

Secretaria da
Saúde



GOVERNO DO
TOCANTINS

**RELATÓRIO DETALHADO DO
QUADRIMESTRE ANTERIOR - RDQA
1º Quadrimestre 2016**

© 2016 – 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 – 2016

Elaboração, edição, distribuição e informações
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

Secretário: Marcos Esner Musafir

Gabinete do Secretário
Superintendência de Planejamento do SUS
Diretoria de Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS
Gerência de Articulação para Gestão de Programas e Projetos

Esplanada das Secretarias
Edifício Sede – Praça dos Girassóis
CEP: 77.015-007, Palmas –TO
Tel: (63)3218-1737
Fax: (63)3218-3265
E-mail: planejamento.saude.to@gmail.com
Hoem Page: <http://www.saude.to.gov.br>.

Organização:

Luiza Regina Dias Noleto
Misia Saldanha Figueiredo
Ana Maria Kappes
Andreis Vicente da Costa
Ludmyla Sarah Costa Silva Amorim
Rosileny Alves Bento
Maria Fernanda Fernandes Rabelo

Colaboradores:

Superintendências, Diretorias e Gerências da SES - TO
Conselho Estadual de Saúde - TO / CES - TO.

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS	5
INTRODUÇÃO.....	7
1. DEMONSTRATIVO DO MONTANTE E FONTE DOS RECURSOS APLICADOS NO PERÍODO	12
1.1. Relatório Resumido da Execução Orçamentária	12
1.2. Relatório da Execução Financeira por Bloco de Financiamento	14
2. AUDITORIAS REALIZADAS	15
3. REDE FÍSICA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – PRÓPRIOS E PRIVADOS CONTRATADOS ..	16
3.1. Rede Física de Serviços de Saúde	16
3.2. Produção dos Serviços de Saúde	18
3.2.1. Atenção Básica.....	18
3.2.2. Urgência e Emergência	26
3.2.3. Atenção Psicossocial.....	26
3.2.4. Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar.....	29
3.2.5. Rede Cegonha	34
3.2.6. Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	36
3.2.7. Atenção à Pessoa com Deficiência.....	39
3.2.8. Assistência Hemoterápica e Hematológica	42
3.2.9. Aparelhamento dos Pontos da Rede de Atenção a Saúde	43
3.2.10. Assistência Farmacêutica	44
3.3. Vigilância em Saúde.....	45
3.3.1. Vigilância das Doenças Transmissíveis, Não Transmissíveis, Vetoriais e Zoonozes	45
3.3.2. Vigilância Sanitária	60
3.3.3. Serviço de Verificação de óbitos - SVO.....	62
3.3.4. Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	64
4. GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	66
4.1. Planejamento	66
4.2. Regulação, Controle e Avaliação.....	70
4.3. Ouvidoria.....	72
4.4. Conselho Estadual de Saúde.....	73
5. DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS	74
5.1. Regulação do Trabalho	77
5.2. Processos Educacionais.....	78
5.2.1. Processos Educacionais – Especialização.....	78
5.2.2. Processos Educacionais – Nível Médio.....	78
5.2.3. Processos Educacionais – Educação Permanente em Saúde.....	78
6. OBRAS DE SAÚDE: REESTRUTURAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	81
7. INDICADORES DE SAÚDE	84

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins apresenta o Relatório Detalhado do Primeiro Quadrimestre de 2016, atendendo ao que determina os artigos 34 a 36 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 em seu Capítulo IV, Seção III – Da Prestação de Contas:

“(…)

Art. 34. *A prestação de contas prevista no art. 37 conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.*

Art. 35. *As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3o do art. 165 da Constituição Federal.*

Art. 36. *O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:*

I - montante e Fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º *A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.*

§ 2º *Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.*

§ 3o *Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.*

§ 4º *O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).*

§ 5º *O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.*

“(…)”

Observa-se que o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior tem seu modelo padronizado pela Resolução nº 459 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, de 10 de outubro de 2012, publicada no DOU de 21/12/2012, que em seu no Art. 1º aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o Parágrafo 4º do Artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012, na forma do Anexo I da referida Resolução.

IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

Razão Social

Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins - CNPJ: 25.053117/0001-64

Endereço: Esplanada das Secretarias, Praça dos Girassóis s/n, CEP: 77015-007

Telefone: (63) 3218-1730 / 1757/ 2059

E-mail: gabinete@saude.to.gov.br

planejamento.saude.to@gmail.com

Site da Secretaria: www.saude.to.gov.br

Secretário de Saúde - Nome: Marcos Esner Musafir – Data da posse: 01/02/2016

Bases Legais do Fundo Estadual de Saúde de Tocantins – FES-TO

Instrumento legal de criação do FES-TO: Lei Estadual Nº 1.508, de 18/11/2004

CNPJ: 13.849.028/0001-40

O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde: Marcos Esner Musafir

Designação: ATO Nº 184 – DSG Publicado no DOE Nº 4.567 de 25/02/2016

Informações do Conselho Estadual de Saúde – CES-TO

Instrumento legal de criação do CES-TO: Lei Estadual Nº 1.663 de 22/02/2006

Nome do Presidente: Anderson Oliveira Costa

Segmento: Gestão - representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS

Data da última eleição do Conselho: 28/05/2015

Telefone: (63) 3218-3656

E-mail: conselho.saude@saude.to.gov.br

Conferência de Saúde - Data da última Conferência de Saúde: 26 e 27 de agosto de 2015 – VIII Conferência de Saúde.

Plano de Saúde

A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde: Sim

Período a que se refere o Plano de Saúde: 2016-2019

Status: Aprovado

O PES e o PPA SES-TO 2016-2019 foram aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde na Resolução CES Nº 433/2015, de 10/12/2015 – Publicada no D.O.E Nº 4.544, de 21/01/2016.

O PPA 2016-2019 foi aprovado pela Assembléia Legislativa do Estado do Tocantins na Lei Nº 3.051, de 21/12/2015 – Publicada D.O.E Nº 4.527, de 23/12/2015.

Plano de Carreira, Cargos e Salários

O Estado possui Plano de Carreira, Cargos e Salários – Lei Nº 2.670, de 19 de dezembro de 2012 - Dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração – PCCR do Quadro da Saúde do Poder Executivo, e adota outras providências.

Pacto pela Saúde

O Estado aderiu ao Pacto pela Saúde. Data da Homologação do Termo de Compromisso de Gestão na reunião da Comissão Intergestores Tripartite: julho de 2006.

Adesão ao Pacto pela Saúde homologado pela Portaria GM/MS Nº 2.194, de 14/09/2006.

Informações sobre Regionalização

O Estado tem Plano Diretor de Regionalização - PDR atualizado após o Decreto nº. 7.508, de 28 de julho de 2011. O PDR vigente é do ano de 2012 constituindo-se 08 Regiões de Saúde e suas respectivas Comissões Intergestores Regionais, conforme aprovado na Comissão Intergestores Biparite – CIB (Resolução CIB Nº. 161, de 29 de agosto de 2012):

Quadro 1 – Regiões de Saúde segundo área, municípios e distância de acesso, Tocantins, 2016.

Região de Saúde	Área (km ²)	Quant. de Município	População (IBGE 2010)	Distancia em Km da Referencia Regional		
				Menor	Maior	Média
Capim Dourado	29.569,877	14	301.576	55	335,9	144,26
Sudeste	36.418,802	15	92.376	29,8	213	111,45
Ilha do Bananal	53.785,257	18	171.546	21,3	268	110,11
Cerrado Tocantins Araguaia	32.872,009	23	146.205	50,6	210	108,20
Médio Norte Araguaia	32.255,061	17	262.650	35,7	297	94,98
Amor Perfeito	36.770,935	13	103.350	41	180	90,31
Cantão	41.638,071	15	114.648	23	248	87,33
Bico do Papagaio	14.128,745	24	191.094	15,9	158	79,13
TOTAL	277.438,76	139	1.383.445	-	-	-

Fonte: IBGE/ SES-TO.

INTRODUÇÃO

Este é o Relatório de Prestação de Contas (Relatório de Gestão) do 1º Quadrimestre de 2016, denominado **“Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA”** da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins – SES-TO e tem por finalidade documentar e divulgar as ações e serviços de saúde à sociedade relativos ao período, cuja gestão propõe-se a executar o programa saúde mais perto de você, aprovado no Plano Plurianual vigente, advindo do Plano Estadual de Saúde. Este Programa tem a premissa de viabilizar à população acesso as ações e serviços de saúde com qualidade, em consonância com a Lei Nº 8.080/90 e regulamentação, a saber o Decreto Federal Nº 7.508/11 e com a Lei Nº 8.142/90, que 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.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e a sua implantação não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estadual e municipal – não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida na Constituição Federal Brasileira (CF 1988).

A análise do cenário da Saúde no Estado do Tocantins aponta para a existência de macroprocessos que norteiam o planejamento e execução das políticas públicas de saúde, dentre eles: promoção de políticas de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador, imunização e Laboratório Central – LACEN); promoção das políticas de atenção primária; assistência hospitalar em hospitais municipais e de pequeno porte; assistência em hospitais de média e alta complexidade; serviços de diagnóstico e terapêutico; autossuficiência do sangue e seus componentes; assistência farmacêutica; cofinanciamento; gestão e regulação do trabalho; educação na saúde; planejamento em saúde; ouvidoria; controle, regulação e avaliação; auditoria; além das tecnologias jurídico-administrativas do SUS (administração geral, logística, aquisição – compras, patrimônio, transporte, tecnologia da informação e comunicação, assessoria jurídica).

Estes macroprocessos culminam na entrega de produtos à população diretamente com ações e serviços de saúde na assistência, vigilância em saúde, promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação e, também, aos municípios com apoio e capacitação para melhoria da gestão e execução das ações e serviços de saúde.

Com a missão de “Promover a gestão da saúde, viabilizando o acesso da população do Estado do Tocantins a atenção à saúde com qualidade, considerando as necessidades regionais”, o Governo do Estado construiu o Mapa Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde com os seguintes objetivos estratégicos:

1. Melhorar a qualidade de vida da população
2. Reduzir a mortalidade infantil e materna
3. Ampliar a cobertura e qualidade dos serviços de saúde
4. Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
5. Promover a capacidade de gestão e operacionalização da saúde nos municípios
6. Aprimorar a gestão hospitalar
7. Aprimorar a gestão de processos, projetos e fluxos
8. Fortalecer a participação do controle social
9. Desenvolver a cultura de planejamento para a gestão de resultados

10. Promover a educação permanente dos trabalhadores do SUS
11. Fortalecer a gestão de pessoas na Secretaria
12. Aprimorar a estrutura física da rede assistencial em saúde
13. Desenvolver a cultura de gerenciamento dos custos hospitalares
14. Executar o orçamento conforme a necessidade expressa na Programação Anual de Saúde

O mapa estratégico foi construído com base no BSC – Balanced Scorecard, um instrumento que explica a estratégia da instituição (Secretaria de Saúde) em objetivos que direcionam comportamentos e performance. O mapa estratégico combina, a partir da missão, visão e valores, os objetivos estratégicos com indicadores, constituídos em perspectivas de processos internos, beneficiários, e sociedade.

Os objetivos estratégicos são aqueles para os quais a Secretaria de Saúde direcionará maiores esforços, por possuírem uma relação de causalidade ascendente, ou seja, o alcance dos objetivos relacionados aos processos internos (pessoas e infraestrutura, financeiro) contribuirá para o alcance dos objetivos estratégicos relacionados aos beneficiários (população e municípios) e, conseqüentemente, aos macro objetivos de entrega à sociedade.

Os objetivos estratégicos fornecem o fundamento para o planejamento, organização, motivação e o controle da instituição se utilizados como diretrizes na tomada de decisão, guia para aumentar a eficiência organizacional ou como guia para avaliação do desempenho.

O Planejamento Estratégico da Secretaria de Saúde foi alinhado ao Plano Estadual de Saúde, para constituir-se em linhas de ação a serem seguidas para delimitação da estratégia geral do quadriênio 2016-2019, visando assegurar que as prioridades e estratégias para sua execução sejam coerentes e que possibilitem à organização das ações e esforços, bem como a tomada de decisão para o alcance das metas e entregas previstas tanto no PES 2016-2019 como no Mapa Estratégico.

O contingente populacional do Estado segundo o Censo de 2010 é de 1.383.445 habitantes, com estimativa em 2015 de 1.515.126 habitantes. A taxa de crescimento da população decresceu de 2,12 em 2001 para 1,49 em 2010 com projeção para 2015 de 1,22 com forte tendência de decréscimo no decorrer dos anos.

A estrutura etária da população tocaninense vem se modificando ao longo dos anos como consequência da queda na taxa de crescimento e em função da redução da taxa de fecundidade, elevação da expectativa de vida e do índice de envelhecimento. Os indivíduos com 60 anos ou mais apresentam um acréscimo em torno de 69% no período de 2000 a 2015, nos últimos cinco anos entre 2010 e 2015 o acréscimo da população tocaninense foi de 23%. O padrão de envelhecimento da população tocaninense possui uma média anual de quase 5%, evidenciando a necessidade de políticas públicas de saúde com intuito de atingir a população idosa e sua condição de vida. A participação de menores de 15 anos teve um discreto decréscimo entre período de 2010 a 2015 de 3% confirmando assim o processo de envelhecimento da população.

O Território tocaninense é composto de 139 municípios onde 92,8% dos municípios são de pequeno porte, ou seja, possuem até 20.000 habitantes destes 54,26% possuem menos que 5.000 habitantes. Esta realidade apresenta desafios a serem superados, tendo em vista, grande parte dos municípios tocaninenses de pequeno porte necessitam de estrutura econômica e social. Como o processo de descentralização e municipalização os municípios são responsáveis pela saúde dos seus cidadãos devendo ter condições gerenciais, técnicas,

administrativas e financeiras para exercer sua função. A configuração territorial da saúde organiza-se em 08 Regiões de Saúde, consoante o Decreto Nº 7.508/11.

A regionalização é um dos princípios que orientam a organização do SUS, definidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8080/90, e constitui um dos seus eixos estruturantes. A regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, identificando e constituindo espaços territoriais nos quais são desenvolvidas as ações de atenção à saúde, objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de cogestão regional.

Apesar de o Estado ter uma das mais altas coberturas de Atenção Básica do País (88,04%), ainda possui uma notória proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica com 30,89% em 2015 e baixa cobertura de homogeneidade das vacinas de rotina.

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. O Tocantins assumiu a responsabilidade sanitária de redução da mortalidade materna e infantil, visando o seu enfrentamento nas ações e serviços da atenção primária e especializada. Registre-se o aumento do n.º de consultas de pré-natal (663.003 em 2013 e 1.033.935 em 2015), redução da mortalidade infantil (caiu 69,46% em 25 anos saindo de 67,17/1.000NV em 1985 para 20,5/1.000NV em 2010 e em 2014 12,34/1.000NV apresentando uma redução de 39,8% nos últimos 4 anos. Em 2015, segundo dados da base estadual do Sistema de Mortalidade a taxa foi e 12,84/1.000NV. Tal fato reflete a melhoria das condições de vida da população, a intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento, incentivo ao aleitamento materno e declínio da fecundidade no Tocantins.

Ainda endêmico para as doenças transmissíveis como dengue, leishmaniose visceral e hanseníase, aponta que ainda existem sérias lacunas na operacionalização de ações e serviços, apesar dos avanços inquestionáveis ocorridos na melhoria do acesso à saúde no Estado constatados pelo aumento do número de consultas de pré-natal e redução da mortalidade infantil, pelo sucesso no controle da malária e erradicação do sarampo, e atualmente uma ampliação do acesso com o programa “Mais Médicos”. Mas permanece uma dependência histórica dos municípios em relação ao estado na média complexidade hospitalar. A Secretaria Estadual de Saúde executa 85% dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares em 62% dos leitos gerais existentes.

Além destes agravos o estado deve manter a vigilância constante dos casos de tuberculose, leishmaniose, malária, febre amarela e meningites; continuidade da interrupção da circulação autóctone do vírus do sarampo e da transmissão vetorial da doença de Chagas pelo seu principal hospedeiro (o barbeiro); além da tendência de eliminação do tétano neonatal e da raiva humana transmitida por animais domésticos.

O fortalecimento da Atenção Básica no Tocantins possui como desafios a constante necessidade de qualificação, apoio institucional, monitoramento e avaliação da Estratégia, visando não apenas ampliar as equipes, mas 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.

Outros aspectos importantes a serem considerados na vigilância é a execução de atividades voltadas para a vigilância da saúde do trabalhador, 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. Fundamentais também são as ações de inspeção, fiscalização, atividades educativas direcionadas a população e ao setor regulado, e atendimento de denúncias relativas à vigilância sanitária.

Para alcance das ações de controle dos agravos, a Secretaria de Saúde possui o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN-TO em Palmas-Capital, referência no Estado, com uma unidade descentralizada na Região Macro Norte, localizada na cidade de Araguaína fazendo parte de uma rede nacional de laboratórios que dão suporte as ações de Vigilância em Saúde. O mesmo 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.

Na rede de assistência ambulatorial e hospitalar, as estruturas existentes ainda são insuficientes para atender as necessidades de saúde da população. Hoje esta rede possui os ambulatórios integrados aos hospitais e o estado como o maior ofertante dos serviços, sendo a descentralização desses aos municípios um grande desafio. Os hospitais da rede pública no Estado do Tocantins, identificados pela forma de gerenciamento em Regionais de gerência estadual; Municipais, e de Pequeno Porte de gerência municipal, todos com financiamento tripartite pela União, Estado e Município, representam 90% dos leitos cadastrados no Sistema Único de Saúde - SUS (63% em Hospitais Regionais e 27% em Hospitais Municipais), restando, apenas 10% dos leitos em instituição privada conveniados ao SUS. São dezenove os Hospitais Regionais, localizados em quinze cidades distintas, dos quais três são unidades que concentram serviços de alta complexidade, a saber, o Hospital Geral de Palmas e o Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos em Palmas-Tocantins, e o Hospital Regional de Araguaína.

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) no estado possui 08 centrais de urgência e Emergência com SAMU- 192 nas cidades de Palmas, Araguaína, Gurupi, Lajeado, Paraíso, Novo Acordo, Miranorte, Porto Nacional com uma cobertura populacional de cerca de 491.537 mil habitantes, além dos serviços de Pronto Socorro da Rede Hospitalar própria estadual e de 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), como desafio a manutenção desses serviços já existentes.

A Rede de Atenção Psicossocial, iniciada ainda em 1996 com a abertura de 4 NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial), hoje conta com 08 CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial), 02 CAPS II e 01 CAPS AD (Álcool e Drogas), 01 Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral, propondo-se implantar as atividades terapêuticas de Saúde Mental (USM) em 05 (cinco) dos 18 hospitais regionais do estado, ampliando assim esta rede.

Os serviços de hemoterapia do Tocantins encontram-se estrategicamente localizados nas regiões que possuem serviços hospitalares de média e alta complexidade, classificados de acordo com a RDC-ANVISA Nº 151/2001, atendendo com qualidade a demanda da população que necessita de seus serviços. A Hemorrede do Tocantins é constituída por 01 Hemocentro Coordenador, 01 Hemocentro Regional, 01 Núcleo de Hemoterapia, 02 Ambulatórios de Hematologia, 02 Unidades de Coleta e Transfusão, 01 Unidade de Coleta; 14 Agências Transfusionais Intra-hospitalares, cujos serviços de produção e distribuição são integralmente públicos. Aos serviços hemoterápicos, compete efetivar o direito à saúde e dar o devido cumprimento ao dever do estado de fornecer sangue com segurança e qualidade. Para isto, tem como propósito neste plano a estruturação do sistema de gestão da qualidade em suas unidades e, conseqüentemente, a certificação ISO 9001, visando alcançar os níveis de excelência necessários para se tornar referência em assistência hematológica e hemoterápica respeitando o meio ambiente.

A assistência farmacêutica é um componente essencial do Sistema Único de Saúde, reunindo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional. A assistência farmacêutica e insumos estratégicos estão estruturados em três componentes: (I) assistência farmacêutica básica; (II) assistência farmacêutica para programas estratégicos; e (III) assistência farmacêutica especializada. A priorização no plano de saúde consta em viabilizar o cofinanciamento estadual a este componente.

