## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO

**Ano Vigente a que se refere o relatório de gestão: 2012**

**Secretaria de Saúde**

Razão Social da Secretaria de Saúde: Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins - CNPJ: 25.053117/0001-64
Endereço da Secretaria de Saúde: Esplanada das Secretarias, Praça dos Girassóis s/n, CEP: 77015-007
Telefone: (63)3218-1713, Fax: (63)3218-1730
E-mail: planejamento.saude.to@gmail.com
Site da Secretaria: www.saude.to.gov.br
A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere o relatório? Sim. Quantos? 05
Secretários de Saúde - Nome:
1 - Raimundo Nonato Pires dos Santos - Data de Posse: 01º./01/2012
2 – José Gastão Almada Nader – Data da Posse: 01º./03/2012
3 – Nicolau Carvalho Esteves – Data da posse: 09/03/2012
4 – Luiz Fernando Freesz – Data de posse: não disponibilizada
5 – Wanda Maria Gonçalves  Paiva – Data de posse: 09/10/2012

**Bases Legais**

Informações do Fundo Estadual de Saúde - Instrumento legal de criação do Fundo de Saúde Tipo Resolução - Lei no. 1508, Data 18/11/2004, CNPJ: 13.849.028/0001-40
A Gestora do Fundo é a Secretária da Saúde? Sim
Nome do Gestor do Fundo: Wanda Maria Gonçalves  Paiva
Cargo do Gestor do Fundo: Secretária de Estado da Saúde do Tocantins

**Informações do Conselho de Saúde**

Instrumento legal de criação do Conselho de Saúde - Tipo Resolução: Lei no. 350, Data: 24/11/1991
Nome do Presidente: Neirton José de Almeida Segmento: Trabalhador
Data da última eleição do Conselho: 04/08/2010 Telefone: (63)3218-3656
E-mail: conselho.saude@saude.to.gov.br
Conferência de Saúde - Data da última Conferência de Saúde: 10/2011

**Plano de Saúde**

A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde? Sim
Período a que se refere o Plano de Saúde: 2008 a 2011
Status: Em análise

**Plano de Carreira, Cargos e Salários**

O estado possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)? Sim

**Pacto pela Saúde**

Aderiu ao Pacto pela Saúde? Sim
Data da Homologação do Termo de Compromisso de Gestão na reunião da Comissão Intergestores Tripartite: 07/2006
Adesão ao Pacto pela Saúde homologado pela portaria nº 2194 em 14/09/2006

**Informações sobre Regionalização**

O estado tem PDR atualizado após o Decreto no. 7.508, de 28 de julho de 2011.
O PDR vigente se refere ao ano de 2012, segundo Resolução da CIB no. 161, de agosto de 2012.
Hoje existem 08 Regiões de Saúde e 08 Comissões Intergestores Regionais.

**Introdução - Considerações Iniciais**

O Relatório de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde e a entidades vinculada pelo Fundo Fundação de Medicina Tropical, retrata a execução e avaliação dos programas de governo alocados no Fundo Estadual de Saúde. Foi elaborado tendo por finalidade documentar e divulgar as atividades desta pasta aos diversos segmentos da sociedade relativos ao exercício de 2012.. O Governo através da Secretaria de Estado da Saúde, buscando estar em sintonia com as políticas de saúde do Governo Federal vem mobilizando esforços para atingir seus objetivos e metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde, unindo forças para fortalecer a construção do Sistema Único de Saúde do Estado do Tocantins, a partir do esforço conjunto das parcerias com a União e Municípios para o alcance dos compromissos de governo pré-estabelecidos:

1 – Redução da Mortalidade Materna;

2 - Redução da Mortalidade Infantil e Neonatal;

3 – Promover a longevidade com qualidade de vida;

4 – Qualificação da assistência prestada pelo SUS nas áreas de Atenção e Promoção à Saúde e Vigilâncias, segundo dimensões de resolutividade, integralidade, humanização, motivação dos profissionais e Controle Social;

5 – A co-gestão da saúde no Estado possui um sistema de gestão solidária, cooperativa e compartilhada através dos 15 Comissões Intergestores Regionais, focados em resultados, produzindo liberdade e compromisso, com a função de assegurar a realização profissional e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população do Tocantins.

## 2 - DEMONSTRATIVO DO MONTANTE E FONTE DOS RECURSOS APLICADOS NO PERÍODO

2.1 - Relatório Resumido da Execução Orçamentária – Demonstrativo da Receita de Impostos Líquida e das Despesas Próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde – Orçamento Fiscal e da Seguridade Social.

**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS**
RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA
**DEMONSTRATIVO DA RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE**
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
JANEIRO A DEZEMBRO DE 2012

ADCT, art. 77 - Anexo XVI

R$ 1,00

| RECEITAS | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | RECEITAS REALIZADAS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | ATÉ A DEZEMBRO DE 2012 | % |
| RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (I) | 4.361.149.300,00 | 4.361.149.348,00 | 4.113.968.739,59 | 94,33 |
| Impostos | 1.735.753.962,00 | 1.735.753.962,00 | 1.816.395.419,22 | 104,68 |
| Multas, Juros de Mora e Dívida Ativa dos Impostos | 34.438.366,00 | 34.438.365,00 | 32.889.533,40 | 96,50 |
| Receita de Transferências Constitucionais e Legais | 2.988.555.260,00 | 2.988.555.260,00 | 2.691.701.438,98 | 90,07 |
| (-) Transferências Constitucionais | 397.598.237,00 | 397.598.239,00 | 427.606.652,10 | 107,55 |
| TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (II) | 347.328.758,00 | 347.328.758,00 | 171.637.468,79 | 49,42 |
| Da União para o Estado | 347.328.758,00 | 347.328.756,00 | 171.637.468,79 | 49,42 |
| Dos Municípios para o Estado | - | - | - | - |
| Demais Estados para o Estado | - | - | - | - |
| Outras Receitas do SUS | - | - | - | - |
| RECEITAS DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE (III) | - | - | - | - |
| OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS | 3.406.573.558,00 | 3.485.445.786,00 | 2.747.883.053,74 | 78,84 |
| (-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB | 828.421.818,00 | 828.421.818,00 | 775.614.326,23 | 93,63 |
| TOTAL | 7.286.629.798,00 | 7.385.502.074,00 | 6.257.874.934,89 | 84,96 |

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza da Despesa) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | LIQUIDADAS Até o Bimestre | Inscritas em Restos a Pagar Não Processados | % |
| DESPESAS CORRENTES | 1.053.951.217,00 | 1.062.098.745,00 | 959.529.915,97 | 6.619,83 | 90,34 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 585.275.583,00 | 568.684.335,00 | 568.517.068,81 | 2.179,96 | 99,97 |
| Juros e Encargos da Dívida | - | - | - | - | - |
| Outras Despesas Correntes | 468.675.634,00 | 493.412.410,00 | 391.012.847,16 | 4.439,87 | 79,25 |
| DESPESAS DE CAPITAL | 211.362.053,00 | 138.519.522,00 | 19.317.024,42 | 50.000,00 | 13,98 |
| Investimentos | 211.362.053,00 | 138.519.522,00 | 19.317.024,42 | 50.000,00 | 13,98 |
| Inversões Financeiras | - | - | - | - | - |
| Amortização da Dívida | - | - | - | - | - |
| TOTAL (IV) | 1.265.313.270,00 | 1.200.616.267,00 | 978.903.560,22 | | 81,53 |

| DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | LIQUIDADAS Até o Bimestre | Inscritas em Restos a Pagar Não Processados | % |
| DESPESAS COM SAÚDE | 1.265.313.270,00 | 1.200.616.267,00 | 978.848.489,30 | 55.070,92 | 100,00 |
| (-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | - | - | - | - | - |
| (-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS VINCULADOS À SAÚDE | 427.583.954,00 | 411.399.001,00 | 191.515.788,87 | 1.548,91 | 19,57 |
| Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS | 347.328.758,00 | 350.992.465,00 | 191.502.987,20 | 1.548,91 | 19,56 |
| Recursos de Operações de Crédito | 80.000.000,00 | 60.000.000,00 | - | - | - |
| Outros Recursos | 255.196,00 | 406.536,00 | 12.801,67 | - | 0,00 |
| (-) RESTOS A PAGAR CANCELADOS - VINCULADOS A SAÚDE | - | - | - | - | - |
| (-) RESTOS A PAGAR INSCRITOS SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA VINCULADA À SAÚDE¹ | - | - | - | 27.020.377 | - |
| TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (V) | 837.729.316,00 | 789.217.266,00 | 760.365.845,68 | | 77,68 |

| CONTROLE DE RESTOS A PAGAR INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES VINCULADOS À SAÚDE | Aplicação Mínima em 2011 (f) | Aplicação Apurada em 2011 (g) | RESTOS A PAGAR | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Inscritos em 31/12/2011 | Cancelados em 2012 (h) |
| RP DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | 523.136.973,77 | 729.584.460,82 | 3.795.843,90 | 1.161.931,76 |
| COMPENSAÇÃO DE RESTOS A PAGAR CANCELADOS EM 2012 | | | | - |

| | |
|---|---|
| PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL 12% ²(V - VI / I) | 18,48 |

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | LIQUIDADAS Até o Bimestre | Inscritas em Restos a Pagar Não Processados | % |
| Administração Geral | 744.167.039,00 | 664.477.733,00 | 626.928.729,74 | 3.042,98 | 64,04 |
| Normatização e Fiscalização | 460.000,00 | 879.133,00 | 274.738,08 | - | 0,03 |
| Tecnologia da Informação | 6.014.000,00 | 536.111,00 | 527.840,62 | - | 0,05 |
| Formação de Recursos Humanos | 10.386.445,00 | 17.912.910,00 | 3.651.372,75 | 500,00 | 0,37 |
| Comunicação Social | 1.554.981,00 | 9.127,00 | 9.126,76 | - | 0,00 |
| Assistência ao Portador de Deficiência | 1.400.000,00 | 1.431.829,00 | 1.411.496,41 | - | 0,14 |
| Atenção Básica | 4.260.156,00 | 12.248.602,00 | 554.367,38 | 50.000,00 | 0,06 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 431.993.607,00 | 442.175.040,00 | 301.908.159,46 | - | 30,84 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 8.895.440,00 | 9.330.573,00 | 7.806.962,23 | 68,00 | 0,80 |
| Vigilância Sanitária | 572.800,00 | 1.422.558,00 | 705.538,88 | - | 0,07 |
| Vigilância Epidemiológica | 43.664.645,00 | 67.780.301,00 | 34.699.036,22 | - | 3,54 |
| Alimentação e Nutrição | 210.000,00 | 340.000,00 | 25.341,04 | - | 0,00 |
| Relações de Trabalho | 500.000,00 | 110.890,00 | 110.687,45 | - | 0,01 |
| Desenvolvimento Científico | 1.994.177,00 | 1.753.650,00 | 234.112,41 | 3.010,85 | 0,02 |
| Normalização e Qualidade | 210.000,00 | 210.000,00 | 73,75 | - | 0,00 |
| TOTAL | 1.265.313.270,00 | 1.200.616.267,00 | 978.903.560,22 | | 100,00 |

¹ Essa linha apresentará valor somente no Relatório Resumido da Execução Orçamentária do último Bimestre do Exercício.
² Limite anual mínimo a ser cumprido no encerramento do exercício.

