.

**DIRETRIZ 25: MANUTENÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE MENTAL DO TOCANTINS**

Historicamente, as políticas de educação profissional implementadas no Brasil foram voltadas para a formação de técnicos para os diversos ramos da indústria, tendo o estado brasileiro um papel secundário na capacitação de pessoal para os setores de serviços. Essa orientação repercutiu sobremaneira na formação para serviços de saúde, já que resultou numa quase total inexistência de políticas de financiamento com esta finalidade.

Também a formação destes trabalhadores foi marcada por currículos arcaicos, centrados no modelo hospitalocêntrico, com carga horária excessiva, dissociação entre teoria e prática e entre ciclos básico e clínico, formação que favorece a utilização indiscriminada de tecnologia, prática profissional impessoal e descontextualizada.

É grande a necessidade de se desencadear processos de capacitação de trabalhadores de saúde e especificamente em saúde mental, já que o trabalho é entendido como central para a melhoria da performance e da atenção prestada pelos serviços de saúde.

A educação permanente é compreendida como sendo um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma praxe crítica e criadora.

No campo da saúde mental, a estratégia de educação permanente tem como desafio consolidar a reforma psiquiátrica. Para o alcance deste desafio, os tradicionais programas de educação continuada, destinados apenas a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo de conhecimento, devem ser substituídos por programas mais amplos de educação permanente que visem articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde.

Propõem-se capacitar as equipes que forem sendo formadas dos CAPS, Hospitais, Residências Terapêuticas, Casas de Acolhimento Transitório, Consultórios de Rua, dentre outras, formar supervisores clínico-institucionais, garantir a participação dos profissionais da equipe gestora estadual da Saúde Mental em eventos técnicos, científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração, no âmbito nacional e internacional e realizar eventos técnico científico acerca da Política Estadual de Saúde Mental.

Frente aos avanços da legislação vigente em Saúde Mental, faz-se necessário a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde fundamentada em uma nova ética setorial, que rompa com os alicerces tradicionais das organizações de prestação de serviços, até então fundamentada no modelo asilar, em que o indivíduo não participa ativamente do tratamento, sendo visto como doente, dando ênfase ao orgânico ocorrendo isolamento social e familiar, em que a equipe multiprofissional presta cuidados fragmentados.

O novo modelo denominado psicossocial considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais, que utiliza como estratégias as psicoterapias, socioterapias, e um conjunto de dispositivos de reorientação sociocultural onde o indivíduo é o participante principal do seu tratamento enquanto pertencente a um grupo familiar e social.

A manutenção de recursos humanos na Saúde Mental do Tocantins, através da alocação de profissionais e qualificação dos mesmos, é imprescindível na organização do trabalho e, conseqüentemente, no desenvolvimento das práticas.

#### **METAS:**

- Manter 107 trabalhadores do SUS que atuam na Gestão e nos serviços de Saúde Mental o estado do Tocantins.



**DIRETRIZ 26: EXECUÇÃO DE AÇÕES INTEGRADAS, MULTIDISCIPLINARES E INTERSETORIAIS E ESTRUTURAÇÃO DE EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS/DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, PREVISTAS NO PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO AO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS**

O uso prejudicial de álcool e outras drogas acomete grande parte da população, em especial o álcool e hoje com maior gravidade, o crack, sendo que transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de drogas é bem significativo.

Os transtornos associados ao uso prejudicial de drogas, pela relevância epidemiológica e agravos provocados à saúde, vêm sendo abordados como problemas de saúde pública e objeto de políticas específicas do SUS. Contudo, precisa da intersectorialidade para atuação mais efetiva envolvendo outros órgãos e setores da sociedade civil organizada.

A diretriz que sugere a execução de ações integradas, multidisciplinares e intersectoriais e estruturação de equipamentos públicos de atenção aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas, previstas no Plano Integrado de Enfrentamento ao Consumo de Álcool e Drogas prevê ações conjuntas com a segurança pública e demais órgãos.

**METAS:**

- Implantar até 2014, 02 CAPS Alcool e Droga III nas cidades de Palmas e Araguaína:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Norte	-		01	-
Região de Saúde Centro Sul	-	01		-
<b>Total Ano</b>	-	<b>01</b>	<b>01</b>	-

- Garantir a internações complementar, em serviço especializado, a usuários abusivos de crack, álcool e outras drogas complementar aumentando em 30% passando de 40 em 2011 para 52 em 2015 ;



**4.6 OBJETIVO:**

**AMPLIAR O ACESSO AO ATENDIMENTO COM QUALIDADE DAS  
NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE  
ATENÇÃO ESPECIALIZADA (MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE  
AMBULATORIAL E HOSPITALAR).**

**(N.º DO OBJETIVO NO PPA 2012 – 2015: 0123).**



**DIRETRIZ 27: FORTALECIMENTO, MODERNIZAÇÃO E AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

O Estado tem como desafio melhorar a qualidade do atendimento das unidades para que se tornem mais resolutivas cumprindo as metas e atingindo os resultados esperados pela população.

O Complexo Regulador, pela natureza da sua função, tem como resultado de sua operação funcionar como um *Observatório Privilegiado* dos serviços de saúde. Os dados que o Complexo Regulador produz estão relacionados com a resolutividade real e não burocrática do sistema. As informações reais e não burocráticas são vitais para o planejamento e para a transformação na assistência.

No Estado, a regulação iniciou – se entre os anos de 2001 e 2002 quando foram criadas as Gerências de Regulação e de TFD. Essas gerências faziam parte da Coordenação de Controle, Regulação e Avaliação. 1

Em 2006, as atividades desenvolvidas pela Central de Regulação Estadual eram de autorização e liberação de Aih's e Apac's. O único mecanismo de regulação utilizado neste período era CNRAC. A partir daí todas as transferências de TFD passaram a ser reguladas por médicos reguladores. Neste período, a equipe era formada por 05 técnicos, 01 gerente e 03 médicos.

O acompanhamento do desenvolvimento dos Serviços de Média e Alta complexidade assistencial, o apoio técnico, o monitoramento, a avaliação e a supervisão precisam se realizar nas Unidades Assistenciais de Saúde (Ambulatórios de Especialidades, Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), Laboratórios de Patologia Clínica, SAMU 192, UPA 24h, UNACON, Portas de Entrada Hospitalar, Hospitais e Maternidade Estaduais e Hospitais de Pequeno Porte).

A industrialização trouxe consigo, além da modernização, o avanço tecnológico e a valorização da ciência em detrimento do homem e de seus valores. Os avanços tecnológicos também ocorreram na área da saúde, com a introdução da informática e do aparecimento de aparelhos modernos e sofisticados que trouxeram muitos benefícios e rapidez na luta contra as doenças. Essa tecnologia moderna, criada pelo homem a serviço do homem, tem contribuído em larga escala para a solução de problemas antes insolúveis e que pode reverter em melhores condições de vida e saúde para o paciente.

Os dias atuais caracterizam-se por profundas e constantes mudanças, onde é crescente e cada vez mais acelerada a inovação tecnológica, colocando à disposição dos profissionais e usuários, os mais diversos tipos de tecnologia, tais como: tecnologias educacionais, tecnologias gerenciais e tecnologias assistenciais.

Vivemos numa era tecnológica onde muitas vezes a concepção do termo tecnologia tem sido utilizada de forma enfática, incisiva e determinante, porém equivocada na nossa prática diária, uma vez que tem sido concebida, corriqueiramente, somente como um produto ou equipamento. A temática tecnologia não deve ser tratada através de uma concepção reducionista ou simplista, associada somente à máquinas. Entendemos que a tecnologia compreende certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas (MEHRY E et al, 1997).

Para a modernização da infra-estrutura física e tecnológica dura dos serviços assistenciais propõe-se: implantar ambientes de Isolamentos Reversos, no Hospital de Doenças Tropicais de Araguaína e no Hospital Geral de Palmas, reformar e equipar 19 Unidades Hospitalares, Laboratórios de Patologia Clínica e Ambulatórios Estaduais e das Unidades Ambulatoriais e Hospitalares Municipais (emendas parlamentares), construir e equipar novos Hospitais Gerais no Estado: Hospital Geral de Gurupi, Araguaína, Augustinópolis, Araguatins, Maternidade Dona Regina, Hospital de Urgência de Palmas e Ampliar 14 Unidade Hospitalares Estaduais, finalizar todas as etapas de construção do Hospital Geral de Palmas, implantar 01 laboratório de anatomia patologia e imuno histoquímica no Serviço de Oncologia do HGP, implantar 01 laboratório de patologia clinica no Hospital Regional de Dianópolis, adquirir 60 ambulâncias para Atendimento ao usuário do SUS nas transferências intra-hospitalares e inter municipais.

A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "Redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;

procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.

A Rede Laboratorial tem por objetivo, dar suporte ao diagnóstico por meio de realização de exames (Análises Laboratoriais de Patologia Clínica), em tempo hábil, visando gerar informações necessárias à tomada de decisões na assistência.

O Serviço de Reabilitação da Saúde da Pessoa com Deficiência inclui os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no sistema, regulamentando inclusive a concessão de órteses e próteses.

As ações da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente tem promovido a reorganização das práticas e da Rede de Atenção à Saúde, política essa pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando ampliação e qualificação do acesso aos serviços.

A expansão e consolidação da Atenção Especializada dependem da implantação de Equipes de Internação Domiciliar: Palmas e Araguaína, ampliação do número de cadeiras do serviço de Terapia Renal Substitutiva em Palmas, Gurupi e Araguaína, implantação de Serviço de Reabilitação Física de Média Complexidade em Gurupi para atender às Regiões de Saúde de Gurupi e Sul Angical, implantar de Serviço de Referência Estadual em Reabilitação Visual e Auditiva, na cidade de Palmas, expansão do número de leitos hospitalares da rede estadual.

#### **METAS:**

- Realizar até 2015 o acompanhamento, apoio técnico, monitoramento, avaliação e supervisão em 60% das Unidades Assistenciais de Saúde;
- Finalizar 100% de todas as Etapas de construção do Hospital Geral de Palmas até 2015;
- Equipar as Etapas concluídas do Hospital Geral de Palmas, até 2015;

- Implantar até 2013 a Central de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos (CNCDO);
- Constituir e garantir o funcionamento de 5 comissões (ética médica, de prontuário CCIH, farmacologia terapêutica e óbito anualmente;
- Implantar até 2015, o Manual de Protocolo Médico das Unidades Hospitalares do Estado do Tocantins;
- Implantar 02 ambientes de Isolamentos Reversos, sendo, 01 no Hospital de Doenças Tropicais de Araguaína e 01 no Hospital Geral de Palmas;
- Implementar até 2015, o Manual de Normas, Rotinas e Protocolos de Enfermagem das Unidades Hospitalares do Estado do Tocantins;
- Implantar o serviço de atendimento ao usuário (SAU) nas 19 unidades hospitalares até 2012;
- Ampliar em 10 o número de cadeiras do serviço de Terapia Renal Substitutiva, passando de 67 para 77;
- Equipar, até o ano de 2015, o Serviço de Referência Estadual em Reabilitação Visual e Auditiva, na cidade de Palmas;
- Implantar, até o ano de 2015, 02 Equipes de Internação Domiciliar: Palmas e Araguaína;
- Garantir a participação de 10% dos profissionais da equipe gestora estadual da Atenção Especializada em eventos técnicos, científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração, no âmbito nacional e internacional;
- Garantir a participação de 1% dos profissionais da equipe técnica dos serviços das Unidades Ambulatoriais, Hospitalares e Maternidades estadual em eventos técnicos, científicos e intercâmbios para implementação e implantação de novos serviços assistenciais;
- Capacitar até 2015 50% os profissionais dos Serviços de Referência Estadual e Municipal de Atenção a Pessoa com Deficiência visual, auditiva e física;
- Garantir até 2015 a participação de 08 profissionais da equipe técnica dos serviços de Alta complexidade das UNACONS de Palmas e Araguaína e dos serviços de média complexidade em eventos técnicos, científicos e intercâmbios para implementação e implantação de novos serviços assistenciais;



- Intensificar a divulgação de informações, acompanhamento e apoio técnico relativas ao Programa de Controle do Câncer até 2015 em 80% dos municípios;
- Realizar até 2015 04 cursos de capacitação para os Cirurgiões–Dentistas lotados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e na Rede Hospitalar Estadual em Palmas, Araguaína, Gurupi;
- Fornecer, anualmente, alimentação e fórmulas nutricionais para 100% dos usuários que se enquadram nos critérios de dispensação de dietas especiais;
- Equipar até o ano de 2015, 04 novos Hospitais Regionais no Estado: Hospital Regional de Gurupi, Araguaína, Maternidade Dona Regina e Hospital de Urgência de Palmas;
- Reduzir a média de permanência de internação nos hospitais Estaduais de Alta Complexidade de 12 para 07 dias conforme os parâmetros nacionais estabelecidos;
- Construir até o ano de 2015, 04 novos Hospitais Regionais no Estado: Hospital de Gurupi, Araguaína, Maternidade Dona Regina e Hospital de Urgência de Palmas:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Capim Dourado		01	01	
Região de Saúde Médio Norte				01
Região de Saúde Centro Sul			01	
<b>Total Ano</b>		<b>01</b>	<b>02</b>	<b>01</b>

- Ampliar até 2015 em 20% a oferta de cirurgias eletivas realizadas nas Unidades hospitalares Estaduais: passando de 6.576 para 7.892:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	6.905	7.234	7.563	7.892
<b>Total Ano</b>	<b>6.905</b>	<b>7.234</b>	<b>7.563</b>	<b>7.892</b>

- Ampliar, até o ano de 2015, em 20% o número de consultas e exames especializados e demais procedimentos ambulatoriais, passando de 1.882.752 para 2.259.303:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	1.976.939	2.071.126	2.165.313	2.259.3023
<b>Total Ano</b>	<b>1.976.939</b>	<b>2.071.126</b>	<b>2.165.313</b>	<b>2.259.3023</b>

- Reformar até 2015, 19 Unidades Hospitalares, Laboratórios de Patologia Clínica e Ambulatórios Estaduais e Unidades Ambulatoriais e Hospitalares Municipais;

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	05	05	05	04
<b>Total Ano</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>04</b>

- Adquirir 60 ambulâncias para Atendimento ao usuário do SUS nas transferências intra-hospitalares e inter municipais:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	-	30	-	30
<b>Total Ano</b>	<b>-</b>	<b>30</b>	<b>-</b>	<b>30</b>

- Equipar até 2015, 19 Unidades Hospitalares do Estado, 01 Laboratório de Patologia Clínica e 22 Hospitais Municipais:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Capim Dourado	03			
Região de Saúde Médio Norte	02			
Região de Saúde Extremo Sudeste			03	
Região de Saúde Centro Sul		02		01
Região de Saúde Cultura do Cerrado			01	02
Região de Saúde Lobo Guará		02		
Região de Saúde Porto Nacional		03		
Região de Saúde Miracema				03
Região de Saúde Cantão		04	01	
Região de Saúde Sudeste			03	
Região de Saúde Médio Araguaia		01		01
Região de Saúde Araguaia Tocantins			03	
Região de Saúde Bico do Papagaio			04	
Região de Saúde Sul Angical		02		
<b>Total Ano</b>	<b>05</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>07</b>

- Implementar e equipar, até o ano de 2015, 03 Serviços de Reabilitação Estadual nas cidades de Palmas, Araguaína e Porto Nacional e 01 Serviço de Reabilitação Física de Média Complexidade em Gurupí:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Centro sul		01		
Região de Saúde Capim Dourado		01		
Região de Saúde Porto Nacional				01
Região Médio Norte			01	
<b>Total Ano</b>		<b>02</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

- Ampliar até 2015 em 80% o acesso da pessoa com deficiência à rede de atenção a saúde e aos serviços de reabilitação, passando de: 2.603 para 5.389 usuários atendidos.

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	521	625	750	900
<b>Total Ano</b>	<b>3.299</b>	<b>3.995</b>	<b>4.691</b>	<b>5.389</b>

- Ampliar em 40% a oferta das órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outros insumos necessários à recuperação e reabilitação das pessoas com deficiência, passando de 25.810 em 2011 para 37.788 em 2015;

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	28.800	31.790	34.780	37.788
<b>Total Ano</b>	<b>28.800</b>	<b>31.790</b>	<b>34.780</b>	<b>37.788</b>

- Expandir até o ano de 2015, em 10% o número de leitos hospitalares para internação da rede estadual passando de 1.312 para 1.443.

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	1.332	1.364	1.398	1.432
<b>Total Ano</b>	<b>1.332</b>	<b>1.364</b>	<b>1.398</b>	<b>1.432</b>

**DIRETRIZ 28: PROMOÇÃO E GARANTIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE INEXISTENTES E OU INSUFICIENTES NO ESTADO**

As CNCDOs são as unidades executivas das atividades do Sistema Nacional de Transplantes – SNT, afetas ao poder público previstas no Decreto N°.2.268, de 30 de junho de 1997. Tem como função controlar e fiscalizar todos os serviços de transplantes no âmbito estadual; receber notificações de morte encefálica em sua área de atuação; aplicar penalidades administrativas por infração às disposições da Lei n°.9.434, de 1997; determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos, órgãos e partes retirados ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontrar o receptor ideal; bem como o gerenciamento e inscrição dos potenciais receptores em Lista Única.

No Estado do Tocantins, a CNCDO está em fase de implantação, aguardando publicação do ato governamental que criará a Central de Transplantes, para posterior credenciamento junto ao Ministério da Saúde. Conta com alguns projetos já estão em andamento como: projeto de compra de materiais e equipamentos para o **Banco de Tecidos Oculares do Tocantins**, os quais já se encontram em fase licitatória, e que funcionará nas dependências do Hospital Geral de Palmas; cursos de capacitação **em Simulação Realística, Extração, Perfusão e Acondicionamento de Múltiplos Órgãos para Transplantes, Diagnóstico de Morte Encefálica e Entrevista Familiar** para os profissionais da saúde, que atuarão nas Comissões Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes–CIHDOTT, na extração de órgãos bem como as equipes transplantadoras, não só do Hospital Geral de Palmas, como de Gurupi e Araguaína, nos meses de agosto a novembro de 2011, os quais serão ofertados pelo Sistema Nacional de Transplantes – SNT.

Para promover e garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade inexistentes e ou insuficientes no Estado precisa-se possibilitar o atendimento aos usuários do SUS encaminhados para tratamento fora de domicílio.

**METAS:**

- Fornecer anualmente Tratamento Fora de Domicílio interestadual a 100% dos usuários que necessitam de benefícios de acordo com a portaria SAS 055 de 1999

**DIRETRIZ 29: REGULAÇÃO PARA GARANTIA DO ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DE ACORDO COM AS NECESSIDADES E A OFERTA EXISTENTE.**

A porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde SUS, é sempre a Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde, PSF ou policlínica), onde ele será avaliado pelo médico generalista, que quando necessário fará um encaminhamento e a própria Unidade realizará o agendamento para serviços de alta e média complexidade que poderão da mesma forma ser agendados pela regulação destes serviços.

A ampliação e melhoria do acesso aos serviços de média e alta complexidade perpassa pelo aumento da oferta de serviços especializados, prioritários e eletivos, fortalecimento da rede de serviços através do investimento em infraestrutura, logística, alocação e qualificação profissional.

Propõe-se ampliar o número de cirurgias eletivas realizadas nas Unidades hospitalares Estaduais, ampliar, o número de consultas e exames especializados e demais procedimentos ambulatoriais, ampliar o acesso da pessoa com deficiência à rede de atenção a saúde e aos serviços de reabilitação, reduzir a média de permanência de internação nos Hospitais Estaduais de Alta Complexidade de 7 para 5 conforme os parâmetros nacionais estabelecidos, ampliar a oferta das órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outros insumos necessários à recuperação e reabilitação das pessoas com deficiência.

Contratualização de desempenho institucional é um procedimento de ajuste de condições específicas no relacionamento entre o Poder Público e órgãos e entidades de direito público, filantrópico e privado. Seu principal objetivo é ampliar a capacidade do governo de implantar políticas públicas setoriais ou de executar atividades que, por sua essencialidade ou relevância para a coletividade, foram assumidas pelo Estado, de forma compartilhada com a iniciativa privada e com o terceiro setor, observadas a eficácia, a eficiência e a efetividade da ação pública.