A saúde no Tocantins possui o desafio de fortalecer e integrar a atenção básica à vigilância em saúde; estruturar e expandir a assistência hospitalar/ambulatorial especializada que requer um aporte tecnológico mais amplo e de maior custo, visando reduzir os gastos com demandas de Tratamento Fora do Domicílio, tornado o Estado autônomo no atendimento de sua população.

Para fortalecimento da gestão da vigilância em saúde, que possa assegurar maior eficiência nas ações constitui-se em prioridade a realização de projeto de cooperação técnica com a Organização Panamericana de Saúde – OPAS. Sendo ainda prioridades o fortalecimento da gestão e do planejamento estratégico, a qualificação de pessoal, o redesenho do modelo assistencial em Redes, pautado na hierarquização e descentralização integradas, tendo como eixo a regionalização dos serviços de saúde. Tais ações visam à ampliação do acesso à população com uma boa articulação nos níveis assistenciais e de gestão, com a pactuação, entre Estado e Municípios, de metas com a participação do controle social, voltados a contribuir para o alcance da visão da secretaria que é **“Ser referência na gestão em saúde coletiva na Região Norte do País até 2030”**.



1. DEMONSTRATIVO DO MONTANTE E FONTE DOS RECURSOS APLICADOS NO PERÍODO

1.1. Relatório Resumido da Execução Orçamentária

Demonstrativo da Receita de Impostos Líquida e das Despesas Próprias com Ações e Serviços de Saúde – Orçamento Fiscal e da Seguridade Social



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA
DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
JANERO A ABRIL DE 2016/BIMESTRE MARÇO - ABRIL

RREO – ANEXO 12 (LC 141/2012, art. 35) RS 1.00

RECEITA PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
			Até o Bimestre (b)	% (b/a) x 100
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)	3.255.503.389,00	3.255.503.389,00	873.721.189,40	26,84%
Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação - ITCD	25.818.645,00	25.818.645,00	3.903.945,62	15,06%
Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS	2.501.399.208,00	2.501.399.208,00	740.110.894,68	29,59%
Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	190.992.403,00	190.992.403,00	40.566.665,94	21,23%
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	480.352.608,00	480.352.608,00	72.722.818,33	15,14%
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	9.873.285,00	9.873.285,00	2.482.392,86	25,06%
Dívida Ativa dos Impostos	41.491.638,00	41.491.638,00	10.962.121,24	26,42%
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa	5.675.602,00	5.675.602,00	2.982.350,73	52,55%
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	3.516.275.370,00	3.516.275.370,00	1.154.236.712,35	32,83%
Cota-Parte FPE	3.508.934.075,00	3.508.934.075,00	1.152.299.888,60	32,84%
Cota-Parte FPI-Exportação	6.189.869,00	6.189.869,00	1.553.014,99	25,09%
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	-	-	-	0,00%
Desoneração ICMS (LC 87/96)	1.151.426,00	1.151.426,00	383.808,76	33,33%
Outras	-	-	-	0,00%
DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III)	708.213.109,00	708.213.109,00	209.214.784,96	29,56%
Parcela do ICMS Repassada aos Municípios	660.296.755,65	660.296.755,65	193.972.492,30	29,27%
Parcela do IPVA Repassada aos Municípios	46.624.147,71	46.624.147,71	25.032.983,14	53,68%
Parcela da Cota-Parte do FPI-Exportação Repassada aos Municípios	1.292.205,64	1.292.205,64	309.309,52	23,95%
TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (IV) = I + II - III	6.063.565.650,00	6.063.565.650,00	1.818.643.116,79	29,99%

RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (c)	RECEITAS REALIZADAS	
			Até o Bimestre (d)	% (d/c) x 100
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	380.851.422,00	380.851.422,00	84.911.860,16	22,30%
Provenientes da União	380.851.422,00	380.851.422,00	84.911.860,16	22,30%
Provenientes de Outros Estados	-	-	-	0,00%
Provenientes de Municípios	-	-	-	0,00%
Outras Receitas do SUS	-	-	-	0,00%
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS	5.600,00	5.600,00	-	0,00%
RECEITAS DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	42.894.000,00	42.894.000,00	-	0,00%
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	22.387.989,00	22.387.989,00	3.902.435,86	17,43%
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	446.139.010,00	446.139.010,00	88.814.296,01	19,91%

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza da Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (e)	DESPESA EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		Inscritas em Restos a Pagar não Processados
			Até o Bimestre (f)	% (f/e)x100	Até o Bimestre (g)	% (g/e)x100	
DESPESAS CORRENTES	1.481.330.584,00	1.482.031.225,00	666.036.305,32	44,94%	587.957.571,17	39,67%	-
Pessoal e Encargos Sociais	982.929.130,00	982.929.130,00	487.712.466,68	49,62%	469.489.089,33	47,76%	-
Juros e Encargos da Dívida	-	-	-	0,00%	-	0,00%	-
Outras Despesas Correntes	498.401.454,00	499.102.095,00	178.323.838,64	35,73%	118.468.481,84	23,74%	-
DESPESAS DE CAPITAL	193.866.686,00	192.253.045,00	26.769.040,57	13,92%	14.328.772,65	7,45%	-
Investimentos	193.866.686,00	192.253.045,00	26.769.040,57	13,92%	14.328.772,65	7,45%	-
Inversões Financeiras	-	-	-	0,00%	-	0,00%	-
Amortização da Dívida	-	-	-	0,00%	-	0,00%	-
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (V)	1.675.197.270,00	1.674.284.270,00	692.805.345,89	41,38%	602.286.343,82	35,97%	-

DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESA EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		Inscritas em Restos a Pagar não Processados
			Até o Bimestre (h)	% (h/i)x100	Até o Bimestre (j)	% (j/k)x100	
DESPESAS COM NATIVOS E PENSIONISTAS	-	-	-	0,00%	-	0,00%	-
DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL	-	-	-	0,00%	-	0,00%	-
DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS	446.259.010,00	446.259.010,00	153.359.255,23	22,14%	89.585.808,53	14,87%	-
Recursos de Transferência do Sistema Único de Saúde - SUS	316.519.645,00	316.519.645,00	129.781.947,61	18,73%	76.854.782,73	12,76%	-
Recursos de Operações de Crédito	42.899.600,00	42.899.600,00	22.025.832,85	3,18%	11.764.994,43	1,95%	-
Outros Recursos	86.839.765,00	86.839.765,00	1.551.474,77	0,22%	866.031,37	0,16%	-
OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS	-	-	-	0,00%	-	0,00%	-
RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA ¹	-	-	-	0,00%	-	0,00%	-
DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS ²	-	-	-	0,00%	-	0,00%	-
DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADAS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES ³	-	-	-	0,00%	-	0,00%	-
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (VI)	446.259.010,00	446.259.010,00	153.359.255,23	22,14%	89.585.808,53	14,87%	-
TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VII) = (V - VI)	1.228.938.260,00	1.228.025.260,00	539.446.090,66	77,86%	512.700.535,29	85,13%	-

PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VIII%) = (VIIh / IVb x 100) - LIMITE CONSTITUCIONAL 12% ^{4*5} 28,19%

VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL (VIIi - 12)/100 x IVb 294.463.361,28

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA	INSCRITOS	CANCELADOS/PRESCRITOS	PAGOS	A PAGAR	PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE
Inscritos em 2015	850.000,00	-	150.000,00	700.000,00	-
Inscritos em 2014	734.709,76	-	-	-	-
Inscritos em 2013	392.086,87	-	-	-	-
TOTAL	1.976.796,63	1.126.796,63	150.000,00	700.000,00	-

(Continua)

(Continuação)

CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAXA CONFORME ARTIGO 24, § 1º e 2º	DISPONIBILIDADE DE CAXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (f)	Saldo Final (Não Aplicado)
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2014	-	-	-
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013	-	-	-
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012	-	-	-
TOTAL (IX)	-	-	-

CONTROLE DO VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 E 26	RECURSOS VINCULADOS À DIFERENÇA DE LIMITE NÃO CUMPRIDO		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (k)	Saldo Final (Não Aplicado)
Diferença de limite não cumprido em 2014	-	-	-
TOTAL (X)	-	-	-

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		Inscritas em Restos a Pagar não Processados
			Até o Bimestre j	% (j/total)x100	Até o Bimestre m	% (m/total)x100	
Administração Geral	71.809.271,00	71.809.271,00	31.244.991,48	4,51%	27.805.432,27	4,62%	-
Normatização e Fiscalização	335.415,00	335.415,00	131.411,00	0,02%	3.247,50	0,00%	-
Tecnologia da Informação	8.700.000,00	8.700.000,00	568.675,88	0,08%	124.909,81	0,02%	-
Formação de Recursos Humanos	9.432.099,00	9.612.099,00	4.265.239,47	0,62%	698.776,92	0,12%	-
Assistência ao Portador de Deficiência	3.880.000,00	3.880.000,00	945.796,81	0,14%	110.126,46	0,02%	-
Atenção Básica	45.980.870,00	46.350.870,00	16.881.014,57	2,44%	15.720.536,04	2,61%	-
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1.436.906.859,00	1.435.494.339,00	614.581.274,45	88,71%	538.358.052,81	89,39%	-
Suporte Profilático e Terapêutico	23.374.783,00	23.374.783,00	3.411.802,37	0,49%	2.268.256,42	0,38%	-
Vigilância Sanitária	945.177,00	945.177,00	508.153,10	0,07%	290.256,32	0,05%	-
Vigilância Epidemiológica	72.613.406,00	72.533.406,00	19.942.211,61	2,88%	16.849.950,52	2,80%	-
Relações de Trabalho	619.300,00	619.300,00	120.836,25	0,02%	2.126,25	0,00%	-
Direitos Individuais, Coletivos e Difusos	600.000,00	629.520,00	203.948,90	0,03%	54.670,50	0,01%	-
TOTAL	1.675.197.270,00	1.674.284.270,00	692.805.345,89	100,00%	602.286.343,82	100,00%	-

FONTE: SIAFEM - 18/05/2016

MARCELO DE CARVALHO MIRANDA
Governador do Estado

LUÍZ ANTONIO DA ROCHA
Secretário-Chefe da Controladoria Geral do Estado

MAURÍCIO PARIZOTTO LOURENÇO
Superintendente de Controle e
Contabilidade Geral Contador
CRC-TO 001582/O

ANA LÚCIA ALVES FERREIRA
Diretora de Responsabilidade Fiscal Contadora
CRC-TO 001934/O

EDSON RONALDO NASCIMENTO
Secretário da Fazenda

O percentual do Total da Despesa com Pessoal – TDP do Poder Executivo do Governo do Estado do Tocantins, conforme “**Demonstrativo da Despesa com Pessoal, Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social Maio/2015 a Abril/2016**” foi de 52,66.

1.2. Relatório da Execução Financeira por Bloco de Financiamento**Quadro 2 – Execução Orcamentária - Anexo11 da Lei 4.320/64 - Unidade Orcamentária: 305500 – SAÚDE - Período: janeiro a abril/2016**

FONTE	ORC.INICIAL		ALTERACOES		AUTORIZADO			EMPENHADO			LIQUIDADO		PAGO		SALDO	
	R\$	%	R\$	%	R\$	% em Rel. Or. Inicial	%	R\$	%	% em Rel. Emp.Total		%	R\$	%	R\$	%
246 Assistência Farmacêutica	4.423.665,00	0,26%	-	0,00%	4.423.665,00	100,00%	0,26%	500.825,26	11,32%	0,07%	106.097,26	21,18%	106.097,26	100,00%	3.922.839,74	88,68%
247 Atenção Básica	651.870,00	0,04%	-	0,00%	651.870,00	100,00%	0,04%	88.179,68	13,53%	0,01%	7.168,50	8,13%	7.168,50	100,00%	563.690,32	86,47%
248 Gestão do SUS	7.110.400,00	0,42%	-	0,00%	7.110.400,00	100,00%	0,42%	2.860.804,44	40,23%	0,41%	427.314,80	14,94%	423.665,46	99,15%	4.249.595,56	59,77%
249 Investimentos Saúde	31.648.710,00	1,89%	-	0,00%	31.648.710,00	100,00%	1,89%	293.229,37	0,93%	0,04%	175.899,17	59,99%	115.725,67	65,79%	31.355.480,63	99,07%
250 Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hosp	248.385.000,00	14,83%	-	0,00%	248.385.000,00	100,00%	14,84%	119.715.826,39	48,20%	17,28%	73.144.762,74	61,10%	72.342.782,45	98,90%	128.669.173,61	51,80%
251 Vigilância em Saúde	24.300.000,00	1,45%	-	0,00%	24.300.000,00	100,00%	1,45%	6.323.082,47	26,02%	0,91%	2.993.540,26	47,34%	2.948.897,50	98,51%	17.976.917,53	73,98%
Soma dos Blocos	316.519.645,00	18,89%	-	0,00%	316.519.645,00	100,00%	18,90%	129.781.947,61	41,00%	18,73%	76.854.782,73	59,22%	75.944.336,84	98,82%	186.737.697,39	59,00%
100 Recursos Ordinários	120.000,00	0,01%	-	0,00%	120.000,00	100,00%	0,01%	-	0,00%	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	120.000,00	100,00%
102 Rec. Do Tesouro- Ações de ser Pub. de Saúde	1.224.248.260,00	73,08%	-	0,00%	1.224.248.260,00	100,00%	73,12%	539.446.090,66	44,06%	77,86%	512.700.535,29	95,04%	303.550.045,21	59,21%	684.802.169,34	55,94%
104 Recursos do Tesouro - Emenda Parlamentar	4.690.000,00	0,28%	-913.000,00	-19,47%	3.777.000,00	80,53%	0,23%	-	0,00%	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	3.777.000,00	100,00%
223 Recursos de Convenio com a Iniciativa Privada	218.000,00	0,01%	-	0,00%	218.000,00	100,00%	0,01%	22.292,27	10,23%	0,00%	2.268,00	10,17%	2.268,00	100,00%	195.707,73	89,77%
225 Rec. de Convênios com Órgãos Federais	83.228.976,00	4,97%	-	0,00%	83.228.976,00	100,00%	4,97%	1.499.662,50	1,80%	0,22%	934.243,37	62,30%	931.648,37	99,72%	81.729.313,50	98,20%
226 Alienação de Bens	350.000,00	0,02%	-	0,00%	350.000,00	100,00%	0,02%	-	0,00%	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	350.000,00	100,00%
229 Operações Financeiras não Reembolsáveis- Exter	5.600,00	0,00%	-	0,00%	5.600,00	100,00%	0,00%	-	0,00%	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	5.600,00	100,00%
235 Cota-Parte de Compensações Financeiras	2.059.789,00	0,12%	-	0,00%	2.059.789,00	100,00%	0,12%	-	0,00%	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	2.059.789,00	100,00%
240 Recursos Próprios	863.000,00	0,05%	-	0,00%	863.000,00	100,00%	0,05%	29.520,00	3,42%	0,00%	29.520,00	100,00%	29.520,00	100,00%	833.480,00	96,58%
4219 Operações de Credito Internas - em Moeda	42.894.000,00	2,56%	-	0,00%	42.894.000,00	100,00%	2,56%	22.025.832,85	51,35%	3,18%	11.764.994,43	53,41%	11.764.994,43	100,00%	20.868.167,15	48,65%
Soma Outras Fontes	1.358.677.625,00	81,11%	-913.000,00	-19,47%	1.357.764.625,00	99,93%	81,10%	563.023.398,28	41,47%	81,27%	525.431.561,09	93,32%	316.278.476,01	60,19%	794.741.226,72	58,53%
TOTAL=====	1.675.197.270,00	100,00%	-913.000,00	-0,05%	1.674.284.270,00	99,95%	100,00%	692.805.345,89	41,38%	100,00%	602.286.343,82	86,93%	392.222.812,85	65,12%	981.478.924,11	58,62%

Em atendimento ao Art. 41. da LC 141/2012 consta no **Anexo Único** o Relatório Consolidado do Resultado da Execução Orcamentária e Financeira no âmbito da saúde por **Fonte** de recursos, inclusive dos blocos de financiamento.

2. AUDITORIAS REALIZADAS

No período de Janeiro a Abril de 2016 foram realizadas três auditoria sendo todas de caráter ordinário:

Quadro 3 – Auditorias realizadas no 1º quadrimestre de 2016.

ORD.	OBJETO DE AUDITORIA	LOCAIDADE	VÍNCULO	PERÍODO	AÇÃO
01	Hospital Maternidade Dona Regina	Município de Palmas	Gestão Pública	07 a 11 de março	Auditoria Ordinária
02	Conselho Estadual de Saúde	Município de Palmas	Gestão Pública	21 a 25 de março	Auditoria Ordinária
03	Hospital Regional de Porto Nacional	Município de Porto Nacional	Gestão Pública	09 a 13 de maio	Auditoria Ordinária

Fonte: Gerência de Auditoria – SES-TO.

3. REDE FÍSICA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – PRÓPRIOS E PRIVADOS CONTRATADOS

3.1. Rede Física de Serviços de Saúde

A Rede física total de estabelecimentos de saúde no Estado em 2016 teve um acréscimo de 0,57% em relação a 2015 quando contava com 1.629 estabelecimentos e em 2016 passou a contar com 1.648, sendo que deste total 4% é de gestão da Secretaria de Estado da Saúde – Administração Direta.

Os 2.612 leitos gerais existentes (SUS e privados) são insuficientes para atender a necessidades de internação que se apresenta pelo parâmetro populacional (necessidade de 4.150 leitos, portanto, déficit de 1.538). Para melhorar esta situação encontram-se em andamento obras em unidades hospitalares nas seguintes localidades:

- Augustinópolis: reforma e ampliação do Hospital Regional de Augustinópolis;
- Palmas: adequação e ampliação do Hospital Geral de Palmas, previsão de 196 novos leitos;
- Araguaína: construção de um novo hospital geral com 400 leitos;
- Gurupi: construção de um novo hospital geral, previsão de 200 leitos.

Outra ação que potencializará a capacidade de resposta às necessidades da população é a reestruturação da assistência com a implantação de Redes de Atenção a Saúde: Rede de Atenção as Urgências – RAU; Rede de Atenção Psicossocial; Rede Cegonha; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Visando minimizar o estragamento da demanda por leitos gerais e ampliar o acesso ao atendimento às necessidades de saúde da população aos serviços de atenção especializada, o Estado mantém 120 leitos em uma Tenda no Hospital Geral de Palmas (HGP), onde é gerado atendimento de uma média de 212 pacientes/dia com média de internação de 5,4 permanência/dia.

Quadro 4 – Total de Leitos, Tocantins, 2016.

TOTAL DE LEITO/ NÍVEL DE COMPLEXIDADE	QUANT. HOSPITAL	ABRANGÊNCIA	QUANT. DE LEITO	NÍVEL DE GERÊNCIA	% Sobre o	
					Leito SUS	Leito Total
Média e Alta Complexidade	19	Regional - SUS	1.445	Estadual	68%	55%
Pequeno Porte – HPP	18	Municipal - SUS	215	Municipal	10%	8%
Pequeno Porte	10	Municipal - SUS	377	Municipal	18%	14%
Subtotal SUS	47		2.037		96%	78%
Média e Alta Complexidade Privado	1	Regional - SUS	84	Privado/ Filantrópico	4%	3%
Total SUS	48		2.121		100%	81%
Média e Alta Complexidade Privado	13	Privado	491	Privado	-	19%
Total Geral	61	-	2.612			

Fonte: MS/CNES - Acesso em junho 2016.