ANA FERREIRA ALVES MARTINS
Superintendente de Gestão Contábil
Contadora CRC-TO 000964/O-7

MAURÍCIO PARIZOTTO LOURENÇO
Diretor de Responsabilidade Fiscal
Contador CRC-TO 001582/O

2.2. Relatório da Execução Financeira por Bloco de Financiamento:

| Bloco de Financiamento | Fonte | Orçamento Inicial | Alterações | Autorizado | Valor Empenhado | Valor Liquidado | Valor Pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Atenção Básica | 247 | 1.487.000,00 | 00,00 | 1.487.000,00 | 228.314,33 | 228.314,33 | 1.258.685,67 |
| Média e Alta Complexidade | 250 | 261.030.000,00 | 00,00 | 261.030.000,00 | 172.144.670,60 | 172.144.363,44 | 88.885.329,40 |
| Vigilância em Saúde | 251 | 18.010.000,00 | 00,00 | 18.010.000,00 | 6.543.705,26 | 6.543.705,26 | 11.466.294,74 |
| Assistência Farmacêutica | 246 | 3.600.000,00 | 893.327,00 | 4.493.327,00 | 3.041.964,68 | 3.041.964,68 | 3.031.354,08 |
| Gestão do SUS | 248 | 21.463.000,00 | 00,00 | 21.463.000,00 | 3.414.968,39 | 3.365.480,72 | 18.048.031,61 |
| Investimentos | 249 | 8.522.000,00 | 2.546.387,00 | 11.068.387,00 | 3.870.904,10 | 3.870.904,10 | 7.197.482,90 |
| **Total** | | | | | | | **129.887.178,40** |

## 3. INFORMAÇÕES SOBRE AUDITORIAS

Auditorias Realizadas no Primeiro Quadrimestre de 2012 – Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria/TO:

| AUDITORIAS REALIZADAS-2012 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ORDEM** | **OBJETO DE AUDITORIA** | **MUNICÍPIO** | **SOLICITANTE** | **VÍNCULO** | **PERÍODO** | **AÇÃO** |
| 1 | Hospital Regional de Xambioá | Xambioá | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 05 a 09 de março | Auditoria Extraordinária |
| 2 | Hospital de Referência de Augustinópolis | Augustinópolis | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 12 a 16 de março | Auditoria Extraordinária |
| 3 | Hospital Maternidade Dom Orione | Araguaína | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Serviço Filantrópico | 19 a 23 de março | Auditoria Ordinária |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Hospital Regional de Guaraí | Guaraí | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 26 a 30 de março | Auditoria Ordinária |
| 5 | Centro Oftalmológico de Porto Nacional | Porto Nacional | DCRAA - Coordenação de Controle e Sistemas de Informação | Serviço Privado | 02 a 05 de abril | Auditoria Extraordinária |
| 6 | Gestão Municipal de Babaçulândia | Babaçulândia | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 09 a 13 de abril | Visita Técnica |
| 7 | Gestão Municipal de Ipueiras | Ipueiras | Ministério Público Estadual | Gestão Pública | 23 a 27 de abril. | Auditoria Extraordinária |
| 8 | Hospital Regional de Dianópolis | Dianópolis | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 07 a 11 de maio | Auditoria Ordinária |
| 9 | UTI Neo Natal-Hospital Cristo Rei | Palmas | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Serviço Privado | 12 a 18 de maio | Auditoria Extraordinária |
| 10 | Gestão Municipal de Araguaina | Araguaina | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 14 a 19 de maio | Auditoria Extraordinária |
| 11 | Hospital Regional de Paraiso | Paraíso | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 21 a 25 de maio | Auditoria Extraordinária |
| 12 | IntenseCare UTI/IOP (Instituto Ortopédico de Palmas) | Palmas | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Serviço Privado | 28/maio a 08/junho | Auditoria Extraordinária |
| 13 | Hospital Regional de Arraias | Arraias | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 03 a 07 de junho | Auditoria Ordinária |
| 14 | Hospital Regional de Porto | Porto Nacional | Gabinete do Secretário de Estado da | Gestão | 09 a 13 de | Auditoria |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nacional | | Saúde | Pública | junho | Ordinária |
| 15 | Hospital Regional de Miracema | Miracema | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 18 a 22 de junho | Auditoria Ordinária |
| 16 | Hospital Geral Público de Palmas - Pronto Socorro | Palmas | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 14 a 22 de junho | Visita Técnica |
| 17 | Clínica de Repouso São Francisco | Araguaina | Ouvidoria do SUS | Serviço Privado | 31jul a 03 de agosto | Auditoria Extraordinária |
| 18 | Hospital Regional de Pedro Afonso | Pedro Afonso | Gabinete do Secretario de Estado da Saúde | Gestão Pública | 03 a 06 de setembro | Auditoria Ordinária |
| 19 | Gestão Municipal de Oliveira de Fátima | Oliveira de Fátima | Ministério Público Estadual | Gestão Pública | 17 a 20 de setembro | Auditoria Extraordinária |
| 20 | Gestão Municipal de Monte do Carmo | Monte do Carmo | Ministério Público Estadual | Gestão Pública | 24 a 27 de setembro | Auditoria Extraordinária |
| 21 | Gestão Municipal de Colinas | Colinas do Tocantins | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 08 a 11 de outubro | Auditoria Ordinária |
| 22 | Gestão Municipal de Axixá | Axixá | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 15 a 19 de outubro | Auditoria Ordinária |
| 23 | Gestão Municipal de Sampaio | Sampaio | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 15 a 19 de outubro | Auditoria Ordinária |
| 24 | Gestão Municipal de Gurupi | Gurupi | Ministério Público Estadual | Gestão Pública | 05 a 09 de novembro | Auditoria Extraordinária |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | Gestão Municipal de Lagoa do TO | Lagoa do Tocantins | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 12 a 14 de novembro | Auditoria Ordinária |
| 26 | Gestão Municipal de Lagoa da Confusão | Lagoa da Confusão | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 19 a 22 de novembro | Auditoria Ordinária |
| 27 | Centro de Atenção Psicossocial de Porto Nacional | Porto Nacional | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 03 a 07 de dezembro | Auditoria Extraordinária |
| 28 | Gestão Municipal de Santa Fé | Santa Fé | Gabinete do Secretário de Estado da Saúde | Gestão Pública | 17 a 21 de dezembro | Auditoria Ordinária |

## 4. REDE FÍSICA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE - PRÓPRIOS E PRIVADOS CONTRATADOS – E INDICADORES DE SAÚDE

4.1 Rede física de serviços de saúde (Fonte: SCNES): tipo de estabelecimento, tipo de administração e tipo de gestão.

| Tipo de Estabelecimento | Total | Tipo de Gestão | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Municipal | Estadual | Dupla |
| CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE | 6 | 4 | 2 | 0 |
| CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA | 6 | 0 | 6 | 0 |
| CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL | 10 | 7 | 1 | 2 |
| CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA | 305 | 285 | 2 | 18 |
| HOSPITAL ESPECIALIZADO | 3 | 0 | 3 | 0 |
| HOSPITAL GERAL | 51 | 17 | 17 | 17 |
| LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN | 1 | 0 | 1 | 0 |
| POLICLINICA | 13 | 8 | 0 | 5 |
| POSTO DE SAUDE | 30 | 30 | 0 | 0 |
| PRONTO ATENDIMENTO | 18 | 8 | 0 | 10 |
| PRONTO SOCORRO GERAL | 3 | 3 | 0 | 0 |
| SECRETARIA DE SAUDE | 88 | 87 | 1 | 0 |
| UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE | 51 | 50 | 1 | 0 |
| Total | 585 | 499 | 34 | 52 |

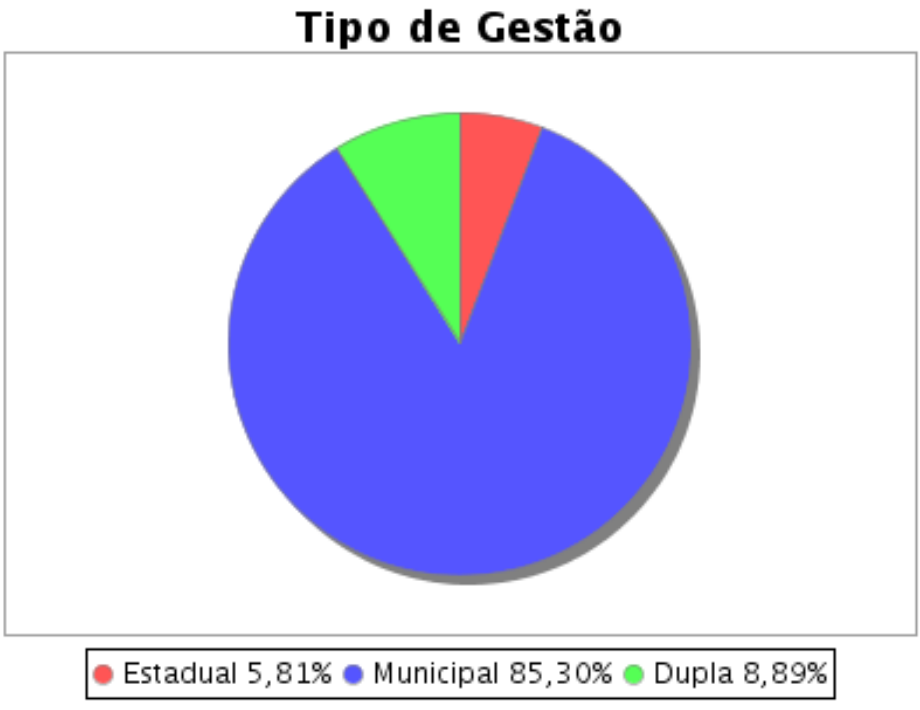
| Esfera Administrativa (Gerência) | Total | Tipo de Gestão | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Municipal | Estadual | Dupla |
| PRIVADA | 153 | 100 | 12 | 41 |
| ESTADUAL | 39 | 0 | 38 | 1 |
| MUNICIPAL | 587 | 536 | 0 | 51 |
| Total | 779 | 636 | 50 | 93 |

(Fonte: CNES)

**Análise e considerações**

Segundo informações apresentadas no SARGSUS, o estado do Tocantins possui 779 estabelecimentos de saúde, sendo 80,36% de natureza pública e 19,64% de natureza privada. Na atenção ambulatorial, dos 434 estabelecimentos cadastrados, 396 são de

natureza pública (305 de Atenção Primária), 8 consultórios isolados e 91 Clínicas/ Ambulatórios Especializados e Policlínicas. 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 06 Unidades Móveis Terrestres sendo 02 de natureza privada. Na atenção hospitalar estão cadastrados 54 estabelecimentos (51 gerais e 03 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. Ocorre um grande predomínio de unidades de natureza administração direta seguida das empresas privadas, o que pode ser explicado pelo grande número de consultórios particulares. Esses dados refletem ainda quão importante é a participação desse tipo de unidades (públicas) na conformação da rede do Sistema Único de Saúde. 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 o ajuste da necessidade dos usuários do SUS ao nível de complexidade dos serviços ofertados.