O momento atual da gestão do SUS tem provocado mudanças na relação entre gestor e prestador, passando de um processo meramente burocrático a uma nova modalidade contratual (contratualização). Essa modalidade não se restringe ao ato formal de contratação de serviços. Consiste em uma pactuação entre gestor e prestador de serviços, na qual são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador. São especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e avaliação de seu desempenho.

O processo de contratualização estabelece estratégias eficazes para garantir que os cidadãos tenham acesso a uma assistência de qualidade e requer do gestor a adoção de mecanismos efetivos de monitoramento e avaliação dos serviços.

A maior Rede de Assistência à saúde está sob a Gestão e Gerência do Estado cabendo o custeio, a manutenção, contratualização e investimentos para garantia de acesso à população.

A garantia do acesso dos usuários às ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades e a oferta existente depende da regulação do Acesso aos Serviços de Média e Alta Complexidade e da contratualização de serviços ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares sob gestão estadual. Propõe-se: regular as Consultas e Exames de Alta Complexidade sob gestão Estadual, regular as Cirurgias Eletivas em Hospitais sob gestão Estadual, regular os leitos de urgência e emergência de 50% dos Hospitais sob gestão Estadual, contratualizar serviços de Média e Alta Complexidade de forma complementar a rede SUS, de acordo com a oferta e necessidade, contratualizar 100% os serviços de média e alta complexidade credenciados ao SUS da rede pública.

#### **METAS:**

- Regular anualmente 100% das Consultas e Exames de Alta Complexidade sob gestão Estadual;
- Regular anualmente 100% das Cirurgias Eletivas em Hospitais sob gestão Estadual;
- Regular anualmente os leitos de urgência e emergência de 50% dos Hospitais sob gestão Estadual;
- Contratualizar anualmente, de acordo com a oferta e necessidade, 100% dos serviços de Média e Alta Complexidade de forma complementar a rede SUS,
- Realizar, anualmente, o regular repasse financeiro mensal aos municípios que possuem Hospital de Pequeno Porte que na política de repasse financeiro são contemplados com contrapartida de recurso do tesouro estadual;
- Contratualizar 100% os serviços de média e alta complexidade credenciados ao SUS da rede pública.

### DIRETRIZ 30: APOIO E FORTALECIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO ESTADO DO TOCANTINS

A crescente demanda por serviços de urgência e emergência, constitui-se em um importante componente de assistência à saúde. O número de acidentes externos e da violência urbana é cada vez maior e, somando com a insuficiente estruturação da rede, reflete diretamente na sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população.

A Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

O atendimento pré hospitalar móvel no Estado do Tocantins é realizado pelo SAMU, que foi implantado no ano de 2005 nos municípios de Palmas – Unidade Central, Araguaína – Unidade Norte e, Gurupi – Unidade Sul do estado. O serviço pode ser acionado através da chamada telefônica gratuita no nº 192.

Com isso, observa-se a redução do número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

#### METAS:

- Realizar o regular repasse financeiro mensal de custeio, a 100% dos municípios que possuem componentes da Rede de Atenção às Urgências:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Região de Saúde do Médio Norte	01	01	01	01
Região de Saúde do Capim Dourado	06	06	06	06
Região de Saúde Centro Sul	02	02	02	02
<b>Total Ano</b>	<b>09</b>	<b>09</b>	<b>09</b>	<b>09</b>

- Capacitar 100 profissionais e gestores da rede de urgência e emergência até 2015;

**DIRETRIZ 31: AMPLIAÇÃO E MELHORIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO**

A Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar. Em conjunto com esses serviços, as UPA devem compor uma rede organizada de atenção às urgências, com pactos e fluxos previamente definidos, com vistas a garantir o acolhimento aos pacientes que a ela acorram, intervir em sua condição clínica e referenciá-los à rede de que necessitam – rede especializada ou internação – de modo a possibilitar continuidade do tratamento.

Atualmente estão em funcionamento no município de Palmas 2 (duas) UPA 24h, de porte II, realizando atendimento com acolhimento e classificação de risco. Estão pactuados na CIB, a construção e habilitação de outras UPA no Estado, nos municípios de Araguaína, Gurupi, Porto Nacional e Crixás.

Além disso, existem as portas hospitalares de atenção às urgências que são componentes importantes para composição da rede de atenção.

Com intuito de configurar a Rede de Atenção às Urgências e propiciar um atendimento humanizado e qualificado às pessoas, serão tomadas iniciativas a fim de articular com todos os serviços de saúde, para efetivar um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.

As Redes de Atenção às Urgências levarão em consideração a atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas.



**METAS:**

- Adquirir até 2015 equipamentos para os 12 serviços de Urgência e Emergência do Estado

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde do Bico do Papagaio	-		01	
Região de Saúde do Médio Araguaia	-			
Região de Saúde Médio Norte	-	01		
Região de Saúde Araguaia-Tocantins	-			
Região de Saúde Lobo Guará	-			01
Região de Saúde Cultura do Cerrado	-			01
Região de Saúde Miracema	-			01
Região de Saúde Cantão	-			01
Região de Saúde Capim Dourado	-	02		
Região de Saúde Porto Nacional	-		01	
Região de Saúde Centro Sul	-	01		
Região de Saúde Sudeste	-		01	
Região de Saúde Extremo Sudeste	-		01	
<b>Total Ano</b>	<b>-</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>04</b>

**DIRETRIZ 32: FORTALECIMENTO, MODERNIZAÇÃO E AMPLIAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO, CONTROLE E TRATAMENTO DO CÂNCER NO TOCANTINS**

A promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública.

O Estado do Tocantins através da Política Nacional de Atenção Oncológica garante o atendimento integral a qualquer doente com câncer, por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Atualmente, temos dois hospitais habilitados no tratamento oncológico onde o paciente encontra desde um exame até cirurgias, radioterapia e quimioterapia. A organização e o atendimento dos pacientes na rede assistencial do estado definem para qual referência os usuários devam ser encaminhados.

O Instituto Nacional de Câncer /Ministério da Saúde prioriza em suas ações, a redução do câncer do colo do útero e mama, a serem desenvolvidas decorrentes de estudos inerentes às necessidades da população e a observância das questões a ela relacionadas, tendo em vista transversalidade que a atuação neste contexto envolve.

Pretende-se a melhoria da qualidade dos serviços de diagnóstico em câncer através do Controle de Qualidade dos serviços de diagnóstico e controle do câncer que se dará com: implantação o Programa de Controle de Qualidade em Mamografia em 1 projeto piloto no Estado em Palmas e implantação 01 serviço de Monitoramento Externo de Qualidade das lâminas de citologia do colo do útero para o Estado.

A ampliação da Rede de Serviços de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do câncer no Tocantins, representará a expansão e o fortalecimento da Rede de Tratamento do Câncer. Propõe-se: implantar 1 serviço de referência secundária em diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero na região sudeste do Estado, ampliar o serviço de Radioterapia do Hospital Regional de Araguaína /UNACON, implantar e implementar 2 serviços de atendimento paliativo nas UNACON's em Palmas e Araguaína e construir e Equipar a UNACON no HGP (Radioterapia, Quimioterapia e Ambulatório de Oncologia).

A qualificação dos profissionais que atuam na média e alta complexidade em diagnóstico e tratamento do câncer é prioridade na

modernização e qualificação das práticas em oncologia e em princípio se dará através da garantia anualmente a participação de 5% dos profissionais da equipe técnica dos serviços das UNACONS de Palmas e Araguaína em eventos técnicos, científicos e intercâmbios para implementação e implantação de novos serviços assistenciais e implantar 01 Centro Qualificador de Ginecologistas no HGP para atender à qualificação dos servidores do Estado, com a parceria do INCA.

A intensificação das ações do Controle do câncer no Tocantins se dará através do fornecimento de material informativo, educativo e de prevenção do câncer. Propõe-se: intensificar a divulgação de informações, acompanhamento e apoio técnico relativas ao Programa de Controle do Câncer até 2015 em 100% dos municípios

#### **METAS:**

- Implantar em 2012, 01 serviço de Monitoramento Externo de Qualidade das lâminas de citologia do colo do útero para o Estado em Araguaína;
- Implantar em 2012, o Programa de Controle de Qualidade em Mamografia em 1 projeto piloto no Estado em Palmas;
- Ampliar 01 serviços de referência secundária em diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero e mama;
- Ampliar até 2013, o serviço de Radioterapia na UNACON do Hospital Regional de Araguaína;
- Implantar e implementar até 2014, 2 serviços de atendimento paliativo nas UNACON's de Palmas e Araguaína;
- Construir até 2014, a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON (Radioterapia, Quimioterapia e Ambulatório de Oncologia) no HGP;
- Equipar até 2014, a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON (Radioterapia, Quimioterapia e Ambulatório de Oncologia) no HGP;
- Implantar 01 Centro Qualificador de Ginecologistas no Hospital Geral de Palmas - HGP;

- Intensificar a divulgação de informações, acompanhamento e apoio técnico relativas ao Programa de Controle do Câncer até 2015 em 80% dos municípios;
- Equipar 2 serviços de referência secundária em diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero e mama.

### **DIRETRIZ 33: MANUTENÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO TOCANTINS**

A média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento.

Com o intuito de facilitar o acesso da população a esses procedimentos, o Governo do Tocantins está reestruturando a rede de atenção a saúde. Para isso, estão sendo levados em consideração os parâmetros de cobertura assistencial propostos pelo Ministério da Saúde, a disponibilidade de especialistas, a condição de acesso da população, as 15 Regiões de Saúde e o quadro epidemiológico e social de cada região.

Para tanto os serviços de assistência no Tocantins tem a necessidade de ampliação e adequação da oferta através da criação de novos serviços, acompanhamento especializado, investimento em novas tecnologias de informação, equipamentos, qualificação de pessoal e a mudança na lógica de acesso e distribuição dos procedimentos.

A fim de ampliar a qualidade do atendimento aos usuários a proposta é implantar o Manual de Protocolo Médico das Unidades Hospitalares do Estado do Tocantins, implementar o Manual de Normas, Rotinas e Protocolos de Enfermagem das Unidades Hospitalares do Estado do Tocantins promovendo assim a sistematização dos processos de trabalho da Atenção Especializada. Existem parcerias estabelecidas e que precisam ser fortalecidas com: COREn, CFM, Sociedades científicas Médicas e de Enfermagem, UFT, ULBRA.

A manutenção de Recursos humanos na Atenção Ambulatorial e Hospitalar da Atenção Especializada do Tocantins é fundamental para o desenvolvimento das ações e serviços que constituem e integram a nossa rede de serviços de saúde. Esta manutenção deve se dar a partir da conservação da expertise já presente neste serviço, na qualificação da mesma e na alocação de novos profissionais sempre na complementação de processos de trabalho e qualidade em saúde.

**METAS:**

- Manter 8.310 trabalhadores do SUS que atuam na Gestão e nos serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do estado do Tocantins.



**4.7 OBJETIVO :**

**REDUZIR OS RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS DE RELEVÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA, SANITÁRIA E AMBIENTAL À SAÚDE DA  
POPULAÇÃO POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO,  
PROTEÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.**

( N.º DO OBJETIVO NO PPA 2012 – 2015: 0096).





### **DIRETRIZ 34: VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS, SERVIÇOS ALIMENTOS E CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

A Vigilância Sanitária – VISA trabalha a partir do Gerenciamento do Risco Sanitário, executando ações de inspeção, fiscalização, atividades educativas direcionadas a população e ao setor regulado, atendimento de denúncias, apoio as Vigilâncias Sanitárias Municipais para elaboração e execução da Programação Anual de VISA, capacitações, investigação de surtos e monitoramento de alimentos e produtos.

Dentre os desafios para os próximos anos podemos destacar o de descentralizar as ações de Vigilância Sanitária, de forma que Vigilâncias Sanitárias Municipais estejam capacitadas para realizar o gerenciamento do risco sanitário dentro de seu município, aprovar novo Código Sanitário Estadual e manter e ampliar a estrutura da VISA agregando equipamentos e recursos humanos.

Todo este processo se dará a partir do gerenciamento do risco sanitário e do apoio à descentralização da Vigilância Sanitária no Estado.

#### **METAS:**

- Revisar o Código Sanitário Estadual no ano de 2012;
- Aumentar em 32 até 2015, o n.º de estabelecimentos Inspeccionados sujeitos a Vigilância Sanitária no Estado do Tocantins, passando de 520 para 552;
- Aumentar em 7 até 2015, o n.º amostras coletadas de alimentos e produtos, sujeitos a Vigilância Sanitária no Estado do Tocantins, passando de 120 para 127 coletas;
- Aumentar em 14 até 2015, a análise sanitária de projetos arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária passando de 225 para 239;
- Atender anualmente 100% das denúncias e ou reclamações recebidas pela Vigilância Sanitária Estadual referente a estabelecimentos de sua competência;

- Realizar anualmente 100% das ações de intervenção no risco sanitário em parceria com Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, Ministério Público, conforme demandas recebidas;
- Realizar 04 eventos educativas sobre o tema Vigilância Sanitária direcionadas ao setor regulado;
- Cadastrar o Sistema de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas (NOTIVISA), em 40 Vigilâncias Sanitárias dos municípios do Estado do Tocantins;
- Implantar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SINAVISA) em 40 Vigilâncias Sanitárias dos municípios do Estado do Tocantins;
- Cadastrar e monitorar os indicadores epidemiológicos de infecções relacionadas à assistência de 100% dos estabelecimentos de saúde prioritários;
- Aumentar até 2015 em 08 o n.º de Programações Anuais da VISA Municipais aprovadas junto a CIB, passando de 110 para 118;
- Monitorar anualmente a execução da Programação anual de Vigilância Sanitária em 25 municípios do Estado;
- Cadastrar o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), em 40 Vigilâncias Sanitárias dos municípios do Estado do Tocantins;
- Realizar anualmente 100% as notificações, investigação e inspeção conjuntas com a vigilância epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e assistência, conforme demandas recebidas;
- Realizar 02 capacitações para Vigilâncias Sanitárias Municipais do Estado do Tocantins:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	01	-	01	-
<b>Total Ano</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>01</b>	<b>-</b>

- Realizar 16 atividades educativas sobre o tema Vigilância Sanitária direcionadas a população;

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	04	04	04	04
<b>Total Ano</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>04</b>

### DIRETRIZ 35: AMPLIAÇÃO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS LABORATORIAIS

O Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN–TO, que é o laboratório de referência no Estado, tem uma unidade descentralizada no município de Araguaína e faz parte de uma rede nacional de laboratórios que dão suporte as ações de Vigilância em Saúde. Por isso, tem a finalidade de garantir a qualidade do diagnóstico a fim de prevenir, controlar e eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana e do meio ambiente.

Ambicionando a ampliação da capacidade das respostas laboratoriais tem como metas: ampliar o controle de qualidade sorológico de agravos de saúde pública, manter o controle de qualidade das análises de pesquisa direta, ampliar o quantitativo de agravos/doenças analisadas no LACEN–TO, ampliar o número de parâmetros metodológicos das análises laboratoriais, implantar sistemas de informação para laboratórios oficiais de saúde pública, ampliar o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial, reformar a estrutura física do LACEN em Palmas–TO, realizar parcerias com instituições de ensino superior público/privada em áreas de ensino e pesquisa.

#### METAS:

- Ampliar em 2012 de 05 para 06 o controle de qualidade sorológico de agravos de saúde pública;
- Intensificar o controle de qualidade das análises de pesquisa direta de 05 tipos de agravos analisados na Rede Laboratorial cadastrada no LACEN–TO;
- Ampliar de 17 para 20 o quantitativo de agravos/doenças analisadas no LACEN–TO até o ano de 2014;

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	01	01	01	-
<b>Total Ano</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>-</b>

- Ampliar até o ano de 2014 para 24 o número de parâmetros metodológicos das análises laboratoriais, passando e 50 para 74, sendo 34 parâmetros para 40 na área epidemiológica; de 02 parâmetros para 04 na área ambiental; de 14 parâmetros para 30 na área de produtos:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	06	06	12	-
<b>Total Ano</b>	<b>06</b>	<b>06</b>	<b>12</b>	<b>-</b>

- Implantar até 2014 no LACEN-TO, 02 sistemas informacionais para laboratórios oficiais de saúde pública:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	-	01	01	-
<b>Total Ano</b>	<b>-</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>-</b>

- Ampliar o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) em 03 módulos até o ano de 2015:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	-	01	01	01
<b>Total Ano</b>	<b>-</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

**DIRETRIZ 36: FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL E DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

A Vigilância em Saúde Ambiental no Tocantins tem executado atividades voltadas para a vigilância da qualidade da água para consumo humano, de populações expostas a poluentes atmosféricos, da exposição humana a áreas contaminadas por contaminantes químicos, além do acompanhamento de riscos decorrentes de desastres naturais e de impactos ambientais gerados por empreendimentos potencialmente poluidores que se instalam no Estado.

Os sistemas de abastecimento de água (SAA) nos municípios do Tocantins apresentam percentuais acima de 96% de cumprimento da portaria 518/2004 para os parâmetros de turbidez e cloro residual livre; em todos os anos apresentam percentuais acima de 85% para o parâmetro coliforme totais. Estima-se que 450 mil pessoas são potencialmente expostas a solo com suspeita de contaminação.

Em relação às doenças de veiculação hídrica e alimentar, faz-se o monitoramento e controle dos agravos como Botulismo, Cólera, Doença Diarréica Aguda (DDA), Doença Transmitida por Alimentos (DTA), Esquistossomose, Febre Tifóide, Rotavírus e a Doença Ocular de Etiologia desconhecida - DOED. Analisando a Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA), no ano de 2010, verificou-se um aumento do número de casos no Estado, 39.337 (2009) para 56.474 (2010).

Entre 2007 e 2010 foram notificados no Tocantins 2.340 Acidentes de Trabalho Grave, 1.104 Acidentes de Trabalho com Material Biológico, 194 Intoxicações Exógenas Ocupacionais, dentre outros agravos. Nesse contexto, os municípios têm um papel fundamental no desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.

Muito ainda precisa-se evoluir na atuação em vigilância para caracterizar as áreas agrícolas com população exposta a solos contaminados, implantar unidades sentinela em saúde do trabalhador, implantar Unidades Sentinela no âmbito do Programa de populações expostas a poluentes atmosféricos, aumentar o número de notificação por intoxicação com agrotóxico, elaborar o Plano de Contingência para Desastres Naturais do Tocantins, alimentar os dados no Sistema de informação de vigilância da qualidade da água para consumo humano-SISAGUA, implantar em municípios ações de saúde do trabalhador nas práticas das Vigilância Sanitária municipais.

**METAS:**

- Caracterizar 50% das áreas agrícolas com população exposta a solos contaminados, até o ano de 2015;
- Alimentar mensalmente os dados no Sistema de informação de vigilância da qualidade da água para consumo humano –SISAGUA em 100% dos municípios até 2013;
- Promover até 2015 a descentralização da Saúde do trabalhador para 20 municípios:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Cantão	01			
Região de Saúde Centro Sul	01	01		01
Região de Saúde Bico do Papagaio	02			01
Região de Saúde Cultura do Cerrado	01			
Região de Saúde Miracema		02		
Região de Saúde Lobo Guará		01		
Região de Saúde Araguaia – Tocantins		01		01
Região de Saúde Porto Nacional			01	
Região de Saúde Sudeste			01	
Região de Saúde Cantão			01	
Região de Saúde Médio Norte			01	
Região de Saúde Médio Araguaia			01	
Região de Saúde Extremo Sudeste				01
Região de Saúde Capim Dourado				01
<b>Total Ano</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>05</b>

- Implantar 5 unidades sentinela em saúde do trabalhador passando de 32 em 2011 para 37 até 2014:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Araguaia– Tocantins	-	01		
Região de Saúde miracema	-	01		
Região de Saúde Médio Norte	-	-	01	
Região de Saúde centro Sul	-	-	02	
<b>Total Ano</b>	<b>-</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>-</b>

- Implantar 9 Unidades Sentinela no âmbito do Programa de populações expostas a poluentes atmosféricos, passando de 6 em 2011 para 15 até 2015:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Extremo Sudeste	01			
Região de Saúde Centro Sul	01			
Região de Saúde Capim Dourado	02			
Região de Saúde Centro Sul		01		
Região de Saúde Sudeste		01		
Região de Saúde Araguaia- Tocantins			01	
Região de Saúde Médio Norte			01	
Região de Saúde Cantão				01
<b>Total Ano</b>	<b>04</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>01</b>

- Aumentar em 40% o número de notificação por intoxicação com agrotóxico passando de 192 em 2010 para 269 em 2015:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	207	227	249	269
<b>Total Ano</b>	<b>207</b>	<b>227</b>	<b>249</b>	<b>269</b>

**DIRETRIZ 37: FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

A oferta de vacinas que compõem o Programa Nacional de Imunizações tem importante impacto na redução da morbimortalidade da população, devendo para tanto, manter a efetividade das ações como forma de protegê-la das doenças preveníveis por vacinas.