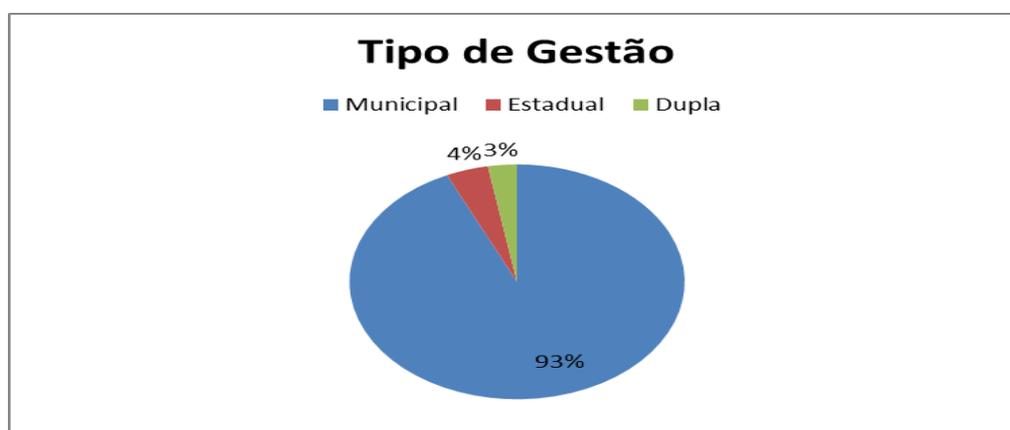
O financiamento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares está inserido na média e alta complexidade e, portanto, pelas regras atuais, os municípios que foram habilitados na gestão plena do Sistema pela NOB ou NOAS e que, na adesão ao Pacto pela Saúde, não incluíram a realização de serviço de média complexidade, mantêm a gestão dupla no CNES, sendo esta ocorrência em 45 unidades equivalente a 4.49% da rede física de saúde pública.

Quadro 5 – Rede física de serviços de saúde tipo de estabelecimento – Tocantins 2016

Tipo de estabelecimento	Tipo de gestão			Total
	Dupla	Estadual	Municipal	
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	14	2	343	359
CONSULTORIO	-	-	355	355
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	6	8	220	234
UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	19	13	153	185
SECRETARIA DE SAUDE	-	1	116	117
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	-	1	109	110
HOSPITAL GERAL	2	20	37	59
ACADEMIA DA SAUDE	-	-	41	41
POSTO DE SAUDE	-	-	27	27
UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA	-	-	25	25
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	1	1	19	21
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	-	-	21	21
PRONTO ANTEDIMENTO	3	-	16	19
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	-	3	16	19
POLICLINICA	1	1	15	17
FARMACIA	-	4	9	13
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	-	6	-	6
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	-	2	3	5
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	-	-	3	3
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	2	1	3
CENTRAL DE NOTIF. CAPTAÇÃO E DISTR. ÓRGÃOS ESTADUA	-	-	2	2
COOPERATIVA	-	1	1	2
CENTRAL DE REGUALAÇÃO	-	-	1	1
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA - LACEN	-	1	-	1
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	-	-	1	1
UNIDADE MISTA	-	-	1	1
TELESAÚDE	-	1	-	1
Total	46	67	1535	1648

Fonte: MS/CNES - Acesso em maio 2016.

Gráfico 1 – Tipo de Gestão, Tocantins, 2016.



Fonte: MS/CNES - Acesso em maio 2016.

Do quadro acima depreende-se que 4% das unidades cadastradas no CNES pertencem a gestão estadual, 93% à gestão municipal e na gestão dupla estão 3% (unidades municipais que realizam algum serviço de média complexidade).

3.2. Produção dos Serviços de Saúde

3.2.1. Atenção Básica

Os resultados parciais dos indicadores acompanhados pela Diretoria de Atenção Primária estão apresentados no Quadro abaixo. Dentre os nove indicadores de monitoramento prioritário, quatro (44,44%) atingiram a meta proposta para o ano 2016:

- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básicas;
- Taxa de detecção de sífilis em gestantes/1.000 nv;
- Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.

Quadro 14 – Resultado de indicadores de cobertura no estado do Tocantins referente ao primeiro quadrimestre do ano 2016. Palmas – TO, maio 2016.

INDICADOR	1º QUAD./2016 (PARCIAL)	META 2016	RECOMENDAÇÃO	ALCANCE DA META 2016 (%)
Indicador 1 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básicas (dez/2015)	91,29 ¹	89	Aumentar	102,57%
Indicador 2 - Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – Icsab (jan e fev/2016)	34,25 ²	24,54	Reduzir	139,57%
Indicador 3 - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (consolidação em 25 abr/2016)	19,81 ³	74	Aumentar	26,77%
Indicador 4 - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal (dez/2015)	81,33 ⁴	82	Aumentar	99,18%
Indicador 5 - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (jan e fev/2016)	1,29 ⁵	2,87	Aumentar	44,95%
Indicador 6 - Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (jan e fev/2016)	5,15 ⁶	6,75	Reduzir	76,3%
Indicador 21 - Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (jan a abr/2016)	62,76 ⁷	62,6	Aumentar	100,25%
Indicador 22-a - Taxa de detecção de sífilis em gestantes/1.000NV (jan a 10 mai/2016)	13,14 ⁸	4,35	Aumentar	302,07%
Taxa de mortalidade infantil (jan a abr /2016)	13,57 ⁹	8,08	Reduzir	167,94%

Fontes: 1 DATASUS. Acesso em: 05 mai. 2016. 2 SIHSUS TO. Acesso em: 02 mai. 2016. 3 Departamento de Atenção Básica – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Acesso em: 29 abr. 2016. 4 DATASUS. Acesso em: 05 mai. 2016. 5 DATASUS. SIA/SUS. Acesso em: 27 abr. 2016. 6 DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS SIA/SUS. Acesso em: 27 abr. 2016. 7 SINASC Tocantins. Acesso em: 29 abr. 2016. 8 SINAN Tocantins. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC Tocantins. Acesso em: 10 mai. 2016. 9 SIM Tocantins/ Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC Tocantins. Acesso em: 30 abr. 2016.

Os indicadores que não atingiram a meta foram:

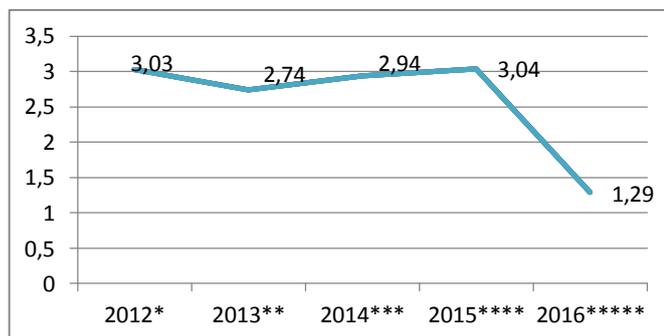
- Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal com 81,33% da meta;
- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada com 44,95% da meta proposta;
- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família com 26,77%, considerando a meta proposta para a segunda vigência do programa.

Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada é um indicador que apresenta polaridade positiva e tendência crescente. A fórmula de cálculo utilizada para aferição do alcance dessa meta leva em consideração o número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local por 12 meses, dividido por doze, posteriormente dividido pela população no mesmo local e período, e em seguida multiplicado por 100, segundo o Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde.

De acordo com os dados parciais apresentados no Gráfico 2, referentes ao período de janeiro e fevereiro de 2016, o estado vem alcançando o índice de 1,29% (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, acesso em 27/04/2016), o que é considerado insatisfatório, levando em consideração que a proposta de alcance dessa meta para o ano de 2016 é de 2,87% e o parâmetro nacional é de 8% (IDSUS, 2016). Entretanto, observa-se que a oferta da ação coletiva de escovação dental supervisionada tem se mantido acima de 2,7% considerando o período de 2012 a 2015 e nos últimos três anos tem se mantido crescente com um incremento de 10,95% do ano de 2013 para 2015, portanto espera-se que esse serviço seja ampliado nos próximos quadrimestres.

Gráfico 2 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, Tocantins, 2012-2016



Fontes: *SIA-SUS, dez. 2012, atualizado em 04/06/2013; IBGE. População estimada 2010.

**SIA-SUS, dez. 2013, atualizado em 06/11/2014; IBGE. População estimada 2013.

***SIA-SUS, jan. - dez. 2014, atualizado em 27/03/2015; IBGE. População estimada 2014.

****SIA-SUS, jan. - dez. 2015, atualizado em; 11/04/2016; IBGE. População estimada 2015.

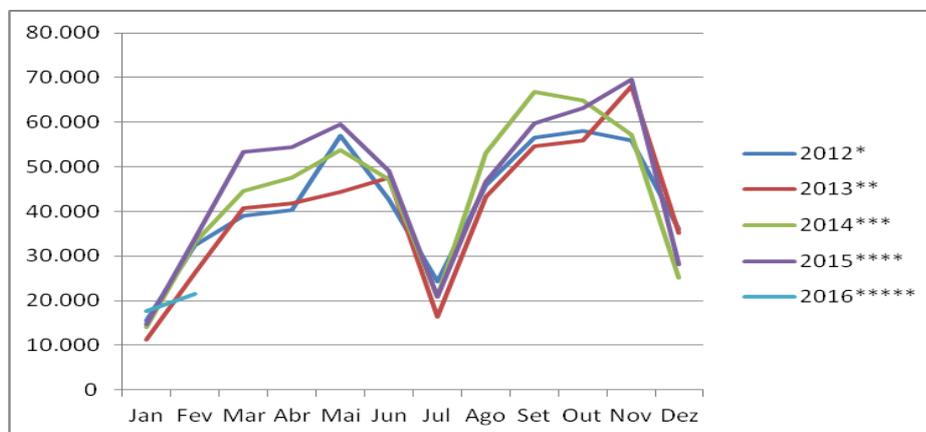
*****SIA-SUS, jan.-fev. 2016, atualizado em 27/04/2016; IBGE. População estimada 2015.

Justifica-se este resultado pela transição do sistema de informação usado na Atenção Básica, que desde janeiro de 2016 passou a ter a obrigatoriedade do registro da produção dos profissionais exclusivamente no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), o que pode estar contribuindo para que 45,42% (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, acesso em 27/04/2016) dos municípios não apresentem produção relacionada ao procedimento de escovação dental supervisionada. Além disso, existe a possibilidade dos municípios enviarem os dados da produção de três competências anteriores ao mês corrente para o Sistema de Informação Ambulatorial (que importa dados do SISAB).

Outro fator que corrobora para o não alcance da meta é o fato de que nos meses de janeiro e fevereiro coincide com as férias escolares, pois o principal público-alvo da ação de

escovação dental supervisionada, são pessoas em idade escolar, como pode ser observado no Gráfico 3, onde nos anos avaliados (2012 a 2016) os meses de janeiro, julho e dezembro apresentam número de escovações menor do que os demais meses do ano.

Gráfico 3 – Número mensal de escovações dentais supervisionadas, Tocantins, 2012-2016.



Fonte: *SIA-SUS, dez. 2012, atualizado em 04/06/2013; IBGE. População estimada 2010.

**SIA-SUS, dez. 2013, atualizado em 06/11/2014; IBGE. População estimada 2013.

***SIA-SUS, jan. - dez. 2014, atualizado em 27/03/2015; IBGE. População estimada 2014.

****SIA-SUS, jan. - dez. 2015, atualizado em; 11/04/2016; IBGE. População estimada 2015.

*****SIA-SUS, jan. - fev. 2016, atualizado em 27/04/2016; IBGE. População estimada 2015.

A escovação dental supervisionada constitui-se em momento oportuno para prevenir as principais doenças bucais - cárie dentária e a doença periodontal, além de contribuir para a diminuição do número de exodontias.

Recomenda-se o planejamento estratégico de atividades levando-se em consideração os períodos do calendário escolar do território e o monitoramento do sistema de informação com vistas à certificação de que a atividade realizada está sendo informada. Além disso, propõe-se cursos direcionados para as equipes de saúde bucal e webconferência sobre Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB, para profissionais das equipes de atenção básica e digitadores dos municípios, que poderá gerar impacto positivo no indicador.

Média anual de Consultas Médicas por Habitante nas Especialidades Básicas

A oferta de consultas médicas reflete a capacidade da Atenção Básica em prestar assistência médica individual à população cadastrada. As consultas médicas se referem às consultas de cuidado continuado, aos atendimentos agendados e de urgência.

De acordo com os dados parciais disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), no período de janeiro e fevereiro de 2016, foram realizadas 479.126 consultas médicas, o que representa uma média de 0,32 consultas médicas por habitante até o momento. O parâmetro nacional é de 1,5 consultas médicas por habitante nas especialidades básicas (Instrutivo dos Indicadores para a pactuação unificada 2009). O número de consultas médicas é cumulativo, portanto, a comparação em relação ao parâmetro nacional é mais apropriado ao final dos doze meses.

Esse indicador contribui para avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população. Resultados insatisfatórios nesse indicador deve ser alvo para o apoio institucional às equipes, promovendo uma autoanálise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população.

Como estratégia de enfrentamento para melhorar o desempenho do indicador, recomenda-se a qualificação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial dos usuários, sendo fundamental a garantia do cumprimento da carga horária dos profissionais das equipes de saúde. Para os próximos quadrimestres está prevista a realização de um curso direcionado aos coordenadores da Atenção Básica, com o intuito de discutir a organização do processo de trabalho.

Cobertura de Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

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.

Este programa é avaliado dentre outros aspectos, pelo indicador Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa, cuja fórmula de cálculo se apresenta da seguinte forma: número de família beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela Atenção Básica na última vigência do ano, dividido pelo número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano, multiplicado por cem (Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde), e apresenta tendência crescente.

De acordo com o resultado parcial do 1º quadrimestre (06/05/2016), a Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família foi de 19,81%, ou seja, das 112.605 famílias a serem acompanhadas pelo setor saúde em 2016, 22.304 foram acompanhadas e informadas no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (Quadro 6), alcance inferior ao mesmo período no ano de 2015, onde este resultado foi de 38,14%.

Quadro 6 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, Tocantins, segundo os quadrimestres dos anos 2015 e 2016.

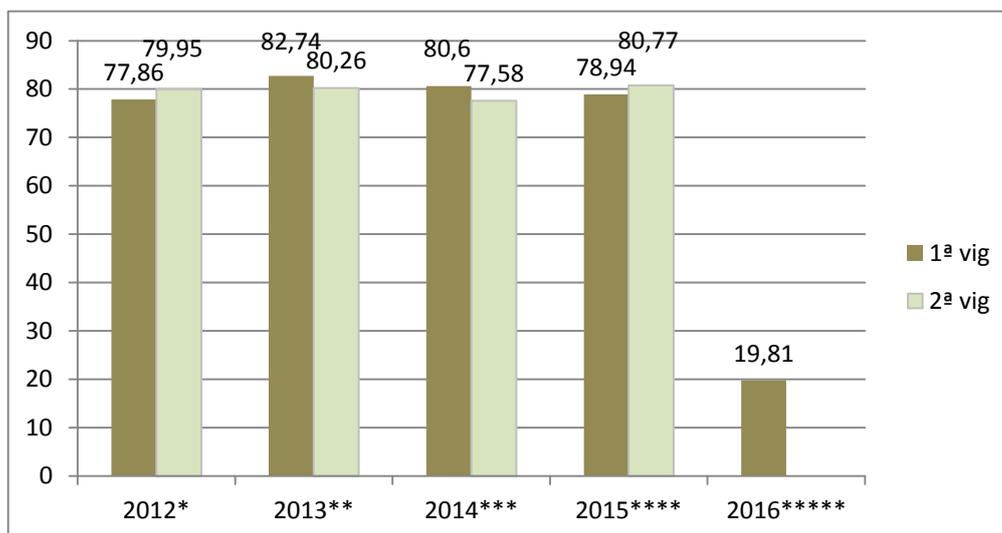
Meta pactuada (%)	ANO 2015			Resultado final (2ª vigência)	Meta pactuada (%)	ANO 2016
	Resultado parcial de famílias acompanhadas no quadrimestre (%)					Resultado parcial de famílias acompanhadas no quadrimestre (%)
	1º	2º	3º			1º
81	38,14 ¹	78,94 ²	72,8 ³	80,77 ⁴	74	19,81 ⁵

Fonte: Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família. ¹Última consolidação em: 13/05/2015; ² Última consolidação em: 29/07/2015. ³ Última consolidação em: 01/01/2016; ⁴ Última consolidação em: 12/01/2016 ⁵Última consolidação em: 25/04/2016.

Considerando que a meta proposta para o ano de 2016 é de 74%, o resultado alcançado é insatisfatório para o período avaliado, porém é um dado parcial e não reflete o alcance do fechamento da vigência que corresponde ao fechamento dos acompanhamentos e informação das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa, que se desenvolve em dois ciclos: o primeiro que se encerra no último dia útil do mês de junho (1º vigência) e o segundo que se encerra no último dia útil de dezembro (2º vigência). No ano de 2015, o resultado conclusivo, das condicionalidades de saúde do PBF, da primeira vigência foi de 78,95% em 29/07/2015 e na segunda vigência foi de 80,77% em 12/01/15, ou seja, fica claro que o prazo para o resultado final das condicionalidades de saúde pode ser estendido.

Assim, o processo de alimentação do sistema pelos municípios encontra-se em andamento e nos últimos anos tem culminado, ao final das vigências, em uma cobertura próximo da meta de 2016, como pode ser observado no Gráfico 4 onde a primeira vigência dos anos 2012 a 2015, o alcance no estado do Tocantins tem variado de 77,86% a 82,74%.

Gráfico 4 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, Tocantins, 2012-2016.



Fonte: Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família. *Última consolidação em: 13/07/2012 e 16/01/2013; **Última consolidação em 09/07/2013 e 15/01/2014; ***Última consolidação em 17/07/2014 e 02/02/2015; ****Última consolidação em 29/07/2015 e 12/01/2016; *****Última consolidação em 25/04/2016.

É importante ressaltar que uma das maiores dificuldades para o alcance das metas nos municípios é a desatualização do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), enfraquecimento da Coordenação Intersectorial Municipal, falta de adesão da equipe de saúde e a falta de empoderamento das famílias beneficiárias.

Considerando o resultado atual do indicador, haverá uma intensificação das ações de apoio e assessoria aos municípios com baixa cobertura de acompanhamento dos beneficiários como qualificação de profissionais, cooperação técnica intersectorial nos municípios ou via telefone ou e-mail.

Proporção de Nascidos Vivos de Mães com no Mínimo sete Consultas de Pré-Natal

O indicador **proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal** contribui na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como: a mortalidade materna, infantil e número de casos de sífilis congênita.

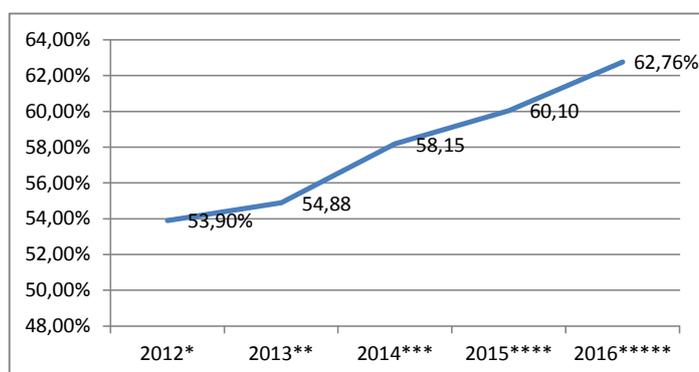
De acordo com os dados parciais do 1º quadrimestre de 2016, o estado vem alcançando o índice de 62,76% (Base estadual do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, acesso em 29/04/2016), o que é considerado satisfatório, levando em consideração que a proposta de meta para o ano de 2016 é de 62,60%.

Justifica-se este resultado em função de esforços contínuos junto aos municípios para o preenchimento adequado do cartão da gestante, por meio das atividades desenvolvidas com foco na qualificação dos profissionais da Atenção Básica quanto ao Protocolo da Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense, sensibilizando os mesmos sobre a importância da captação precoce, alinhamentos conceituais, reorganização dos processos de trabalho, pactuações e a intensificação de uso do sistema de informação do pré-natal (SISPRENATAL).

Considerando os resultados deste indicador referente aos anos 2012 a 2015, o alcance tem sido crescente com um incremento de 6,2 pontos percentuais (Gráfico 5), ou seja, um aumento de 11,50% em relação ao ano 2012. Se considerarmos o resultado parcial do ano 2016, este aumento é maior ainda.