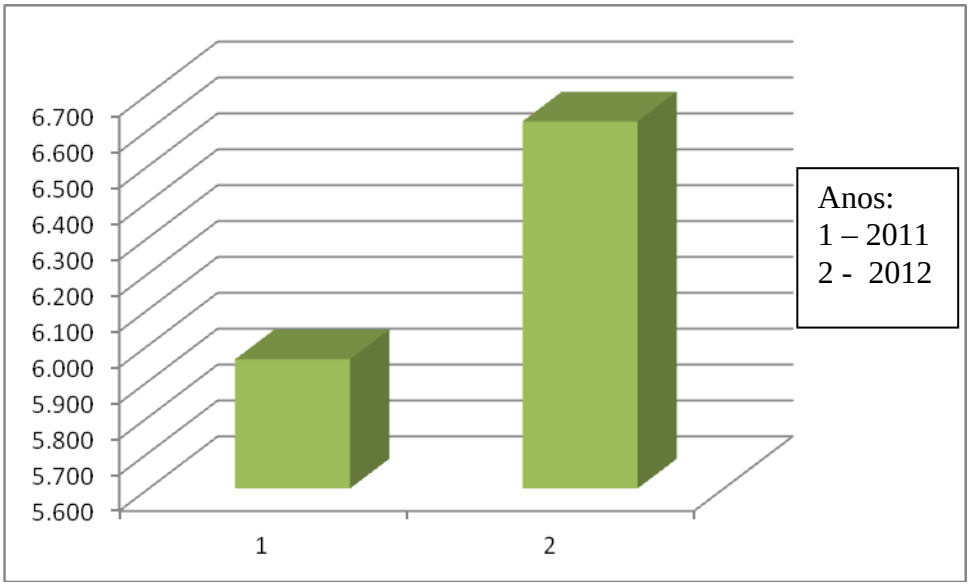
4.2 Produção dos serviços de saúde, oriundos do SIA e SIH/SUS e outros sistemas locais de informação que expressem aspectos relativos à Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde.

4.2.1 Atenção Especializada:

Os aspectos relativos à Atenção Especializada dos dados de produção de serviços de saúde do SIA e SIH/SUS estão demonstrados a seguir:

| **AMBULATÓRIO** | **2011** | **2012** |
|---|---|---|
| **1 - Cirurgias eletivas** | **5.960** | **6.623** |

Gráfico: Número de cirurgias eletivas em 2011 e 2012



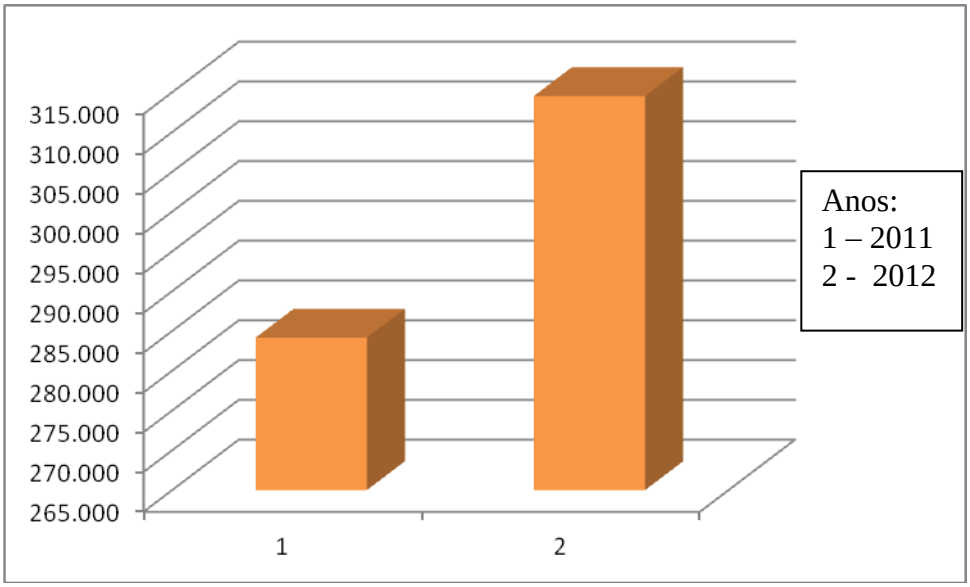

Fonte: SIA/SIH

A rescisão contratual desta Pasta, ocorrida em julho/2012, com a OSS Pró Saúde e a retomada do gerenciamento das unidades hospitalares gerou uma série de contratempos no que diz respeito á logística (materiais e medicamentos) necessária ao desenvolvimento desta atividade hospitalar assim como o destrato de vários cirurgiões prestadores de serviços contratados pela mesma e a ausência de anestesistas em algumas unidades.Outro fator prejudicial foi a não realização de todas as obras emergênciais previstas nos contratos com a OSS, por indisponibilidade de recursos ora pleiteados para as obras, o que inviabilizou as reformas de várias salas cirúrgicas. Ainda assim, houve uma maior oferta deste serviço em relação a 2011,

garantindo a acessibilidade. O incremento foi de 11%, o que assegurou aumento da satisfação do usuário.

| AMBULATÓRIO | 2011 | 2012 |
|---|---|---|
| **2 - Quantidade de consultas médicas em atenção especializada** | **284.162** | **314.525** |

Gráfico: Comparativo da quantidade de consultas médicas em atenção especializada em 2011 e 2012




Fonte: SIA/SIH

Houve um aumento superior a 20.000 consultas médicas em atenção especializada de 2011 para 2012. Isto se deve, dentre outras situações, ao aumento do número de profissionais médicos através de contratação e nomeação de concursados. Com a implementação dos serviços especializados ampliamos o acesso aos usuários do SUS proporcionando uma melhoria na qualidade do serviço prestado. Através das consultas especializadas garantimos um maior acesso aos usuários a atendimentos especializados. Obtivemos uma superação significativa do quantitativo alcançado em 2011, contudo sinalizamos para a necessidade de implantação de novos serviços especializados.

| HOSPITAL | 2012 |
|---|---|
| ▪ Ampliação de leitos de terapia intensiva neonatal no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos. | 08 |

| | |
|---|---|
| ▪ Ampliação de leitos cirúrgicos no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos. | 10 |
| ▪ Ampliação de leitos de terapia intensiva adulta no Hospital Regional Público de Gurupi. | 10 |
| ▪ Ampliação de leitos de terapia intensiva adulta no Hospital Regional Público de Araguaína.<br>▪ Contratação de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) adulta (cirúrgico e clinico) e neonatal, na rede privada, conforme necessidade | 10 |

Considerando a estrutura física dos hospitais, houve o aumento de 38 leitos para as diferentes especialidades citadas na tabela, além da possibilidade de contratação de leitos na rede privada. Este avanço atende a necessidade da população, garantindo o tratamento aqui no Estado em casos que anteriormente eram encaminhados para atendimento fora de domicílio e desonerando os custos por paciente.

4.2.2 Saúde Mental

Em números absolutos, a rede foi ampliada em 08 serviços de CAPS, sendo 04 serviços abertos e 4 serviços ampliados durante o ano. Esta melhoria se deu devido ao apoio dos municipios na implementação dos serviços e a disponibilidade dos recursos financeiros ofertados pelo Governo do Estado, contribuindo com a ampliação da oferta de serviços e acesso da população aos mesmos. Contudo, teremos necessidade de maior apoio nas áreas da Atenção básica com a implementação do apoio matricial e a atenção hospitalar com a abertura de leitos em hospitais gerais, além do componente da Urgência e emergência, como retaguarda à rede de Atenção Psicossocial e maior investimento na qualificação dos Recursos Humanos, em especial pela intensa demanda para o atendimento da necessidade da população em relação ao tratamento de pessoas com Transtornos Mentais Graves e a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Houve aumento no número de acompanhamento intensivo para usuário de álcool/drogas, bem como aumento no atendimento individual em psicoterapia em relação ao ano de 2011, como ilustrado na tabela a seguir:

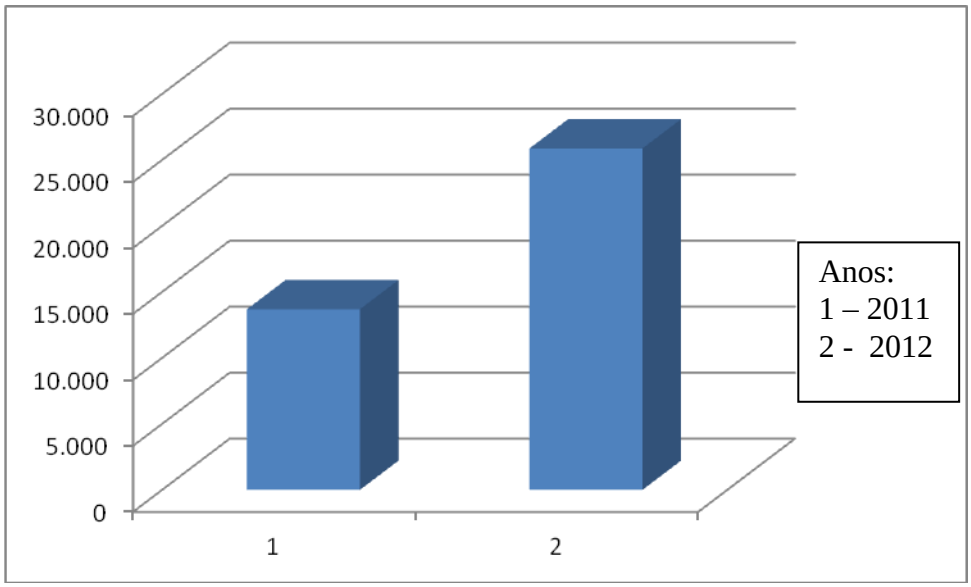
| **SAÚDE MENTAL** | **2011** | **2012** |
|---|---|---|
| **1 – Acompanhamento intensivo para usuário de álcool/drogas** | **409** | **931** |
| **2 – Atendimento individual em psicoterapia** | **5001** | **5130** |

| | | |
|---|---|---|
| **TOTAL** | **5410** | **6061** |

4.2.3 Urgência e Emergência

| **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** | **2011** | **2012** |
|---|---|---|
| **1 – Atendimento pré-hospitalar móvel pelo SAMU192 suporte avançado** | **1.714** | **4.710** |
| **2 - Atendimento pré-hospitalar móvel pelo SAMU192 suporte básico** | **11.969** | **21.161** |
| **TOTAL** | **13.683** | **25.871** |