Ampliar a proporção de municípios com cobertura vacinal de Tetravalente em menores de 1 ano, passando de 64,75% para 70% dos municípios com cobertura de 95% ou mais de vacinação através da Coordenação Estadual da Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis.

No contexto das doenças transmissíveis, tem-se a Hanseníase, uma doença de importância para a Saúde Pública por atingir um grande quantitativo de pessoas e causar incapacidades/deformidades físicas, quando não tratada ou tratada tardiamente. Além dela a tuberculose permanece como grave problema de saúde pública. No Tocantins, foram notificados em 2010, 172 casos novos, obtendo neste ano, um coeficiente de incidência de 12,5 por 100.000 habitantes. O percentual de cura dos casos novos em 2009 atingiu 80% e a taxa de abandono de tratamento foi de 5%. O Estado na avaliação nacional apresenta-se como um dos Estados de baixa incidência, porém torna-se necessário concentrar esforços para ampliar o diagnóstico laboratorial da doença nos 139 municípios.

As meningites têm importância epidemiológica pelo potencial de ocasionar surtos. Em 2010, os óbitos atingiram 11,2% dos casos. Já as hepatites, são doenças silenciosas, sendo necessária a detecção precoce dos casos. Há ocorrência de surtos principalmente em casos de hepatite A, esta é aguda e a prevalência é alta alcançando 57% dos casos. As hepatite B e C atingem 35% e 6,9% respectivamente no Estado.

A AIDS no Tocantins apresenta uma incidência crescente, bem como a região norte e, por fim no Brasil. Contudo, o Tocantins apresenta um incremento nos últimos 5 anos quanto aos casos novos de AIDS. A diminuição da razão de infecção de HIV/AIDS entre mulheres e homens, se descreve um importante contexto e transmissibilidade do vírus em grupos identitários, no Tocantins a razão entre sexos vem reduzindo sistematicamente, passando de 4:1 (homem/mulher), em 2000 e em 2010 foi de 1,3:1 (homem/mulher). Em mulheres residentes no Tocantins, com idade acima de 13 anos, o período entre 2007 a 2010, resultou num total geral de 164 mulheres com AIDS. A faixa etária mais vulnerável no Estado encontra-se entre 25 e 34 anos, com um



total de 74 casos. Contudo há uma relevante preocupação com o número de casos de AIDS entre 13 a 19 anos (06 casos neste período).

As Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT representam um dos principais desafios para a saúde, pois ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas. No panorama da mortalidade no Tocantins, no período de 2005 a 2010, observa-se que as doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar entre as principais causas de morte. Outro grupo de destaque são as doenças isquêmicas do coração com um número de casos relevantes na faixa etária de 60 anos e mais. Houve um crescimento considerável do número de óbitos por diabetes, a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero teve um discreto declínio. O número de notificações de casos de violência no Estado do Tocantins tem crescido notoriamente. Os custos por internação das Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANT no Estado do Tocantins no período analisado variaram entre 41,67 a 43,66.

A morbidade por doenças de transmissão vetorial e zoonoses tem incidência significativa sobre a população tocaninense. Pela ordem, dengue, atendimento anti-rábico, acidentes por animais peçonhentos e leishmaniose visceral são as 4 principais causas de notificação no Sinan NET e apresentam tendência de aumento nos últimos anos.

Em média, foram notificados 17,2 mil casos de dengue por ano entre 2007 e 2010. Neste período, houve redução de 4 óbitos (2007) para 01 óbito em 2009. Entretanto, em 2010, 8 pessoas evoluíram a óbito por dengue. A letalidade média por dengue grave no período de 2007 a 2010 foi de 10,9%. Entre 2001 a 2010 os casos da doença no Estado representaram 13,8% da ocorrência na Região Norte e 1,29% no país. Toda população é susceptível ao sorotipo DENV 4, os demais apresentam circulação alternada.

A leishmaniose visceral (LV) tem sido marcada pelo elevado número de óbitos, além de ser a 4ª causa de notificações no Sinan NET. Em 2010, 24 pessoas evoluíram a óbito, sendo 07 casos em menores de 1 ano. Em média são confirmados 440 casos por ano, 47,2% entre menores de 5 anos e maiores de 60 anos. No cenário nacional, os casos da doença no Estado representam 45,51% da ocorrência na Região Norte e 8,18% no país. O Tocantins está entre os 10 Estados com maior registro de casos e a letalidade média neste período foi de 6%. À exceção de 2 dos 139 municípios, o monitoramento entomológico ainda é executado pela SESAU. Mesmo após sucessivas reduções das áreas para controle químico e do número de amostras sorológicas caninas, os resultados são insuficientes para reduzir a doença.

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) está amplamente distribuída, sendo registrada em 135 (97,1%) municípios e foram notificados

608 casos novos em 2010, 75% na população masculina. No período de 2005 a 2010 foram confirmados 3.139 casos novos de LTA, correspondendo a 5,4% dos casos registrados na Região Norte e 2,2% no país. O Tocantins está entre os 15 Estados com maior número de casos.

A prevalência de Tracoma ativo é elevada principalmente nas regiões norte e nordeste do Estado, além de quilombolas e populações indígenas, conforme demonstrou pesquisa realizada em 2010 no município de Tocantinópolis, na região do Bico do Papagaio. Foram examinados quase 400 indígenas em 5 aldeias deste município, resultando a taxa de detecção em 18,8%.

A erradicação da cegueira causada pelo Tracoma é meta do Brasil até 2015. Há municípios que são considerados pelo nível nacional como “históricos” na transmissão de tracoma. De 2005 a 2010, através de inquéritos epidemiológicos em 65 municípios, foram examinadas 160.241 crianças, detectando 6.797 casos positivos, com prevalência de 4,24%. A taxa de detecção entre os municípios é bastante variável (0% e mais de 40%) sendo de 4,5% em 2010. 42 municípios possuem prevalência superior a 5%. Em 2009 e 2010, quase 30 mil pessoas foram examinadas a cada ano, entretanto, 91 municípios não examinaram nenhum indivíduo em 2010.

Os atendimentos anti-rábicos são a 2ª causa de maior número de notificações no Sinan NET. Foram 20.285 casos entre 2007 e 2010. O último registro de raiva em humanos foi em 2002. Os acidentes por animais peçonhentos são a 3ª causa de notificação no Sinan NET com 6.974 registros e 21 óbitos entre 2007 e 2010. Acidentes ofídicos representaram 53% dos 1250 casos notificados em 2010, destes, 31% dos casos iniciaram tratamento em menos de 1 hora após o acidente.

O Tocantins é um Estado endêmico para doença de Chagas, com predominância de casos crônicos decorrentes da transmissão vetorial do *Trypanosoma cruzi*, ocasionada ao longo dos anos por espécies domiciliadas, e com casos agudos notificados nos últimos anos, cuja transmissão tem sido por espécies silvestres do vetor.

O caso de malária autóctone tem apresentado tendência de redução, com incidência parasitária anual de 0,05 e 0,06 em 2009 e 2011 respectivamente, sendo que no ano de 2010 o Estado notificou 105 casos (17 autóctones), o que corresponde a 0,03% do total de casos notificados na Amazônia Legal, com autoctonia em 11 municípios.

No período de 2001 a 2010 foram confirmados 213 casos de febre amarela no Brasil. Na Região Norte ocorreu 13% dos casos confirmados no país, nenhum em residentes do Tocantins. Na Região Norte, apenas o

Tocantins e Acre não registraram casos confirmados neste período. O último registro de febre amarela em humanos ocorreu em 2000. As atividades de vigilância entomológica se revestem de grande importância em se tratando de doenças de transmissão vetorial, pois subsidiarão as medidas de prevenção e controle.

O fortalecimento do Sistema de Vigilância de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis perpassa ações para ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, reduzir o coeficiente de prevalência da Hanseníase, aumentar a proporção de cura de Hanseníase, ampliar a detecção de casos de hepatites virais confirmados, ampliar o diagnóstico das meningites bacterianas pelas técnicas de cultura, contra imuno eletroforese (CIE) e látex nos hospitais de referência, ampliar o diagnóstico laboratorial das Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar – DVHA, elaborar o Plano Estadual de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), implantar as Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), reduzir a incidência de Aids, investigar casos de surtos de DVHA informados oportunamente, ampliar o número de municípios que notificam e investigam violência doméstica, sexual e outras violências, em parceria com NLR (Netherlands Leprosy Relief), Ipê Amarelo, Casa 08 de Março, Ser Livre.

#### **METAS:**

- Manter a certificação da erradicação da Poliomielite no Estado;
- Ampliar o diagnóstico laboratorial das Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar – DVHA de 0,1% em 2010 para 10% até 2015;
- Elaborar o Plano Estadual de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em 2012;
- Investigar 100% dos casos de surtos de DVHA informados oportunamente;
- Aumentar o percentual do diagnóstico clínico laboratorial dos casos de Leishmaniose Tegumentar – LT passando de 78,8% para 85%, diminuindo a letalidade por este agravo;
- Elaborar o Plano de Contingência para Desastres Naturais do Tocantins até o ano de 2013;
- Descentralizar as ações de DST/AIDS para 09 municípios através do repasse financeiro, no ano de 2012;

- Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 80% em 2009 para 85% até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	82%	84%	851%	-
<b>Total Ano</b>	<b>82%</b>	<b>84%</b>	<b>85%</b>	<b>-</b>

- Reduzir o coeficiente de prevalência da Hanseníase em 15% até 2015.

- Aumentar a proporção de cura de Hanseníase de 87,7% em 2010 para 90% até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	88,2%	88,7%	89,7%	90%
<b>Total Ano</b>	<b>88,2%</b>	<b>88,7%</b>	<b>89,7%</b>	<b>90%</b>

- Ampliar em 30% a detecção de casos de Hepatites virais confirmados, de 395 casos em 2010 para 513 casos até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	424	453	485	513
<b>Total Ano</b>	<b>424</b>	<b>453</b>	<b>485</b>	<b>513</b>

- Ampliar o diagnóstico das meningites bacterianas pelas técnicas de cultura, contraímunoelctroforese (CIE) e látex nos hospitais de referência de 40% em 2010 para 50% até 2015;

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	42,5%	45%	47.5%	50%
<b>Total Ano</b>	<b>42,5%</b>	<b>45%</b>	<b>47,5%</b>	<b>50%</b>

- Ampliar até 2014 a proporção de municípios com cobertura vacinal de Tetravalente em menores de 1 ano, passando de 64,75% para 70% dos municípios com cobertura de 95% ou mais de vacinação:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	66,75%	68,75%	70%	-
<b>Total Ano</b>	<b>66,75%</b>	<b>68,75%</b>	<b>70%</b>	<b>-</b>

- Implantar as ações estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco e proteção, em 5 (cinco) municípios prioritários, até 2015:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Norte	01			-
Região de Saúde Capim dourado	01			-
Região de Saúde Centro Sul		01		-
Região de Saúde Cantão		01		-
Região de Saúde Porto Nacional			01	-
<b>Total Ano</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>-</b>

- Reduzir ate 2015 a incidência de Aids de 13,3/100.000 hab. em 2010 para 12,22/100.000 hab:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	13,03	12,76	12,49	12,22
<b>Total Ano</b>	<b>13,03</b>	<b>12,76</b>	<b>12,49</b>	<b>12,22</b>

- Ampliar de 42 para 84 o número de municípios que notificam/investigam violência doméstica, sexual e outras violências até 2015;

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	52	62	74	80
<b>Total Ano</b>	<b>52</b>	<b>62</b>	<b>74</b>	<b>80</b>

- Reduzir em 50% o número absoluto de óbitos por dengue, passando de 8 em 2010 para no máximo 4 óbitos até 2015:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	7	6	5	4
<b>Total Ano</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>

- Ampliar a média anual de ciclos de visita domiciliar para controle vetorial da dengue passando de 8 em 2010 para 10 ciclos em 2015;

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	8,5	9	9,5	10
<b>Total Ano</b>	<b>8,5</b>	<b>9</b>	<b>9,5</b>	<b>10</b>

- Reduzir em 20% o número absoluto de casos novos de Leishmaniose Visceral –LV passando de 432 para 345 até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	411	390	369	345
<b>Total Ano</b>	<b>411</b>	<b>390</b>	<b>369</b>	<b>345</b>

- Reduzir em 5% a cada ano o número de óbitos por Leishmaniose Visceral – LV até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	23	22	21	20
<b>Total Ano</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>20</b>

- Aumentar o percentual do diagnóstico clínico laboratorial dos casos de Leishmaniose Tegumentar - LT passando de 78,8% para 85%, diminuindo a letalidade por este agravo:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	79,5%	81%	82,5%	85%
<b>Total Ano</b>	<b>79,5%</b>	<b>81%</b>	<b>82,5%</b>	<b>85%</b>

- Aumentar até 2015 de 94% para 98% o início do tratamento dos casos de malária autóctones em menos de 48 horas após a data da coleta:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	95%	96%	97%	98%
<b>Total Ano</b>	<b>95%</b>	<b>96%</b>	<b>97%</b>	<b>98%</b>

- Ampliar o número de municípios que realizam vigilância da doença de chagas, passando de 127 para 133 municípios, até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	128	129	131	133
<b>Total Ano</b>	<b>128</b>	<b>129</b>	<b>131</b>	<b>133</b>

- Reduzir até 2015 a letalidade por acidentes com animais peçonhentos de 0,6% para 0,4%:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	0,55%	0,50%	0,45%	0,40%
<b>Total Ano</b>	<b>0,55%</b>	<b>0,50%</b>	<b>0,45%</b>	<b>0,40%</b>

- Ampliar o número de municípios que realizam vigilância laboratorial da raiva passando de 55 para no mínimo 83 municípios até 2015:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	62	69	76	83
<b>Total Ano</b>	<b>62</b>	<b>69</b>	<b>76</b>	<b>83</b>

- Reduzir a prevalência de tracoma em menos de 5% em crianças menores de 10 anos, nas 15 Regiões de Saúde, até 2015:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Araguaia-Tocantins	5,1%	4,9%	4,7%	4,5%
Bico do Papagaio	17,1%	12,8%	8,5%	4,2%
Cantão	9,4%	7,8%	6,2%	4,6%
Capim Dourado	25,3%	18,3%	11,3%	4,3%
Centro Sul	5,5%	5,2%	4,9%	4,6%
Cultura do Cerrado	10,6%	8,6%	6,6%	4,6%
Extremo Sudeste	13,3%	10,3%	7,3%	4,3%
Lobo Guará	10,3%	8,3%	6,3%	4,3%
Médio Araguaia	28,9%	20,9%	12,9%	4,9%
Médio Norte	17,8%	13,4%	9,0%	4,6%
Miracema	23,2%	17,0%	10,8%	4,6%
Portal do Bico	7,7%	6,7%	5,7%	4,7%
Porto Nacional	5,6%	5,1%	4,6%	4,1%
Sudeste	6,5%	5,7%	4,9%	4,1%
<b>Total Ano</b>	<b>10,3%</b>	<b>8,3%</b>	<b>6,3%</b>	<b>4,5%</b>

- Aumentar em 10% o número de municípios com cobertura vacinal anti-rábica animal acima de 90% passando de 108 para 119 municípios até 2015:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	111	114	116	119
<b>Total Ano</b>	<b>111</b>	<b>114</b>	<b>116</b>	<b>119</b>

- Alcançar até 2015 90% de cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM em relação a estimativa de óbito do IBGE:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	86%	87%	88%	90%
<b>Total Ano</b>	<b>86%</b>	<b>87%</b>	<b>88%</b>	<b>90%</b>

- Encerrar oportunamente 85% dos agravos notificados até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	76%	79%	81%	85%
<b>Total Ano</b>	<b>76%</b>	<b>79%</b>	<b>81%</b>	<b>85%</b>

- Implantar até 2014, 2 Unidades de Resposta Rápida - URR em Araguaína e Gurupí:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Região de Saúde Médio Norte		01		
Região de Saúde Centro Sul			01	
<b>Total Ano</b>		<b>01</b>	<b>01</b>	

- Implantar até 2015, 5 Núcleos Hospitalar de Epidemiologia - NHE, passando de 10 para 15:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	06	07	09	10
<b>Total Ano</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>09</b>	<b>10</b>

- Ampliar a Rede de Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA de 02 em 2010 para 05 em 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Augustinópolis	-	1		
Dianópolis	-		1	
Paraíso	-			1
<b>Total Ano</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

- Ampliar a Rede de Assistência Especializada - SAE de 5 em 2010 para 7 em 2015

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Augustinópolis	-	1		-
Dianópolis	-		1	-
<b>Total Ano</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>



**DIRETRIZ 38: APRIMORAMENTO DOS PROFISSIONAIS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ÂMBITO ESTADUAL E MUNICIPAL**

A construção do Sistema Único de Saúde pressupõe desafios constantes, principalmente nas ações de Vigilância, onde os olhares de todas as áreas são imprescindíveis. Resguardando suas especificidades e agregando os conhecimentos dessas áreas para o estabelecimento de ações conjuntas de Vigilância em Saúde que possam impactar positivamente na saúde da população.

Considerando a relevância do conhecimento das renovações políticas e conceituais vinculadas à Vigilância em Saúde e as mudanças estruturais e de pessoal que todos os setores em saúde vivenciam cotidianamente, é imprescindível a constante formação dos profissionais envolvidos neste processo. Capacitar, em temas de vigilância os profissionais que atuam nas regiões de saúde e na gestão em saúde no âmbito municipal e estadual são propostas para materialização desta diretriz.

**METAS:**

- Realizar anualmente visita técnica a 100% das regiões de saúde com: supervisão, investigação, monitoramento e assessoria técnica;
- Realizar até 2015, 400 capacitações em temas de vigilância, para profissionais que atuam nas regiões de saúde do Estado do Tocantins:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	100	100	100	100
<i><b>Total Ano</b></i>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

- Garantir anualmente a participação de 20% dos profissionais da equipe gestora estadual da Vigilância em Saúde e de instituições parceiras em capacitações, eventos técnicos, científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração, no âmbito nacional e internacional.

**DIRETRIZ 39: MODERNIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

A Vigilância em Saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a reduzir riscos e danos a saúde.

Nos últimos anos todos os esforços têm sido direcionados para tornar os sistemas de informações fontes confiáveis e instrumentos estratégicos para que as áreas técnicas possam desenvolver suas ações com segurança e eficácia. Em relação à cobertura dos dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade – SIM e Nascidos Vivos – SINASC, em 2009 foi alcançado a razão de 84,5% e 97,7% respectivamente em comparação com os dados do IBGE. No aspecto de oportunidade das semanas epidemiológicas o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN registrou mais de 95% de envio regular dos dados no ano de 2010. No panorama da vigilância do óbito, foram alcançados 94% de investigação de óbitos de Mulheres em Idade Fértil e 77% de óbitos infantis e fetais em 2010.

Com a coordenação estadual dos sistemas de informação em saúde propõe-se alcançar maior cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM em relação a estimativa de óbito do IBGE, encerrar oportunamente agravos notificados, implantar Unidades de Resposta Rápida – URR em Araguaína e Gurupí, implantar Núcleos Hospitalar de Epidemiologia – NHE, aumentando os pactuados na Comissão Intergestores Bipartite.