Recomenda-se a continuidade das ações direcionadas à qualificação do pré-natal, assim como da atenção ao parto e puerpério, sendo que estão previstas cooperações técnicas para qualificação da atenção ao pré-natal realizado na Atenção Primária assim como das boas práticas realizadas nas maternidades.

Gráfico 5 – Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal, Tocantins, 2012-2016.



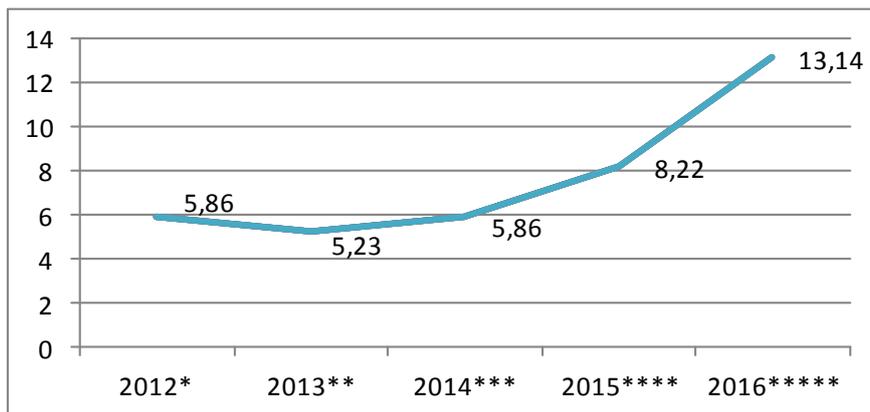
Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Jan. - dez. /2012 (atualizado em 08/06/2013); **jan. - dez. /2013 (atualizado em 22/02/2016); ***jan. - dez. /2014 (atualizado em 22/02/2016); ****jan. - dez. /2015 (atualizado em 27/04/2016); *****jan. - abr. /2016 (atualizado em 29/04/2016).

Taxa de Detecção de Sífilis em Gestante

O indicador taxa de detecção de sífilis em gestantes mede a frequência anual de casos de sífilis na gestação e orienta as ações de vigilância epidemiológica da doença no mesmo local de residência e ano. É obtido a partir da fórmula: número de casos de sífilis detectados em gestantes em um determinado ano de notificação e local de residência, dividido pelo número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano, multiplicado por mil (Instrutivo do Plano Estadual de Saúde 2016-2017 do Tocantins).

Segundo dados parciais do primeiro quadrimestre de 2016, a taxa de detecção de sífilis em gestantes encontra-se em 13,14/1000nv (Base estadual do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, acesso em 10/05/2016), o que corrobora para a superação da meta proposta para o ano de 2016 que é de 4,35/1000nv e também do quadriênio 2016-2019 que é de 5,01/1000nv. Nota-se uma subestimação da meta para o ano corrente, uma vez que a pactuação ocorreu com base na série histórica e no ano de 2014 o indicador já apresentava alcance de 5,86/1000nv (Gráfico 6), equívoco que deverá ser corrigido em tempo oportuno.

Gráfico 6 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes, Tocantins, 2012-2016.



Fonte:*SINAN/SINASC. Atualizado em 24/05/2016; **Atualizado em 24/05/2016; ***Atualizado em 24/05/2016; ****Atualizado em 24/05/2016; *****Atualizado em 10/05/2016.

No Gráfico acima se observa a ampliação da detecção dos casos de sífilis em gestantes o que pode apontar para a efetividade das ações desenvolvidas a partir da integração da Diretoria de Atenção Primária e Diretoria de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis desenvolvidas com foco no enfrentamento da subnotificação dos casos de sífilis durante a gravidez. Para isso, foram necessárias atividades de reorganização dos processos, construção de fluxos, pactuações, alinhamentos conceituais, educação permanente, intensificação na mobilização para aplicação dos testes, qualificação dos profissionais da Atenção Básica quanto ao Protocolo da Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense.

Recomenda-se a manutenção das ações que favoreçam a detecção precoce e notificação da sífilis em gestante e o tratamento oportuno dos casos, bem como integração com áreas relacionadas ao contexto e qualificação permanente dos profissionais de saúde para o diagnóstico, notificação e acompanhamento.

Quadro 7 – Apoio institucional para a qualificação da Atenção Primária – Atividades do 1º quadrimestre de 2016.

REGIÃO DE SAÚDE	Nº TOTAL DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE MUN PARTICIPANTES EM ALGUMA ATIVIDADE	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DAS ATIVIDADES, POR REGIÃO DE SAÚDE															
			Acompanhamento e cooperação técnica realizada nos municípios (<i>in locu</i>) – 06 modalid. (20 ativ)						Assessoria/cooperação via telefone, e-mail ou presencial na DAP – 04 modal (108)				Webconferência – 04 temas (9 ativ)			Oficina – 02 (2)		
			Acompanhamento, Avaliação e Coop. Técnica	Cooperação técnica integrada em relação aos Sistemas de Informação da Atenção Básica	Cooperação Técnica Intersetorial do PBF	Cooperação técnica para acompanhar e monitorar a implementação da Caderneta de Saúde do Adolescente e apoio institucional	Apoio institucional com vistas à melhoria da atenção à saúde da população carcerária	Reavaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança	Cooperação técnica em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Assessoria técnica nas ações de Alimentação e Nutrição	Assessoria em relação à saúde da pessoa idosa	Assessoria em relação ao monitoramento e avaliação de indicadores	Avaliação dos Resultados dos Indicadores do Ano 2015 e Pactuação de 2016	Processo de Envelhecimento: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica e Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - 3ª edição	Orientações para o Eixo Transversal de Desenvolvimento do PMAQ - 3º Ciclo	O protagonismo da Estratégia Saúde da Família na prevenção da zika e microcefalia	Oficina de apoio aos municípios no processo de implementação da Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	Oficina Estadual sobre Demência
Bico do Papagaio	24	18 (75%)	0	0	0	0	0	0	14	1	4	2	0	13	0	1	0	
Médio Norte Araguaia	17	14 (82,35%)	0	2	0	0	0	1	0	9	0	0	4	2	7	0	1	0
Cerrado Tocantins Araguaia	23	17 (73,91%)	0	0	0	0	0	0	1	9	0	3	6	2	10	0	0	0
Capim Dourado	14	10 (71,43%)	1	1	0	0	0	1	0	9	0	3	1	0	5	0	3	2
Cantão	15	14 (93,33%)	1	1	3	0	0	0	1	11	0	3	1	0	10	0	1	0
Amor Perfeito	13	10 (76,92%)	0	0	1	1	0	0	1	7	0	2	1	0	5	0	0	2
Ilha do Bananal	18	17 (94,44%)	1	2	2	0	1	0	0	13	1	4	7	1	8	0	1	0
Sudeste	15	10 (66,67%)	0	0	0	1	0	0	1	7	1	3	1	1	5	0	1	1
TOTAL	139	110 (79,14%)	3	6	6	2	1	2	4	79	3	22	23	6	63	0	8	5

Fonte: Diretoria de Atenção Primária

Políticas e Programas da Atenção Primária nos Municípios: situação no 1º quadrimestre de 2016

- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP): 23 municípios com a política implantada;
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 100% dos municípios aderiram ao Programa;
- Programa Mais Médicos para o Brasil/Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: 142 profissionais do programa em 74 municípios nas oito Regiões de Saúde e em todos os polos indígenas (oito médicos);
- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB): 100% de implantação;
- Distribuição de 5.213 cadernetas de saúde do adolescente.

3.2.2. Urgência e Emergência

Atividades realizadas no 1º quadrimestre

- Visita técnica aos hospitais de Araguaína, Gurupi, Paraíso, Porto Nacional e Augustinópolis para monitoramento das Portas de Entrada e avaliação para os novos leitos a serem implantados;
- Participação em reuniões do Núcleo de Apoio a Qualidade Hospitalar; NAQH – HGP;
- Participação em reunião para construção do Plano de Trabalho – OPAS a fim de organizar as portas de entrada na Rede de Atenção conforme preconiza a Política de Atenção às Urgências
- Visita técnica às Unidades de Pronto Atendimento de Palmas – UPA Norte e Sul;
- Participação em reunião com o Planejamento (DAE para discussão da Programação Anual de Saúde) com objetivo de alinhar atividades prioritárias e relevantes na Rede de Atenção às Urgências;
- Participação nas reuniões para construção do Plano de Ação da Gestão Hospitalar;
- Participação nas reuniões para construção do Projeto das Oficinas de implantação do ACR no Hospital Regional de Augustinópolis;
- Apresentação de propostas para aquisição de equipamentos para as portas de entrada e demais serviços das 18 unidades hospitalares, junto ao FNS;
- Monitoramento mensal de Curso de Especialização em UTI como fiscal de contrato

Quadro 8 – Atendimento da Central de Regulação Móvel de Urgência – CRMU, 2016.

Atendimento da CRMU	1º Quadrimestre de 2016
Araguaína	1.785
Gurupi	2.182
Palmas	4.817
Total Geral	8.784

Fonte: SIA/SUS Acessado em 25 de abril de 2016

3.2.3. Atenção Psicossocial

Atividades realizadas no 1º quadrimestre de 2016

- Acompanhamento dos CAPS das 8 Regiões de Saúde com supervisão clínica institucional;
- 03 Reuniões do Grupo Colegiado Gestor de Saúde Mental;
- Organização do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS em 04 Regiões de Saúde: Sudeste, Capim Dourado, Médio Norte Araguaia e Amor Perfeito;
- Visitas técnicas aos CAPS de Miracema, Porto Nacional, Taguatinga, Dianópolis, Araguaína;
- Oferta de apoio técnico às ativadoras de rede que executam a fase de engrenagens do Percorso Formativo da RAPS;

- Participação em reuniões do Conselho Estadual sobre drogas;
- Audiência com o Prefeito de Guaraí para articular implantação do CAPS I, que contempla a meta de ampliar a cobertura de CAPS;
- Reunião com a Coordenação Municipal de Saúde Mental de Palmas;
- Participação em 01 reunião da CIR Região de Saúde Ilha do Bananal para prestar esclarecimentos sobre repactuação do CAPS de Peixe;
- Participação em 03 reuniões da CIB;
- Visita ao Centro de Reabilitação de Palmas para conhecer o fluxo de atendimento dos casos de microcefalia. Participação em videoconferência sobre microcefalia;
- Participação no Grupo Condutor da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência – GRAPD, conforme prevê a Política da Rede de Atenção Psicossocial;

Quadro 9 – Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

Componente	Ponto de Atenção	Necessidade	Existente	Deficit
II. Atenção Psicossocial	CAPS I	21	11	10
	CAPS II	08	05	03
	CAPS III	03	-	03
	CAPS AD	02	02	00
	CAPS AD III	05	03	02
	CAPS i	03	01	02
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA Adulto	05	-	05
	UA Infantil	03	-	03
V. Atenção Hospitalar	Leitos em Clínica Médica	60	23	39
VI. Estratégia de Desinstitucionalização	SRT	02	01	01
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas / Associações	15	02	13
TOTAL		127	48	79

Fonte: Gerência de Rede de Atenção Psicossocial do Tocantins, 2016.

A Produção dos Serviços de Saúde da RAPS será apresentada por região de saúde. Antes da apresentação dos dados, convém informar que dos 22 CAPS que iniciaram atendimento no Tocantins, apenas 19 estavam habilitados até esse primeiro quadrimestre de 2016. Desse modo, não houve alimentação da produção dos quatro CAPS não habilitados, a saber: CAPS AD de Augustinópolis, o CAPS AD de Araguaína, o CAPS I de Novo Acordo e CAPS Infantil de Araguaína. Além disso, os CAPS de Formoso, Sítio Novo e Araguatins não apresentaram produção pelo sistema da RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.

Quadro 10 – Produção do CAPS por região de saúde, Tocantins, jan. a mar. 2016.

Procedimento	Região de Saúde								
	Bico	Médio Norte	Cerrado Araguaia	Amor Perfeito	Cantão	Ilha do Banana	Sudeste	Capim Dourado	Total
Atendimento individual de paciente em caps	762	13	840	193	452	793	07	5142	8202
Administracao de medicamentos na atencao especializada.	3090		3670					1279	8039
Acolhimento diurno de paciente em caps	3225	46	593	211	351	323		456	5205
Consulta de profissionais de nivel superior	480		455	744		152	02	2960	4793
Atendimento em grupo de paciente em caps	725	15	100	784	87	123	12	1583	3429
Afericao de pressao arterial	288							1734	2022
Ações de articulação de redes intra e intersetorial		215	02	20		752		86	1075
Consulta de médicos	280		429			87	133		929
Consulta/atendimento domiciliar	142						43	694	879
Práticas expressivas e comunicativas em caps	569	10	200	24		28		39	870
Atendimento em oficina terapeutica i	96		06				587	104	793
Práticas corporais em caps	383		03	12	02			266	666
Atendimento familiar em caps	138	07	82	50	41	09		294	621
Terapia individual							44	500	544
Acolhimento inicial por caps	25	125	73	08	41			207	479
Terapia em grupo							147	123	270
Atendimento domiciliar	108	01	66	05	31			59	270
Visita domiciliar/institucional de nível superior			75				07	109	191
Fortalecimento do protagonismo de usuários		74		80				34	188
Orientação em grupo na atenção especializada	129							56	185
Matriciamento de equipes da atenção básica				50				82	132
Atenção às situações de crise	67		02	21				17	107
Atendimento individual em psicoterapia	15		52					30	97
Acolhimento noturno de paciente em caps						58		39	97
Atendimento em oficina terapeutica ii						16		60	76
Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo		58						13	71
Ações de redução de danos		02						62	64
Promoção de contratualidade no território		02	08	42					52
Ações de reabilitação psicossocial			11	05				21	37
Visita domiciliar por profissional de nível médio								23	23
Tratamento clinico de transtorno mentais e compartamentais devido ao uso de drogas		03						14	17
Tratamento clínico em sm em situação de risco elevado de suicídio								11	11
Atendimento de urgência em atenção especializada	05								05
Apoio a serviço residencial de caráter transitório				01					01
Total	10.527	571	6.667	2.250	1.005	2.341	982	16.097	40.440

Fonte: Relatório da RAAS. Acessado em 18 de abril de 2016. * Dados parciais.

O Médio Norte Araguaia é a região de saúde que, no sistema RAAS do Ministério da Saúde de coleta e alimentação de informações, apresenta a menor produção. Dos 3 CAPS que funcionam em Araguaína, dois deles são de gestão estadual, a saber: o CAPS II (incentivado para III) e o CAPS Infantil, ainda não habilitado e, portanto, sem produção na RAAS. O CAPS AD de Araguaína, de gestão municipal (com contrapartida de recursos humanos por parte do Estado), não é habilitado. Dessa forma, a produção apresentada pela região refere-se à do CAPS II, incentivado para III, mas sem estruturas para funcionamento 24 horas. Associados a isso, um histórico de sucateamento da estrutura física, dos instrumentos de trabalho, dos recursos terapêuticos são fatores que apontam motivos da baixa produtividade. Há um Grupo Condutor organizado na rede de Araguaína.

A Região Capim Dourado apresenta a maior alimentação de dados e, provavelmente, a maior produção de fato. Nessa região funcionam os CAPS II, CAPS AD III de Palmas e o CAPS de Miracema. Miracema apresenta a rede mais organizada no que tange ao formato dos coletivos e sua amplitude de articulação. Trata-se de um dos dois municípios que estão avançados na pactuação entre os municípios para que os gastos com a rede de referência possam se sustentar. O Grupo Conductor de Miracema organiza-se de maneira transparente e pró-ativa. A RAPS de Palmas não possui ainda um Grupo Conductor.

A região do Bico do Papagaio possui alta produção, mesmo que o CAPS AD não tenha ofertado atendimento durante esse primeiro quadrimestre. A RAPS de Buriti possui um Grupo Conductor organizado e também avançado nas negociações entre os municípios que usam da rede da cidade. Sítio Novo, Tocantinópolis e Araguatins não possuem Grupos Conductores. Possuem, contudo, um vínculo positivo com a população atendida.

A região Sudeste não apresenta dados que representam aquela rede. A relação entre os componentes da RAPS de Dianópolis, em especial o CAPS, passa por um momento crítico na relação com a gestão municipal, onde recursos acumulados oriundos das políticas de incentivo e custeio ministeriais estão engessados e sem planejamento para a sua aplicação. A RAPS de Taguatinga está se organizando e apresenta uma rede carente de profissionais.

A RAPS da Ilha do Bananal apresenta, na prática, um cuidado qualificado por meio dos serviços de Gurupi e Formoso, mesmo que a produção apresentada pelo relatório da RAAS não mostre isso em quantidade absoluta de atendimentos. Percebe-se que essa rede é a que mais apresenta AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAL o que tende a articular mais o cuidado comunitário do que o cuidado apresentado em números de consulta.

A região Cerrado Tocantins, composta pelas redes de Colinas e Pequizeiro, apresentam um volume significativo de procedimentos registrados. A rede de Colinas é volumosa e possui intensa movimentação apresentando destaque no registro da administração da medicação, dado importante para a análise de uma rede de atenção psicossocial.

3.2.4. Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar

A SES-TO apresenta uma modelagem na gestão do sistema estadual de saúde em que além de atuar na contratualização e regulação da rede assistencial faz a gestão de uma rede própria hospitalar (figura 1) com o gerenciamento de 68% dos Leitos SUS do estado respondendo por aproximadamente 80% das internações que são realizadas no Estado. Aprimorar a gestão hospitalar, constitui-se em um dos objetivos estratégico no período de 2016-2017 (ver Mapa Estratégico da Secretaria de Saúde disponível na página www.saude.to.gov.br), necessitando estabelecer mecanismos para que a rede assistencial de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar supere o desafio do desenvolvimento e implantação de projetos estratégicos, padronização de ferramentas gerenciais e sistematização de avaliação, objetivando principalmente à constante melhoria de suas unidades assistenciais.

Figura 1 – Modelagem da gestão do sistema estadual de saúde – Tocantins 2016.



O componente hospitalar das redes de atenção a saúde está presente em hospitais regionais (gerenciados pela SES-TO – administração direta), municipais (pequeno porte) e privado contratualizado, com financiamento tripartite (União, Estado e Município). São dezenove os hospitais regionais, localizados em dezesseis cidades distintas, dos quais quatro são unidades que concentram serviços de alta complexidade, sendo eles: o Hospital Geral de Palmas, Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos em Palmas, Hospital Regional de Gurupi e o Hospital Regional de Araguaína.

Quadro 11 – Perfil da Assistência Hospitalar no SUS, Tocantins, 1º Quad. 2016.

Total de Hospital	Nível de Complexidade	Abrangência	Quant. de Leitos	Nível de Gerência
16	Média e Alta Complexidade Regional	Regional	1.445	Estadual
03	Pequeno Porte Regional	Regional		
18	Pequeno Porte - HPP	Municipal	215	Municipal
10	Pequeno Porte	Municipal	377	Municipal
01	Média e Alta Complexidade	Regional	84	Privado/ Filantrópico
Total de 50 Hospitais credenciados no SUS			2.121	

Fonte: MS/CNES - Acesso em junho 2016.

Para financiar os hospitais regionais, o Governo Federal repassa recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde com base em critérios epidemiológicos e remuneratórios pela “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – Tabela SUS”, a qual dificilmente corresponde à realidade, devido a sua desatualização em relação aos reais custos de procedimentos para cada região ou serviços de saúde, pois a tabela é única para o Brasil todo, e se considerados os desafios que oneram muito o custeio das ações de saúde, tais como: dificuldade de acessibilidade geográfica, baixa densidade populacional, escala, alto custo para interiorizações e permanência

de profissionais especializados para os serviços de média e alta complexidade, os quais certamente não são levados em consideração para o cálculo equitativo do preço da referida tabela. Observa-se que a Tabela SUS teve seus preços publicados em Portaria de 1994 com reajuste de procedimentos isoladamente, apenas dos mais defasados da tabela.

A SES-TO aloca recursos do Tesouro Estadual tanto nos 19 hospitais regionais como nos hospitais municipais e privado contratualizado.