Gráfico: Comparativo de Atendimentos de Urgência e Emergência em 2011 e 2012




Fonte: SAI/SIH

Este incremento resultou da melhoria e fortalecimento das ações e serviços de Urgência e Emergência no Estado, através da habilitação de uma Unidade de Pronto Atendimento em Araguaína e da extensão da cobertura de atendimento do SAMU 192, incluindo os municípios de Novo Acordo, Paraíso, Lajeado, Porto Nacional, Miracema, Miranorte e Tocantínia

4.2.4 Atenção Primária:

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA NOS ANOS DE 2011 E 2012 DO ESTADO DO TOCANTINS.**

**META PACTUADA PARA 2011: 73%**

**META PACTUADA PARA 2012: 78%**

| AVALIAÇÃO DOS INDICADORES - ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Município** | **2011- 1ª VIGÊNCIA** | **2011- 2ª VIGÊNCIA** | **2012- 1ª VIGÊNCIA** | **2012- 1ª VIGÊNCIA** |
| | Percentual de famílias acompanhadas | Percentual de famílias acompanhadas | Percentual de famílias acompanhadas | Percentual de famílias acompanhadas |
| | 76.19% | 78.54% | 78.86% | 79.95% |

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda destinada a famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza. Com a finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza, o programa vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de compromissos - as condicionalidades na Saúde, Educação e Assistência Social pelas famílias beneficiárias.

Na área da Saúde, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de sete anos e/ou gestantes. A Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004 traz como atribuição do Ministério da Saúde (MS), compartilhada com as esferas estaduais e municipais do SUS, a oferta dos serviços para acompanhamento da vacinação e da vigilância alimentar e nutricional de crianças menores de sete anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério.

**AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA ÁREA TÉCNICA PARA AUMENTO DA COBERTURA**

- Cursos de capacitação na Norma Técnica e Protocolo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Acompanhamento do Programa Bolsa Família;
- Assessoria aos municípios na implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Monitoramento aos municípios na implementação da vigilância alimentar e nutricional por meio do SISVAN e acompanhamento do Programa Bolsa Família;
- Visitas técnicas Intersetorial aos municípios, em parceria com a Secretaria de Trabalho e Assistência Social e Secretaria da Educação;
- Seminário Intersetorial Programa Bolsa Família em Parceria com a Secretaria de Trabalho e Assistência Social e Secretaria da Educação.

**Análise quantitativa:** O Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica reflete uma importante tendência de crescimento do Programa no Estado. De acordo com os dados disponíveis no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, no ano de 2011 na 1ª vigência foi de 76.19% a 2ª vigência foi de 78.54%; Já em 2012 o percentual alcançado pelo Estado do Tocantins foi de 78.86% na 1ª vigência e de 79,95%, na 2ª vigência (Fórmula de Cálculo=Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano/Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano x 100=95.639/119.620x100=79,95), valor superior a meta pactuada, o que permitiu o alcance da mesma.

No Estado do Tocantins em 2012, 60,58% dos municípios alcançaram a meta pactuada para este Indicador no Pacto pela Vida e as Comissões Intergestoras Regional de Saude (CIR's) que apresentaram maior percentual de municípios que alcançaram esta meta foram: Araguaína, Guarai, Porto Nacional, Paraíso e Dianópolis.

**Análise qualitativa:** Os dados apresentados mostram que a agenda de saúde do PBF avançou muito desde o início do Programa considerando o aumento expressivo no número de famílias acompanhadas. Apesar do alcance da meta pactuada (79,95) verifica-se que ainda existem importantes desafios na gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde. Além disso, considera-se importante a adoção de estratégias de gestão para garantir o acesso ao serviço de saúde pelos beneficiários. Como exemplo dessas estratégias pode-se citar o fortalecimento da coordenação intersetorial nos municípios, o estímulo à busca ativa às famílias em situação de vulnerabilidade, o investimento em processos de trabalho para desenvolvimento de estratégias de educação permanente aos profissionais e o reforço dos registros do acompanhamento nutricional dos beneficiários do Programa, considerando as ações de vigilância nutricional.

Por fim, os instrumentos de pactuação do SUS, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ reforçam o alcance das metas pactuadas, impulsionam o acompanhamento da agenda de saúde do PBF e incentivam os municípios para o fortalecimento e qualificação das ações e dos processos de trabalho das equipes de saúde voltados para o acompanhamento das condicionalidades, o que reafirma o os compromissos do setor saúde com a eliminação da pobreza e qualidade de vida da população.

## AVALIAÇÃO DO SISPRENATAL NOPERÍODO DE 2001 A 2011 DO ESTADO DO TOCANTINS

| AVALIAÇÃO DOS CADASTROS - ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER<br>Percentual de gestantes cadastradas no SISPRENATAL | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2001** | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** | **2006** | **2007** | **2008** | **2009** | **2010** | **2011*** |
| **1,26%** | **31,35%** | **55,89%** | **58,83%** | **66,76%** | **71,84%** | **75,13%** | **77,25%** | **82,58%** | **82,42%** | **61,95%** |

*** Dados parciais em 02/04/2013 - Os valores oficiais são fechados a cada 2 anos, no segundo semestre. Tendência de crescimento.**

No ano de 2000, o Ministério da Saúde, ciente da importância da atenção ao pré-natal, lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído, através da Portaria-GM nº 569/2000, o qual baseia-se na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. O PHPN tem como objetivos a redução da morbi-mortalidade materna e perinatal e a adoção de medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento ao pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e aos neonatos.

O acompanhamento pré-natal pretende assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável prevenindo e/ou intervindo sobre intercorrências que comprometam a saúde do binômio mãe-filho. Para promover a segurança da saúde da mãe e do feto, é necessário, ainda, identificar fatores que caracterizam uma gestação de risco e oferecer atendimento diferenciado, possibilitando a prevenção das complicações que determinam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal.

O SISPRENATAL é o sistema de monitoramento e avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na unidade básica de saúde até o atendimento hospitalar de alto risco.

O SISPRENATAL preconiza o cadastro de 100% das gestantes atendidas pelo SUS, incentiva a captação precoce da gestante de até 120 dias de gestação, bem como o acompanhamento do pré-natal com o mínimo de 6 consultas de acompanhamento, vacinação antitetânica e exames específicos, garantia de assistência ao parto e uma consulta puerperal até o 42º dia pós-parto.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde, lançou a Rede Cegonha que consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, aborto e ao puerpério seguros, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Uma nova versão do sistema, o SISPRENATAL WEB veio como uma estratégia de monitoramento dessa Rede ainda no mesmo

ano; é um **SISTEMA ONLINE** ele nos possibilita: a captação precoce da gestante; acesso ao pré-natal de risco habitual e de alto risco; acesso aos exames laboratoriais e resultados em tempo oportuno; vincular a gestante ao local do parto; contribuir para a identificação da gestação de risco; promover a segurança da saúde da mãe e da criança; e a identificação das complicações relacionadas com a morbimortalidade materna e neonatal.

## AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA ÁREA TÉCNICA PARA AUMENTO DOS CADASTROS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

- Cursos de capacitação no PHPN (Programa de Humanização no pré – natal e Nascimento);
- Cursos de capacitação em SISPRENATAL;
- Assessoria técnica aos gestores e profissionais de saúde dos municípios (à distância e *in-loco*) em relação às ações de saúde da mulher com o enfoque no SISPRENATAL.;
- Cursos de capacitação em SISPRENATAL WEB.

**Análise quantitativa:** O Percentual de gestantes cadastradas no SISPRENATAL reflete a importância dispensada ao acompanhamento global de um Pré-Natal de qualidade nos municípios do Estado do Tocantins. De acordo com os dados disponíveis no SISPRENATAL e no SINASC, no ano de 2001 foi de 1,26% (Fórmula de Cálculo = Número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL x 100 / Número de Nascidos Vivos registrados no SINASC= 341x100/27050=1,26%), nos anos seguintes este percentual foi crescente até 2010, passando a 31,35% em 2002, 55,89% em 2003, 58,83% em 2004, 66,76% em 2005, 71,84% em 2006, 75,13% em 2007, 77,25% em 2008, 82,58% em 2009 e 82,42% em 2010. Em 2011 o número de cadastros caiu para 61,95%.

**Análise qualitativa:** Analisando os dados de cadastramento, a Área Técnica Saúde da Mulher do Tocantins, percebendo a distância que ainda existia para se alcançar os 100% de cadastros possíveis e desejáveis, no ano de 2006 fez um trabalho intensivo de cooperação técnica *in loco*, falando principalmente da importância desse cadastramento,trabalho que resultou no aumento expressivo de gestantes cadastradas e acompanhadas pelos municípios. Contudo, mesmo com todos os benefícios que o SISPRENATAL traz desde o seu lançamento, e em detrimento a outros sistemas que se não alimentados trazem prejuízos financeiros aos municípios bem como pelo grande número de informações que devem ser digitadas, diante disto houve um decréscimo considerável no acompanhamento do SISPRENATAL pelos municípios. A nova versão que vem sendo construída/adaptada desde o seu lançamento impossibilitou o cadastro adequado (em tempo oportuno) das gestantes em 2011 e 2012 em decorrência das mudanças e intercorrências

ocorridas no sistema que se tornou WEB. Entretanto nos anos de 2012 e 2013 foi oportunizado qualificação e assessoria na nova plataforma do SISPRENATALWEB aos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (enfermeiros,coordenadores da Atenção Básica e Digitadores) dos 139 municípios do Estado. Espera-se que a partir do processo de implementação da Rede Cegonha no Estado, os cadastros das gestantes no SISPRENATALWEB, tornem-se prioridade, que gestores municipais da saúde e profissionais das suas equipes registrem o acompanhamento de todas as gestantes, o que facilitará o monitoramento da qualidade da atenção e assistência a saúde prestada em consonância com as diretrizes da Rede Cegonha e na premissa da atenção integral a saúde da mulher.

| | Ano | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | | 2012 | |
| Indicador | Meta | Resultado | Meta | Resultado |
| **Cobertura de primeira consulta odontológica programática** | NP | 11,94 | NP | 9,82 |
| **Média anual da ação coletiva escovação supervisionada** | 3 | 3,46 | 3,46 | 3,02 |
| **Proporção da população cadastrada pela Estratégia da Saúde da Família** | 90 | 91,29 | NP | 79,50 |
| **Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas** | NP | 1,87 | NP | 1,65 |
| **Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal** | 81 | 81,30 | 70,67 | 68,96 |

**SISVAN-WEB**

**Tabela 1.** Número de acompanhamentos do estado nutricional em diferentes ciclos de vida no Estado no Tocantins, de acordo com SISVAN-WEB.

| | **2010 (Nº)** | **2011 (Nº)** | **2012 (Nº)** |
|---|---|---|---|
| Crianças de 0-5 anos | 4444 | 8242 | 11727 |
| Crianças de 5-10 anos | 1939 | 3795 | 11196 |
| Adolescentes | 1965 | 4685 | 15417 |
| Adultos | 6756 | 16410 | 15925 |
| Idosos | 1276 | 3880 | 3930 |
| Gestantes | 611 | 1557 | 1851 |
| Total | 16991 | 38569 | 60046 |

**Tabela 2.** Percentual dos municípios que estão realizando acompanhamento do estado nutricional pelo SISVAN-WEB.

| | **2010 (%)** | **2011 (%)** | **2012 (%)** |
|---|---|---|---|
| Crianças de 0-5 anos | 31,7 | 45,3 | 60,4 |
| Crianças de 5-10 anos | 33,8 | 48,2 | 64,7 |
| Adolescentes | 33,1 | 48,9 | 70,5 |
| Adultos | 38,1 | 57,6 | 72,7 |
| Idosos | 27,3 | 46,8 | 51,1 |
| Gestantes | 25,9 | 42,4 | 51,1 |

***Média de aumento (de 2011 a 2012): 13,6%
*Meta de aumento para ano de 2012: 5%

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. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN é o sistema de informação onde devem ser inseridos todos os dados de acompanhamento nutricional do consumo alimentar durante todos os ciclos de vida realizados nas Unidades Básicas de Saúde.