No SUS, por meio de inúmeras redes de serviços e ações de promoção da saúde, de vigilância sanitária (controle e fiscalização da qualidade de produtos para o consumo humano, de portos e aeroportos etc.), da vigilância epidemiológica e controle de doenças (epidemias, endemias), de imunizações (produção, vacinações, etc.), de programas orientados para grupos populacionais e problemas específicos (Saúde Mental, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde dos Trabalhadores), de redução de danos, de assistência e reabilitação, de produção de insumos (vacinas, medicamentos, equipamentos e outros), de iniciativas e medidas para a educação em Saúde. Enfim, uma ampla gama de programas, serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde, efetivadas a partir de uma extensa e complexa rede de serviços e ações que conformam um sistema público, em instâncias (inter)governamentais e âmbitos organizacionais diversos. É importante, pois, reiterar que políticas, serviços e ações do SUS estão presentes e são efetivas na vida de todos os brasileiros e de muitos estrangeiros.

A aquisição de insumos para prevenção e qualificação da atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, a ampliação da rede de Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA e a ampliação da rede de Assistência Especializada – SAE, são metas previstas para esta diretriz.

A **vigilância epidemiológica** é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

A **vigilância da situação de saúde** desenvolve ações de monitoramento contínuo do Estado, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

A **vigilância em saúde ambiental** visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana; recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar 20

e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho.

A **vigilância em saúde do trabalhador** caracteriza-se por ser um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A **vigilância sanitária** é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o

controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde.

Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral com a saúde das pessoas por meio da **promoção da saúde**. Essa política objetiva a promover a qualidade de vida, empoderando a população para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável.

Como área estratégica para a saúde a manutenção destes serviços é fundamental para a comunidade.

Existe um desafio de governança em Vigilância em Saúde na construção de novos objetos, com discussões teóricas, requalificação dos meios de trabalho, pela inovação estratégica, tecnológica e elaboração de uma série de produtos que visam melhorar a situação de saúde da população e ampliar a capacidade administrativa de governar com efetividade.

A descentralização aumenta a efetividade das ações de Vigilância em Saúde, deslocando para outras esferas recursos técnicos e financeiros além das responsabilidades e ampliando assim o acesso da população aos serviços. Para consolidar a imagem institucional com trabalho cooperativo, o estabelecimento de pactos, redes e parcerias com universidades, instituições de ensino e serviços, recursos técnicos e financeiros além das responsabilidades e ampliando assim o acesso, fortalece a descentralização dos serviços.

Construir e equipar a Sede da Vigilância em Saúde; a Central de Insumos Estratégicos e o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), construir e equipar laboratórios regionais de saúde pública nos municípios de Araguaína e Gurupí, ampliar a logística de transporte da Vigilância em Saúde, repondo a frota depreciada e ampliando a mesma, ampliar o parque tecnológico da Vigilância em Saúde, repondo e ampliando o mesmo são propostas de estruturação da rede de serviços de vigilância em saúde e aparelhamento do sistema de vigilância em saúde.

**METAS:**

- Construir e equipar a Sede da Vigilância em Saúde, a Central de Insumos Estratégicos e o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) até 2015:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	-	01	01	01
<b>Total Ano</b>	-	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

- Reformar até 2014, a estrutura física de 02 dos Serviços de Verificação de Óbitos de Palmas e Araguaína.:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Capim Dourado	1		-	-
Região do Médio Norte		1		
<b>Total Ano</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-

- Construir e equipar até o ano de 2014, 02 laboratórios regionais de saúde pública nos municípios de Araguaína e Gurupí:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Norte	-	01		-
Região de Saúde Centro Sul	-		01	-
<b>Total Ano</b>	-	<b>01</b>	<b>01</b>	-

- Reformar a estrutura física do Laboratório Central de Saúde Pública, ampliando em 15 salas laboratoriais: passando de 19 para 34.
- Construir e equipar até o ano de 2014, a Rede de Frio do Poló de Araguaína;
- Reformar e Ampliar até o ano de 2014, a Central Estadual de Distribuição de Imunobiológico - CEADI;
- Ampliar até 2015, em 26 o número de veículos para transporte da Vigilância em Saúde.
- Ampliar a estrutura de equipamentos e mobiliário da Vigilância em Saúde, adquirindo anualmente 10 tipos de equipamentos: laboratorial, entomológico, TIC - Tecnologia, informação e comunicação, mobiliário, refrigeração, climatização, transporte de material, e bibliografia;

**DIRETRIZ 40: MANUTENÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TOCANTINS**

Considerando a relevância para a comunidade do desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde, a complexidade das ações a serem desenvolvidas e a necessidade de implementação destas ações, no Estado e em todo o país, é preciso garantir o fortalecimento político, físico e administrativo através de planejamento que analise e assegure a adequada alocação de trabalhadores, por tipo e grau de formação a fim de estruturar um grupo de profissionais que sejam referência e garantam o acesso às ações.

**METAS:**

- Manter 496 trabalhadores do SUS que atuam na Gestão e nos serviços de vigilâncias em saúde do estado do Tocantins.

**4.8 OBJETIVO :**

**PROMOVER A GESTÃO DOS PROCESSOS EDUCACIONAIS E DE PESQUISA, VOLTADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES NO ÂMBITO DA SAÚDE DO TOCANTINS, CONTRIBUINDO PARA A FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO ADEQUADA, CONSOANTE ÀS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE.**

( N.º DO OBJETIVO NO PPA 2012 – 2015: 0095).





**DIRETRIZ 41: FORMAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DO SUS.**

A área da Educação Profissional reveste-se de importância, em consonância com a política nacional vigente que institui Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), em todo o território nacional, especialmente para atender às demandas locais de formação técnica dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde. O objetivo é oferecer Educação Profissional de nível básico, técnico e pós-técnico para os servidores do SUS e para aqueles que desejem ingressar neste mercado de trabalho. Ressalta-se que é esta a fundamentação do trabalho da Diretoria de Educação Profissional.

Historicamente, a Diretoria de Educação Profissional anteriormente definida unicamente como ETSUS – TO deu início e desenvolveu vários cursos técnicos em Palmas e descentralizou muitos deles para Araguaína e Gurupi.

A perspectiva é a continuidade, a ampliação e a implementação de cursos técnicos para trabalhadores do SUS nas áreas de Radiologia, Análises Clínicas, Hemoterapia, Enfermagem e Vigilância em Saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS)/ Agentes de Combate às Endemias (ACE) e 120 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB).

O Estado tem como sua competência, a interface e o estabelecimento de parcerias com Instituições de Ensino e Pesquisa a fim de discutir e subsidiar a construção de currículos em pós-graduação promovendo assim a qualificação dos serviços de saúde, para realização de cursos que atendam as demandas locais através de metodologias ativas enfatizando a aprendizagem significativa.

Para o fortalecimento dos serviços de saúde faz-se mister articular com parceiros como as universidades locais e instituições ou fundações de todo o país, para o apoio e desenvolvimento de projetos de residência multiprofissional e médica, capacitação dos gestores e gerentes do sistema de forma priorizada reconhecendo a rotatividade, a necessidade de qualificação e a adequação do perfil, execução de cursos de especialização para servidores do SUS nas áreas da Atenção Primária e Atenção Especializada na modalidade a distância, presencial e semi-presencial e, execução de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde com ênfase em Gestão.

**METAS:**

- Executar 06 cursos técnicos para trabalhadores do SUS nas áreas de Radiologia, Análises Clínicas, Hemoterapia, Enfermagem, Vigilância em Saúde e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), entre outros da área da saúde, até o ano de 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	01	02	01	01
<b>Total Ano</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

- Realizar 33 turmas do Curso de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) / Agentes de Combate às Endemias (ACE), até o ano de 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	8	8	8	9
<b>Total Ano</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

- Realizar 28 cursos de atualização e aperfeiçoamento em ações de Atenção à Saúde, por meio de cursos de 30-180 horas com ênfase na urgência e emergência; introdutório saúde da família; alimentação e nutrição; saúde bucal indígena, gerenciamento hospitalar, e apoiadores em humanização, até o ano de 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	7	7	7	7
<b>Total Ano</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

- Realizar 6 cursos para profissionais de nível médio do SUS no "Enfrentamento às Drogas" e "Atenção Integral à Saúde do Idoso", até o ano de 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	03		03	
<b>Total Ano</b>	<b>03</b>		<b>03</b>	

- Executar até o ano de 2015, 06 cursos de especialização para servidores do SUS nas áreas de Gestão, Atenção Primária e Atenção Especializada na modalidade a distância, presencial e semi-presencial, certificando 200 trabalhadores:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	01	02	01	02
<b>Total Ano</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>02</b>

- Certificar 19 alunos em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no ano de 2012;
- Executar a partir de 2013, um Mestrado Profissional em Ciências da Saúde com ênfase em Gestão, contemplando 20 vagas para trabalhadores do SUS;
- Executar 08 cursos "Introdutório do SUS" para trabalhadores do SUS – curso de 60 horas, certificando 100 profissionais a cada ano:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	02	02	02	02
<b>Total Ano</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>02</b>

- Realizar até 2015, 33 cursos voltados para a área gerencial e administrativa, por meio de participação em cursos, congressos, fóruns, workshops, seminários e atividades afins:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	8	8	8	9
<b>Total Ano</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

- Realizar 40 cursos voltados para os profissionais de nível médio do SUS para implementação da Rede Cegonha em 100% das Regiões de Saúde, até 2015.
- Capacitar anualmente, 60% dos profissionais que atuam com as ferramentas e sistemas de controle e avaliação.

**DIRETRIZ 42: AMPLIAÇÃO DO ACESSO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE À EDUCAÇÃO PERMANENTE E APRIMORAMENTO DA QUALIFICAÇÃO EM SERVIÇO**

Apesar de todos os avanços da Educação Profissional e da Política de Educação Permanente balizada pela Portaria GM N°. 1996 de 20 de agosto de 2007, que surge como uma resposta à necessidade de revisão e mudanças de processos, concepções, diretrizes e metodologias pouco geradoras de mudanças nas práticas profissionais e dos serviços, ainda se verifica que o ensino das profissões no Brasil continua baseado no modelo fragmentado que usa a lógica da especialização na produção do trabalho e não prepara os profissionais para uma abordagem integral e para o modelo do SUS.

Os serviços de saúde têm papel fundamental na requalificação e adequação das práticas e perfis profissionais às exigências da saúde. Nesse processo, ainda é um grande desafio integrar, articular e redimensionar ações de formação e desenvolvimento profissional que deverão estar pautadas no compromisso da SESAU-TO com estratégias ativas, possibilitando a interlocução com instituições de ensino e serviços, vislumbrando um espaço democrático e permanente na redefinição dos caminhos para qualificação e requalificação profissional no Estado.

A equidade e o acesso universal aos serviços ainda ficam prejudicados pela dificuldade apresentada por inúmeros municípios em fixarem profissionais em seu território, especialmente médicos, justificando assim, estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais, construídas à luz dos princípios e diretrizes do SUS. Essas estratégias e políticas têm sido desenvolvidas e requerem ampliação para redirecionar a formação dos profissionais e qualificar os que já atuam nos serviços de saúde.

O Estado tem política própria de valorização do trabalhador, com plano de carreira, cargos e salários adequado à realidade do SUS em reconhecimento da importância e do valor de seus servidores.

Atua também nas práticas de desprecarização do trabalho e progressão profissional na tentativa de melhorar o estabelecimento de profissionais aptos ao trabalho em saúde no Tocantins, enfrentando assim, pontos de estrangulamentos importantes: alta rotatividade, distribuição inadequada de profissionais, carência de trabalhadores em locais de difícil acesso, insuficiência de oportunidades de capacitação e desenvolvimento funcional para trabalhadores, multiplicidade de formas de contratação, contratos de trabalho irregulares, ausência de política remuneratória adequada e de

mecanismos de avaliação do trabalho realizado, assim como de ascensão profissional.

Em busca do aprimoramento das práticas de desenvolvimento do trabalho no SUS promove-se: atualização em ações de Atenção à Saúde, por meio de cursos com ênfase na urgência e emergência; introdutório à saúde da família; alimentação e nutrição; saúde bucal indígena; qualificação para profissionais de nível médio do SUS no "Enfrentamento às Drogas" e "Atenção Integral à Saúde do Idoso" e ainda, qualificação de profissionais de nível médio do SUS para implementação da Rede Cegonha.

**METAS:**

- Realizar 52 cursos voltados para a implementação da Política de Educação Permanente, Processos Educacionais e Pesquisa, até o ano de 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	13	13	13	13
<b>Total Ano</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

- Realizar até o ano de 2015, 90 cursos para os profissionais da saúde voltados a saúde mental, câncer de colo de útero e mama, saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva para adolescentes, envelhecimento da pessoa idosa, hipertensão e diabetes, pacto para redução da mortalidade:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	22	22	22	24
<b>Total Ano</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>24</b>

- Realizar 100 Cursos de qualificação para o Plano da Redução da Mortalidade Infantil, para o nível médio e superior, até o ano de 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	25	25	25	25
<b>Total Ano</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>

- Realizar o Fórum Tocantinense de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde a cada dois anos:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	01	-	01	-
<b><i>Total Ano</i></b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>01</b>	<b>-</b>

- Realizar anualmente 12 reuniões ordinárias da Comissão de Integração Ensino Serviço;

**DIRETRIZ 43: MODERNIZAÇÃO DOS PROCESSOS EDUCACIONAIS E DE PESQUISA EM SAÚDE**

O SUS vem experimentando redesenhos de seus mecanismos operacionais para tornar-se um sistema universal, hierarquizado, público e com comando único em cada esfera de governo, com transferência de atribuições de gestão do governo federal aos governos locais – estados e municípios. Essas modificações do formato centralizado de gestão para um padrão descentralizado e com capacidade técnica em termos físicos, organizacionais e de recursos humanos requerem um longo processo, no qual a Educação na Saúde é de grande relevância.

Estão acontecendo profundas mudanças na estrutura das relações de trabalho e a responsabilização dos municípios pela contratação e gerência de profissionais para dar conta dos múltiplos objetivos e metas do projeto de reforma setorial. Neste quadro fica clara a colaboração que a SESAU-TO pode dispensar no cumprimento do seu papel de articulação e cooperação técnica, no que se refere à estruturação de efetiva política de gestão do trabalho e da educação na saúde na indução da capacidade regulatória e de planejamento da função dos recursos humanos nos municípios e no Estado enquanto lugares de gestão administrativa da saúde.

São ênfases de atuação propostas de forma basal na Educação na Saúde no Estado: aprimorar o conhecimento pré-existente dos nossos trabalhadores e qualificá-los visando as transformações políticas propostas com a qualificação de profissionais gerentes e executores de ações no SUS, a qualificação de servidores da área gerencial e administrativa, e a realização de cursos do "Introdutório do SUS" para trabalhadores do SUS.

**METAS:**

- Financiar em conjunto com o Ministério da Saúde e Secretaria de Ciência e Tecnologia 100% das pesquisas do Programa de Pesquisa para o SUS (PPS – SUS) para o Estado do Tocantins;
- Implantar até 2015 as tecnologias educacionais em saúde: Canal Saúde, Telessaúde, Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Convencional em Saúde em 03 municípios do Estado

**DIRETRIZ 44: MODERNIZAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO DA ESCOLA TOCANTINENSE DO SUS**

Para a realização das nossas capacitações, qualificações e treinamentos, tanto pela Superintendência quanto pelas demais áreas técnicas da SESAU-TO e dos municípios, é fundamental o compromisso assumido de subsídio a estes processos, pois, o resultado será nada menos que a melhoria da qualidade dos serviços. Então todo o processo de construção e efetivação destes eventos educacionais, a constituição dos mesmos enquanto plano de trabalho educacional para a saúde do Estado e o investimento no aperfeiçoamento técnico destes processos educacionais merecem destaque enquanto atuação da Educação na Saúde no Estado.

Uniram-se esforços a fim de relacionar estes processos às necessidades concretas do processo produtivo em saúde, a partir da compreensão da realidade e construção de alternativas capazes de integrar as múltiplas variáveis envolvidas. Apoiar pesquisas no sistema, estimular processos de planejamento, processo seletivo e processos pedagógicos dos cursos propostos pelas áreas técnicas, ter expertise no desenvolvimento dos processos previstos na administração pública a fim de percorrer os caminhos que proporcionem agilidade para pagamentos de hora-aula dos cursos executados na SESAU, garantir a certificação destes cursos, oferecer e manter a estrutura de funcionamento do espaço Escola Tocantinense do SUS, são algumas das possibilidades de promoção dos processos educacionais.

Também podemos contar com as tecnologias educativas em saúde, como: Canal Saúde, Telessaúde, Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Convencional em Saúde como apoio ao estudo dos nossos profissionais.

Quando considera-se a extensão e o desenho geográficos do Estado, depara-se com concentrações populacionais e da rede de serviços em algumas cidades pólos. O crescimento do Estado ocasiona nestas cidades uma complexidade organizacional, um aumento do número de profissionais e de serviços de saúde. Não é politicamente e administrativamente interessante a concentração das atividades destinadas a estas cidades apenas na capital. Precisa-se efetivar a descentralização no atendimento das demandas, inclusive da Educação na Saúde, no âmbito da gestão e do desenvolvimento de processos educacionais.

Este perfil é encontrado em Araguaína, que além da importante rede de serviços para o SUS do Estado, ainda apresenta importante interface no atendimento de demandas em saúde dos estados vizinhos da região Norte. A proposta é a institucionalização do Pólo da Escola Tocantinense do SUS nesta



localidade, e a implantação de serviços e práticas previstos na Política Nacional de Educação Permanente.

**METAS:**

- Contruir Sede do Pólo da Escola Tocantinense do SUS em Araguaína;
- Ampliação da sede da Escola Tocantinense do SUS em Palmas

**DIRETRIZ 45: MANUTENÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DO TOCANTINS**

Considerando a juventude da Política de Educação Permanente e a incipiência do processo de implantação da mesma, no Estado e em todo o país, é preciso garantir o fortalecimento político, pedagógico, físico e administrativo da Educação na Saúde. A ampliação da formação profissional e sua realização com qualidade exigem investimento a fim de estruturar um grupo de profissionais que seja referência e garanta o acesso às atividades de formação pelos profissionais de saúde.

**METAS:**

- Manter 79 trabalhadores do SUS que atuam na Gestão da Educação Permanente em saúde do estado do Tocantins.



**4.9 OBJETIVO :**

**VIABILIZAR A GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NO ÂMBITO DO SUS, FORTALECENDO AS RELAÇÕES INTERFEDERATIVA, INTRAINSTITUCIONAL E INSTITUCIONAL ATRAVÉS DE AÇÕES DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO, CONTROLE, AUDITORIA, ASSISTÊNCIA JURÍDICA, OUVIDORIA COMUNICAÇÃO, GESTÃO E REGULAÇÃO DO TRABALHO E CONTROLE SOCIAL, COM CENTRALIDADE NA GARANTIA DE ACESSO E GESTÃO POR RESULTADOS.**

( N.º DO OBJETIVO NO PPA 2012 – 2015: 0129).



**DIRETRIZ 46: ESCUTA QUALIFICADA DO USUÁRIO QUANTO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

A **Ouvidoria** tem como atribuição precípua receber as solicitações, as reclamações, as denúncias, os elogios e as sugestões – manifestações dos usuários do SUS – e encaminhá-las ao conhecimento dos órgãos competentes, para providências cabíveis e posterior retorno aos cidadãos.

Para implementação das ações que podem colaborar no alcance do aprimoramento das práticas de Ouvidoria do SUS no Tocantins, dando maior expressão às demandas reconhecidas pelos usuários, propõe-se a implantação da ouvidoria em todos os Hospitais da Rede Estadual do Tocantins, apoio a implantação de ouvidorias nas Regiões de Saúde e implantação do Programa de Avaliação de Indicadores Nacional de Acesso e Qualidade em Saúde no Estado.

**METAS:**

- Implantar a ouvidoria em 100% dos Hospitais da Rede Estadual do Tocantins até o ano de 2015;
- Apoiar a implantação de ouvidorias em 100% das Regiões de Saúde no Tocantins até o ano de 2015

**DIRETRIZ 47: GARANTIA DO CONTROLE DA EXECUÇÃO ADMINISTRATIVA/GERENCIAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

O Sistema Nacional de Auditoria é um mecanismo de controle técnico e financeiro que tem como objetivo regular as ações e os serviços de saúde em todo o País, sob competência do SUS – Sistema Único de Saúde, e em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios. Trata-se de uma ferramenta responsável pelo fornecimento de subsídios para melhorar o processo de gestão em saúde e a responsabilização dos gestores nos seus atos administrativos.