No 1º quadrimestre de 2016 foram realizados período foram realizados atendimentos de urgências e emergência nos prontos socorros das unidades hospitalares de porte I, II e III, incluindo obstétrica, cuidados intensivos adulto e pediátricos, bem como intervenções cirúrgicas infantil e adulta de urgências e eletivas. Há necessidade de ampliação e reestruturação física e funcional das unidades hospitalares e ambulatoriais, para que possam atender adequadamente a demanda apresentada, garantindo qualidade e permitindo contínua acessibilidade. Há insuficiência e ausência, em alguns casos, de equipamentos médico hospitalares, principalmente de imagem, tais como endoscópio, ultrassom, tomógrafo, torre urológica, eletroencefalograma e outros, nas unidades hospitalares de Porte II e III, referências em algumas regiões de saúde, o que inviabiliza a assistência, aumentando a demanda nos hospitais de Porte III, bem como manutenção preventiva e corretiva contínua desses equipamentos.

Salientamos, também, a indisponibilidade de serviços terceirizados de apoio à assistência a serem contratualizados, como é o caso dos laboratórios de análise clínicas, principalmente nos municípios mais distantes e menos populosos. Há de se considerar ainda, insuficiente o número de médicos especialistas, tais como: neurologistas, ginecologistas/obstetras, pediatras, cirurgiões, urologistas, nefrologistas, endocrinologistas, gastropediatras e outros para atender a demanda de média/alta complexidade.

Quadro 12 – Produção ambulatorial apresentada nos Hospitais Regionais – Jan./Abr. 2016.

ORD	HOSPITAL	Finalidade Diagnóstica	Finalidade Clínica	Finalidade Cirúrgica	TOTAL
		GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	
1	HOSPITAL GERAL DE PALMAS	130.959	40.859	319	172.137
2	HOSP REG DE ARAGUAINA	124.078	35.993	501	160.572
3	HOSP REG DE AUGUSTINOPOLIS	24.990	52.787	502	78.279
4	HOSP REG DE PORTO NACIONAL	1.375	75.276	1.393	78.044
5	HOSP REG DE PARAISO	34.545	32.441	1.083	68.069
6	HOSPITAL DONA REGINA	25.815	26.317	1	52.133
7	HOSP REG DE MIRACEMA	8.812	38.438	4	47.254
8	HOSP REG DE GURUPI	22.937	22.914	204	46.055
9	HOSP REG DE PEDRO AFONSO	9.861	32.992	235	43.088
10	HOSPITAL DE DOENCAS TROPICAIS	21.873	19.535	100	41.508
11	HOSP REG DE GUARAI	11.258	28.689	108	40.055
12	HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIA DEDE	1.863	32.254	-	34.117
13	HOSPITAL INFANTIL DE PALMAS	13.500	15.372	152	29.024
14	HOSP REG DE ARAGUACU	1.222	21.943	504	23.669
15	HOSPITAL DE PEQ. PORTE DE ALVORADA	61	17.904	185	18.150
16	HOSP REG DE ARRAIAS	1.583	15.623	-	17.206
17	HOSP REG DE DIANOPOLIS	4.009	7.450	3	11.462
18	HOSP REG DE ARAPOEMA	732	9.790	227	10.749
19	HOSPITAL DE XAMBIOA	1.402	8.193	86	9.681
	Total	440.875	534.770	5.607	981.252

Fonte: SIA – SUS consulta em 29/06/2016.

Quadro 13 – Internação hospitalar apresentada nos Hospitais Regionais – Jan./Abr. 2016.

ORD.	HOSPITAL	Finalidade Diagnóstica	Finalidade Clínica	Finalidade Cirúrgica	Transplante	TOTAL
		GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	GRUPO-05	
1	HOSPITAL GERAL DE PALMAS	17	1.228	2.352	3	3.600
2	HOSPITAL DONA REGINA	0	1.956	1.446	0	3.402
3	HOSP REG DE ARAGUAINA	0	1.828	1.044	0	2.872
4	HOSP REG DE GURUPI	2	1.066	1.113	0	2.181
5	HOSP REG DE AUGUSTINOPOLIS	0	1.023	902	0	1.925
6	HOSP REG DE PORTO NACIONAL	0	473	437	0	910
7	HOSP INFANTIL DE PALMAS	0	784	123	0	907
8	HOSP TIA DEDE	0	512	285	0	797
9	HOSP REG DE PARAISO	0	302	410	0	712
10	HOSP REG DE GUARAI	0	310	359	0	669
11	HOSP REG DE MIRACEMA	0	411	205	0	616
12	HOSP REG DE PEDRO AFONSO	0	333	185	0	518
13	HOSP DE DOENCAS TROPICAIS-HDT	0	438	0	0	438
14	HOSP REG DE ARAGUACU	0	324	18	0	342
15	HOSP REG ALVORADA (HPP)	0	313	0	0	313
16	HOSP DE XAMBIOA	0	297	2	0	299
17	HOSP REG DE ARAPOEMA	0	150	3	0	153
18	HOSP REG DE DIANOPOLIS	0	50	47	0	97
19	HOSP REG DE ARRAIAS	0	33	38	0	71
	Total	19	11.831	8.969	3	20.822

Fonte: SIH – SUS consulta em 29/06/2016.

Quadro 14 – Produção ambulatorial apresentada nos Hospitais Municipais – Jan./Abr. 2016.

ORD.	HOSPITAL	Finalidade Diagnóstica	Finalidade Clínica	Finalidade Cirúrgica	TOTAL
		GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	
1	HPP SENHORA SANTANA SILVANOPOLIS	261	247.501	572	248.334
2	HPP DE MONTE DO CARMO	4.627	117.055	999	122.681
3	HOSP MUN JOSE SABOIA TOCANTINOPOLIS	26.002	73.329	748	100.079
4	HOSP MUN DE COLINAS	42.380	21.772	1.238	65.390
5	HPP DE DIVINOPOLIS	2.393	29.679	865	32.937
6	HPP ELIAS DIAS BARBOSA COLMEIA	5.762	23.807	462	30.031
7	HOSP MUN HERMINIO AZEVEDO SOARES	4.216	20.895	645	25.756
8	HOSP MUN TIA JUNIETA	1.513	15.445	966	17.924
9	HOSP MUN FRANCISCO MACEDO PALMEIROPOLIS	760	13.762	1.112	15.634
10	HOSP MUN NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	10.122	4.715	122	14.959
11	HOSP MUN DE MIRANORTE	430	13.643	194	14.267
12	HPP DE GOIATINS	7.182	3.980	110	11.272
13	HOSPITAL MUN SAO JOAO BATISTA TAGUATINGA	2.383	8.245	56	10.684
14	HPP NOSSA SENHORA APARECIDA ANANAS	6.377	3.316	352	10.045
15	HPP FRANCISCO O NEGRE BREJINHO	4.590	5.367	-	9.957
16	HPP NSA SRA P SOCORRO CRISTALANDIA	118	9.614	152	9.884
17	HPP DE NAZARE TO	210	8.833	813	9.856
18	HPP ANTONIO R DE ARAUJO DUERE	450	7.093	491	8.034
19	HPP DE PONTE ALTA DO TOCANTINS	-	7.359	312	7.671
20	HPP B B BARROS LAGOA DA CONFUSAO	2.505	4.053	-	6.558
21	HPP NESTOR DA SILVA AGUIAR PIUM	2.884	3.566	38	6.488
22	HPP DR FRED NUNES DA SILVA NATIVIDADE	212	4.510	768	5.490
23	HPP DE ARAGUACEMA	1.288	774	43	2.105
24	HPP DE PINDORAMA	-	1.449	-	1.449
25	HOSPITAL MUN DE ARAGUAINA	16	542	-	558
26	HPP DR OSTILIO A ARAUJO DE ARAGUATINS	-	-	138	138
	Total	126.681	650.304	11.196	788.181

Fonte: SIA – SUS consulta em 29/06/2016.

Quadro 15 – Internação hospitalar apresentada nos Hospitais Municipais Jan./Abr. 2016.

ORD.	HOSPITAL	GRUPO-03	GRUPO-04	TOTAL
1	HOSP MUN DE COLINAS	471	204	675
2	HOSP MUN DE ARAGUAINA	567	78	645
3	HOSP MUN JOSE SABOIA TOCANTINOPOLIS	373	65	438
4	HPP NESTOR DA SILVA AGUIAR PIUM	165	0	165
5	HOSP MUN SAO JOAO BATISTA TAGUATINGA	73	70	143
6	HOSP MUN NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	103	0	103
7	HPP DE ARAGUACEMA	93	9	102
8	HPP DE GOIATINS	97	0	97
9	HPP DR OSTILIO A ARAUJO DE ARAGUATINS	80	0	80
10	HOSP MUN DE MIRANORTE	79	0	79
11	HPP ELIAS DIAS BARBOSA COLMEIA	65	0	65
12	HPP B B BARROS LAGOA DA CONFUSAO	59	0	59
13	HPP NOSSA SENHORA APARECIDA ANANAS	54	0	54
14	HOSP MUN TIA JUNIETA - PARANA	34	0	34
15	HPP NSA SRA P SOCORRO CRISTALANDIA	28	0	28
16	HPP SENHORA SANTANA SILVANOPOLIS	24	0	24
17	HPP HPP DE NAZARE TO	14	0	14
18	HPP FRANCISCO O NEGRE BREJINHO	7	0	7
19	HPP DE DIVINOPOLIS	4	0	4
20	HPP DR FRED NUNES DA SILVA NATIVIDADE	4	0	4
21	HOSP MUN FRANCISCO MACEDO PALMEIROPOLIS	4	0	4
Total		2.398	426	2.824

Fonte: SIH – SUS consulta em 29/06/2016.

Quadro 16 – Produção ambulatorial apresentada em Hospital Privado sem Fins Lucrativos - jan./abr. 2016

HOSPITAL	Finalidade Diagnóstica	Finalidade Clínica	TOTAL
	GRUPO-02	GRUPO-03	
HOSPITAL DOM ORIONE DE ARAGUAINA	21.324	8.036	9.360

Fonte: SIA – SUS consulta em 29/06/2016.

Quadro 17 – Produção hospitalar apresentada em Hospital Privado sem fins lucrativos – Jan./Abr. 2016.

HOSPITAL	Finalidade Clínica	Finalidade Cirúrgica	TOTAL
	GRUPO-03	GRUPO-04	
HOSPITAL DOM ORIONE DE ARAGUAINA	1.404	1.191	2.595

Fonte: SIH – SUS consulta em 29/06/2016.

Quadro 18 – Quadro comparativo da produção ambulatorial e hospitalar – Jan./Abr. 2016.

PRODUÇÃO DOS HOSPITAIS	TOTAL			TIPO DE PROCEDIMENTO					
	HOSPITAL	LEITO	%	AMBULATORIAL		HOSPITALAR		TOTAL	
				Quant. Apresentada	%	Quant. Apresentada	%	Quant.	%
PÚBLICA ESTADUAL	19	1.445	68%	981.252	55%	20.822	79%	1.002.074	56%
PÚBLICA MUNICIPAL	28	592	28%	788.181	44%	2.824	11%	791.005	44%
PRIVADO	1	84	4%	9.360	1%	2.595	10%	11.955	1%
TOTAL	48	2.121	100%	1.778.793	100%	26.241	100%	1.805.034	100%

Fonte: SIA/ SIH – SUS consulta em 29/06/2016.

Quadro 19 – Produção de Hemodiálise (ambulatorial) em Araguaína - privado sem fins lucrativos - Jan./Abr. 2016.

UNIDADE DE SAÚDE	GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	GRUPO-07	Total
INSTITUTO DE DOENÇAS RENAIS DO TOCANTINS DE ARAGUAINA	7.152	6.657	11	118	13.938

Fonte: SIA – SUS consulta em 29/06/2016.

Quadro 20 – Produção de Hemodiálise (ambulatorial) em Palmas - privado sem fins lucrativos - Jan./Abr. 2016.

UNIDADE DE SAÚDE	GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	GRUPO-05	GRUPO-07	Total
FUNDAÇÃO PRO RIM PALMAS	11.333	10.317	91	106	252	22.099

Fonte: SIA – SUS consulta em 29/06/2016.

Quadro 21 – Produção de Hemodiálise (Ambulatorial) em Gurupi - privado sem fins lucrativos - Jan./Abr. 2016.

UNIDADE DE SAÚDE	GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	GRUPO-05	GRUPO-07	Total
FUNDAÇÃO PRO RIM GURUPI	6.363	5.779	33	4	79	12.258

Fonte: SIA – SUS consulta em 29/06/2016.

Quadro 22 – Internação em UTI – Unidades de Tratamento Intensivo nos hospitais privados contratualizados - Jan./Mar. 2016.

UTI CONTRATADA	PACIENTES/MÊS				
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	TOTAL
Cristo Rei – UTI Pediátrica	11	6	4	4	25
Cristo Rei – UTI Neonatal	10	6	1	0	17
IOP Intensecare - UTI Adulto	20	20	20	18	78
Oswaldo Cruz - UTI Pediátrico	8	16	9	10	43
IOP Intensecare - UTI NEONATAL	12	10	11	13	46
TOTAL	61	58	45	45	209

Fonte: SIH – SUS.

3.2.5. Rede Cegonha

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes, quais sejam: (1) Pré-Natal (2) Parto e Nascimento (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança (4) Sistema Logístico - Transporte Sanitário e Regulação.

O recurso financeiro para implantação e implementação das ações da rede cegonha referente ao componente pré-natal e puerpério e atenção integral a saúde da criança é repassado pelo MS diretamente para os municípios.

Atividades Realizadas pela Rede Cegonha

- Reunião do Grupo técnico da Rede Cegonha conforme prevê a Portaria Nº 1459 de 2011
- Reunião para implantação do acolhimento e classificação de risco no Hospital Regional de Augustinópolis, conforme prevê a Portaria Nº 1459 de 2011;
- Participação na elaboração do Plano de Ação da Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, em atenção ao relatório de demanda judicial, a qual apresenta ações para as não conformidades nas maternidades do Estado.
- Reunião para avaliação das atividades de controle do zika vírus no estado, junto ao Ministério da Saúde;
- Elaboração das Ações dos indicadores no SISPACTO a serem pactuadas com os municípios;
- Visita técnica da comissão de análise do convênio do Hospital e Maternidade Dom Orione para análise dos indicadores;
- Realização do seminário aprimoramento da atuação da enfermagem obstétrica;
- Parceria na Cooperação técnica às maternidades na atenção perinatal humanizada;
- Participação da Reunião do Comitê de Aleitamento Materno e Comitê de Atenção ao Parto e Nascimento do HMDR;
- Apoio na Oficina do Centro de Apoio do HMDR e Oficina de Abortamento junto ao MS.

A Rede Cegonha está intimamente relacionada com os resultados das ações das áreas técnicas de saúde da mulher, criança, vigilância do óbito, DST/AIDS e das ações realizada pelos hospitais no quesito parto e nascimento. Para alcance do objetivo proposto, a iniciativa fortalecimento da rede cegonha é estratégica, pois visa à integração das ações das diversas áreas, fomentando as atividades pautadas nas legislações e com abrangência na atenção primária, média e alta complexidade, buscando assim a garantia da melhoria do serviço prestado aos usuários do SUS.

O alcance das metas tem sido possível devido : A construção de protocolos de forma integrada com as áreas afins, participação de reuniões para discutir propostas de reativação de colegiados, programação de oficinas e seminários com intuito de aprimoramento dos profissionais do serviço, articulação com outras áreas para desenvolvimento de ações de cooperação técnica aos hospitais, o acompanhamento dos processos de compra para aquisição de equipamentos, reforma das maternidades e construção dos Centros de Parto Normal e parceria com Ministério da Saúde nas diversas ações e na revisão do plano de ação da rede cegonha.

Percebe-se que, foi possível integrar diversas áreas técnicas como saúde da criança, mulher, DST/AIDS, vigilância do óbito, urgência e emergência, regulação, humanização e hospitais nas discussões e elaboração de atividades conjuntas. Houve um grande avanço nas discussões nesse período, mesmo com as dificuldades de agendas, e as grandes demandas dos processos de trabalho do dia-a-dia. Outro entrave é a insuficiência de profissionais nas áreas técnicas o que dificulta a execução do volume de atividades programadas.

O desafio de integrar as áreas técnicas e as redes de atenção ainda permanece como necessário e importante, principalmente para elaboração e execução de ações conjuntas, otimizando recursos humanos e financeiros e somando forças e competências, para organização dos serviços.

No primeiro quadrimestre de 2016 só foi possível ter acesso aos dados do número de partos via sistema DATASUS dos meses de janeiro a fevereiro, sendo estes o que se encontravam fechados. Nos meses de janeiro a fevereiro de 2016 foi registrado no DATASUS/MS

3.218 partos realizados no Estado do Tocantins, sendo destes 1.709 parto normal e 1.509 parto cesáreo. Esses números representam percentual de **53.1% de parto normal e 46.9% de parto cesáreo.**

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) ocorreram no ano de 2014, 14 óbitos maternos, no ano de 2015 ocorreram 15 óbitos materno, um aumento de 6,2% em relação ao ano de 2014. No ano de 2016 constam no sistema 05 óbitos, conforme dados parciais do dia 11/05/2016.

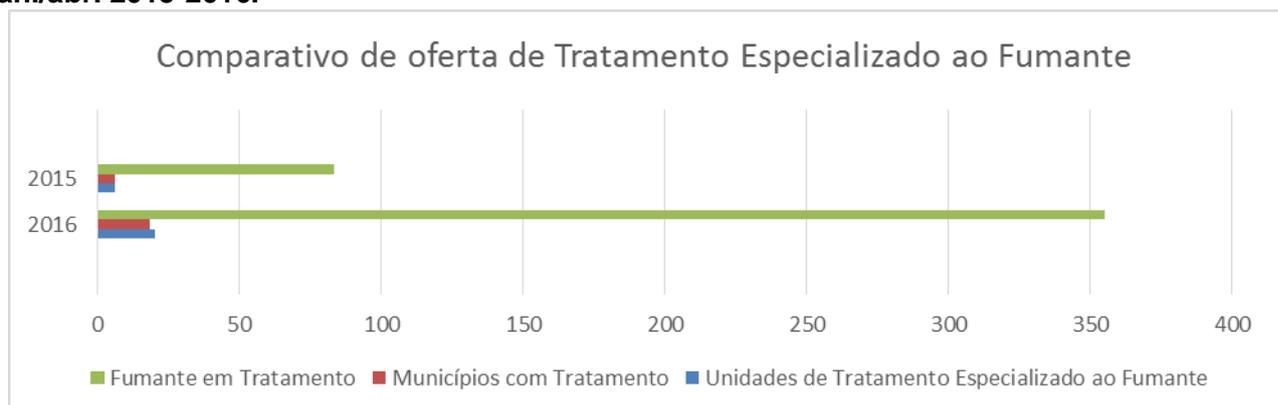
3.2.6. Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

O Controle de uso do tabaco consiste de ações de prevenção através de programa de abordagem e tratamento do tabagista dispondo ao mesmo acompanhamento ambulatorial com consultas individuais, grupo e apoio medicamentoso.

No primeiro quadrimestre de 2016 as ações no que concerne a Promoção da Saúde e Implantação das Unidades de Tratamento ao Fumante envolveram atividades de apoio matricial e formação de equipes multiprofissionais aos seguintes e serviços:

- Apoio Matricial e Visita Técnica: Peixe na gestão municipal e 01 unidade de saúde; Gurupi na gestão municipal e 05 unidades de saúde; Porto Nacional na gestão municipal e 02 unidades de saúde especializadas;
- Formação para Tratamento ao Fumante: 31 profissionais de saúde de Porto Nacional e Ponte Alta do Tocantins de unidades ambulatoriais e unidades de saúde da família.

Gráfico 7 – Comparativo de oferta de tratamento especializado ao fumante, Tocantins, jan./abr. 2015-2016.



Fonte: FORMSUS – INCA abril/2015 e abril/2016

Como resultado imediato das ações da área técnica, em parceria com os municípios do Estado do Tocantins, num comparativo entre primeiro quadrimestre de 2015 e primeiro quadrimestre de 2016 evidenciamos:

Quadro 23 – Situação do tratamento ao fumante, 1º Quad. 2015-2016.