Foi possível verificar um aumento significativo no número de acompanhamentos do estado nutricional em todos os ciclos de vida, onde em 2011 foram acompanhadas um total de 38.569 usuários nas Unidades Básicas Saúde e em 2012 esse número aumentou para 60.046 acompanhamentos. A cobertura dos municípios que realizaram a alimentação do SISVAN em 2012 aumentou em 13,6%, valor acima da meta pactuada para o ano de 2012, que foi de 5%.

As principais ações desenvolvidas pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição que contribuíram para a melhoria da cobertura do SISVAN foram:

- Realização de assessoria aos municípios com relação à operacionalização da Vigilância Alimentar e Nutricional e acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família;
- Assessoria aos profissionais de saúde que atuam na gestão municipal;
- Realização de 02 oficinas sobre Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Realização de assessoria aos municípios que aderiram à semana de saúde na escola cujo objetivo foi o combate e controle da obesidade;
- Apoio na realização de 02 Seminários Intersetoriais sobre Programa Bolsa Família, com a participação de profissionais de 120 municípios;
- Realização de 03 Oficinas de Implantação do Caderno de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica ;

- Realização de 13 reuniões (regionais da educação), em parceria com as Secretarias Estaduais de Assistência Social e Educação, com objetivo de cooperar e qualificar os municípios no acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família.

São pontos fundamentais para o desenvolvimento da promoção da atenção nutricional a todo ciclo de vida o empoderamento dos gestores municipais e profissionais de saúde quanto à resolução dos problemas relacionados à alimentação e nutrição e a qualificação da equipe técnica para desenvolver as ações da Política de Alimentação e Nutrição.

4.2.2 Assistência Farmacêutica:

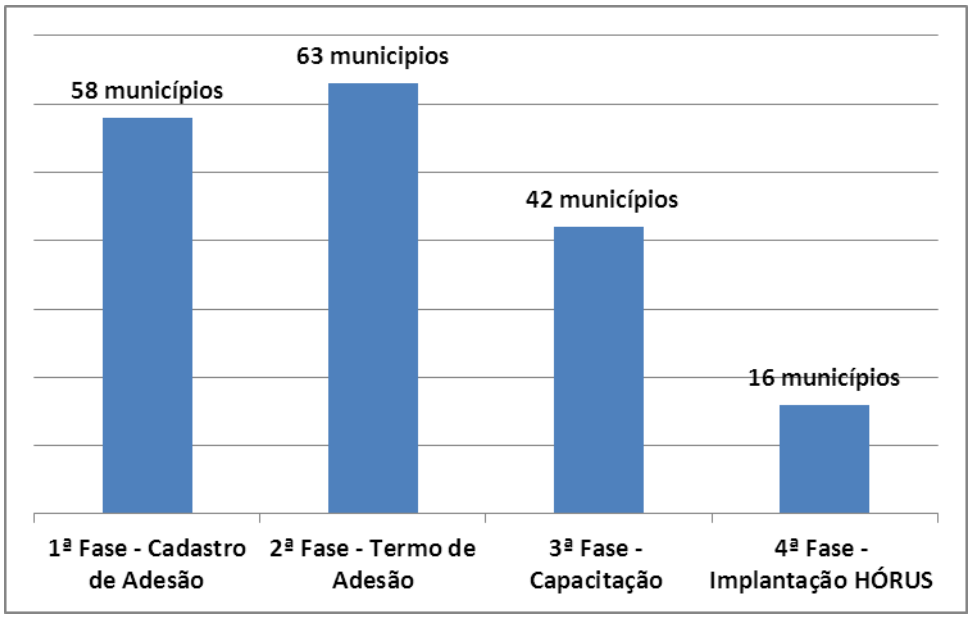
A Gestão da Assistência Farmacêutica Pública no Brasil, com o processo de descentralização, foi iniciada a partir da aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Com base na diretriz de Reorientação da Assistência Farmacêutica contida no Pacto pela Saúde, publicado pela Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Bloco da Assistência Farmacêutica foi definido em três componentes: (1) Componente Básico; (2) Componente de Medicamentos Estratégico e Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, que teve seu nome recentemente modificado para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

A construção de uma nova gestão de Assistência Farmacêutica no SUS fundamentou-se a descentralização da Assistência Farmacêutica. A descentralização aos estados e municípios vinculou o repasse à implementação das atividades relacionadas á reorientação da assistência farmacêutica, ampliando o acesso dos usuários do SUS, promovendo seu uso racional.

A Política Nacional de Medicamentos estabelece ainda algumas competências aos gestores as três esferas Federal, Estadual e Municipal que devem ser desempenhadas visando apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos, com esse objetivo o Ministério da Saúde em parceria com os estados e municípios disponibilizou um Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica para o controle mais eficiente dos recursos financeiros investidos aquisição e distribuição dos medicamentos, permitindo aos profissionais de saúde os agravos, controle na distribuição e dispensação de medicamentos, o agendamento na entrega do medicamento aos usuários.

As ações para a implantação do sistema HÓRUS nos municípios do Tocantins estão sendo desenvolvidas em parceria com a Diretoria de Gestão Farmacêutica e Técnico Cientifico da Secretaria Estadual de Saúde, visando colaborar com a qualificação da Gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios e contribuir para a melhoria do acesso aos medicamentos básicos e do serviço oferecido aos usuários.

**Situação geral sobre a adesão e implantação do sistema no Estado do Tocantins:**




O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica vem ampliando o acesso com a incorporação de medicamentos em protocolos clínicos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, com destaque no tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com dispensação do elenco padronizado pela Assistência Farmacêutica garantindo o tratamento terapêutico aos usuários cadastrados no componente. No Ministério da Saúde podemos destacar os medicamentos para tratamento de acromegalia e artrite reumatoide, todos disponíveis para cadastro e dispensação na Assistência Farmacêutica do Estado, nas Farmácias Regionais do Componente Especializado em Palmas, Araguaína, Porto Nacional e Gurupi.

4.3 Indicadores de saúde, contemplando os de oferta, cobertura e produção de serviços estratégicos ao monitoramento das ações da Programação Anual de Saúde de cada ente federado. Obs.: O resultado no quadrimestre será cumulativo.

**Programa:** 1073 - GESTÃO E MANUTENÇÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE

**Programa:** 1021 - SAÚDE DIREITO DO CIDADÃO

**Objetivo 0084:**

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.

**Análise de Desempenho do Objetivo:**

Analisando a continuidade das ações das Diretorias de Administração e Finanças, Diretoria de Pesquisa, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Diretoria de Informação em Saúde e Diretoria do Instituto de Medicina Tropical, o indicador de percentual de municípios atendidos com as atividades realizadas pela Funtrop, continua acima do previsto, com 43,16% de meta alcançada. Tendo em vista que o objetivo é contribuir para 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 Medina Tropical. Portanto, embora as metas físicas estejam sendo atingidas em cada uma das iniciativas, elas tem sido implementadas e realizadas nos mesmos municípios de abrangência da avaliação anterior, priorizando assim a melhoria e continuidade das ações, buscando a sustentabilidade das atividades nos municípios de abrangência. Neste sentido, observa-se o fortalecimento das políticas públicas na contribuição com o aumento do conhecimento referente à dinâmica de transmissão, controle e monitoramento das doenças tropicais e negligenciadas, alcançando os municípios das Micro Regiões de saúde, contribuindo para reestruturação e modernização à saúde pública do Tocantins. Por outro lado, o alcance da integralidade do objetivo fica condicionado especialmente a fatores complicadores que perpassam, pelo menos atualmente, a capacidade de resolução a curto prazo. Como por exemplo a necessidade de contratação de pesquisadores/docentes com titulação mínima de doutor em áreas prioritárias da atuação da Funtrop, pesquisadores esses que devido a sua expertise e experiência em nessas áreas podem, por meio de projetos de pesquisa, captar recursos externos com maior facilidade. Outro ponto a se destacar é o importante trâmite burocrático que todos os processos e solicitações devem passar antes de sua finalização, salvo a necessidade dos referidos pareceres, o rito e os tramites processuais prejudicam sobremaneira a boa condução e agilidades necessários para as atividades finalísticas como exemplo a aquisição de materiais e equipamentos para laboratórios, pesquisas e manutenção de veículos utilizados em campo ou para serviços administrativos.