O Sistema se reveste das atividades de auditoria a qual procura resguardar aos usuários e à União, estados e municípios a qualidade dos serviços profissionais e institucionais prestados pelo SUS, visando à

preservação do uso adequado do dinheiro público. O fortalecimento do SNA no Estado, estimulando o diálogo entre auditoria, conselhos de saúde e a gestão do SUS, a implantação do SNA em municípios contemplados com recursos da ParticipaSUS, habilitar técnicos para uso do SISAUD/SUS – Sistema de Auditoria do SUS, além de estabelecer uma agenda de compromissos e a otimização da força de trabalho advinda das auditorias são ambições da SESAU–TO.

São propostas: auditar a totalidade das demandas da Ouvidoria do SUS e demais demandas das Áreas Técnicas da SES/TO, GABIN/SES, órgãos de Controle Interno e Externo e Ministério da Saúde, auditar Sistemas Municipais de Saúde, implementar auditoria sobre a produção de serviços de saúde, pública e privada sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, garantir a participação dos profissionais da equipe de auditoria estadual, em eventos técnicos científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração, no âmbito nacional e internacional, garantir ações do Grupo de Trabalho de Fortalecimento do SNA (Sistema Nacional de Auditoria), componentes estadual e municipal, relacionadas às reuniões de trabalho, eventos e capacitações.

#### **METAS:**

- Auditar anualmente 100% das demandas da Ouvidoria do SUS e demais demandas das Áreas Técnicas da SES/TO, GABIN/SES, órgãos de Controle Interno e Externo e Ministério da Saúde.
- Garantir 100% das ações de fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria , componente estadual e municipal;
- Capacitar 100% dos profissionais da Equipe de Auditoria Estadual, em eventos técnicos científicos, intercâmbios e cursos( curta,média e longa duração), no âmbito nacional e internacional;
- Capacitar até 2015 de 100% dos técnicos dos municípios para implementação do Sistema Nacional de Auditoria;
- Realizar anualmente auditoria operativa em 80% dos prestadores de serviço de saúde da rede privada e filantrópica, sob Gestão Estadual;
- Auditar 111 dos Sistemas Municipais de Saúde;

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	27	27	27	30
<b>Total Ano</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>30</b>

#### DIRETRIZ 48: APERFEIÇOAMENTO DO TRABALHO EM SAÚDE OFERECIDO À POPULAÇÃO USUÁRIA DO SUS

Nos últimos anos a SESAU através tem desenvolvido uma forte política de capacitação de gestores estaduais e municipais de saúde com temas relativos à Gestão do SUS. A crescente demanda por parte dos órgãos fiscalizadores externos tem exigido que secretários municipais de saúde e equipes técnicas sejam melhor qualificados para garantia da execução orçamentária e financeira observando-se os dispositivos constitucionais e as Leis de Responsabilidade Fiscal e demais normativas do SUS. Desta forma gastar, e gastar bem com eficiência, eficácia e efetividade tem sido um desafio considerando-se que os recursos destinados à saúde para atender ao que está na constituição são escassos: temos uma legislação padrão ouro e um financiamento padrão “ferro”, cabendo aos gestores dar, aos insuficientes recursos, a agregação de valores com a utilização de estratégias integradoras, interinstitucional e de muita articulação para otimização destes recursos.

Assim sendo para conhecer melhor a gestão do SUS esta equipe precisa estar preparada e qualificada para planejar, desenvolver, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde e o atendimento das necessidades de saúde dos usuários do SUS.

Através desta diretriz serão utilizadas estratégias de capacitação em cursos, oficinas, fóruns dentre outros, utilizando momentos presenciais e de Educação à Distância.

#### METAS:

- Capacitar até 2015, 70% dos técnicos e gestores municipais de Saúde até o ano de 2015 nas áreas de gestão e planejamento;
- Capacitar 80% dos profissionais da equipe gestora estadual que atuam nas áreas de gestão e planejamento em eventos técnicos, científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração, no âmbito nacional e internacional;
- Realizar 08 Oficinas de Monitoramento e Avaliação da Gestão com técnicos e gestores municipais e estaduais de 100% dos municípios:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	02	02	02	02
<b>Total Ano</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>02</b>

**DIRETRIZ 49: FORTALECIMENTO DA GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS**

A Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 introduziram grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficaram estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS no Brasil e conseqüentemente no Tocantins.

A gestão do setor saúde no Estado do Tocantins, vem assumindo uma complexa dimensão nos últimos 6 anos, desde a Adesão ao Pacto Pela Saúde em 2006, passando pela Regionalização Solidária e Cooperativa, até a Regulamentação da Lei 8080/90, conforme o Decreto N° 7.508/28/06/11, enfatizando a transparência na Gestão do SUS com mais segurança jurídica através dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), formalizando compromissos e responsabilidades que compreendem as relações entre os gestores dos três níveis e destes com a sociedade (através dos conselhos de saúde e outras instâncias), bem como as relações intra-institucionais.

As especificidades da área da saúde no nosso território fazem com que o debate acerca da função, do vínculo, dos resultados e das finalidades da implantação de toda e qualquer ação e serviço sejam efetivados com base nos princípios e diretrizes do SUS, tais princípios e diretrizes devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza.

Ainda em 2006 foi implantado no Ministério da Saúde e na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, aonde o planejamento assumiu o papel vital para integração da SES – TO, o direcionamento de ações a fim de que se atinjam ou alcancem os resultados previamente escolhidos, consiste em formalização de procedimentos para a obtenção de resultado articulado, de forma que as decisões possam estar integradas umas com as outras, configurando-se num processo estratégico para a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, cuja importância têm sido crescentemente reconhecida, em especial nos últimos anos.

Para o aperfeiçoamento da Gestão do SUS um forte trabalho de cooperação técnica junto aos municípios e internamente em toda a Secretaria deverão ser realizados, visando uma criteriosa elaboração e operacionalização dos Instrumentos de Gestão do SUS ( Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão ) além de subsidiar e coordenar no âmbito



da SESAU – TO, todo o processo de elaboração do Plano Plurianual, da Lei Orçamentária Anual e da Lei de Diretrizes Orçamentárias e suas revisões anuais.

Para o desenvolvimento de um Planejamento mais operativo, pretende-se implantar o Planejamento Estratégico com a construção de um Mapa Estratégico da Saúde e seu desdobramento em objetivos estratégicos e um Portfólio de Projetos Estruturantes que venham trazer impactos à saúde do Estado, com otimização de custos/recursos e efetividade no alcance de resultados palpáveis à sociedade tocantinense. Para isso será necessário um Gerenciamento de Projetos Governamentais através de ferramentas e metodologias que tragam consigo uma mudança de paradigma na Gestão do SUS do Estado e a implantação da cultura da Economia da Saúde e da Gestão voltada para Resultados.

Também, através da Política de Gestão Estratégica e Participativa, será estabelecido um forte Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Os avanços alcançados na construção do SUS e os desafios atuais exigem, todavia, a concentração de esforços para que o planejamento possa responder oportuna e efetivamente às necessidades deste Sistema, realizando monitoramento e avaliação das ações e serviços do Sistema de Saúde do Tocantins. Para isso o Estado irá implementar a Rede de Informação Interagencial em Saúde – RIPSAs no Estado, conforme diretrizes da RIPSAs nacional, em uma forte discussão e fortalecimento da informação para tomada de decisão junto à Gestão do SUS.

O Tocantins tem avançado na gestão: Desde 2007 100% dos Instrumentos de Gestão da Saúde são elaborados integradamente com todas as áreas da SES– TO; 100% dos municípios do Estado com Relatório Anual de Gestão entregues nos anos de 2007 e 2008; 96,4% entregaram os RAG's 2009 e 78.4% entregaram os RAG's de 2010. O SIOPS tem desenvolvido também um importante papel na garantia da informação dos valores mínimos de gasto com a saúde.

O Estado também foi o primeiro da Federação a Reavaliar a Gestão através da 2ª Oficina de Avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública no total de 90 pessoas entre, Conselheiros de Estado da Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Membros da Academia em conjunto com os Servidores da SESAU, Organização Pan-Americana de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde e Ministério da Saúde, apresentando uma melhoria em 26%, comparado com o ano de 2006.

Nos anos de 2008 a 2011 em consenso com os municípios e áreas técnicas da SESAU 100% dos municípios realizaram a pactuação do SISPACTO.

72 municípios fizeram a Adesão ao Pacto Pela Saúde com homologação ao Termo de Compromisso de Gestão e por 5 vezes foi realizada Avaliação Anual do Termo de Compromisso de Gestão Estadual e reformulação do Plano Operativo em conjunto com os servidores das Superintendências da SES. Entretanto com as mudanças na Gestão do SUS a luz do Decreto 7508/11, novas consensualizações dos indicadores de relevância para saúde, definidos pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), terão de ser pactuados através de metas para os próximos anos através de uma forte e madura articulação inter e intrainstitucional para implantação, implementação e desenvolvimento de Políticas Públicas resolutivas para o SUS.

Outra estratégia de suma importância a ser desdobrada nestes 4 anos será a implantação das novas Comissões Intergestores Regionais (CIR) em substituição aos antigos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Até 2010 já haviam sido realizadas 195 reuniões dos Colegiados de Gestão Regionais com os 139 municípios do Estado e Representantes Estaduais, aonde foram discutidos e consensuados assuntos inerentes à gestão, entre eles: o Pacto Pela Saúde, a Regionalização, Vigilância em Saúde, a Política de Educação Permanente, construção do PEP Plano de Educação Permanente, atendimento hospitalar e, outras negociações com os Hospitais Regionais, Orientações sobre a elaboração do Relatório Anual de Gestão.

Todas essas discussões fortaleceram as negociações no âmbito regional, com integração e cooperação técnica entre os 139 municípios e o Estado. Temas importantes como regulação dos serviços, programação pactuada e integrada, educação em saúde entre outros foram colocados em discussão. Foi viabilizada também toda logística para organização e garantia da participação de todos os representantes dos municípios, assegurando a participação do maior número de gestores municipais e funcionamento dos quinze Colegiados de Gestão Regional.

O desafio agora é fortalecer a Governança Regional com um novo olhar de tomada de decisão e pactuação, assumindo junto à Comissão Intergestores Bipartite um papel fundamental na Gestão do SUS. Para isso pretende-se repactuar a constituição das novas Regiões de Saúde adequando-as as definições do Decreto Federal 7508/11, bem como estabelecer nas mesmas novos mecanismos de articulação interfederativa com a implantação de Consórcios Intermunicipais sob coordenação do Estado, visando contribuir com a Governança Regional e com a ampliação e garantia de acesso com qualidade aos usuários do SUS.

A existência do Fundo 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.

Além disso, as demais áreas meios da Gestão do SUS na SESAU como a Assessoria Jurídica, a Administração e logística, a Comissão de Licitação, e a Assessoria de comunicação e nesse contexto toda a equipe gestora estadual, trabalharão a Gestão do SUS como locus de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade, entendendo cada um, a importância de suas ações para o alcance das metas deste Plano Estadual. Neste intuito será viabilizado a implantação de Gestão de Processos, mudanças e modernização dos fluxos e da logística de compras e armazenamento, com uma mudança de paradigma na gestão com a utilização de mecanismos de tecnologia da informação, mudança na lógica de transportes e de maior autonomia da SESAU e agilidade nos aspectos jurídicos, de compra e licitação.

Para o fortalecimento da Gestão Estratégica e Participativa no SUS, precisa-se de mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares e processos de educação popular em saúde desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS apresenta as ações a serem desenvolvidas no âmbito da implementação da

Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade:

- a) Combate às iniquidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo, da floresta, ribeirinhos em situação de rua, ciganos, GLBTT – (gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis), entre outras;
- b) Promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniquidades em saúde nos níveis loco-regionais;
- c) Sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da equidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde;
- d) Ampliação do acesso às populações negra, do campo e da floresta, GLTTB em situação de rua, cigana, entre outras, aos serviços e ações de saúde em articulação com os gestores;
- e) Promoção de educação em saúde e controle social.
- f) Ampliação do acesso aos Quilombolas:
  - Promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola;
  - Estabelecimento do recorte racial na política da saúde, nos aspectos relacionados à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS;
  - Atenção à saúde das populações quilombolas.

O Estado buscará apoiar a promoção da Equidade em Saúde nas Populações em Condições de maior vulnerabilidade, desenvolvendo ações em defesa do SUS no Estado.

#### **METAS:**

- Aumentar para 100% até 2015 o acompanhamento da execução dos convênios firmados entre o Fundo Estadual de Saúde e os municípios.
- Acompanhar o Centro de Custo de 100% dos Hospitais da Rede Estadual do Tocantins;
- Intensificar em 100% a alimentação do SIOPS Estadual (Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde);
- Monitorar a alimentação do SIOPS (Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde) em 100% dos municípios;

- Conduzir 100% a elaboração e a revisão dos instrumentos de gestão do SUS na esfera estadual, obedecendo aos prazos da periodicidade de cada instrumento;
- Realizar anualmente o monitoramento e a avaliação trimestral do cumprimento das metas previstas em 100% dos instrumentos de gestão estadual;
- Implementar até 2013 a Iniciativa RIPSA no seu Estado;
- Intensificar a divulgação de informações de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, através de relatórios, boletins e matérias gráficas para 100% dos municípios;
- Desenvolver o monitoramento e avaliação dos indicadores Pacto Pela Saúde e do Contrato Organizativo de Ação Pública em 100% do Estado, dos municípios e Regiões de Saúde;
- Intensificar a articulação e os processos de monitoramento, análise e avaliação de 100% dos indicadores de relevância para a gestão;
- Aumentar em 64 o número de municípios com a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal – TCGM do Pacto pela Saúde passando de 75 para 139 até 2012;
- Implantar até o ano de 2013 o Programa de Avaliação de Indicadores Nacional de Acesso e Qualidade em Saúde no Estado;
- Promover até 2015 a assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) em 100% das Regiões de Saúde (Decreto federal 7.508/11);
- Realizar anualmente 100% das demandas de repactuação, revisão e operacionalização da Programação Pactuada e Integrada da Assistência entre o Estado e Municípios;
- Apoiar a promoção da Equidade em Saúde de em 100% Populações em Condições de maior vulnerabilidade;
- Intensificar o Pacto em Defesa do SUS em 100% do Estado;
- Realizar bianualmente o Seminário Estadual de Gestão Estratégica e Participativa do SUS;
- Realizar bianualmente 01 Evento Estadual envolvendo gestores municipais, controle social e técnicos estaduais com ênfase na Regionalização da Saúde;
- Promover anualmente a participação de Gestores Municipais e da SESAU em eventos de relevância para Gestão e Regionalização da Saúde;

- Realizar 100% das reuniões Ordinárias e Extraordinárias das Comissões Intergestores Regionais;
- Elevar para 95% o índice de frequência de participação dos representantes da Comissão Intergestores Bipartite, assegurando a participação paritária nas pactuações e homologações demandadas;
- Monitorar e Avaliar anualmente em 50% os municípios que aderiram ao Pacto pela Saúde no cumprimento das ações e serviços assumidas no termo de compromisso relativas

### DIRETRIZ 50: FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO SUS

A Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 introduziram grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficaram estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS no Brasil e conseqüentemente no Tocantins.

No âmbito da Secretaria de Saúde existe o **Conselho de Saúde**, como instrumento de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição Federal – resultado de anos de luta do movimento de reforma sanitária no País, por fim determinado no texto Lei N° 8.142, de 28/12/1990: criado em 1991 o Conselho de Saúde do Estado do Tocantins – atuação de seus Conselheiros e da Secretaria Executiva foi revestida da responsabilidade de implantar, ampliar e fortalecer o exercício do Controle Social. Foi reestruturado pela Lei Estadual de N°. 1.663 de 22/02/2006, o que o levou à adequação de seu Regimento Interno e a partir daí passou a publicar suas resoluções no Diário Oficial do Estado; promoveu a nomeação de seus Conselheiros; e a sua Secretaria Executiva passou a contar com mais servidores e com a ampliação dos recursos materiais para a execução dos seus trabalhos.

O Estado do Tocantins por meio do CES-TO foi o primeiro Estado da federação, além dos 03 (três) Estados que foram pilotos do projeto, a cadastrar todos os Conselhos no Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Também

possui um link próprio na home–page da SESAU–TO onde faz a divulgação das atas, pautas e resoluções e outros assuntos de interesse social.

O CES – TO foi um dos primeiros Conselhos Estaduais de Saúde a deliberar sobre o Pacto pela Saúde 2006. Instituiu a participação das Coordenações de Plenárias de Conselhos Estadual de Saúde nas Reuniões Ordinárias do CES–TO. As denúncias recebidas são analisadas em parceria com a Ouvidoria e Auditoria do SUS em nível estadual (Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins).

Para o fortalecimento da Gestão participativa e do controle social propõe–se realizar seminário a cada 2 anos envolvendo cerca de 500 pessoas (conselheiros, lideranças, de movimentos sociais, Agentes Comunitários de Saúde, Educadores Populares e Gestores) tendo como tema central o controle social e gestão participativa no âmbito do SUS, capacitar os conselheiros de Saúde, realizar reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde, realizar a VIII Conferência Estadual de Saúde, realizar Fórum Estadual.

#### **METAS:**

- Capacitar anualmente 60% dos conselheiros de Saúde estadual e municipais;
- Realizar anualmente 100% das reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde;
- Realizar em 2015 a VIII Conferência Estadual de Saúde;
- Realizar em 2012 o Fórum Estadual do Controle Social

**DIRETRIZ 51: CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

Em relação ao desenvolvimento das atividades de **Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria – CRAA**, de avaliação de desempenho, qualidade e resolutividade das entidades públicas que integram o SUS, a equipe gestora tem o controle das ações e serviços de saúde, mediante auditoria contábil – financeira das pessoas físicas e jurídicas que integram ou participam do SUS e quando demandadas, verificando a exatidão e regularidade das contas apresentadas. Realiza-se o acompanhamento e monitoramento das ações de saúde de baixa e média complexidade, o acompanhamento e monitoramento das adequações recomendadas em relatórios de outras instâncias gestoras, a avaliação quanto à redução de custos com a prestação de serviços médico/hospitalar através de ações objetivas do serviço de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria.

Para a implementação das ações de Controle, Avaliação, Regulação é necessário: supervisionar, atualizar 100% dos Hospitais Regionais do Estado quanto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e ações de controle e avaliação, monitorar o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde de 100% dos Municípios descentralizados, manter, anualmente, em 100% o índice de alimentação dos Sistemas de Informação (SIA – Sistema de Informação Ambulatorial, SCNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, SIH – Sistema de Informação Hospitalar) dos municípios e estabelecimentos sob gestão Estadual, atender com cooperação técnica os municípios na demanda de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde no nível regional e municipal, monitorar e Avaliar os municípios que aderiram ao Pacto no cumprimento das ações e serviços assumidas no termo de compromisso, controlar serviços de média e alta complexidade (Programado x Autorizado x Faturado), reavaliar in loco 100% dos Planos de Metas dos Hospitais de Pequeno Porte do Estado, realizar pesquisa de satisfação do usuário em alguns dos serviços de média e alta, avaliar a assistência prestada de serviços de alta complexidade sob gestão estadual.

Atualmente estamos vivendo um novo momento em relação ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a implantação do processo de regulação estabelecido na Portaria MS/GM nº 1559 de 01/08/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS. A implantação da regulação, principalmente a regulação do acesso, que permite ao gestor atuar sobre a organização dos serviços de acordo com a necessidade dos usuários é o grande desafio na busca da integralidade e equidade da assistência disponibilizada à população brasileira.



A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços, deve ser iniciada na Atenção Primária que exerce função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde. Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, levando em conta a classificação de risco, o cumprimento de protocolos de regulação estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada.

Para fortalecimento do sistema de regulação do Tocantins busca-se adquirir sistema de informação para informatizar o setor de TFD – Tratamento Fora de Domicílio para informatização dos processos administrativos de controle regulação avaliação e auditoria.