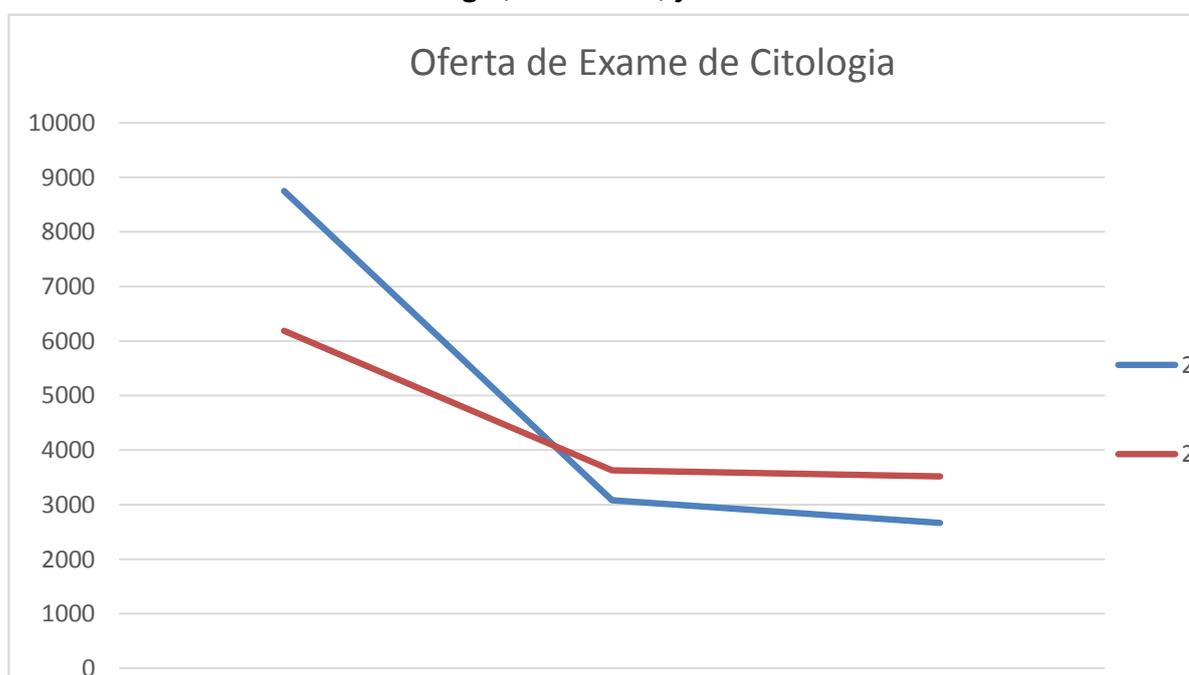
SERVIÇO	1º Quad. 2015	1º Quad. 2016	Crescimento
Municípios com tratamento	6	18	200%
Unidade de Tratamento Especializado ao Fumante	6	20	233%
Fumante com oferta de tratamento	83	355	328%

Fonte: SES-TO, Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde

Como desafio para a Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins permanece a ampliação da rede assistencial e implantação de unidade de tratamento nas 08 regiões de saúde do Estado.

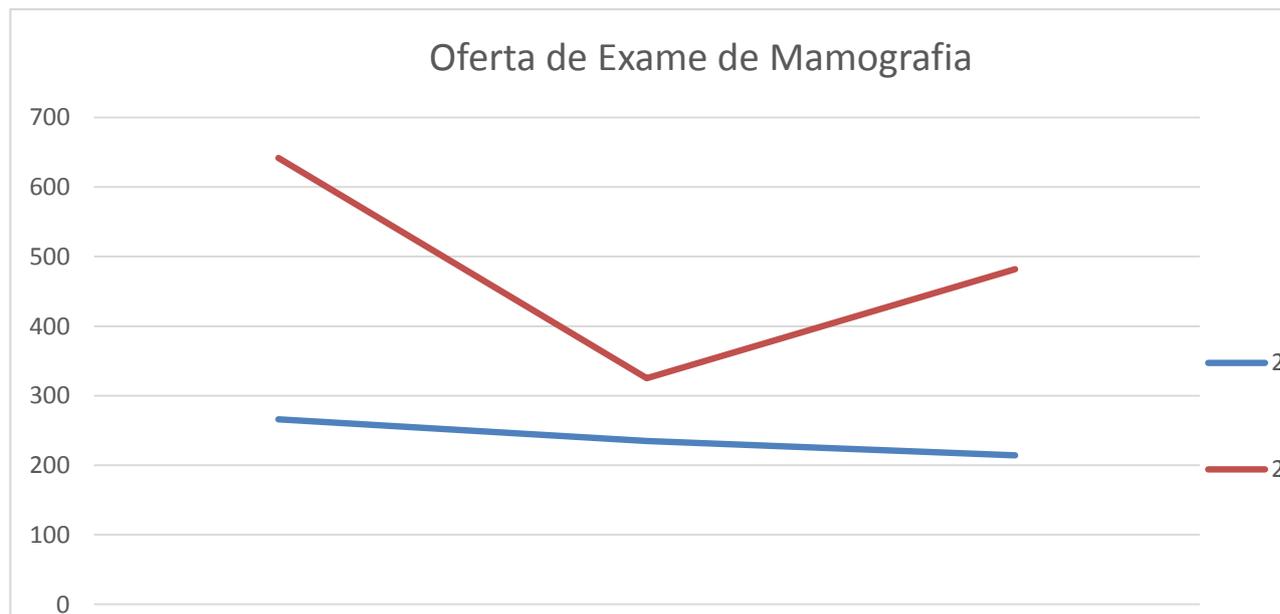
Atenção à saúde aos usuários da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer

Foi desenvolvido neste eixo pela área técnica ações de apoio matricial às secretarias municipais de saúde, unidades básicas de saúde e atenção especializada para o desenvolvimento da atenção à saúde da população tocantinense com vistas à detecção precoce, diagnóstico e tratamento do câncer. Ressalta-se aqui as prevenções do câncer de colo de útero e mama os quais consistem ainda nas maiores incidências de câncer conforme boletim epidemiológico do INCA.

Gráfico 8 – Oferta de exame de citologia, Tocantins, jan./mar. 2015-2016.

Fonte SIA/SUS Acessado em: 24/05/2016

Ressalta-se que a oferta de citologia evidencia-se maior no meses de janeiro de cada ano em decorrência do acúmulo de exames coletados ao final de cada exercício anterior em razão do outubro rosa. Porém cabe ressaltar que com a implementação do rastreamento organizado no Estado do Tocantins a tendência desejada é a frequência média estendida ao longo do ano, com poucas variações de picos de oferta.

Gráfico 9 – Oferta de exame de mamografia, Tocantins, jan./mar. 2015-2016.

Fonte SIA/SUS Acessado em:24/05/2016

No que se refere a oferta de exame de mamografia o Estado apresenta um quadro de recuperação da oferta porém ainda há necessidade de garantia da oferta de forma média estendida ao longo do ano, e este fator possui influência direta da demanda de manutenção dos serviços fixos de mamografia do Estado.

As ações de alta complexidade estão em processo de análise dos processos de trabalho de registro dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares da unidade, não possuindo neste primeiro quadrimestre dados consolidados e validados em decorrência em inconsistências de registro.

Porém cabe ressaltar que os procedimentos em oncologia na atenção terciária se dão nas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, e estas estão situadas: no Hospital Geral de Palmas com serviços especializados em diagnóstico diferencial, cirurgia oncológica, oncologia clínica, quimioterapia, e consulta especializada em radioterapia responsável inicialmente pelos atendimentos da região centro macro sul; e no Hospital Regional de Araguaína com serviços especializados em diagnóstico diferencial, cirurgia oncológica, oncologia clínica, quimioterapia, e consulta especializada em radioterapia. Atualmente os casos de radioterapia são encaminhados para serviço contratualizado em Imperatriz-MA.

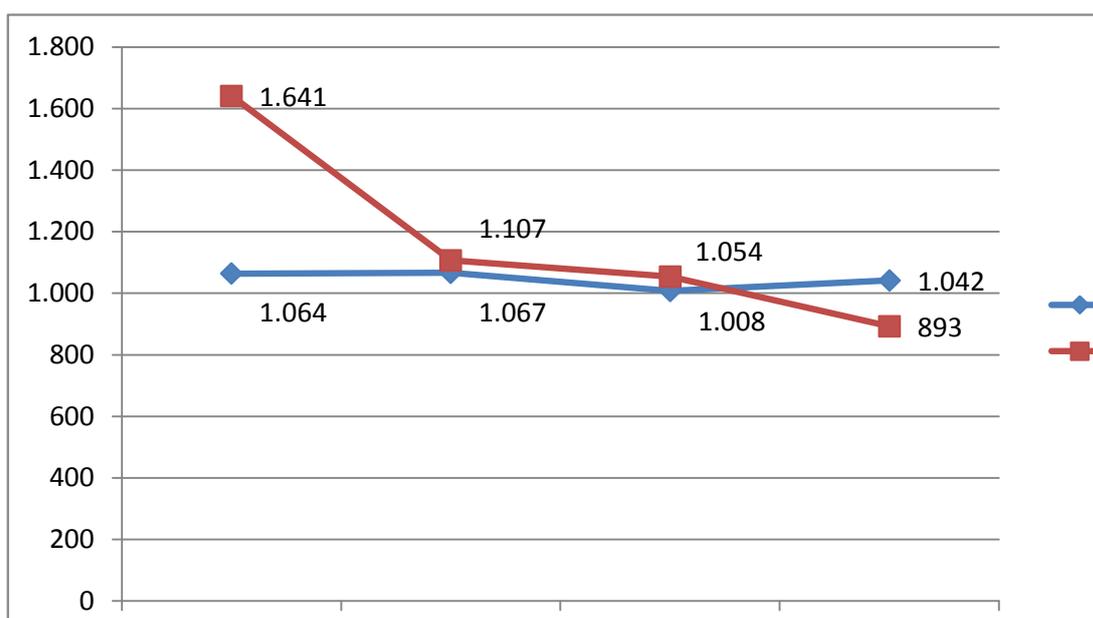
Pela legislação vigente faz-se relevante destacar a garantia do acesso ao tratamento pós diagnóstico e para esta questão destacamos abaixo os atendimentos em oncologia clínica, desta forma observamos no quadro abaixo no comparativo entre os quatro primeiros meses de 2015 e 2016 que foram registradas no SIH e SIA do HGP e HRA os seguintes dados:

Quadro 24 – Procedimentos em Oncologia Clínica/Quimioterapia no HGP e HRA, Tocantins, 1º quad. de 2015-2016.

Mês/Ano/Hospital	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Total 1º Quad	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
HGP	483	475	497	518	484	493	501	423	1965	1909
HRA	581	1166	570	589	524	561	541	470	2216	2786
Total	1064	1641	1067	1107	1008	1054	1042	893	4181	4695

Fonte: SIA/DATASUS 2015 e 2016.

Gráfico 10 – Total de procedimentos em Oncologia Clínica/Quimioterapia, Tocantins, 1º quad. de 2015-2016.



Fonte: SIA/DATASUS 2015 e 2016.

Neste momento podemos preliminarmente inferir que não há grande variação de acesso no primeiro quadrimestre dos dois anos e que o estado vem mantendo as ações de oncologia clínica. Porém o estado vem enveredando esforços no que se refere ao monitoramento e correções do acesso a cirurgias oncológicas.

3.2.7. Atenção à Pessoa com Deficiência

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Quanto a Política Estadual de Saúde Auditiva, a implementação das ações acontecem através do CEDRAU – Centro Estadual de Diagnóstico e Reabilitação Auditiva, CER II APAE Colinas e Serviços de triagem auditiva neonatal (Hospital e Maternidade Dona Regina, Hospital Dom Orine, CEDRAU)

- **CEDRAU e CER II APAE Colinas** - oferece atendimentos em fonoaudiologia, psicologia, serviço social e otorrinolaringologia às pessoas com deficiência auditiva e/ou às pessoas com suspeita de tal deficiência, realizando procedimentos de diagnóstico audiológico (audiometria, imitanciometria, emissões otoacústicas e potencial evocado auditivo de tronco encefálico), seleção de AASI (aparelhos auditivos de amplificação sonora individual), concessão de AASI, reabilitação de usuários de AASI e/ou implante coclear, acompanhamento de pacientes usuários de AASI e/ou de pacientes que possuem afecções otológicas.
- **Triagem Auditiva Neonatal** – oferece atendimento aos bebês com fatores de risco e/ou suspeita de deficiência auditiva, encaminhando-o ao CEDRAU ou ao CER II APAE Colinas possibilitando o diagnóstico e as intervenções precoces.

DEFICIÊNCIA FÍSICA

- **INTERMUNICIPAIS** - são unidades ambulatoriais destinadas a atender pessoas com deficiências motoras, se constituindo na primeira referência de atenção as pessoas com deficiências físicas. Estas unidades estão localizadas nos municípios de Araguaína, Arraias, Augustinópolis, Colinas do Tocantins, Dianópolis, Gurupi, Miracema, Porto Nacional e Paraíso.
- **SERVIÇO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO FÍSICA** – estão localizados no município de Araguaína e Porto Nacional. São responsáveis pelo atendimento às pessoas com limitações ou deficiências físicas que necessitam de atenção especializada em reabilitação, tais como: consulta, avaliação, diagnóstico, terapias, a indicação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção, os quais, serão adquiridos e concedidos pelo Estado. Dispõem de equipe multiprofissional.
- **CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO FÍSICA E INTELLECTUAL – CER II** – este se localiza no município de Palmas. Visa à reabilitação das pessoas com deficiência física e intelectual, com finalidade de promover a inclusão social através da garantia de um atendimento de saúde de qualidade e com o máximo de eficiência. Dispõem de equipe multiprofissional composta por enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ortopedista, médico neurologista, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista e psicólogo. Realiza consulta, avaliação, diagnóstico, terapias, a indicação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção, os quais, serão adquiridos e concedidos pelo Estado.

DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

- **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE** - foram credenciadas/convênio para prestar atendimento ao deficiente mental/intelectual e autista as APAES de: Araguatins, Araguaína, Alvorada, Barrolândia, Colméia, Guaraí, Miranorte, Miracema, Nova Olinda, Paraíso e Porto Nacional. Essas são responsáveis por atendimento especializado em reabilitação intelectual e autismo (avaliação, diagnóstico, estimulação neurossensorial e terapias).

- **CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II Palmas e CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II APAE COLINAS** – Visa à reabilitação das pessoas com deficiência intelectual, com finalidade de promover a inclusão social através da garantia de um atendimento de saúde de qualidade e com o máximo de eficiência. Dispõem de equipe multiprofissional. Realiza consulta, avaliação, diagnóstico, terapias, a indicação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção, os quais, serão adquiridos e concedidos pelo Estado.

OSTOMIZADOS

Os serviços de ostomia funcionam nos Serviços Especializados em Reabilitação Física de (Araguaína e Porto Nacional) e no Centro Especializado em Reabilitação física e Intelectual CER II Palmas, estes realizam o atendimento as pessoas ostomizadas (colostomia e urostomia) e são responsáveis por orientar, acompanhar, indicar e conceder bolsas coletoras e barreiras protetoras.

Quadro 25 – Produção ambulatorial dos Centros e Serviços Especializados em Reabilitação no 1º quad. de 2016.

Estabelecimento de Saúde	Janeiro a abril de 2016 (1º Quadrimestre)		
	Nº de atendimentos	Nº de OPMAL e bolsas coletoras*	Nº procedimentos
Centro Especializado em Reabilitação - Palmas	2.698	2.266	4.964
Centro Especializado em Reabilitação - APAE Colinas	8.655	84	8.739
Serviço Especializado em Reabilitação - Porto Nacional	9.646	167	9.813
Serviço Especializado em Reabilitação - Araguaína	4.091	2.047	6.138
CEDRAU	1.688	00	1.688
Total dos serviços	26.778	4.564	31.342

Fonte: (SIA) / SUS/ DATASUS/ MS. Jan./Abr. 2016. Elaborado pela SES-TO.

Quadro 26 – Número de usuários atendidos por tipo de reabilitação, Tocantins, 1º quad. de 2016.

Reabilitação	Nº de usuários atendidos de janeiro a abril de 2016		
	CER II - Apae Colinas	CER II - Palmas	
Intelectual	658	223	
	CER II - Apae Colinas	CEDRAU	
Auditivo	271	974	
	CER II - Palmas	SER Araguaína	SER Porto Nacional
Físico	792	1.061	1.080

Fonte: (SIA) / SUS/ DATASUS/ MS. Jan./Abr. 2016. Elaborado pela SES-TO.

Os dados sobre OPMAL e bolsas coletoras expressos nos quadros acima foram retirados do Sistema de Informação Ambulatorial, e os dados dos números de usuários atendidos e número

de atendimentos prestados pelos Serviços e Centros Especializados em Reabilitação foram utilizados do Relatório de Produção Mensal alimentado pelo supervisor e enviado a esta gerência.

Os números de atendimentos disponíveis nos quadros acima se referem às consultas, reabilitações, exames, entre outros atendimentos assistenciais prestado ao usuário e familiares. Os dados numéricos de OPMAL e insumos referem-se a solicitações apresentadas de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, bolsas coletoras e barreiras protetoras de pele. Já o quantitativo dos procedimentos é a soma dos atendimentos e das solicitações de OPMAL e insumos.

3.2.8. Assistência Hemoterápica e Hematológica

Sobre a produção ambulatorial da Hemorrede destaca-se que os exames ambulatoriais são realizados apenas no Ambulatório Anexo-HGP, no Hemocentro Regional de Araguaína (Ambulatório de Hematologia) realiza apenas consulta hematológica. O atendimento odontológico teve início em 2014 sendo realizado apenas no Ambulatório Anexo-HGP.

Quadro 27 – Produção de Serviços Hematológicos, 1º quad. de 2016.

PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HEMATOLÓGICOS	1º QUAD 2016
Consultas Hematológicas	817
Exames Realizados	1.331
Coletas por Aférese	99
Equipes Multiprofissionais (Psicológico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Serviço Social, Pediatra, Clínico Geral e Odontologia)	1.720

Fonte: Hemocentro Coordenador. Jan. a Abril (dados parciais).

Quadro 28 – Produção de Serviços de Hemoterapia, 1º quad. de 2016.

PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA	1º QUAD 2016
Total de Doadores	10.521
Total Aptos a Doação	7.595
Total Inaptos a Doação	2.926
Bolsas de Sangue Coletadas	7.287
Cadastrados de Doação de Medula Óssea	1.029
Hemocomponentes Produzidos	18.608
Exames Sorológicos	58.255
Exames de Imunohematologia	*25.439
Pesquisa de HBS nos doadores de sangue	* 5.515
Fracionamentos Pediátricos	924
Transfusões de Sangue	7.456

Fonte: Hemocentro Coordenador. Jan. a Abril (*dados parciais).

3.2.9. Aparelhamento dos Pontos da Rede de Atenção a Saúde

No 1º Quadrimestre de 2016 foram adquiridos, recebidos e liquidados os equipamentos/mobiliários elencados no quadro a seguir:

Quadro 29 – Relação dos equipamentos adquiridos para os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, Tocantins, 1º Quad. 2016.

Ponto da Rede de Atenção à Saúde	Município	Equipamento adquirido	Qtd
Hosp. Regional de Porto Nacional	Porto Nacional	Cama Fawler	20
Hosp. Mat. Dona Regina	Palmas	Transdutor Setorial Infantil	01
		Aparelho TENS/FES Portátil	01
Hospital Geral de Palmas		Gravador Telefônico	01
		Doppler Transcraniano	01
		Cama Fawler	20
Hosp. Regional de Guaraí	Guaraí	Cama Elétrica	02
		Incubadora de Transporte Neonatal	02
Hosp. Regional de Araguaína	Araguaína	Cama Fawler	45
Complexo Regulador	Palmas	Box para colchão solteiro	03
Total			96

Fonte: Diretoria Hospitalar – SES-TO.