**Indicador:**

Percentual de municípios atendidos pelas atividades da FUNTROP

**Análise de Desempenho do Indicador:**

Considerando que as atividades finalísticas da Funtrop não se restringem aos municípios de atuação, a abrangência dos resultados, mesmo que preliminares não podem ser mensurados de

maneira precisa, muitas vezes transpondo as fronteiras estaduais e até mesmo nacionais. Portanto, neste segundo quadrimestre o indicador do objetivo foi mantido em 43,16%, pois embora tenham sido iniciados mais 4 projetos de pesquisa, estão sendo realizados nas mesmas áreas e municípios já contabilizados no relatório anterior. Analisando os dados das ações desta Fundação, constatamos que o desempenho do indicador atingiu 43,16% da meta para o segundo quadrimestre do exercício de 2012. A evolução histórica do indicador revela que o desempenho está satisfatório, porque o objetivo central é contribuir para fins de diminuição das doenças Tropicais, subsidiando e apoiando o Sistema Único de Saúde. Ressaltamos ainda, que o resultado do indicador afeta positivamente o desempenho do objetivo, considerando o alcance diretamente ao número de municípios atendidos. No caso do período em avaliação, o desempenho do indicador afetou diretamente o alcance das metas quantitativa e qualitativamente, considerando que as ações revelam, através de processos avaliativos, que os profissionais de saúde agregam valores que contribuem para uma mudança na realização de suas diversas funções frente ao trabalho que realizam, fortalecendo assim, as políticas do Estado do Tocantins. Dessa forma e considerando o desempenho como satisfatório, salientamos que este pode afetar positivamente o objetivo estratégico da seguinte forma: Contribuindo significantemente para diminuição das doenças tropicais; Contribuindo para o aumento do conhecimento da dinâmica de transmissão das principais doenças tropicais do Estado; Ampliando a informação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Promovendo o desenvolvimento educacional e científico no Estado do Tocantins, através da formação pessoal e qualificação profissional; Gerando alternativas inovadoras e eficientes no Controle e Prevenção de Doenças Tropicais e negligenciadas De continuidade satisfatória no monitoramento das atividades realizadas e planejadas. Aprimoramento Técnico-científico e expansão Interinstitucional com o objetivo de firmar parcerias e alinhamentos, para fins de realização de atividades de capacitação de formação continuada.

**Objetivo 0095:**

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.

**Análise de Desempenho do Objetivo:**

O desempenho do indicador encontra-se acima do esperado, pois a meta para o ano era capacitar 15% dos trabalhadores do SUS e foram capacitados 108,23%. Entretanto, verifica-se que houve subnotificação nas informações referentes aos dados do numerador (trabalhadores do SUS) e

ainda uma ampliação no universo de áreas que realizaram as capacitações, o que pode resultar em um falso resultado. Ainda assim, supõe-se que este resultado afetará o desempenho do objetivo estratégico de maneira positiva, haja vista que quanto maior o percentual de trabalhadores capacitados em Educação Permanente, melhor será o atendimento prestado à população e haverá mais ações de promoção e prevenção da saúde. Este indicador afetará indiretamente todos os demais objetivos específicos do painel de contribuição. Vislumbra-se que não surgirão problemas em função do resultado atual do indicador, já que o mesmo ultrapassou a meta prevista para o semestre. Entretanto, a maioria dos riscos identificados se concretizou: morosidade no trâmite dos processos licitatórios para aquisição de materiais e serviços, desde a publicação das Atas de Registro de Preço, processo de cotação; Atrasos nas publicações dos documentos (editais de processos seletivos, portarias, nomeações) no DOE; cancelamento de viagens programadas por falta de transporte; se houver permanência destes riscos impactará de forma substancial no alcance dos objetivos. Considerando o alcance da meta pactuada recomenda-se que haja continuidade nos processos de trabalho que já estão em andamento, com vistas ao alcance da meta pactuada para a execução orçamentário-financeira. Houve alteração nas fontes das informações para o cálculo do indicador, pois as capacitações realizadas pela Pró-Saúde e pela Escola de Governo passaram a ser computadas; a frequência de medição foi intensificada; houve maior responsabilização dos gestores públicos envolvidos no processo. E, considerando o alcance da meta, bem como as recomandações anteriores, na revisão do PPA 2013-2015 a gestão optou por modificar este indicador, assim sendo para o ano de 2013 haverá nova fórmula para sua análise.

**Indicador:**

Percentual de trabalhadores do SUS qualificados em educação permantente.

**Análise de Desempenho do Indicador:**

O desempenho atual do indicador encontra-se acima do esperado, haja vista que a meta para o ano era capacitar 15% dos trabalhadores do SUS e foram capacitados 108,23%. Este resultado se deu, ao se considerar as capacitações realizadas pela Pró-Saúde - (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar) pois, ao se observar a série histórica do indicador, verifica-se que este dado não era computado. Outro fator que influenciou para o alcance deste resultado foi a regulamentação dos critérios para a certificação dos Processos Educacionais em Saúde, por meio da Portaria SESAU Nº. 932, de 02 de dezembro de 2011, quando fora estabelecida a carga horária de 12 horas a 180 horas para certificação dos processos educacionais. A evolução histórica do indicador mostra que o desempenho passa por momentos de sazonalidade, ora

ultrapassa as expectativas, ora entra em declínio. No ano de 2009 alcançou 17,8% dos trabalhadores, já em 2011 o desempenho caiu para 13%. Em 2012, o desempenho do indicador esteve melhor que os anos anteriores já no primeiro semestre. As justificativas desta melhoria são: o fato de considerar um universo maior de áreas executando capacitações, tanto as internas da SESAU quanto da Escola de Governo e da Pró-Saúde; Regulamentação / Institucionalização dos processos de trabalhos. O resultado do indicador afetará o desempenho do objetivo estatégico de maneira positiva, haja vista que quanto maior o percentual de trabalhadores capacitados em Educação Permente, considera-se que houve uma melhoria na gestão dos processos educacionais, o que contruibui diretamente para o desonvolvimento dos trabalhadores no âmbito da saúde do Tocantins. Este indicador afetará indiretamente todos os demais objetivos específicos do painel de contribuição, uma vez que quanto mais os servidores forem qualificados melhor será o atendimento prestado à população, haverá mais ações de promoção e prevenção. Vislumbra-se que não surgirão problemas e/ou riscos em função do resultado atual do indicador, já que o mesmo ultrapassou a meta prevista para o semestre. Tomando como base o histórico do indicador, a previsão é que até o final do ano de 2012 o percentual de trabalhadores do SUS capacitados ultrapasse em muito o esperado. Considerando o alcance da meta pactuada recomenda-se que haja continuidade nos processos de trabalho que já estão em andamento, com vistas à manutenção os resultados. Houve alteração nas fontes das informações para o cálculo do indicador, pois as capacitações realizadas pela Pró-Saúde e pela Escola de Governo passaram a ser computadas; a frenquência de medição foi intensificada; houve maior responsabilização dos gestores públicos envolvidos no processo. E, considerando o alcance da meta pactuada, a gestão atendeu as recomendações anteriores e revisou a meta pactuada, tanto a unidade de medida quanto a fonte dos dados analisados, com o intuito de melhor visualisar as capacitações realizadas pela Escola Tocantinense. Na revisão do PPA 2013-2015 este indicador fora modificado, assim sendo para o ano de 2013 haverá nova fórmula para sua análise.

**Objetivo 0096:**

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.

**Análise de Desempenho do Objetivo:**

Segundo os dados analisados, o resultado do indicador no ano de 2012, oscilou entre 82,31% e 85,90%. Apesar desta variação o indicador tende a ser alcançado o que contribuirá para atingir o objetivo. A ampliação da capacidade de respostas laboratoriais através da descentralização das análises de saúde pública reflete na garantia do acesso ao diagnóstico com qualidade. O Sistema

Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL, proporciona oportunidade na informação e impacta diretamente o indicador, pois reduz o tempo entre a realização do exame e a subseqüente disponibilização da informação a vigilância epidemiológica. Aliada também ao aprimoramento dos profissionais da vigilância em saúde no âmbito estadual e municipal, fortalecimento da vigilância epidemiológica e fortalecimento da vigilância ambiental e saúde do Trabalhador, iniciativas que cooperam efetivamente para o alcance do objetivo fomentando ações práticas que incidem diretamente na qualificação técnica dos servidores que laboram na rede e supervisão do sistema estadual de vigilância em saúde que proporciona monitoramento efetivo das ações em saúde. Problemas como: dificuldade no processo de comunicação entre Secretaria de Estado da Saúde e municípios que utilizam o software SINAN, realização das eleições municipais no ano de 2012, aquisição de insumos em tempo oportuno, manutenção de equipamentos com custo elevado, readequação de estruturas físicas para expansão da rede laboratorial, representam potenciais fontes de riscos para o alcance do objetivo. Embora os resultados alcançados em sua totalidade sejam satisfatórios, recomenda-se uma troca de informações entre área técnica e o interlocutor do SINAN Estadual e a equipe municipal que é responsável por produzir e confirmar as informações inseridas no sistema, vislumbrando assim o alcance da meta proposta. Compete a Gestão Estadual prestar apoio técnico aos municípios para utilização e operacionalização do SINAN, estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal, respeitando os fluxos e prazos estabelecidos pela SVS/MS, avaliar a regularidade, completitude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros. Minimizando os riscos de oferecer informações que não expressem a realidade a qual a população está exposta, reduzindo ainda mais o tempo de resposta entre a identificação, comprovação e adoção de medidas de controle do agravo..

**Indicador:**

Proporção de notificações com encerramento oportuno da investigação

**Análise de Desempenho do Indicador:**

Avaliando-se a série histórica deste indicador observa-se, 2009 (76%), 2010 (81%) e 2011 (82,0%), que o desempenho está melhorando de maneira incremental. Até 2015 o Estado estabeleceu como meta alcançar 85% de encerramento oportuno das investigações. No ano de 2012 o percentual de notificações encerradas oportunamente foi estabelecida como meta 82,00%. No ano de 2012 este indicador oscilou entre 82,31% e 85,90%. Salienta-se que o Sistema de Informação de Agravo de Notificação SINAN, possui prazos para encerramentos dos casos de até cento e oitenta dias (180) com isso este indicador poderá sofrer alterações as quais serão percebidas de fato em julho de 2013. O resultado final tende a estar acima da meta proposta para

o ano de 2012. O desempenho deste indicador interfere diretamente no objetivo, pois as informações produzidas por este permitem que a partir de uma dada situação epidemiológica, seja possível planejar ações de forma estratégica com foco em solucionar problemas de saúde. Recomenda-se que para o alcance desta meta do indicador, faz se necessário a manutenção do monitoramento quinzenal do relatório de pendências de encerramento dos casos; manutenção do suporte técnico e operacional aos municípios por meio de assessorias, cooperação técnica e capacitações.

**Objetivo 0097:**

Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas.

**Análise de Desempenho do Objetivo:**

Segundo os dados, o cumprimento da meta dos indicadores está dentro do previsto e possibilitou a ampliação, o fortalecimento e a reestruturação do acesso ao atendimento com qualidade das necessidades de saúde da população aos serviços de Atenção Especializada Estratégica na medida em que houve ampliação da oferta de serviços de Saúde Mental e implementação da Rede de Atenção Psicossocial, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas. O não atendimento das metas destes indicadores implicará na insuficiência de serviços para o atendimento da necessidade da população em relação ao tratamento de pessoas com Transtornos Mentais Graves e a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, aumentando os índices de mortalidade por causas externas no Estado. Por fim, é necessário fazer trabalho de base com os municípios, estruturar as equipes para darem suporte aos processos decorrentes do indicador e garantir recurso financeiro para a ampliação e implementação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado

**Indicador:**

Percentual de serviços de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ampliados.