#### **METAS:**

- Monitorar, anualmente, o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES de 100% dos municípios descentralizados;
- Supervisionar e atualizar anualmente o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e as ações de controle e avaliação nos 19 Hospitais Regionais do Estado;
- Intensificar em 100% o índice de alimentação dos Sistemas de Informação dos municípios e estabelecimentos sob gestão Estadual (SIA – Sistema de Informação Ambulatorial, SCNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, SIH – Sistema de Informação Hospitalar);
- Realizar anualmente cooperação técnica a 100% das demandas municipais de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde;
- Garantir a participação de 80% dos profissionais da equipe gestora estadual de Controle Avaliação e Regulação em eventos técnicos, científicos, seminários, oficinas, câmaras técnicas em âmbito nacional e internacional;
- Capacitar 100% dos Gestores Municipais e Hospitais em Sistemas de Regulação que necessitem de implantação e/ou implementação nas Centrais de Regulação;
- Controlar de 60% dos serviços de media e alta complexidade (Programado x Autorizado x Faturado);

- Reavaliar, anualmente, 100% dos Planos de Metas dos Hospitais de Pequeno Porte do Estado;
- Realizar em 30% dos serviços de media e alta complexidade a pesquisa de satisfação do usuário;
- Avaliar anualmente a assistência prestada de 25% dos serviços de alta complexidade sob gestão estadual;
- Elaborar e Publicar até 2013, os protocolos clínicos e de acesso de acordo com as especialidades médicas sob regulação;
- Equipar até 2013, 02 complexos reguladores no Estado;
- Atualizar a Normativa do TFD até 2013

**DIRETRIZ 52: VALORIZAÇÃO, MOTIVAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS SERVIDORES DA SAÚDE NO TOCANTINS**

A Secretaria de Estado da Saúde através da Superintendência de Gestão e Regulação do Trabalho vem trabalhando na construção e implementação da política de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, em nível de Estado. Também é do âmbito desta Superintendência, a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, a regulação e regulamentação do trabalho, objetivando estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho, na esfera estadual e municipal, os setores que compõem o Sistema Único de Saúde, contribuindo para promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS.

Desta forma a Secretaria de Estado da Saúde tem buscado a estruturação do banco de dados sobre o mercado de trabalho de saúde, para utilização como instrumentos no auxílio à tomada de decisão e a formulação de políticas para a gestão do trabalho em saúde no nível estadual e municipal de governo com ações concretas que tenham por fim a desprecarização do trabalho no SUS, orientando o melhor dimensionamento do quadro atual de profissionais de saúde existentes no SUS nas esferas estadual e municipal, dando a estes novas estruturas, instrumentos e suportes para proceder à efetiva organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho em saúde, formulando políticas e programas estadual e municipal de humanização do trabalho em saúde, objetivando assim, melhorias na qualidade do atendimento à população e propor iniciativas e ações que visem à valorização do trabalhador e a humanização das relações do trabalho em saúde em acordo com a Política de Gestão e Regulação do Trabalho do Ministério da Saúde.

Formular propostas com vistas a definir as necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais da área de saúde no Estado para possibilitar o desenvolvimento de ações que garantam a oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS, assegurando direitos e deveres dos trabalhadores de saúde, colaborando com os demais gestores do SUS para a solução de problemas relativos ao pessoal do setor público, articulando entre os gestores do SUS em torno de planos de cargos carreiras e salários, qualificação e distribuição dos profissionais de saúde.

Criar mecanismos e instrumentos de pactuação que visem estimular a gestão e o desenvolvimento do trabalho em saúde nas unidades, gerida pela Secretaria de Estado da Saúde, bem como articular e apoiar a implantação

destas políticas junto aos municípios. Para tanto serão utilizados Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

A implantação de *planos de carreira* tem sido constantemente referida como fundamental, não somente para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, mas, sobretudo, para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Desta forma é dever e de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde a criação e implementação na esfera de estadual e municipal, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS), da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente, fixando pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção, pelos estados e municípios, para atender às peculiaridades regionais, preservando os preceitos constitucionais e, ao mesmo tempo, atender à complexidade do SUS, conforme preconiza o PCCS SUS.

Desprecarização do Trabalho no SUS, formular políticas específicas que busquem resolver os graves problemas, que afetam diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde, combater a precariedade do trabalho e, em conjunto com os gestores do SUS, buscar saídas compatíveis e viáveis, conforme o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), que visa à regularização da situação desses trabalhadores inseridos de forma irregular no sistema.

Com a Regulação do Trabalho em Saúde, propor ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde, assentir os mecanismos de regulação profissional da área de saúde, e sugerir a alteração de leis e estimular iniciativas legislativas regularizando o exercício de novas profissões e ocupações preservando o interesse social, propondo desta forma políticas com a finalidade de produzir normas sobre a regulação do exercício profissional que defina a regulação de novas ocupações no setor sempre de forma consultiva e natureza colegiada, com a participação de órgãos governamentais (ligados à área de regulação profissional), conselhos de fiscalização do exercício profissional e entidades de cunho técnico-científico, e com isso, constituir mecanismos que resolvam não só as questões apontadas, como também as que porventura surjam como decorrência dos choques de interesses profissionais, resultantes das tentativas de ganho de espaço (ou poder) por parte das diversas categorias existentes no setor da Saúde.

E através da Mesa de Negociação Permanente do SUS com a participação de trabalhadores, empregadores, gestores e governo, discutir de modo prepositivo, todos os aspectos do funcionamento e das relações de trabalho no

SUS: jornada, condições de trabalho, salário e carreira, onde se validará não somente as diretrizes aprovadas pela mesa como também, pactuando situações que dizem respeito à gestão de saúde local numa relação democrática de trabalho na saúde, humanizando e valorizando os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, estabelecendo vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão buscando reverter um quadro de mecanicismo, automatismo ou tecnicismo das relações, a partir do investimento na construção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, tomando trabalhadores, gestores e usuários como atores de todo esse processo, bem como a constituição de espaços de discussão e reflexão em que se valorizem os diferentes saberes, a criatividade, o desenvolvimento pessoal e coletivo, reconhecendo a importância das dimensões subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão na saúde, como também estabelecer as “diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à saúde dos servidores em estabelecimentos de assistência à saúde, bem como aqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde”, visando a Saúde do Trabalhador na Saúde.

A proposta é coordenar a política estadual de gestão do desempenho e regulação do trabalho no SUS através da elaboração do Plano Estadual da Política de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, a reativação da Mesa Estadual de Negociação do Trabalho em Saúde do Estado do Tocantins, a implantação de 17 Núcleos de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde nas unidades hospitalares e a realização do diagnóstico da situação dos vínculos de trabalho nos 139 municípios do Estado do Tocantins.

A humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.

Na possibilidade de resgate do humano, naquilo que lhe é próprio, é que pode residir a intenção de humanizar o fazer em saúde. Buscar formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica em aproximação crítica que permita compreender a temática para além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido.

A SESAU–TO pretende garantir a manutenção do Plano Estadual da Política de Humanização (PNH), implantar a Política Interna de Saúde no Trabalho em 19 unidades hospitalares sob gestão estadual, LACEN e HEMOCENTRO, executar o "Programa de Qualidade de Vida" na Sede da Secretaria Estadual de Saúde e no Anexo I – Sede da Vigilância em Saúde. São propostas de capilarização da política (PNH) nas unidades sob a gestão da SESAU, fortalecendo a rede e coletivos–Grupos de Trabalho de Humanização – GTH.

#### **METAS:**

- Institucionalizar em 2012 a Política de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde no Estado;
- Implementar em 2012, a Mesa Estadual de Negociação do Trabalho em Saúde do Estado do Tocantins;
- Realizar até o ano de 2013 Pesquisa da Situação dos vínculos de Trabalho nos 139 municípios do Estado do Tocantins;
- Implantar até o ano de 2015 a Política Interna de Saúde no Trabalho na Secretaria de Estado da Saúde;
- Executar, anualmente, o "Programa de Qualidade de Vida" na Secretaria de Estado da Saúde;
- Implantar até o 2013 em 100% das unidades de saúde e hospitalares sob a gestão estadual, o Sistema de Informação de Recursos Humanos (SISRH);
- Implantar até 2015 o processo de Avaliação Periódica de Desempenho – APED em 100% das unidades sob gestão estadual

- Implantar até o ano de 2015, 19 Núcleos de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde nas unidades hospitalares sob gestão estadual:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde do Bico do Papagaio		01		
Região de Saúde do Médio Araguaia			01	
Região de Saúde Médio Norte		02		
Região de Saúde Lobo Guará		01		
Região de Saúde Cultura do Cerrado		01		
Região de Saúde Miracema		01		
Região de Saúde Cantão	01			
Região de Saúde Capim Dourado	03			
Região de Saúde Porto Nacional	02			
Região de Saúde Centro Sul	01			
Região de Saúde Sudeste			01	
Região de Saúde Extremo Sudeste				01
<b>Total Ano</b>	<b>07</b>	<b>06</b>	<b>02</b>	<b>01</b>

- Implantar, anualmente em 04 unidades hospitalares sob gestão estadual, a Política de Humanização (PNH):

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde do Bico do Papagaio				01
Região de Saúde do Médio Araguaia				01
Região de Saúde Médio Norte				02
Região de Saúde Araguaia-Tocantins			01	
Região de Saúde Lobo Guará			01	
Região de Saúde Cultura do Cerrado			01	
Região de Saúde Miracema		01		
Região de Saúde Cantão		01		
Região de Saúde Capim Dourado	03			
Região de Saúde Porto Nacional	01			
Região de Saúde Centro Sul			01	
Região de Saúde Sudeste		01		
Região de Saúde Extremo Sudeste		01		
<b>Total Ano</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>04</b>

**DIRETRIZ 53: MANUTENÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE LIGADAS À GESTÃO EM SAÚDE DO TOCANTINS**

Para a efetiva garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros, há a necessidade que profissionais e gestores dos serviços de saúde tenham acesso a saberes e práticas que possibilitem a qualificação da atenção e da gestão do SUS em permanentes processos de aprendizagem. A estruturação desses processos de formação em gestão a partir de diretrizes para a consolidação do SUS de intervenções positivas no cotidiano dos sistemas de saúde reflete em efeitos duradouros e resultados positivos na atenção e gestão, com qualidade e resolubilidade para os cidadãos.

A participação de gestores em processos de formação com democratização de conhecimento, diante da complexidade dos processos de gestão próprios de um sistema de saúde descentralizado no cenário federativo brasileiro e o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, reflete no importante papel de articulador de ações que resultam na melhoria da qualidade de atenção, a partir da estruturação/qualificação dos serviços de saúde para assim desempenhar atividades com foco na: resolubilidade e a integralidade da atenção à Saúde; redução das iniquidades no acesso; ampliação da qualidade das ações e serviços, e sustentabilidade e legitimação do SUS.

A ampliação do acesso ao conhecimento e desenvolvimento do capital intelectual dos profissionais da gestão visa apoiar, por meio de capacitação, a gestão municipal nas áreas de: gestão e planejamento dos gestores municipais de Saúde, qualificar e requalificar profissionais que atuam na área de gestão (área meio) e planejamento Estadual de Saúde em eventos técnicos, científicos e intercâmbios de curta, média e longa duração, no âmbito nacional e internacional, qualificar a equipe gestora estadual e Municipal em planejamento e gestão.

Considerando a designação *força de trabalho em saúde* na direção de Paim (1994, p. 64): “[com] a compreensão dos Recursos Humanos como força de trabalho na sua dupla dimensão ‘mercadoria’ específica com desvantagem estrutural e ator social capaz de fazer história – além de ‘sujeito–agente’ das práticas de saúde, eticamente comprometido com a vida e com a redução do sofrimento humano, implica a superação da idéia de meros insumos da função de produção. Já não bastam os enfoques da administração, do planejamento normativo, de teoria do capital humano. Seus problemas também não são redutíveis à gestão do trabalho, ao planejamento estratégico, à economia política”.



E, para a designação *trabalhadores de saúde*, baseamo-nos na definição de Médici (*apud* PAIM, 1994, p. 5): “todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor”.

Desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (leis n.ºs. 8.080 e 8.142/90), a questão da força de trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido apontada como um dos seus nós críticos, sem, com isto, merecer o devido tratamento no que diz respeito à sua organização e gestão em todos os níveis, inclusive estadual. É imprescindível a adequada alocação de Recursos Humanos para desenvolvimento de Políticas de Saúde de Gestão do Tocantins, enquanto setor estruturante do SUS do TO.

#### **METAS:**

- Manter 90 trabalhadores do SUS que atuam nas áreas de Planejamento, e Gestão da saúde do Estado do Tocantins.



**4.10 OBJETIVO :**

**CONTRIBUIR PARA A DIMINUIÇÃO DAS DOENÇAS TROPICAIS  
SUBSIDIANDO E APOIANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)  
COM ALTERNATIVAS INOVADORAS E EFICIENTES, GERADAS E  
DISSEMINADAS ATRAVÉS DA PESQUISA, ENSINO E INFORMAÇÃO EM  
SAÚDE, COM ENFOQUE EM MEDICINA TROPICAL.**

( N.º DO OBJETIVO NO PPA 2012 - 2015: 0084).



**DIRETRIZ 54: REALIZAÇÃO DE PESQUISA, EXTENSÃO E APRIMORAMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO EM SAÚDE, COM ÊNFASE EM MEDICINA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA**

As atribuições da FUNTROP alinham-se à produção de pesquisa, extensão e aprimoramento técnico-científico através do desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico no campo da saúde coletiva, nas áreas de práticas, serviços e sistemas de saúde: à promoção de subsídios na tomada de decisão nas políticas, programas, práticas assistenciais e gerenciais em saúde, mediante a difusão do conhecimento científico-tecnológico produzido; ao desenvolvimento de pesquisas relacionadas às diferentes doenças tropicais, formas de organização e aos processos de trabalho nos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade tecnológica de atenção e de dimensões relacionadas ao cuidado, à promoção e à proteção da saúde; ao desenvolvimento de pesquisas nos campos da medicina tropical, das políticas públicas de saúde, das funções de provisão, regulação e financiamento dos sistemas de saúde e dos modelos de gestão de serviços e de sistemas de saúde. Contudo, não se pode ignorar sua ênfase em Medicina Tropical.

No campo técnico científico presta apoio às ações de pesquisa, ensino e difusão realizadas no SUS, em suas diferentes áreas.

**METAS:**

- Realizar 70 pesquisas científicas com publicação de resultados até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	10	20	20	20
<b>Total Ano</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

**DIRETRIZ 55: DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE EM MEDICINA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA.**

No desenvolvimento de tecnologias, é papel da fundação a ser desenvolvido a realização da avaliação de tecnologias de saúde em uso e a serem incorporadas pelo Sistema Único de Saúde, na proposição de parcerias e cooperação técnica para o desenvolvimento da avaliação de tecnologias de saúde, com as diferentes instâncias dos sistemas pertinentes, na difusão do conhecimento produzido, promovendo o fomento e a indução da avaliação de tecnologias de saúde, de acordo com a agenda de prioridades definidas pela SESAU-TO.

Ainda cabe à FUNTROP produzir e elaborar informação necessária para apoiar a tomada de decisão sobre introdução, difusão e utilização das tecnologias e informes de avaliação, identificar e priorizar tecnologias que necessitem de avaliação, elaborar editais, selecionar propostas e manifestar-se conclusivamente a respeito de financiamentos de acordo com a agenda de prioridades definidas pela Secretaria.

**METAS:**

- Realizar 100% das atividades de Informação em Saúde em Medicina Tropical e Saúde Pública até 2015

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Estadual	25%	25%	25%	25%
<b><i>Total Ano</i></b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>

**DIRETRIZ 56: CONSTRUÇÃO, MANUTENÇÃO, REFORMA E APARELHAMENTO DO COMPLEXO DA FUNTROP**

A recuperação e modernização da estrutura física da FUNTROP é de extrema importância para que a Fundação possa avançar nos processos gerenciais, e em atividades de produção técnico científica, de formação e de difusão do conhecimento, buscando sempre aproximar a necessidades dos gestores e trabalhadores dos sistemas e serviços de saúde, bem como das necessidades de melhoria das condições de vida e saúde da população . Assim, faz-se necessário a atualização da estrutura organizacional de acordo com as suas atribuições e competências, advindas da implementação do SUS-TO

**DIRETRIZ 57: PROMOÇÃO DE ENSINO DE PÓS - GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MEDICINA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA**

Para o SUS, a qualificação profissional já é reconhecida como dever do Estado e vem sendo desenvolvida muito satisfatoriamente também pela FUNTROP, um dos responsáveis pelo desenvolvimento profissional para o SUS no Tocantins. A equidade e o acesso universal aos serviços ainda ficam prejudicados pela dificuldade apresentada por inúmeros municípios em fixarem profissionais em seu território, especialmente médicos, justificando assim, estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais, construídas à luz dos princípios e diretrizes do SUS. Essas estratégias e políticas têm sido desenvolvidas e requerem ampliação para redirecionar a formação dos profissionais e qualificar os que já atuam nos serviços de saúde.

Com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários, o Estado tem política própria de valorização do trabalhador, com plano de carreira, cargos e salários adequado à realidade do SUS em reconhecimento da importância e do valor de seus servidores. O desenvolvimento dos servidores do SUS, no Estado, colabora na redução da alta rotatividade, distribuição inadequada de profissionais, carência de trabalhadores em locais de difícil acesso, insuficiência de oportunidades de capacitação e desenvolvimento funcional para trabalhadores, multiplicidade de formas de contratação, contratos de trabalho irregulares, ausência de política remuneratória adequada e de mecanismos de avaliação do trabalho realizado, assim como de ascensão profissional.

**METAS:**

- Capacitar e formar 2600 pessoas em programa de estágio, educação permanente e pós-graduação até 2015:

Regionalização da Meta:	2012	2013	2014	2015
Estadual	650	650	650	650
<i>Total Ano</i>	<b>650</b>	<b>650</b>	<b>650</b>	<b>650</b>



**4.11 OBJETIVO :**

**GARANTIR A GESTÃO E MANUTENÇÃO DA FUNDAÇÃO DE  
MEDICINA TROPICAL DO TOCANTINS**



### **DIRETRIZ 58: MANUTENÇÃO DA FUNTROP**

A Fundação de Medicina Tropical, enquanto autarquia da Saúde no que diz respeito ao desenvolvimento de pesquisa, extensão e aprimoramento tecnológico, além de promotora do ensino de pós-graduação e educação permanente em Medicina Tropical, é referência no Estado e apresenta grandes contribuições ao SUS.

Localiza-se em Araguaína e conta com prédios próprios, recursos mobiliários e logísticos, recursos humanos e equipamentos. Toda esta estrutura se justifica no importante papel que vem desenvolvendo e para o qual ainda se prepara.



**4.12 OBJETIVO :**

**VIABILIZAR A GESTÃO E MANUTENÇÃO DA SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE**



**DIRETRIZ 59: MANUTENÇÃO DA SESAU**

A SESAU–TO enquanto espaço de desenvolvimento do SUS no Estado, traz institucionalmente a responsabilidade de abarcar serviços e espaços de gestão do sistema. É preciso a manutenção de toda uma estrutura física com prédios próprios e outros alugados, mobiliários, logística, veículos, pessoal e toda a dinâmica que isso acarreta no sentido da reestruturação e aprimoramento sempre necessários em um Estado como o nosso que apresenta uma grande taxa de crescimento populacional e conseqüentemente da rede de serviços de saúde.

A SESAU–TO ainda exerce uma importante função em relação aos municípios subsidiando e apoiando a efetivação das ações de saúde necessárias à comunidade. São assessorias técnicas e incentivos a fim de consolidar o SUS no Estado, as ações descentralizadas e os serviços descentralizados, a disponibilização de profissionais, entre outras práticas que justificam esta diretriz.