Dificuldades encontradas para aquisição de móveis e equipamentos hospitalares:

- Processos abertos ainda em tramitação;
- Reduzido número de fornecedores com interesse em participar das cotações de preços, os quais observam os índices de endividamento do Estado;
- Longa permanência dos processos no setor de cotações (alguns processos ultrapassam a marca de 100 (cem) dias neste setor);
- A aquisição de alguns itens é inviabilizada uma vez que as licitações se apresentam como desertos/fracassados; necessitando abertura de novos processos de aquisição para estes itens. Desta forma, considerando o trâmite legal do processo licitatório, inicia-se novo fluxo para aquisição, o qual apresenta em média um prazo de 180 (cento e oitenta) dias para ser concluído.

A fim de agilizar os trâmites dos processos de aquisições relacionados à **Fonte** 249-Investimentos, a qual representa o maior montante orçamentário da ação 3006, e a consequente execução dos recursos da mesma, sugerimos que seja viabilizada a possibilidade de dispensar a fase de cotação dos itens que compõem as propostas de projetos, os quais são pré-cadastrados junto ao Ministério da Saúde com base na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM), e que contém os preços de referência dos itens, (ver Portaria nº 3.134, de 17 de dezembro de 2013). Sugerimos ainda otimização no fluxo de trabalho envolvendo os processos relacionados às aquisições de forma geral.

3.2.10. Assistência Farmacêutica

- ✓ **Medicamentos:** média do quadrimestre de R\$ 818.238,35
- ✓ Componente especializado: **2.900** usuários atendidos
- ✓ Sentenças Judiciais: **1.300** atendimentos
- ✓ Fórmulas Nutricionais: **60** atendimentos

➤ Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF

No primeiro quadrimestre de 2016 de 5.186 usuários cadastrados no CEAF, 3.378 foram considerados ativos, ou seja, usuários com Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC vigente, dos quais, houve média mensal de 2.900 usuários atendidos no primeiro quadrimestre de 2016.

No âmbito do CEAF, os medicamentos são dispensados para os pacientes que se enquadrarem nos critérios estabelecidos no respectivo Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - PCDT. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os PCDT, também, objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz.

Quadro 30 – Doenças prevalentes do componente especializado da assistência farmacêutica e Medicamento Padronizado, Tocantins, 1º quad. de 2016.

Doença Prevalente – CEAF	Medicamento Padronizado	Total de Pacientes atendidos
Artrite Reumatóide	Adalimumabe 40 mg/ml solução injetável	282
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Formoterol 12 mcg + budesonida 400 mcg	397
Deficiência do hormônio do crescimento	Somatropina de 12 UI solução injetável	275

Fonte: Assistência Farmacêutica, SES-TO.

O medicamento Somatropina, para ser adquirido pela SES-TO, necessita de complementação financeira conforme o quadro abaixo:

Quadro 31 – Comparativo aquisição do medicamento Somatropina, Tocantins, 2016.

Procedimento de Alta Complexidade - Somatropina	Valor (R\$)
Valor Ambulatorial do medicamento Somatropina – financiamento federal	110,76
Valor de aquisição por modalidade de Ata de Registro de Preços	150,00
Valor complementado com recurso do Tesouro Estadual	39,24

Fonte: Assistência Farmacêutica – SES-TO.

Revisão do valor financeiro do procedimento ambulatorial do Anexo IV da Portaria GM/MS nº 1554/2013.

➤ **Sentenças Judiciais**

- 1.300 atendimentos de janeiro a abril de 2016.
- Valor executado no primeiro quadrimestre de 2016: R\$ R\$ 604.028,35.
- Atualmente temos cerca de 600 usuários cadastrados através de sentenças judiciais.

Obs: A insulina é o principal medicamento solicitado via demanda judicial.

➤ **Cooperação Técnica aos Municípios**

- Apoio aos municípios para implantação e utilização do Sistema Hórus ou envio do conjunto de dados por meio do serviço Webservice
- Apoio à implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS
- No primeiro quadrimestre de 2016, 70 municípios utilizaram o sistema HÓRUS para gerenciamento e controle dos medicamentos na farmácia básica.

Obs: A utilização do sistema HÓRUS ou o envio dos dados contribui para a ampliação do acesso aos medicamentos e a qualificação da atenção à saúde prestada à população.

➤ **Fórmulas Nutricionais:**

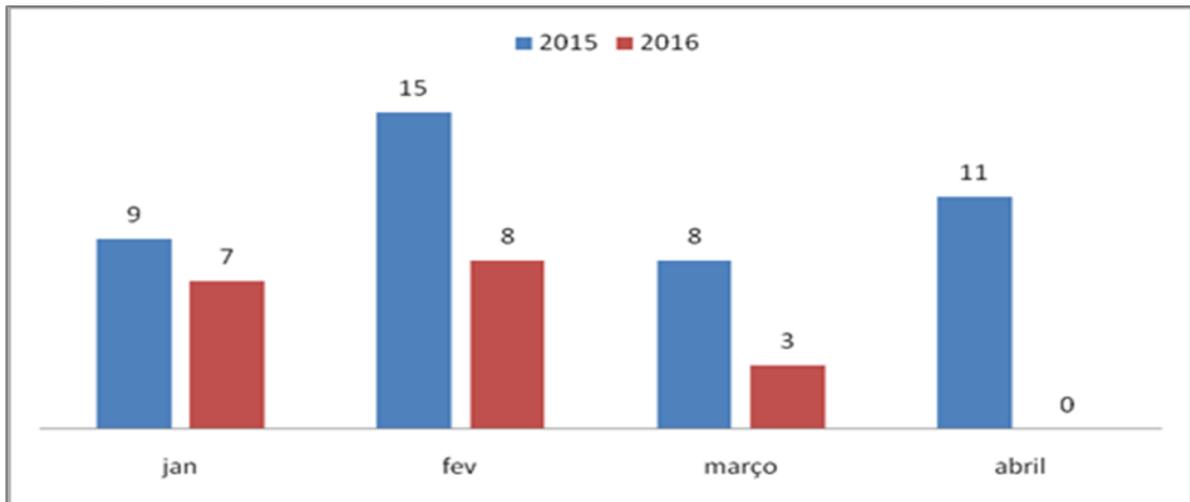
- Valor executado no primeiro quadrimestre de 2016: R\$ 108.110,00.
- 23 tipos de dietas enterais, fórmulas infantis e suplementos atendidos com base nos critérios estabelecidos na Resolução SES-TO nº 315, de 5 de dezembro de 2013 e também por Mandados Judiciais.
- Atualmente temos aproximadamente 360 pacientes cadastrados pela Resolução nº 315 de 05 de Dezembro de 2013 e 137 pacientes cadastrados por demanda judicial, totalizando **497** usuários cadastrados e ativos. De Janeiro a Abril de 2016, aproximadamente 60 usuários foram atendidos de forma parcial, sendo 40 do Programa de dispensa de fórmulas infantis e dietas enterais para tratamento domiciliar e 20 de demanda judicial.

3.3. Vigilância em Saúde

3.3.1. Vigilância das Doenças Transmissíveis, Não Transmissíveis, Vetoriais e Zoonoses

CONTROLE DAS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Gráfico 11 – Comparativo das notificações da AIDS em adulto. Tocantins, Janeiro a Abril 2015 e 2016*.



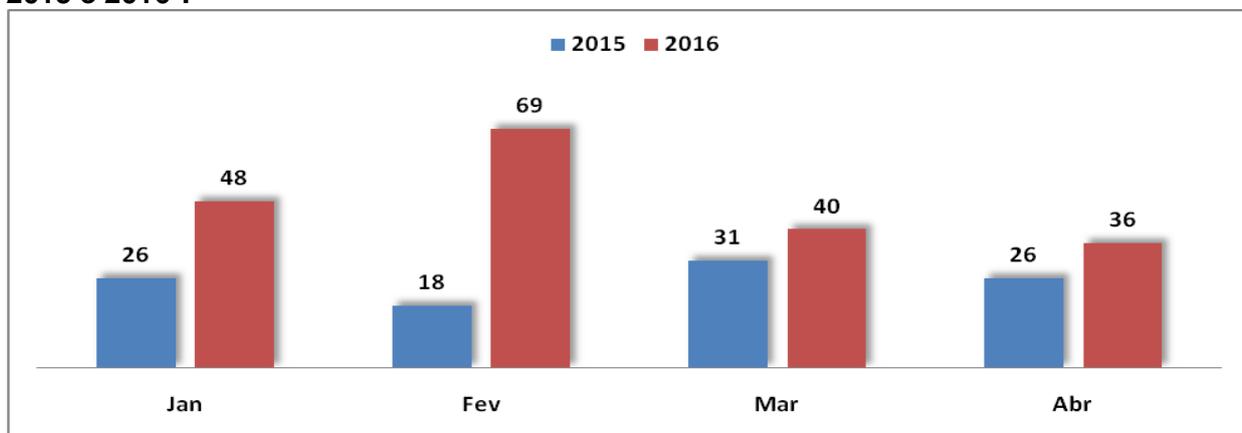
Fonte: SES-TO/SVPPS/Sinan -TO – DST/AIDS e Hepatites Virais/abril/2016

O gráfico acima demonstra que os casos notificados de AIDS em adultos no Tocantins diminuíram de 43 para 18 casos, apontando uma redução de 58% em relação a comparação entre os quadrimestres.

Embora tenha-se intensificado os contatos e cobrança via telefone e mensagens eletrônicas, orientando os serviços a realizarem atividades coletivas, oferta da testagem rápida na rotina e rede cegonha, ainda observamos fragilidade na ampliação da realização dos testes em alguns municípios na população geral.

Quanto aos casos de Aids em menores de cinco anos, no período de janeiro a abril de 2015 foi notificado 01 caso, em residente no Tocantins. Já no mesmo período de 2016, não foram notificados casos de AIDS em menores de 5 anos de idade.

Gráfico 12 – Comparativo das notificações de sífilis adquirida. Tocantins, Janeiro a Abril 2015 e 2016*.



Fonte: SES-TO/SVPPS/Sinan-TO – DST/AIDS e HV/abril-2016

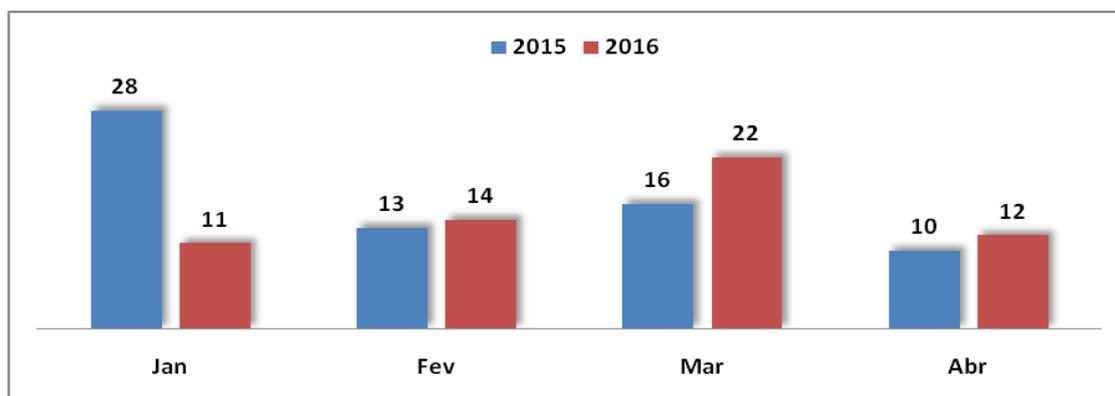
Conforme o gráfico acima, no período de janeiro a abril de 2016, observamos um aumento de 52,3% dos casos de sífilis adquirida (de 101 casos para 193 casos), se comparado ao mesmo período de 2015. A melhoria das ações desenvolvidas no âmbito da vigilância resulta em

um maior número de casos notificados, além do conseqüente aumento no diagnóstico precoce por meio da oferta de testes rápidos nas unidades básicas de saúde (UBS) o que possibilita uma maior acessibilidade da população ao diagnóstico precoce.

Por outro lado vale ressaltar que, a falha no acompanhamento da população em seu território, por meio de medidas de prevenção e reconhecimento do perfil epidemiológico local e dos grupos de risco, podem ter contribuído para o aumento dos casos de sífilis adquirida, e ainda, que esses diagnósticos podem estar ocorrendo após o parto, passando de sífilis em gestante para sífilis adquirida.

Medidas de prevenção dos casos de sífilis são: uso regular de preservativos, redução do número de parceiros sexuais, informações sobre as práticas de sexo seguro, diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros, realização do teste rápido em mulheres com intenção de engravidar e/ou grávidas, tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.

Gráfico 13 – Comparativo das notificações de sífilis congênita. Tocantins, Janeiro a Abril 2015 e 2016*.



Fonte: SES-TO/SVPPS/Sinan-TO – DST/AIDS e HV/Abril-2016

A sífilis congênita é um indicador de qualidade do pré-natal, visto que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada durante a gestação, em duas oportunidades: no primeiro e terceiro trimestre da gravidez.

Este indicador é pactuado com os 139 municípios, representado pelo número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. De janeiro a abril deste ano, foram notificados 59 casos novos, o que equivale a uma queda de 11% em relação ao mesmo período do ano de 2015 (67), apesar da falta da Penicilina Benzatina 1.200.000UI no ano de 2015, devido a não disponibilidade de matéria prima para fabricação deste medicamento. Com a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal, é possível eliminar a sífilis congênita.

Quadro 32 – Comparativo de Distribuição de Insumos de Prevenção entre Estado > Município > População. Tocantins, Janeiro a Abril 2015 e 2016*.

DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS DE PREVENÇÃO ENTRE ESTADO > MUNICÍPIO > POPULAÇÃO

TIPO DE INSUMO DE PREVENÇÃO	1º QUADRIMESTRE 2015		1º QUADRIMESTRE 2016	
	Do Estado para os Municípios	Do Município para população	Do Estado para os Municípios	Do Município para população
Preservativo Feminino	24.388	31.052	57.840	19.346
Preservativo Masculino 49mm	525.024	329.955	0	0
Preservativo Masculino 52 mm	2.122.610	653.070	1.044.288	529.633
Gel	91.400	76.824	168.380	62.210

Fonte: Planilha de Controle de distribuição de insumos de prevenção - GT/DST/AIDS e HV
Relatório emitido em 05/05/2016 *Dados parciais uma vez que o mês de abril não apresenta o banco fechado.

A oferta dos insumos é disponibilizada em todo o Estado para a população em geral, no intuito de quebrar a cadeia de transmissão das DST/HIV/Aids e Hepatites Virais. É extremamente importante que a população seja informada quanto à importância das práticas do sexo seguro, para tanto, é necessário ofertar acesso fácil aos insumos de prevenção, ou seja, neste contexto, as Secretarias Municipais de Saúde/Unidades de Saúde/profissionais de saúde são de fundamental neste processo de mobilização e articulação local.

Os dados apresentados referem-se aos meses de janeiro a abril de 2015 e 2016. Em 2015 somente 33 municípios (23%) entregaram todos os mapas, 102 municípios, ou seja, 74,20% estão sem envio regular de pelo menos 01(um) mapa/mês e 04 municípios (2,8%) não entregaram nenhum mapa durante o ano de 2015 (Bernardo Sayão, Filadélfia, Pindorama, Tupiratins). O mês de abril de 2016 ainda não apresenta o banco fechado, pois os municípios continuam sem enviar os mapas de insumos em tempo hábil, mesmo com todas as abordagens realizadas pela Gerência Estadual.

No início do ano de 2016, o Ministério da Saúde registrou problemas na certificação resultando no atraso do envio dos preservativos de 52 mm aos Estados, o que só foi resolvido em abril, estando agora o estoque de insumos de prevenção da SES-TO normalizado para distribuição a todos os municípios do Estado.

No tocante a camisinha feminina, ocorreu em 2016 um aumento significativo da distribuição aos estados a partir da campanha **“Março das Mulheres, Diferentes Histórias e mesmas lutas”** que o Ministério da Saúde desenvolveu, chamando a atenção para a importância do uso da camisinha feminina. Com o apoio da mídia, realizando um chamamento de massa, facilitou o despertar e a curiosidade pelo insumo (medida também adotada pela Gerência Estadual), que tem motivado ainda mais os municípios a ofertarem a camisinha feminina às mulheres, para que estas conheçam, manuseiem o insumo e usem.

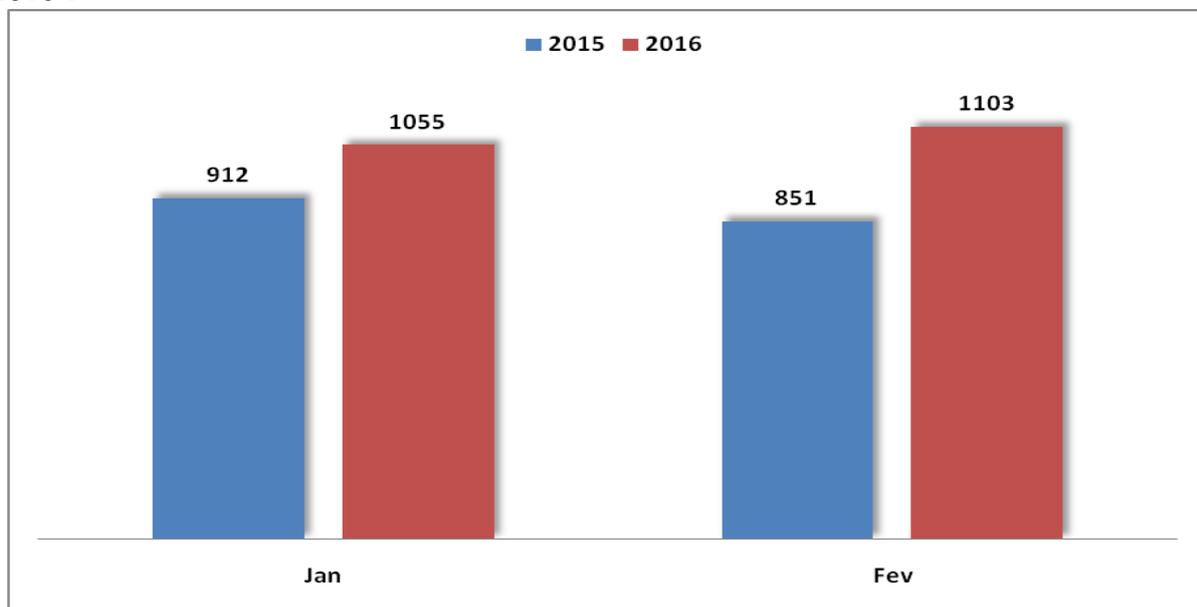
Todos os municípios têm recebido o insumo em quantidade maior e sensibilizados para a dispensação em maior escala, com inserções de ações educativas informativas inclusive quanto ao gel lubrificante, este teve um incremento da distribuição em 2016, fazendo com que a Gerência Estadual amplie a distribuição aos municípios, e estes sendo orientados quanto a importância da ampliação da dispensação e destinação adequada do insumo, sobretudo à população LGBT do Tocantins.

Conforme gráfico 14, no período do mês de janeiro e fevereiro de 2016, foram registradas sorologias para Hepatite C, 2.158 exames (o que representa 16,39% da meta anual que é 13.172 para 2016). No mesmo período do ano anterior, obtivemos registro de 1.763 exames realizados

(15,6%), ou seja, as ações de distribuição de testes rápidos contribuíram fortemente com a melhoria do resultado obtido.

Observamos no Tocantins um grande número de exames para investigação sorológica da hepatite C no banco de dados do SIA, o que não coincide com os casos notificados (suspeitos) de Hepatites Virais (A, B e C), muito superiores aos casos confirmados de Hepatite C registrados no banco de dados do Sinan, principalmente aos que foram publicados pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, a Área Técnica adota como estratégia ações de fortalecimento da vigilância epidemiológica das Hepatites Virais em todo o Estado, através de capacitações de qualificação em vigilância epidemiológica das DST de notificação compulsória, bem como a análise de banco de dados sistemático, com vistas a traçar o perfil epidemiológico e as suas possíveis subnotificações.