**Análise de Desempenho do Indicador:**

O desempenho geral do indicador atingiu a meta proposta para o ano de 2012, sendo que em números absolutos, a rede foi ampliado em 08 serviços de CAPS, sendo 04 serviços abertos e 4 serviços ampliados durante o ano. A evolução histórica do indicador mostra que o desempenho teve um rítmo de crescimento acima do normal pelo planejado. As justificativas desta melhoria

são: o apoio dos municipios na implementação dos serviços e a disponibilidade dos recursos financeiros ofertados pelo Governo do Estado. Este resultado afetará positivamente o desempenho do Objetivo Estratégico, contribuindo com a ampliação da oferta de serviços e acesso da população aos mesmos. Os resultados do indicador alcançados no ano, afetam positivamente o objetivo de ampliação do acesso ao atendimento com qualidade das necessidades de saúde da população aos serviços de Atenção Especializada e a promoção do acesso da população aos serviços de atenção primária, contribuindo no processo de construção das Redes de atenção à saúde, por meio das áreas estratégicas e ciclos de vida, fortalecendo a Política de Atenção Primária nos municipios, configurados pela ampliação da oferta de serviços de Saúde Mental no Estado. Ao atingirmos a meta do indicador, teremos necessidade de maior apoio nas áreas da Atenção básica com a implementação do apoio matricial e a atenção hospitalar com a abertura de leitos em hospitais gerais, além do componente da Urgência e emergência, como retaguarda à rede de Atenção Psicossocial e maior investimento na qualificação dos Recursos Humanos, em especial pela intensa demanda para o atendimento da necessidade da população em relação ào tratamento de pessoas com Transtornos Mentais Graves e a pessoas com necessidades decorrentes do uso de alcool crack e outras drogas. Com base no histórico do indicador e nos resultados alcançados no primeiro e no segundo semestre de 2012, alcançamos os 100% previstos para o ano. Efetivar as visitas técnicas aos municipios e estruturar as equipes para darem suporte aos processos decorrentes do indicador e garantir a efetiva construção e Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, com qualidade.

**Objetivo 0098:**

Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança, visando à melhoria da assistência prestada às mulheres e neonatos do Estado do Tocantins

**Análise de Desempenho do Objetivo:**

Tendo em vista que se trata de um indicador de mortalidade as variações nos indicadores de mortalidade infantil e seus componentes neonatal precoce e tardio, no período de acordo os dados preliminares do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM-base de dados estadual) em 2011 obteve uma taxa de 15,31/1.000nv. Considerando os dados preliminares de 2011, observa-se uma redução da taxa de mortalidade infantil de 2007 a 2011 em 28% pontos percentuais, o que reflete uma melhora na Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança. Verifica-se que no período de janeiro a dezembro de 2012 foram registrados no SIM um total de 323 óbitos infantis, o que resultou numa taxa de 13,77/1.000 nv, o que demonstra ainda um coeficiente elevado da mortalidade infantil no período analisado. No período de janeiro a dezembro de 2012, foram

registrados 192 óbitos neonatais (8,2/1000 nascidos vivos), enquanto o coeficiente pós-neonatal foi de 131 casos no mesmo período, correspondendo a 5,6/1000 nascidos vivos). No Estado do Tocantins a TMI apresenta tendência decrescente: em 1999, era 33/1000 e, em 2009, era de 21,8/1000 nascidos vivos (Fonte IDB 2001 e IDB 2010). Entretanto, ainda são elevados e tornam a situação do Estado preocupante no cenário brasileiro. Já a taxa de mortalidade neonatal não houve mudança considerável, e esse componente corresponde a 63,3% dos óbitos infantis atualmente. (IDB 2010). O componente de mortalidade neonatal no Tocantins possui uma magnitude alta (9,6/1000 em 2010) e a velocidade de queda das taxas tem sido lenta. Segundo a lista brasileira de mortes evitáveis (CGIAE/SVS/CGDANT) os óbitos infantis por grupos de causas evitáveis concentram-se em causas devido a: atenção ao Recém Nascido (RN) (31,5%), Gestação (13,2%) e Atenção ao Parto (10,8%), relacionadas entre outros fatores a baixa qualidade da atenção. A implementação das iniciativas de fortalecimento e ampliação da Rede Cegonha, fortalecimento da rede de atenção integral a mulheres, crianças e adolescentes, ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo, ampliação e melhoria do acesso aos serviços de obstetrícia e neonatologia no Estado permite a realização de ações específicas para a diminuição das taxas dos indicadores de mortalidade infantil e materna. Na saúde muitas são as ações e políticas que devem ser efetivadas no Estado com possível impacto na mortalidade infantil, principalmente no componente neonatal num prazo mais curto: organização da rede perinatal no estado, regionalização da assistência, transporte seguro ao RN e à gestante de risco, acolhimento imediato com avaliação integral e oportuna, integralidade do cuidado em todos os níveis de complexidade, qualificação da assistência à mulher e ao recém-nascido e ampliação de leitos em unidades de cuidados intermediários e intensivos, fortalecimento dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno e Infantil e implementação das políticas públicas de atenção integral à saúde da criança. Não cumprimento das metas pactuadas pelos municípios prioritários do Plano de Redução da Mortalidade Infantil. Recomendamos a projeção de redução de 5% ao ano da mortalidade infantil no Estado, conforme pactuado no Plano de Redução da Mortalidade Infantil e o instrutivo do SISPACTO 2012.

**Indicador:**

Taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia.

**Análise de Desempenho do Indicador:**

A Taxa de Mortalidade Infantil representa o número de óbitos em menores de 1 ano de idade em determinado ano e local de residência. Em 2007 esta taxa foi de 21,4/1.000nv, em 2008 foi de 21,8/1.000nv e de acordo os dados preliminares do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM-

base de dados estadual) em 2011 obteve uma taxa de 15,31/1.000nv. Considerando os dados preliminares de 2011, observa-se uma redução da taxa de mortalidade infantil de 2007 a 2011 em 28% pontos percentuais, o que reflete uma melhora na Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança. Verifica-se que no período de janeiro a dezembro de 2012 foram registrados no SIM um total de 323 óbitos infantis, o que resultou numa taxa de 13,77/1.000 nascidos vivos, refletindo ainda um coeficiente elevado da mortalidade infantil no período analisado. Área Técnica de Saúde da Criança tem desenvolvido ações com o objetivo promover a atenção integral à saúde da criança e reduzir a mortalidade infantil, portanto, o cumprimento das metas representa impacto direto nesses indicadores a médio e longo prazo. Na saúde algumas ações devem ser efetivadas no Estado com possível impacto na mortalidade infantil, principalmente no componente neonatal num prazo mais curto: organização da rede perinatal no estado, regionalização da assistência, transporte seguro ao RN e à gestante de risco, acolhimento imediato com avaliação integral e oportuna, integralidade do cuidado em todos os níveis de complexidade, qualificação da assistência à mulher e ao recém-nascido e ampliação de leitos em unidades de cuidados intermediários e intensivos. Além da necessidade de melhorar a qualidade da informação em saúde relacionada ao óbito infantil/fortalecimento do Comitê de Prevenção do Óbito. O esforço conjunto das Áreas da Saúde da Criança, Mulher, Humanização com demais áreas da Secretaria da Saúde, especialmente a Diretoria de Atenção Especializada, e atualmente as ações da Rede Cegonha, socializando ações e buscando soluções, torna-se uma importante estratégia para o alcance da redução da mortalidade infantil no Estado.

**Objetivo 0121:**

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.

**Análise de Desempenho do Objetivo:**

A auto-suficiência e qualidade do sangue e seus hemocomponentes estão sendo asseguradas e estão atendendo a todas as demandas transfusionais dos hospitais (público e privado) do Tocantins, bem como, a assistência aos portadores de doenças hematológicas, no âmbito do SUS, também está sendo devidamente viabilizada, com aquisição de materiais, insumos, serviços básicos prediais, infraestrutura adequada, qualificação dos profissionais e implementação da infraestrutura tecnológica com a aquisição de novos equipamentos.

**Indicador:**

Taxa de cobertura transfusional no Estado do Tocantins.

**Análise de Desempenho do Indicador:**

Analisando o indicador pode-se concluir que atingiu um bom resultado quantitativamente e qualitativamente, considerando que todas as unidades da Hemorrede do Tocantins foram assistidas com materiais, insumos, serviços básicos prediais, infraestrutura adequada, qualificação dos profissionais e implementação da infraestrutura tecnológica com a aquisição de novos equipamentos, garantindo assim a cobertura da rede hospitalar (leitos) (público e privado) acima dos 115%

**Objetivo 0123:**

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).

**Análise de Desempenho do Objetivo:**

Ao analisarmos o indicador dos atendimentos realizados de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, verificamos que a meta foi alcançada quando comparamos ao mesmo período do ano de 2011. Comparando ainda, o percentual atingindo relacionado ao procedimento de Consultas Médicas Especializadas por Habitante, constatamos que a execução do objetivo tem atendido a meta proposta através de várias estratégias tais como: ampliação do acesso ao atendimento com qualidade aos serviços de atenção especializada, aquisição de equipamentos para atender os hospitais do Estado. Com base nos dados oficiais do sistema de informação, com a implementação dos serviços especializados ampliamos o acesso aos usuários do SUS, proporcionando uma melhoria na qualidade do serviço prestado com a contratação e treinamento de profissionais (qualificação e capacitação). O objetivo e os indicadores tem ligação com as iniciativas de fortalecimento, modernização e ampliação das ações e serviços de Média e Alta Complexidade, bem como apoio, melhoria e fortalecimento das ações e serviços de Urgência e Emergência no Estado, através da habilitação de uma Unidade de Pronto Atendimento em Araguaína e a extensão da cobertura de atendimento do SAMU 192 incluindo os municípios de Novo Acordo, Paraíso, Lajeado, Porto Nacional, Miracema, Miranorte e Tocantínia. O não atendimento das metas do indicador revela a escassez de serviços para o atendimento das necessidades do usuário. É necessário a realização de atividades em parceria entre o Estado e os municípios para que sejam implantados serviços especializados nas regiões de saúde,

fortalecendo os municípios para que a gestão estadual possa enfim deixar de ser executora de serviço de saúde. Com intuito de fortalecer a gestão municipal, a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins em parceria com os gestores municipais e COSEMS está realizando a revisão do Plano Diretor de Regionalização-PDR, identificando os vazios assistenciais, atendendo ao Decreto 7508 de 28 de junho de 2011, que garantirá aos usuários a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região. Uma Estratégia que a Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria - DCRAA vem adotando para melhorar à qualidade dos dados do Sistema de Informação do SUS Sistema de Informação Ambulatorial, Hospitalar e outros, será a realização de Capacitação para as ferramentas dos Sistemas de Informação do SUS através de projetos educacionais, aos gestores e servidores municipais em parceria com a Diretoria Geral da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde - DGETSUS, e intensificação do monitoramento das remessas enviadas pelos gestores municipais com o objetivo de reduzir o percentual de remessas com erro , melhorar a qualidade das informações enviadas ao Ministério da Saúde. Outra estratégia para reduzir ou solucionar essa problemática seria a aplicação por parte do Ministério da Saúde, da penalidade prevista na Portaria GM/MS Nº. 3.642 de 11 de novembro de 2010, em seu artigo 4 que determina que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas.