**4.13 OBJETIVO TRANSVERSAL INTERINSTITUCIONAL EM PARCERIA COM A SECRETARIA DE CIDADANIA E JUSTIÇA :**

**IMPLEMENTAR O PLANO ESTADUAL DE POLÍTICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS POR MEIO DA ELABORAÇÃO, ARTICULAÇÃO, CONSTRUÇÃO E O MONITORAMENTO DAS POLÍTICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, DO APERFEIÇOAMENTO DOS MARCOS INSTITUCIONAIS E LEGAIS E DO FORTALECIMENTO DA ATUAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS SOBRE DROGAS, INTENSIFICANDO O ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS.**



**METAS:**

- Implantar até 2014, 02 CAPS Alcool e Droga III nas cidades de Palmas e Araguaína;
- Garantir a internações complementar, em serviço especializado, a usuários abusivos de crack, álcool e outras drogas complementar aumentando em 30% passando de 40 em 2011 para 52 em 2015;
- Implantar até 2014, 03 CAPS I (infantil) nas cidades de Palmas, Araguaína e Gurupi:

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Norte	01			-
Região de Saúde Capim Dourado		01		-
Região de Saúde Centro Sul			01	-
<b>Total Ano</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>-</b>

- Implantar até 2014, 03 Consultórios de Rua nos municípios de Araguaína e Palmas;

<b>Regionalização da Meta:</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Região de Saúde Médio Norte	-		01	-
Região de Saúde Capim Dourado	-	01		01
<b>Total Ano</b>	<b>-</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>01</b>



**4.14 OBJETIVO TRANSVERSAL INTERINSTITUCIONAL EM PARCERIA COM A SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO:**

**PROMOVER O PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO ESTADO, ARTICULANDO E DIVULGANDO AS AÇÕES DE GOVERNO, ASSESSORANDO O GOVERNADOR NO SEU RELACIONAMENTO COM A IMPRENSA E A COMUNIDADE.**



**DIRETRIZ 60: DIVULGAÇÃO DAS AÇÕES DE GOVERNO**

A lei no. 12.527, de 18 de novembro de 2011, regula o acesso a informação e dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A SESAU-TO é subordinada ao regime desta lei no que se refere à publicidade vinculada aos recursos públicos recebidos e à sua destinação sem prejuízo da prestação de contas e que estejam legalmente obrigados. A finalidade é assegurar o direito fundamental de acesso à informação e devem ser executados em conformidade com os princípios básicos da administração pública.

A Assessoria Jurídica colabora nesta diretriz enquanto responsável pelas questões jurídicas no âmbito da SESAU/TO. Tem realizado estudos, análises e emitido pareceres especializados sobre os assuntos jurídicos submetidos à apreciação do Chefe da Pasta, cabendo-lhe a análise de minutas de portarias e resoluções; a confecção de respostas às diligências dos Tribunais de Contas, da União e do Estado, do Poder Judiciário, nas esferas federal e estadual, e dos Ministérios Públicos, Federal e Estadual; a instauração e o processamento de Procedimentos Administrativos de Sindicância Investigativa, decisória e preliminar; o fornecimento, à Procuradoria Geral do Estado, dos subsídios necessários à defesa do estado em juízo, velando pelo cumprimento dos prazos por parte dos setores da Secretaria que disponham da informação; a análise da possibilidade jurídica da formalização de Convênios, Termos de Cessão de Uso, Termos de Cooperação Técnica, Contratos, e seus respectivos Aditamentos, bem como de Editais de Licitação, Inexigibilidade e de Dispensa de Licitação, além de outras atividades correlatas.

A Assessoria de Comunicação tem papel fundamental no fortalecimento da relação entre o gestor e o usuário do SUS, a credibilidade ao serviço e melhoria do fluxo do usuário ao Sistema e suas ações perpassam a realização de campanhas institucionais de prevenção à saúde no âmbito do SUS em veículo de comunicação áudio-visual, realização da cobertura dos eventos demandados à Assessoria de Comunicação, redução da mídia negativa nos veículos de comunicação, aumento da mídia positiva nos veículos de comunicação, divulgação de ações educativas e de informação a população do Tocantins.







# **BIBLIOGRAFIA**



BRASIL. **Lei nº 8.080, de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. Brasília, 1990.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Emenda constitucional n.º 61, de 11 de novembro de 2009. Dá nova redação ao art. 103-b da Constituição Federal, para modificar a composição do Conselho Nacional de Justiça. Brasília, DF: Senado Federal, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento Pactos pela Vida e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 144p. 2v. (Série Pactos pela Saúde 2006. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76p. 1v. (Série A.Normas e Manuais Técnicos:Pactos pela Saúde 2006).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS (uma construção coletiva)**: estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde.Brásíliá:Ministério da Saúde, 2007. 114p. (Série B: Textos Básicos de Saúde – Série Cadernos de Planejamento; v.3).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.480p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Acessível em:[www.saude.gov.br/legislação](http://www.saude.gov.br/legislação).

\_\_\_\_\_.**Lei nº7508/2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.085, de 01 de dezembro de 2006.** Regulamenta o sistema de planejamento do SUS. Brasília, 2006.

DATASUS - Ministério da Saúde - Secretaria Executiva. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

Davini MC, Nervi L, Roschke MA. Organización Panamericana de La Salud (OPAS). **Relevância de los aportes teórico-metodológicos recientes em el campo de la educación del personal de salud.** Washington;2002. p. 108-12 (Capacitación del Personal de los Servicios de Salud, 3).

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa:** conforme a nova ortografia. 4 ed. São Paulo: Positivo, 2009. 2.137p.

IBGE. **Censo Demográfico 2010** - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

ISC/UFBA. **O pensamento estratégico de Mário Testa.** Salvador: EDUFBA, 2009a. (Curso de Especialização Planejamento em Saúde. Módulo II: Planejamento em Saúde na América Latina e no Brasil. Aula 4 – meio eletrônico).

\_\_\_\_\_. **O Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus.** Salvador: EDUFBA, 2009b. (Curso de Especialização Planejamento em Saúde, módulo II: Planejamento em Saúde na América Latina e no Brasil – meio eletrônico).

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner. (org). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo:HUCITEC/ABRASCO. 2006.

TEIXEIRA, Carmem Fontes (org). Enfoques Teóricos-Metodológicos do Planejamento em Saúde. In: \_\_\_\_\_. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências.** Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

The background of the page is an abstract, high-contrast geometric pattern. It features overlapping, semi-transparent shapes in various shades of red and white, creating a complex, layered effect. The shapes are primarily circular and polygonal, with some appearing as if they are draped or folded over each other. The overall composition is dynamic and modern.

# **ANEXOS**



## LISTAS SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Controle de Endemias
AGIF_C	Avaliação do Grau de Incapacidade Física na Cura
AGIF_D	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AT	Acidente de Trabalho
ATG	Acidente de Trabalho Grave
ATMB	Acidente de Trabalho com Material Biológico
ASG	Assistente de Serviço Geral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CDG	Coeficiente de Detecção Geralão Geral
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CMS	Conselho Municipal da Saúde
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino Serviço
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMN	Coeficientes de mortalidade neonatal
CMNP	Coeficientes de mortalidade neonatal Precoce
CMNT	Coeficientes de mortalidade neonatal Tardia
CMPN	Coeficiente de Mortalidade Pós Neonatal
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	Central de Ncional de Regulação de Alta Complexidade
COAP	Contrato Organizativo de Ações de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CQR	Centro Qualificador de Ginecologia
CRF	Conselho Regional de Farmácia
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática
DCA	Doença de Chagas Agudo

<b>DDA</b>	Doença Diarréica Aguda
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas não Transmissíveis
<b>DEP</b>	Diretoria de Educação Profissional
<b>DGES</b>	Diretoria de Gestão da Educação em Saúde
<b>DO</b>	Declaração de Óbito
<b>DOED</b>	Doença Ocular de Etiologia Desconhecida
<b>DVHA</b>	Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar
<b>EAS</b>	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FAEC</b>	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
<b>FESP</b>	Funções Essenciais de Saúde Pública
<b>FMS</b>	Fundo Municipal de Saúde
<b>GLP</b>	Gás Liquefeito de Petróleo
<b>HGP</b>	Hospital Geral de Palmas
<b>IDB</b>	Indicadores Dados Básicos
<b>IEC</b>	Instituto Evandro Chagas
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IIP</b>	Índice de Infestação Predial
<b>IPA</b>	Índice Parasitário Anual
<b>IRRF</b>	Imposto de Renda Retido na Fonte
<b>LACEN</b>	Laboratórios de Saúde Pública
<b>LDB</b>	Lei de Diretriz e Bases da Educação Nacional
<b>LTA</b>	Leishmaniose Tegumentar Americana
<b>LV</b>	Leishmaniose Visceral
<b>MIQ</b>	Método do Índice de Qualidade
<b>MS</b>	454quadros454454o da Saúde
<b>NBCAL</b>	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAVS</b>	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
<b>PARA</b>	Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos
<b>PBA</b>	Programa Básico Ambiental
<b>PCH's</b>	Pequena Central Hidrelétrica
<b>PES</b>	Plano Estadual de Saúde
<b>PLANEJASUS</b>	Sistema de Planejamento o Sistema Único de Saúde
<b>PNI</b>	Programa Estadual de Imunização
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PANAN</b>	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
<b>PROMAC</b>	Programa de Monitoramento de Aditivos e Contaminantes
<b>PROESP</b>	Programa de Expansão do Ensino Profissional



PPP	Plano Político Pedagógico
PPA	Plano PluriAnual
PTI'S	Prometo Terapêutico Individual Singular
PSF	Programa da Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RIPSA	Rede Interagerencial de Informação para Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SAA	Sistema de Abastecimento de Água
SAC	Soluções Alternativas Coletivas
SAI	Soluções Alternativas Individuais
SENDAR	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SETSUS	Superintendência da Escola Tocantinense da Saúde
SIAPI	Sistema de Informação e Avaliação do Programa de Imunização
SISAGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIES	Sistema de Informação de Insumos Estratégicos
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SINAN-NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema de Regulação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SISSOLO	Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado a Solos Contaminados
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TAC	Termo de Ajuste e Conduta
TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UHE's	Usina Hidrelétrica de Energia
US	Unidade de Saúde
VIGISOLO	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado
VISA	Vigilância Sanitária
VIGIAGUA	Vigilância da Qualidade da Água
VIGIPEQ	Vigilância de Populações Exposta a Substâncias Químicas

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Localização Geográfica do Estado do Tocantins – Brasil	13
Figura 2 – População residente nas regiões de saúde do Tocantins, 2010.	17
Figura 3 – 456 quadros populacionais. Tocantins, 2010.	19
Figura 4 – Razão de sexo por região de saúde do Tocantins, 2010.	22
Figura 5 e 6 – Localização das Etnias Indígenas. Tocantins, 2010.	23
Figura 7 – Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal. Tocantins, 2010.	32
Figura 8 – Coeficiente de incidência de tuberculose todas as formas. Tocantins, 2009.	56
Figura 9 – Mapa de distribuição de epizootias. Tocantins, 2008.	83
Figura 10 – A estratificação de risco para transmissão da doença de Chagas. Tocantins. 2010.	88
Figura 11 – Incidência Parasitária Anual, segundo municípios de notificação. Tocantins. 2005 –2010.	-
Figura 12 – Municípios com prevalência de tracoma acima de 5%. Tocantins. 2005 – 2010.	-
Figura 13 – Casos confirmados de brucelose humana. Tocantins 2008 – 2010.	96
Figura 14 – Municípios com cadastro de sistema de abastecimento de água. Tocantins, 2007 – 2010.	121
Figura 15 – Municípios que realizaram vigilância da qualidade da água com coletas mensais regulares. Tocantins, 2010.	122
Figura 16 – Plano Diretor de Regionalização – PDR	207
Figura 17 – Mapas Plano Diretor de Regionalização e Sede de Módulos Assistenciais. Tocantins, 2002 – 2006.	209

**LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 01 – Proporção de municípios de acordo com seu porte populacional. Tocantins, 2010.	16
Gráfico 02 – Esperança de vida ao nascer (em anos). Brasil, Norte e Tocantins, 1999 e 2009.	24
Gráfico 03 – Índice de envelhecimento. Tocantins, Norte e Brasil, 2005 a 2010.	25
Gráfico 04 – Taxa bruta de natalidade. Tocantins, Região Norte e Brasil. 2005 – 2009.	26
Gráfico 05 – Taxa bruta de mortalidade. Tocantins, Norte e Brasil de 2005 a 2009.	27
Gráfico 06 – Razão de dependência, segundo grupos específicos (total, jovens e idosos). Tocantins, 2005 – 2010.	29
Gráfico 07 – A taxa de desemprego na população de 10 anos e mais de idade. Tocantins, Norte e Brasil. 2005 – 2009.	30
Gráfico 08 – Mortalidade proporcional por principais grupos de causas (CID 10). Tocantins, 2005 – 2009.	36
Gráfico 09 – Principais causas de óbitos por doenças do aparelho circulatório. Tocantins, 2005 – 2009.	38
Gráfico 10 – Mortalidade por diabete melito. Tocantins, Norte e Brasil, 2005– 2009.	38
Gráfico 11 – Taxa de Mortalidade por doenças do aparelho circulatório, Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2009.	39
Gráfico 12 – Principais causas de óbitos por Causas Externas. Tocantins, 2005 – 2009.	40
Gráfico 13 – Principais causas de óbitos por neoplasias no sexo masculino. Tocantins, 2005 – 2009.	41
Gráfico 14 – Principais Causas de Óbitos por Neoplasias no Sexo Feminino. Tocantins, 2005 – 2009	42
Gráfico 15 – Taxa de mortalidade por neoplasia de pulmão, traquéia e brônquios, Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2009.	43
Gráfico 16 – Taxa de mortalidade por neoplasia de pulmão, traquéia e brônquios, Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2009.	44
Gráfico 17 – Proporção de óbitos por causas mal definidas. Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2009.	46

Gráfico 18 – Taxa da Mortalidade Infantil. Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2009	47
Gráfico 19 – Razão da Mortalidade Materna. Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2009.	49
Gráfico 20 – Proporção de internação por principais grupos de causas (CID 10). Tocantins, 2005 – 2009.	51
Gráfico 21 – Principais causas de internações por doenças do aparelho respiratório. Tocantins, 2005 – 2009.	52
Gráfico 22 – Principais causas de internações por doenças infecciosas e parasitárias. Tocantins, 2005 – 2009.	53
Gráfico 23 – Principais causas de internações por Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas. Tocantins, 2005 – 2009.	54
Gráfico 24 – Taxa de incidência de Tuberculose. Brasil, Norte e Tocantins, 2005–2009.	56
Gráfico 25 – Coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos de hanseníase. Tocantins, 2005 a 2010.	58
Gráfico 26 – Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase segundo estados da Região Norte, 2009	59
Gráfico 27 – Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase, por 100.000 hab. Brasil e Estados, 2009.	59
Gráfico 28 – Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, Brasil e estados, 2009.	60
Gráfico 29 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo sexo, Tocantins, 2005 – 2010.	60
Gráfico 30 – Proporção de cura de casos novos de hanseníase nas coortes, Tocantins, 2005 – 2010.	61
Gráfico 31 – Proporção de abandono de casos novos nas coortes, Tocantins, 2005 – 2010.	62
Gráfico 32 – Proporção de casos novos de Hanseníase com Grau de Incapacidade Física Avaliados no Diagnóstico e na Cura, Tocantins, 2005 – 2010.	63
Gráfico 33 – Percentual do Grau de Incapacidade Física II no Diagnóstico de casos novos de Hanseníase. Tocantins, 2005 –2010.	65
Gráfico 34 – Percentual de Contatos Examinados, Tocantins, 2005 –2010.	65
Gráfico 35 – Incidência de meningites Tocantins, 2005 – 2010.	66

Gráfico 36 – Casos notificados de meningites segundo o sexo.Tocantins, 2005 – 2010.	67
Gráfico 37 – Casos notificados de hepatites segundo faixa etária. Tocantins, 2005 – 2010	68
Gráfico 38 – Casos notificados de hepatites segundo o sexo. Tocantins, 2005 – 2010.	69
Gráfico 39 – Incidência de Hepatites Virais. Tocantins, 2005–2010.	70
Gráfico 40 – Taxa de Incidência de Aids. Tocantins, Norte e Brasil, de 2005 – 2010.	71
Gráfico 41 – Taxa de incidência dos casos de Aids, segundo sexo por ano de diagnóstico e razão de sexos. Tocantins, 2005 – 2010.	72
Gráfico 42 – Taxa de Incidência de Aids em Crianças menores de 5 anos de idade.Tocantins, 2005 –2010.	72
Gráfico 43 – Casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita. Tocantins, 2005 – 2010.	75
Gráfico 44 – Série histórica de casos notificados e casos graves confirmados. Tocantins, 2000 – 2010.	79
Gráfico 45 – Incidência de casos de dengue por regiões de saúde, Tocantins– 2008–2010.	80
Gráfico 46 – Imóveis inspecionados e índice de infestação predial. Tocantins, 2000–2010.	81
Gráfico 47 – Índice de Infestação Predial de Saúde. Tocantins, 2008 – 2010.	82
Gráfico 48 – Número de casos, óbitos e taxa de letalidade de leishmaniose visceral. Tocantins, 2005 – 2010.	84
Gráfico 49 – Incidência de leishmaniose visceral segundo Regiões de Saúde. Tocantins, 2008 – 2010.	85
Gráfico 50 – Número de casos e coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) de leishmaniose tegumentar americana. Tocantins, 2005 – 2010.	86
Gráfico 51 – Incidência de LTA distribuídos segundo as Regiões de Saúde. Tocantins, 2008 – 2010.	87
Gráfico 52 – Análise das amostras analisadas pelo Lacen. Tocantins, 2007 – 2010.	89
Gráfico 53 – Casos confirmados de malária. Tocantins. 2005 – 2010.	90
Gráfico 54– Número de crianças examinadas, positividade e prevalência de tracoma. Tocantins. 2005 – 2010.	91

Gráfico 55 - Cobertura da vacinação anti-rábica animal. Tocantins, 2005-2010.	92
Gráfico 56 - Amostras de cérebro enviadas ao LACEN para diagnóstico laboratorial de raiva. Tocantins. 2005 - 2010.	93
Gráfico 57 - Distribuição dos atendimentos anti-rábicos segundo regiões de saúde. Tocantins, 2006 -2010.	94
Gráfico 58 - Casos notificados e confirmados de Leptospirose. Tocantins, 2006 - 2010.	95
Gráfico 59 - Distribuição anual dos acidentes por animais peçonhentos. Tocantins, 2005 - 2010.	96
Gráfico 60 - Distribuição dos acidentes por tipo de animal agressor. Tocantins, 2005 - 2010.	97
Gráfico 61 - Número de casos, incidência e letalidade dos acidentes ofídicos. Tocantins, 2005 - 2010.	98
Gráfico 62 - Acidentes por animais peçonhentos segundo as regiões de saúde. Tocantins, 2006-2010.	99
Gráfico 63 - Notificações de Violência segundo Sexo. Tocantins. 2008 - 2010.	101
Gráfico 64 - Distribuição percentual da mortalidade por causas externas, segundo sexo. Tocantins, 2009.	103
Gráfico 65 - Percentual de óbitos por causas externas em relação ao total de óbitos por faixa etária. Tocantins, 2009.	104
Gráfico 66 - Taxa de mortalidade por causas externas. Tocantins, 2003 - 2009.	105
Gráfico 67 - Cobertura (%) da vacina tetravalente* em menores de 01 ano (3 doses). Brasil, Norte e Tocantins, 2005 - 2010.	107
Gráfico 68 - Cobertura (%) da vacina contra influenza para pessoas com 60 anos e mais. Brasil, Norte e Tocantins, 2005 - 2010.	109
Gráfico 69 - Número de acidentes de trabalho fatal registrados e notificados no SINAN. Tocantins, 2005 - 2010.	111
Gráfico 70 - Número de acidentes de trabalho grave, segundo grupos de atividades econômicas nos últimos 05 anos. Tocantins.	112
Gráfico 71 - Notificações de acidentes de trabalho grave, segundo a variável de ocupação. Tocantins, 2007.	113
Gráfico 72 - Notificações de acidentes de trabalho grave, segundo a variável de ocupação. Tocantins, 2008.	113

Gráfico 73 – Notificações de acidentes de trabalho grave, segundo a variável de ocupação. Tocantins, 2009.	114
Gráfico 74 – Municípios com cadastro de sistema de abastecimento de água, soluções alternativa coletiva e individual. Tocantins, 2003 –2010.	120
Gráfico 75 – Cobertura de abastecimento de água. Tocantins, 2010.	120
Gráfico 76 – Número de amostras realizadas pela vigilância nos sistemas de abastecimento de água, soluções alternativas coletivas e individuais. Tocantins, 2003–2010.	122
Gráfico 77 – Número de municípios que realizaram controle da qualidade da água. Tocantins, 2005–2010.	125
Gráfico 78 – Número de áreas cadastradas no SISOLO. Tocantins, 2006–2010.	127
Gráfico 79 – Percentual de municípios que executam ações descentralizadas no Vigisol. Tocantins, 2006 – 2008.	127
Gráfico 80 – Áreas cadastradas no SISOLO, segundo o tipo. Tocantins, 2006 – 2010.	128
Gráfico 81 – Áreas cadastradas no SISOLO, segundo confirmação da contaminação do solo. Tocantins, 2006 – 2010.	129
Gráfico 82 – Número de intoxicações por agrotóxico. Tocantins, 2005 – 2010.	131
Gráfico 83 – Frequência de intoxicações por agrotóxico, segundo municípios de notificação. Tocantins, 2007 –2011.	131
Gráfico 84 – Intoxicações por agrotóxico segundo tipo de contaminação. Tocantins, 2007–2011.	132
Gráfico 85 – Intoxicações por agrotóxico segundo faixa etária. Tocantins, 2007 – 2011.	133
Gráfico 86 – Intoxicações por agrotóxico segundo sexo. Tocantins, 2007 – 2011.	133
Gráfico 87 – Intoxicações por agrotóxico segundo zona de residência. Tocantins, 2007 – 2011.	134
Gráfico 88 – Intoxicações segundo grupo de agrotóxico. Tocantins, 2007 – 2011.	134
Gráfico 89 – Intoxicações por agrotóxico segundo local de exposição. Tocantins, 2007 – 2011*.	135
Gráfico 90 – Intoxicações segundo tipo de agrotóxico. Tocantins, 2007– 2011*.	135

Gráfico 91 – Frequência de Intoxicações por agrotóxicos segundo tipo de agrotóxicos (exceção de campos ignorados). Tocantins 2007 – 2011.	136
Gráfico 92– Intoxicações por agrotóxico segundo evolução. Tocantins, 2007 – 2011.	137
Gráfico 93 – Número de amostras coletadas pelo PARA, contaminados. Tocantins, 2008 – 2010.	145
Gráfico 94 – Número de inspeções e reinspeções sanitárias realizadas pela visa. Tocantins, 2008 –2011.	148
Gráfico 95 – Número de Projetos Arquitetônicos analisados pela VISA Estadual. Tocantins, 2008 – 2011.	149
Gráfico 96 – Processos Administrativos Instaurados pela VISA. Tocantins, 2010–2011.	150
Gráfico 97 – Decisão final dos processos administrativos instaurados pela VISA/TO. Tocantins, 2010–2011.	151
Gráfico 98 – Estado Nutricional de crianças de 0 a 5 anos de idade, segundo peso/idade, registrados no Sisvan. Tocantins, 2008–2009.	154
Gráfico 99 – Estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos de idade, segundo altura para idade, registrado no SISVAN. Tocantins, 2008 – 2009.	154
Gráfico 100 – Estado nutricional de adultos, segundo IMC, registrados no SISVAN. Tocantins. 2008 – 2009.	155
Gráfico 101 – Déficit de peso em crianças de 0 a 5 anos de idade, segundo peso/idade, registrados no SISVAN. Brasil, Região Norte e Tocantins. 2009.	156
Gráfico 102 – Número de consultas médicas por habitante por ano. Tocantins, 2005 – 2010.	160
Gráfico 103 – Proporção de partos cesáreos. Brasil, Norte e Tocantins, 2005– 2010.	161
Gráfico 104 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer. Brasil, Região Norte e Tocantins, 2005 – 2009.	162
Gráfico 105 – Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família. Regiões de Saúde – Tocantins, 2008 –2010.	162
Gráfico 106 – Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família. Brasil, Região Norte e Tocantins, 2008 – 2010.	163
Gráfico 107 – Média Anual da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada, segundo Região de Saúde, Tocantins. 2008 – 2010.	164



Gráfico 108 – Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, segundo Região de Saúde, Tocantins. 2008 – 2010.	165
Gráfico 109 – Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, Tocantins, Região Norte e Brasil. 2008 – 2010.	166
Gráfico 110 – Evolução dos recursos próprios aplicados em Saúde (Recursos Nominais – R\$ milhões) no Estado e Municípios do Tocantins, 2005 – 2010.	168
Gráfico 111 – Evolução dos recursos federais transferidos fundo a fundo, segundo bloco de financiamento selecionado. Tocantins, 2005 – 2010.	181
Gráfico 112 – Razão entre Óbitos Informados e Estimados no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2005 – 2009.	187
Gráfico 113 – Taxa da Mortalidade Fetal no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2005– 2009.	188
Gráfico 114 – Número de Óbitos Fetais em Semanas de Gestação. Tocantins, 2008 e 2009.	189
Gráfico 115 – Número de Óbitos Fetais segundo peso ao nascer.Tocantins, 2008 – 2009.	190
Gráfico116 – Percentual de Óbitos Infantis Investigados no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2006 – 2009.	191
Gráfico 117 – Proporção de Óbitos por Causas Mal Definidas no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2005 – 2009.	193
Gráfico 118 – Número de Necropsias com elucidação das causas básicas de óbito. SVO, Tocantins, 2006 – 2011.	195
Gráfico 119 – Número de Necropsias segundo Núcleo de SVO. Tocantins, 2006 – 2011.	196
Gráfico 120 – Número de Necropsias por sexo. SVO – Tocantins, 2011.	197
Gráfico 121 – Número de Necropsias por local de óbitos. SVO – Tocantins, 2011.	197
Gráfico 122 – Número de Nascimentos (em milhares). Tocantins, 2005 – 2009.	200
Gráfico 123 – Razão entre nascidos vivos informados e estimados. Tocantins, Região Norte e Brasil, 2005 – 2009.	201
Gráfico 124 – Proporção de nascidos segundo faixa etária de mães. Tocantins, 2005 – 2009.	202
Gráfico 125 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer no Tocantins, Região Norte e Brasil. 2005 – 2009.	203

Gráfico 126 – Municípios que entregaram o Relatório Anual de Gestão 2006 – 2010.	205
Gráfico 127 – Evolução proporcional da cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família. Tocantins 1998 – 2010.	229
Gráfico 128 – Proporção da população cadastrada pela Estratégia da Saúde da Família. Tocantins, Região Norte e Brasil 2008 – 2010.	229
Gráfico 129 – Razão entre exames citopatológicos na população feminina de 25 a 59 anos. Tocantins, Região Norte e Brasil.2002–2010.	233
Gráfico 130 – Proporção de positividade entre os laboratórios credenciados no Sisco. Tocantins, 2010.	235
Gráfico 131 – Proporção de tratamento/seguimento das mulheres diagnosticadas com lesão de alto grau. Tocantins, região norte e Brasil. 2007–2010.	237
Gráfico 132 – N° de coletas realizadas na Hemorrede. Tocantins, 2007 – 2009.	257

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 01 – Taxa de crescimento populacional. Tocantins, Norte e Brasil, 1990,2000 e 2010.	15
Quadro 02 – Valor total dos custos de internação Geral e das DANT. Tocantins, 2005–2010.	100
Quadro 03 – Notificações de acidentes de trabalho grave, segundo freqüência por faixa etária. Tocantins, 2005 – 2010.	114
Quadro 04 – Notificações de acidentes de trabalho grave, segundo freqüência em menores de 18 anos. Tocantins, 2005– 2010.	115
Quadro 05 – Notificações de acidentes de trabalho grave por acidentes típicos ou de trajeto. Tocantins, 2005 – 2010.	115
Quadro 06 – Notificações de Acidentes de Trabalho Grave–ATG por evolução de casos. Tocantins, 2005 – 2010.	116
Quadro 07 – Comparativo do Tocantins com estado da Região Norte quanto à freqüência de registro de óbitos, 2005 –2010.	117
Quadro 08 – Comparativo do Tocantins com estados da Região Norte quanto ao coeficiente de Mortalidade por Acidente de Trabalho, 2000 – 2007.	118
Quadro 09 – Municípios sem tratamento da água e que não realizam controle da qualidade da água. Tocantins, 2007 e 2010.	124
Quadro 10 – Distribuição segundo variáveis de consumo alimentar de crianças de dois anos a cinco anos incompletos. Tocantins, 2007.	157
Quadro 11 – Evolução do Teto Financeiro Federal para custeio da média e alta complexidade no SUS, por competência. Tocantins, Janeiro de 2005 a Dezembro de 2010	182
Quadro 12 – Limites Financeiros Federal, segundo a Gestão. Tocantins, 2010.	183
Quadro 13 – Consolidação de “ <i>Causa mortis</i> ” identificadas nos núcleos de SVO. Tocantins, 2011	198
Quadro 14 – Distribuição do número de processos educacionais realizados, atores envolvidos e trabalhadores capacitados.Tocantins, 2005 – 2011.	217
Quadro 15 – Distribuição do quantitativo de egressos, segundo os Cursos Técnicos e Básicos. Tocantins, 2005 – 2011	218
Quadro 16 – Demonstrativo dos Termos de Cooperação Técnica firmados pela Superintendência da Escola Tocantinense do SUS/Diretoria de Gestão da Educação na Saúde. Tocantins, 2007 – 2011.	219

Quadro 17 - Periodicidade da citologia anterior em mulheres de 25 a 59 anos de idade no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2009.	233
Quadro 18 - Produção de exames por laboratório cadastrado. Tocantins, 2010.	234
Quadro 19 - Rede de Atenção Psicossocial do Tocantins	244
Quadro 20 - Estrutura atual das unidades do Samu. Tocantins, 2011.	248
Quadro 21 - Distribuição da oferta dos serviços de urgência e emergência, segundo capacidade de atendimento. Regiões de Saúde do Tocantins, 2010.	249
Quadro 22 - Percentual de atendimento de urgência dos hospitais Estadual. Tocantins, 2011.	253

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Número de municípios, segundo o seu porte populacional nas regiões de saúde. Tocantins, 2010.	17
Tabela 2 – População residente nas regiões. Tocantins, 2010.	18
Tabela 3 – População indígena residente por municípios. Tocantins, 2010.	23
Tabela 4 – Taxa Bruta de Mortalidade, segundo Regional de Saúde. Tocantins, 2005 – 2009.	28
Tabela 5 – Taxa de Analfabetismo na população de 15 anos e mais de idade no Tocantins, Norte e Brasil de 2005 a 2009.	31
Tabela 6– Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) segundo componentes. Tocantins, 1991, 2000 e 2005	32
Tabela 7– Proporção da população com acesso a serviços básicos de saneamento. Tocantins, 1991, 2000, 2006 e 2009.	33
Tabela 08 – Mortalidade Proporcional por causa capítulo (CID 10). Tocantins, 2005 – 2009.	35
Tabela 09 – Número de óbitos, segundo as principais causas selecionadas (Cap C 10).Tocantins, 2005 – 2009.	37
Tabela 10 – Proporção (%) das principais causa de óbito, segundo faixa etária. Tocantins, 2009.	43
Tabela 11 – Taxa de Mortalidade Infantil, segundo componentes. Tocantins, 2005 –2009.	47
Tabela 12 – Principais Causas de Óbito Infantil. Tocantins, 2005 a 2009.	48
Tabela 13 –Taxa de Mortalidade Infantil por Regionais de Saúde.Tocantins, 2005 – 2009.	48
Tabela 14 – Número Absoluto de Óbito Materno, segundo de Regiões de Saude.Tocantins, 2005 – 2009.	50
Tabela 15 – Proporção (%) das principais causa de internação, segundo faixa etária. Tocantins, 2009.	54
Tabela 16 – Coeficiente de Detecção Geral de casos de hanseníase segundo Regiões de Saúde. Tocantins, 2005 – 2010.	58
Tabela 17 – Proporção de Cura de casos novos de hanseníase nas coortes, segundo Região de Saúde, Tocantins, 2005 –2010.	62

Tabela 18 – Proporção de casos de hanseníase com avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico, segundo regiões de saúde. Tocantins, 2005 – 2010.	64
Tabela 19 – Proporção de casos de hanseníase com Avaliação do Grau de Incapacidade Física na Cura, por regiões de saúde. Tocantins, 2005 – 2010.	64
Tabela 20 – N.º de Casos de Infecção pelo HIV em gestantes notificados no Tocantins, por ano de parto e Região de Saúde de Residência, de 2007 a 2011	71
Tabela 21 – Casos de crianças expostas ao HIV notificados no Tocantins, por ano de notificação e Região de Saúde de Residência, de 2007 a 2011	74
Tabela 22 – Percentual de Gestantes com Infecção pelo HIV notificadas que receberam profilaxia. Tocantins, por ano de 2007 a 2011.	74
Tabela 23 – Número de Casos de Sífilis em Gestantes notificados segundo Região de Saúde de residência e ano de notificação. Tocantins, 2007 a 2011	76
Tabela 24 – Número de Casos de Sífilis Congênita notificados segundo Região de Saúde de residência e ano de notificação. Tocantins, 2007 a 2011	76
Tabela 25 – Situação epidemiológica dos agravos da doença de veiculação hídrica e alimentar. Tocantins, 2005 – 2010.	77
Tabela 26 – Distribuição dos casos de Doença Diarréica Aguda, segundo plano de tratamento. Tocantins, 2007 – 2010.	78
Tabela 27 – Notificações de Violência segundo Sexo. Tocantins, 2008 – 2010.	101
Tabela 28 – Notificações de Violência, segundo natureza. Tocantins. 2009–2010.	102
Tabela 29 – Distribuição das mortes por causas externas, segundo sexo e tipo. Tocantins, 2009.	103
Tabela 30 – Mortalidade por causas externas segundo faixa etária. Tocantins, 2009.	104
Tabela 31 – Cobertura vacinal de rotina e campanha, segundo tipo de imunobiológicos. Tocantins, 2005 – 2010.	106
Tabela 32 – Cobertura vacinal de tríplice viral em crianças de 01 ano de idade, por regional de saúde. Tocantins, 2005 – 2010.	108
Tabela 33 – Número de acidentes de trabalho registrados no Brasil e região Norte, Tocantins, 2007–2008.	110
Tabela 34 – Estado nutricional de crianças de 0–5 anos de idade, segundo peso/idade. Brasil, Região Norte e Tocantins, 2009.	155

Tabela 35–Estado Nutricional de crianças de 0–5 anos de idade, segundo peso/idade. Região de Saúde – Tocantins, 2009.	157
Tabela 36 – Percentual de indivíduos adultos que consomem diferentes tipos de alimentos e/ou bebidas 05 dias ou mais da semana, Tocantins. 2008–2009.	158
Tabela 37– Percentual aplicado pelo Estado do Tocantins de acordo com a Emenda Constitucional 29 – SIOPS.	167
Tabela 38 – Evolução dos estabelecimentos de saúde. Tocantins, Norte e Brasil, 2005 – 2010.	169
Tabela 39 – Evolução da rede hospitalar. Tocantins, 2005 a 2010.	170
Tabela 40 – Números de leitos do SUS, Privados e Totais na rede hospitalar. Tocantins, 2005 a 2010.	170
Tabela 41 – Tipos de unidades cadastrados no CNES. Tocantins. 2011.	171
Tabela 42 –: Natureza das unidades cadastradas. Tocantins. 2011.	172
Tabela 43 – Unidades por esfera Administrativa. Tocantins. 2011.	172
Tabela 44 – Unidades por nível de prestação. Tocantins, 2011.	173
Tabela 45 – Leitos e quantidades e tipos. Tocantins, 2011.	174
Tabela 46 – Evolução da situação funcional dos profissionais da saúde. Tocantins, 2005 a 2010.	180
Tabela 47 – Percentual de Investigação dos Óbitos Fetais no Tocantins, Região Norte e Brasil, 2006 – 2009.	188
Tabela 48 – Principais Causas de Óbito Fetal. Tocantins, 2009.	189
Tabela 49 – Mortalidade Fetal por Regionais de Saúde no Tocantins, 2006 – 2009.	190
Tabela 50 – Proporção de Óbitos por CMD, por Regionais de Saúde. Tocantins, 2005 – 2009.	193
Tabela 51 – Tal de nascidos vivos, segundo Regionais de Saúde do Tocantins, 2005 – 2009.	201
Tabela 52 – Proporção de amostras recebidas e analisadas por setores do Lacen. Tocantins, 2004 – 2010.	227

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO:**

**COLABORADORES DO PES-TO 2012 - 2015**

**DIRETORIA GERAL DE GESTÃO E ACOMPANHAMENTO ESTRATÉGICO – DGGEDS**

Angelita Kellen de Freitas  
Carlos Felinto Júnior  
Daniel Borini Zemuner  
Eleonora Amaral  
Luciana Ferreira Marques da Silva  
Lúcio Rodrigues de Melo  
Luiza Regina Noletto Dias  
Maria Beatriz Aleixo Dias  
Maria Claudeth de Sousa Carvalho Castro  
Maria Luiza Salazar Freire  
Marilene Coutinho Borges  
Marleide Aurélio Silva  
Mísia Saldanha Figueiredo  
Soraia Roges Jordy Sant’Ana  
Tárley de Souza Abdalla  
Welma Ferreira de Melo

**DIRETORIA DE CONTROLE REGULAÇÃO AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

Aurimar Gonçalves Sousa  
Sinara Mayena Barros Cabral Silingowsch

**ASSESSORIA JURÍDICA**

Cristiano José da Silva Júnior  
Edith Tedesco Reis  
Gábia Gerciann Oliveira  
Lígia Monetta Barroso Menezes



**DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – DGVPS**

Adriana Regina Farias Pontes Lucena  
Amanda Campos Feitosa  
Anália Celencina Fagundes Gomes  
Arlete Lopes da Cunha Otoni  
Arthur Alves Borges Carvalho  
Carina Graser Azevedo  
César Martins Barbosa  
Dinarléia Paulino de Azevedo Miranda  
Gerlon Costa Santos  
Ivaneide Maria do Socorro  
Luiz Cláudio de Luna Freire  
Leuma Augusto da Silva e Silva  
Maika Guerra Alves Pereira  
Marco Aurélio de Oliveira Martins  
Maria de Lourdes Miranda Borges  
Maria Oneide Batista Viana  
Marlene Alves Lopes Rodrigues  
Marli Gerônimo Rodrigues  
Myria Coelho Adati Guimarães  
Pricila Lopes Nery  
Priscila Rodrigues Barbosa  
Rodolfo Braga Barros  
Ségio Luiz de G. Silva  
Simone Milani e Mendes  
Twiggy Cristina Alves Batista  
Valter Cardoso de Brito  
Vanessa Costa Santos Akitaya  
Viviane Noletto Carvalho  
Wagner Santos de Jesus  
Whisllay Maciel Bastos

**DIRETORIA DE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA – DAF**

Jonas Lucas Cavalcante

**DIRETORIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

João Paulo Ferreira da Silva

**DIRETORIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DO TRABALHO – DGRT**

Ludmila Alves Monturil Barros

Maristela Mariani Carvalho

Tiago Pereira da Silva

**DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Anna Crystina Mota B. Bezerra

Cirilúcia Bezerra Cirqueira Vieira

Eliana Fernandes de Carvalho

Genine da Silva Barros

Maria Nadir da C. Santos

Marudiney Brasil César Rodrigues

**DIRETORIA GERAL DA ESCOLA TOCANTINENSE DO SUS – DGETSUS**

Laudecy Alves do Carmo

Márcia Valéria Ribeiro Queiroz Santana

**DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – DAE**

Eliana de Almeida Rezende

Eliane Grossmann

Ester Maria Cabral

Margareth Santos de Amorim

Maria Fátima Rossi

Maria Gleyd Brito Chianca Silva

Marlene Alves Soares

Patrícia Almeida Marques

Suen Oliveira Santos



Quadra 401 Sul AV. Teotônio Segurado ACSU-SO 40, Conj. 01, Lote 19, CEP 77.015-550 - ANEXO IV  
DA SESAU  
Horário de funcionamento: das 08h às 18h

**CONTATOS:**

0800 64 27200

(63) 3218 3385 / 3218 2025 / 3218 2027

[ouvidoria@saude.to.gov.br](mailto:ouvidoria@saude.to.gov.br)



Ministério da  
Saúde



GOVERNO DO  
ESTADO DO TOCANTINS  
www.to.gov.br  
Secretaria da  
Saúde