**Indicador:**

Número de consultas médicas especializadas apresentadas por habitante.

**Análise de Desempenho do Indicador:**

Segundo análise dos dados a meta do indicador superou o esperado . Com a implementação dos serviços especializados ampliamos o acesso aos usuários do SUS proporcionando uma melhoria na qualidade do serviço prestado. Tais objetivos são diretamente afetados pelo resultado deste indicador: Objetivo-Reestruturar e modernizar a saúde pública garantindo qualidade no atendimento; Objetivo-Reduzir os riscos, doenças e agravos de relevância epidemiológica, sanitária e ambiental à saúde da população por meio de ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância em saúde; Objetivo-Fortalecer a rede de atenção à saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas; Objetivo-Promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança, visando a melhoria da assistência prestada as mulheres e

neonatos do estado do Tocantins. Através das consultas especializadas garantimos um maior acesso aos usuários a atendimentos especializados. No momento não há riscos e obtivemos uma superação da meta estabelecida. Para melhorar o desempenho do indicador e diminuir riscos futuros é necessário a implantação de serviços especializados.

**Objetivo 0129:**

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.

**Análise de Desempenho do Objetivo:**

O desempenho geral do indicador encontra-se dentro do esperado, contamos com 97,00% da meta alcançada para o exercício de 2012, porque 139 municípios do Estado estão com seus planos municipais de saúde e 131 municípios com Relatório Anual de Saúde - RAG do exercício de 2011. Alimentado o RAG no SARGSUS totalizou-se 127. Salientamos ainda que 15 municípios entregaram o RAG 2011 aprovado pelos conselhos municipais na SESAU mas não alimentaram no SARGSUS, perfazendo um total de 131 RAG entregues. A evolução histórica do indicador mostra que o desempenho está melhorando de maneira incremental. Em 2011 ocorreu fechamento de 100% de Entrega de Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2007 e 2008, RAG de 2009: 139 municípios; RAG 2010: 139 municípios entregaram. RAG 2011: 131 municípios entregaram. Plano Municipal de Saúde 2010/2013: 139 municípios entregaram.

**Indicador:**

Municípios com os Instrumentos de Gestão do SUS aprovados nos respectivos conselhos de saúde.

**Análise de Desempenho do Indicador:**

O desempenho geral do indicador encontra-se dentro do esperado, contamos com 97% da meta alcançada para o exercício de 2012, porque 139 municípios do Estado estão com seus planos municipais de saúde e dos 135 municípios pactuados ,131 municípios entregaram o Relatório Anual de Saúde - RAG do exercício de 2011 e 127 alimentados no SARGSUS. Salientamos que 15 conselhos municipais de saúde não validaram a alimentação no SARGSUS. A evolução

histórica do indicador mostra que o desempenho está melhorando de maneira incremental, é importante frisar que quando começou-se a cobrar a entrega dos referidos relatórios em 2007, apenas 42% dos municípios haviam efetivado a elaboração e entrega em conformidade com a legislação vigente e ao longo do tempo foi se incorporando na rotina do processo de trabalho dos gestores e da equipe gestora municipal. Em 2011 ocorreu fechamento de 100% de Entrega de Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2007 e 2008; RAG de 2009: 139 municípios; RAG 2010: 139 municípios entregaram, isto só foi possível devido a parceria entre: Ministério Público Estadual, Secretaria de Estado da Saúde, Conselho Estadual de Saúde CES e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde COSEMS e o trabalho de capacitação dos gestores e de sua equipes centralizado em Palmas, bem como as capacitações in loco. Os objetivos e/ou indicadores afetados pelo resultado deste indicador são 1º Ampliar o acesso ao atendimento com qualidade das necessidades de saude da população aos serviços de atenção especializada; 2º Promover o acesso da população ao serviço de atenção primária com qualidade e resolutividade, contribuindo no processo de organização das redes de atenção à saude, e por meio das áreas estratégicas e ciclos de vida fortalecendo a política de atenção primaria nos municípios; 3º Reduzir os riscos, doenças e agravos de relevância epidemiológica, sanitária e ambiental à saude da pop por meio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância em saude; 4º Fortalecer a rede de atenção a saude mental, com ênfase no enfrentamento na dependência de crack e outras drogas; 5º Promover a atenção integral à saude da mulher e da criança, visando a melhoria da assistência prestada as mulheres e neonatos do estado do TO; 6º Garantir assistência farmacêutica integral através do atendimento humanizado, fornecendo produtos de qualidades com ênfase no uso racional de medicamentos no âmbito do SUS; 7º 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 as políticas de educação permanente, ciências, tecnologia e inovação em saúde. A má gestão de recursos implica no seu desperdício e consequentemente no sofrimento da população. A ausência da elaboração dos instrumentos de gestão por parte dos municípios e estado descumpre a legislação vigente em relação aos instrumentos de gestão e sinaliza o risco dos municípios não estarem realizando a prestação de contas das ações realizadas, conforme : Constituição Federal, Artigo 165: Dispõe sobre o Orçamento Público - Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: I - o plano plurianual; II - as diretrizes orçamentárias; III - os orçamentos anuais. Lei Nº. 8.080, de 19/09/1990: Define 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; vedadas transferência de recursos para ações não previstas em Planos de Saúde. Decreto Nº. 1.651, de 28/09/1995: Define que a análise de

Planos de Saúde, programações e Relatório de Gestão permitirá o cumprimento das atividades do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). A previsão de desempenho deste indicador foi satisfatório, trabalhou-se no monitoramento da entrega e avaliação dos instrumentos, prestou-se cooperação técnica para elaboração dos novos planos de saúde, programação anual e dos relatórios de gestão e sensibilizou-se os contadores e os novos gestores municipais para cumprimento de suas responsabilidades. Tais recomendações foram acompanhadas pela participação dos parceiros-atores: Ministério Público Estadual, CES, COSEMS e Tribunal de Contas do Estado, trabalhando a capacitação dos Gestores e equipes municipais e estadual neste processo de elaboração e operacionalização dos instrumentos de gestão, de forma coletiva, participativa e ascendente.

**Objetivo 0131:**

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.

**Análise de Desempenho do Objetivo:**

Considerando a Cobertura populacional estimada das Equipes de Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária, foi pactuada para o ano de 2012 uma meta de 100%, tendo sido alcançada uma cobertura de 82,04%, sendo que no primeiro quadrimestre o resultado deste indicador foi de 84,79% (base de dados disponível até novembro de 2012). Verifica-se por meio do resultado alcançado que a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se como estratégia prioritária e orientadora da atenção primária nos municípios e que o resultado alcançado configura-se de forma positiva. Apesar de ter ocorrido uma queda do número de equipes implantadas de 402 em janeiro para 388 em novembro, ressalta-se que há uma oscilação dos dados informados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). No intuito de ofertar a população uma assistência de qualidade e resolutiva, tem-se desenvolvido atividades de acompanhamento, avaliação e cooperação técnica as equipes de Estratégia de Saúde da Família o que implica na continuidade do trabalho das equipes já implantadas. Alguns dificultadores para a melhoria desse indicador têm sido observados como a discrepância entre o trabalho desenvolvido pelas equipes e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estrutura física inadequada, alta rotatividade do profissional médico, rotatividade do interlocutor responsável pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Apesar da queda do número de equipes implantadas verifica-se que há um número maior de equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde (aptas segundo vistoria in loco) e cadastradas (aptas segundo vistoria in loco ou não) no sistema

indicando um número maior de equipes existentes no Estado, lembrando que o número possível de equipes novas a serem habilitadas é proporcional a população de cada município. As ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas são: a sensibilização do gestor municipal sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de Atenção Básica pela Estratégia Saúde da Família (ESF); apoio aos municípios na elaboração e implementação do plano de expansão da Estratégia Saúde da Família e o monitoramento e avaliação da qualidade dos dados informados. O não alcance do indicador poderá acarretar em prejuízos no acesso da população às ações e serviços de saúde da Atenção Básica. Assim, recomenda-se que a secretaria estadual de saúde garanta a continuidade do acompanhamento, avaliação e cooperação técnica as equipes de Estratégia de Saúde da Família, assim como à gestão municipal e desta forma assegurar o cumprimento das metas propostas. Além disso, propõe-se apoio institucional aos municípios via Telessaúde e in loco, monitoramento por meio do Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB) ao Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, realização de levantamento referente ao ano 2011 e 2012 dos municípios que apresentaram problemas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e realização de levantamento referente ao ano 2011 e 2012 dos municípios que apresentaram duplicidade de informações (médico e outros). Fonte: Histórico de cobertura do Departamento de Atenção Básica/Ministério da /Saúde Outubro de 2012.

**Indicador:**

Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal na Atenção Primária.

**Análise de Desempenho do Indicador:**

A Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde da Família na Atenção Primária de janeiro a dezembro de 2011 foi de 88,41%, sendo que no mesmo período em 2012 o resultado deste indicador foi de 75,91% (base de dados disponível até novembro de 2012). Os resultados apresentados demonstram que houve uma redução da Cobertura populacional estimada das Equipes de Estratégia de Saúde da Família na medida em que ocorreu uma redução do número de equipes de Saúde da Família no Estado, de 404 (janeiro a dezembro de 2011) para 357 (janeiro a novembro de 2012). Tal fato justifica-se em decorrência das alterações recorrentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que acontecem devido a duplicidade no cadastro de profissionais gerando a exclusão automática de equipes de Saúde da Família no sistema. Outro fator que ocasiona a diminuição no número de equipes de ESF e consequentemente a diminuição na cobertura de ESF é o bloqueio de equipes, quando estas

apresentam irregularidades, por parte dos órgãos reguladores como Controladoria Geral da União, Departamento de Auditoria do SUS ou pela Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. A Diretoria de Atenção Primária por meio da Área Técnica de Saúde da Família e Saúde Bucal tem buscado garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, realizando ações de acompanhamento, avaliação e cooperação técnica aos municípios do estado. Além disso, realiza-se a avaliação do cadastro dos profissionais das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no CNES, fomenta-se o emponderamento dos Gestores municipais a fim de que a Estratégia de Saúde da Família seja prioritária e orientadora da atenção básica nos municípios e contribui-se para o planejamento da implantação de novas equipes. Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

**Programa:** 1032 - ENFRENTAMENTO AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

**Objetivo 0183:**

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.

**Programa:** 1034 - GOVERNO E CIDADÃO

**Objetivo 0009:**

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.

**Programa:** 1049 - GESTÃO E MANUTENÇÃO DA FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL DO TOCANTINS