Gráfico 14 – Comparativo das sorologias para Hepatites C. Tocantins, Jan./Fev. 2015 e 2016*.

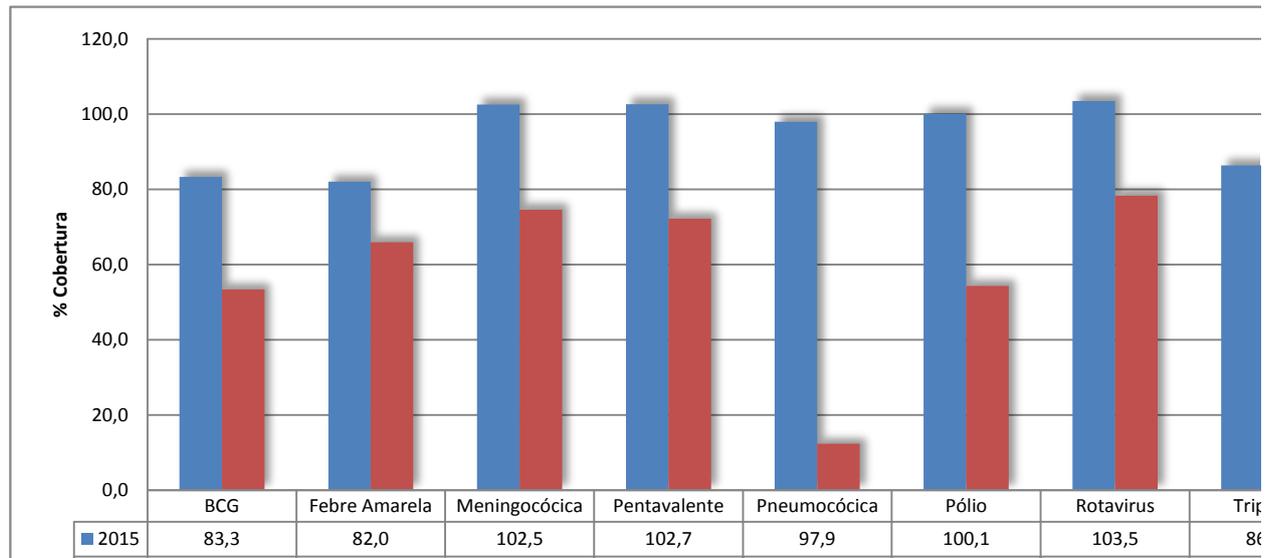


Fonte: SIA/SUS/DATASUS – 06/05/2016

Atualmente o Estado possui 126 municípios com profissionais capacitados para realizarem testes rápidos, no entanto quando avaliamos o SISLOGLAB, observa-se que existe um número importante de municípios que não o atualizam rotineiramente, isso denota que a oferta da testagem não está de acordo com as políticas do MS.

PREVENÇÃO DE AGRAVOS POR AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO

Gráfico 15 – Comparativo das coberturas vacinais, em menores de um e um ano de idade, por imunobiológicos. Tocantins, 1º Quadrimestre 2015 e 2016*.



Fonte: SIPNI/DATASUS *Dados parciais sujeitos a alterações – Processados em 09/05/2016.

Comparando os dados de coberturas vacinais em menores de um ano e um ano de idade, em 2015 e 2016 no período de janeiro a março no estado do Tocantins, no ano anterior foram alcançadas em quatro vacinas 62,5% (Meningocócica, Pentavalente, Pneumocócica, Pólio, Rotavírus) das oito avaliadas. Já em 2016, para as mesmas não foram alcançadas coberturas vacinais em nenhuma vacina no mesmo período.

Atribuímos o não alcance dos índices preconizados a alguns possíveis fatores: Com a mudança do calendário Básico de Vacinação o sistema necessitou passar por algumas adequações e só foi liberado para a digitação na segunda quinzena de fevereiro. O sistema vem apresentando vários erros: vem calculando as coberturas vacinais para algumas vacinas com erro após a mudança do calendário básico de vacinação; vem dando vários erros na base de dados; Houve três mudanças de versão; a falta de alimentação oportuna do SI-PNI pelos municípios (103 municípios não alimentaram regularmente o sistema de informação o que corresponde a 43,50% das salas de vacinas do estado); Erro de registro por parte de alguns municípios; alta rotatividade dos digitadores e técnicos das salas de vacina nos municípios, não realização sistemática da busca ativa de faltosos pelos municípios; a baixa adesão dos municípios as capacitações oferecidas pela Secretaria de Estado através da Gerência de Imunização.

Ressalta-se que, estes dados de 2016 são parciais e referem-se aos meses de janeiro a março, pois o sistema é alimentado até o 10º dia útil do mês posterior e que para o ano de 2015 os dados foram atualizados e revisados. Os dados mostram a necessidade de intensificação das ações de vacinação para melhorar as CV para todas as vacinas, propiciando proteção contra as doenças imunopreveníveis. A execução da vacinação é atribuição do município de acordo com a Portaria MS Nº1378 de 09 de julho de 2013 que Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Quadro 33 – Homogeneidade das Coberturas Vacinais, em menores de um e um ano de idade, por tipo de vacina. Tocantins, 1º Quadrimestre 2015 e 2016*.

Vacina	Meta de cobertura de vacinação	% de municípios com CV adequada	
		2015	2016
BCG	≥90%	37,41	↓ 14,38
Meningocócica Conjugada C	≥95%	61,87	↓ 36,69
Pentavalente	≥95%	64,74	↓ 35,97
Pneumocócica Conjugada 10v	≥95%	57,55	↓ 2,15
Pólio	≥95%	62,58	↓ 23,02
Rotavírus	≥90%	65,46	↓ 44,60
Febre Amarela	100%	38,12	↓ 32,37
Tríplice	≥95%	41,00	↓ 36,69

Fonte: SIPNI/DATASUS *Dados parciais sujeitos a alterações – Processados em 09/05/2016.

A homogeneidade é um importante indicador de desempenho do Programa Nacional de Imunizações e se caracteriza pela obtenção da cobertura mínima preconizada para cada vacina em 70% ou mais dos municípios do estado que conseguiram atingir o índice para o conjunto de vacinas.

Para o indicador *coberturas vacinais/Homogeneidade* são consideradas nove vacinas: BCG, Meningocócica Conjugada C, Pentavalente, Pneumocócica Conjugada 10v, Pólio, Rotavírus, Febre Amarela, Tríplice Viral, e Influenza. Sendo que para esse quadrimestre o cálculo foi realizado com base em 08 vacinas, pois a vacina Influenza é realizada apenas na campanha e a mesma ocorrerá no período de 30 de abril a 20 de maio.

O olhar sobre cada município e vacina, mostrou que a homogeneidade não foi alcançada no período de janeiro a março nos dois anos avaliados.

Os baixos índices de Coberturas Vacinais registrados no cômputo geral repercutiram de forma desfavorável para o alcance da homogeneidade adequada para cada vacina, o que poderá comprometer a qualidade da vigilância em saúde das imunopreveníveis.

Quadro 34 – Cobertura Vacinal (CV) adequada e Homogeneidade, segundo Regiões de Saúde. Tocantins, Janeiro a Abril 2015 e 2016*.

REGIÃO/ESTADO	Nº Mun.	2015		2016	
		Nº Mun.	(%)	Nº Mun.	(%)
Amor Perfeito	13	7	53,8	3	23,07
Bico do Papagaio	24	4	16,7	2	8,33
Cantão	15	11	73,3	1	66,66
Capim Dourado	14	3	21,4	1	7,14
Cerrado Tocantins Araguaia	23	13	56,5	2	8,69
Ilha do Bananal	18	6	33,3	5	27,77
Médio Norte Araguaia	17	1	5,9	1	5,88
Sudeste	15	5	33,3	2	13,33
TOCANTINS	139	50	35,97	17	12,23

Fonte: SIPNI/DATASUS*Dados parciais sujeitos a alterações – Processados em 09/05/2016

Em relação à homogeneidade por Região de Saúde, no período avaliado observou-se que em 2015 dentre as oito regiões, a Cantão foi a que apresentou melhor desempenho. Em 2016, nenhuma região alcançou a homogeneidade em suas coberturas.

Em todo o período avaliado, o estado do Tocantins não alcançou o percentual mínimo de municípios com cobertura vacinal adequada, havendo uma melhor homogeneidade em 2015 em relação a 2016.

Quadro 35 – Percentual de salas de vacina com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações Implantado. Tocantins, Janeiro a Abril 2015 e 2016*.

ANO	% Salas de Vacinas
2015	100
2016	100

Fonte: SIPNI/DATASUS Dados parciais sujeitos a alterações – Processados em 09/05/2016

Quadro 36 – Proporção de salas de vacina alimentando mensalmente o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização/SIPNI.Tocantins, janeiro a março 2015 e 2016*.

ANO	% Salas de Vacinas
2015	19,86
2016	56,49

Fonte: SIPNI/DATASUS Dados parciais sujeitos a alterações – Processados em 09/05/2016

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/SIPNI, está implantado em 100% das salas de vacina do Estado. Quanto a alimentação oportuna do sistema, no período, em 2016 houve uma melhora considerável em relação ao mesmo período de 2015.

CONTROLE DA HANSENÍASE

Quadro 37 – Coeficiente de detecção de casos novos de Hanseníase na população geral segundo Região de Saúde. Tocantins, janeiro a março 2015 e 2016*.

Região de saúde	CASOS NOTIFICADOS		
	2015	2016	%
Bico do Papagaio	15,95	11,32	↓29,03
Médio Norte Araguaia	21,13	17,79	↓15,80
Cerrado Tocantins Araguaia	16,74	17,46	↑4,30
Capim Dourado	23,13	25,98	↑12,32
Amor Perfeito	21,98	23,89	↑8,69
Cantão	23,84	15,33	↓35,69
Ilha do Bananal	25,92	27,08	↑4,47
Sudeste	17,14	5,36	↓68,72
Total	21,02	19,26	↓8,37

Fonte: SES-TO/SVPPS/Sinan – TO, dados retirados em 09/05/2016

Obs: ↓ Redução ↑ Aumento

Embora venha ocorrendo uma diminuição no coeficiente de detecção geral de casos, o Tocantins ainda encontra-se muito acima da média nacional (15,32/100.000 hab.) e da região norte (35,41/100.000 hab.), sendo ainda considerado hiperendêmico (69,88/100.000 hab.), conforme dados do ano 2014.

Quadro 38 – Coeficiente de detecção de casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos segundo Região de Saúde. Tocantins, janeiro a março 2015 e 2016*.

Região de saúde	CASOS NOTIFICADOS		
	2015	2016	%
Bico do Papagaio	6,34	1,59	↓74,92
Médio Norte Araguaia	9,03	5,16	↓42,86
Cerrado Tocantins Araguaia	2,34	2,34	=
Capim Dourado	3,44	6,88	↑100
Amor Perfeito	3,29	3,29	=
Cantão	3,06	3,06	=
Ilha do Bananal	11,02	6,61	↓40,02
Sudeste	3,50	0	↓100
Total	5,64	4,17	↓26,06

Fonte: SES-TO/SVPPS/Sinan – TO, dados retirados em 09/05/2016 .

Obs: ↓ Redução ↑ Aumento = Manutenção

O estado do Tocantins está incluído, juntamente com Pernambuco e Mato Grosso (também hiperendêmicos), no projeto piloto do Ministério da Saúde com vistas a introdução da Quimioprofilaxia Pós Exposição (PPE) aos contatos dos pacientes de hanseníase. A pesquisa será desenvolvida em dois municípios: Araguaína e Colinas do Tocantins e assim, contribuindo para a eliminação da doença no Estado. Estudos demonstram que a quimioprofilaxia contra a hanseníase é uma forma eficaz de reduzir a incidência de hanseníase, em especial nos contatos domiciliares.

CONTROLE DA TUBERCULOSE

A Tuberculose continua sendo um problema mundial de saúde pública. A cada ano no Brasil, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença. O Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% da carga de tuberculose no mundo.

Nos últimos 17 anos, a tuberculose no Brasil apresentou queda de 38,7% na taxa de incidência. A tendência de queda vem se acelerando ano após ano em um esforço nacional, o que pode determinar o efetivo controle da tuberculose em futuro próximo, quando a doença poderá deixar de ser um problema para a saúde pública.

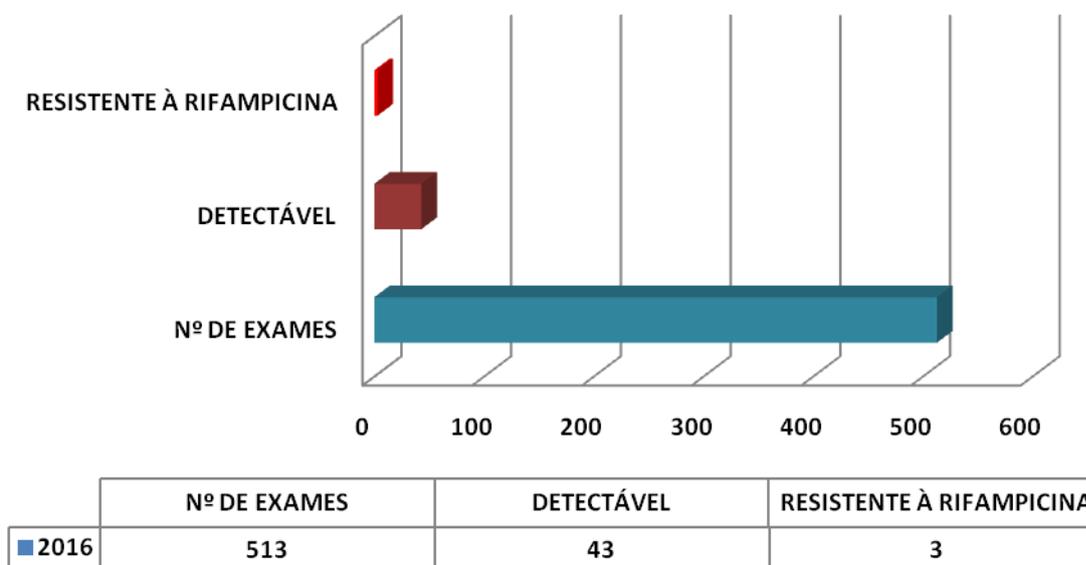
Entre os Estados da Federação, a taxa de incidência em 2014 variou entre o Tocantins, 10,5/100.000 hab., a menor taxa e o Amazonas, 70,1/100.00 hab., a maior taxa, (SINAN/SES/MS, 2016).

Quadro 39 – Total de Casos Novos Notificados de Tuberculos segundo Região de Saúde. Tocantins, janeiro a março 2015 e 2016*.

Região de saúde	CASOS NOTIFICADOS		
	2015	2016	%
Bico do Papagaio	8	2	75↓
Médio Norte Araguaia	9	7	22 ↓
Cerrado Tocantins Araguaia	3	9	67 ↑
Capim Dourado	18	9	50 ↓
Amor Perfeito	8	7	12 ↓
Cantão	5	5	0
Ilha do Bananal	5	5	0
Sudeste	7	4	43 ↓
TOCANTINS	63	48	24 ↓

Fonte: SES-TO/SVPPS/Sinan – TO, dados obtidos em 09/05/2016 Obs: ↓ Redução ↑ Aumento

Gráfico 16 – Realização de Teste Rápido Molecular para diagnóstico da Tuberculose. Tocantins, janeiro a março 2015 e 2016*.



Fonte: SES-TO/SVPPS/LACEN/TO-GAL – dados obtidos em 10/05/2016

O Teste Rápido Molecular para Tuberculose é um método de biologia molecular utilizado para o diagnóstico da doença, incluindo a verificação da resistência ao medicamento Rifampicina. Com implantação promovida pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose/PNCT/Ministério da Saúde em todos os Estados da Federação é realizado pelo LACEN-TO, otimiza a detecção de casos da tuberculose nos 139 municípios do Estado, com apoio das Secretarias Municipais de Saúde e Laboratórios Municipais ou Conveniados, no envio das amostras. De janeiro a abril de 2016 foram realizados **513** exames no Estado; destes, **43** exames foram detectável pela presença do *Mycobacterium tuberculosis* e **3** acusaram resistência ao medicamento Rifampicina, (LACEN/TO-GAL, 10/05/2016). Atualmente, o Estado conta com 1 (um) equipamento, instalado no LACEN-TO, porém o Programa Nacional de Controle da Tuberculose/PNCT/MS, disponibilizará mais 1 (um) equipamento que será instalado no Laboratório de Saúde Pública/LSPA em Araguaína (com previsão para o 1º semestre/2016), com

vistas a favorecer a ampliação do diagnóstico da Tuberculose nas Regiões de Saúde Bico do Papagaio e Médio Norte Araguaia.

CONTROLE DAS DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

Para reduzir casos de diarreia no Tocantins, a Área de Assessoria das Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar distribuiu no período de janeiro a abril de 2016, 8.083 mil frascos de hipoclorito de sódio 2,5%. O produto é recomendado para tratar água destinada ao consumo humano, e tem o objetivo de evitar o aumento de casos de diarreia nos municípios.

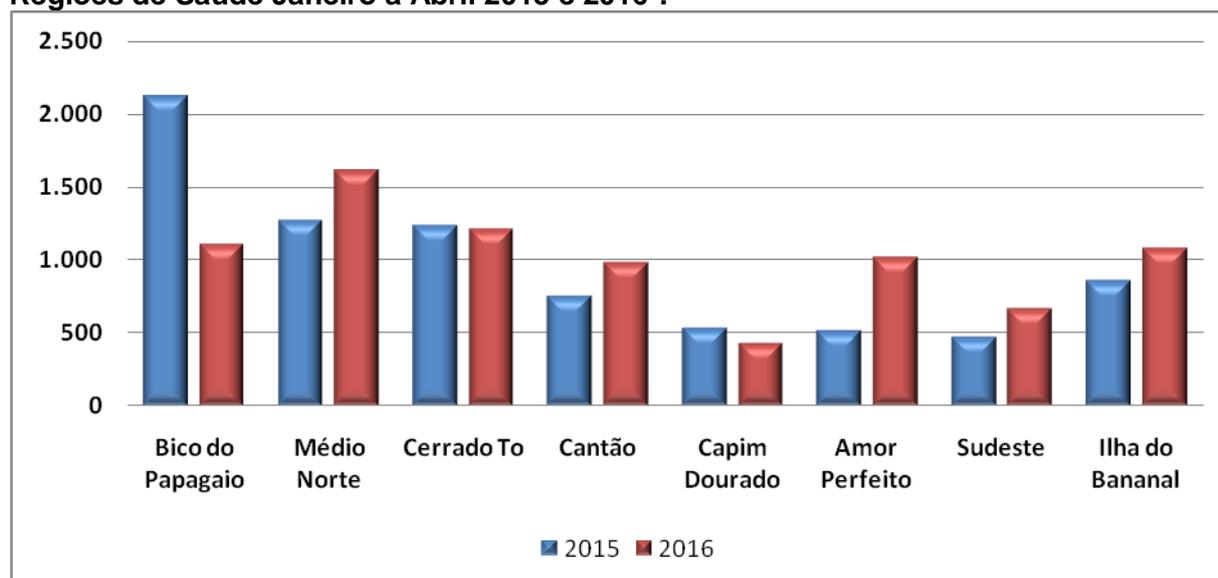
Quadro 40 – Número de casos de Diarreia no Brasil, Região Norte e Tocantins, 1º quadrimestre. 2015 e 2016*.

REGIÃO	2015	2016*
BRASIL	1.648.955	1.648.628
REGIÃO NORTE	192.080	209.009
TOCANTINS	14.763	15.247

Fonte: SES-TO/SVPPS/SIVEP-DDA /janeiro a abril – 2016 *Dados Parciais

No quadro acima, observa-se um aumento relativo nos casos de diarreia em nosso Estado, o que provavelmente ocorreu em decorrência de uma melhoria na qualidade do processo de monitoramento das subnotificações no SIVEP-DDA, bem como na ampliação das ofertas das capacitações e orientações sobre Doenças Diarreicas Agudas (DDAs) junto aos municípios/profissionais.

Gráfico 17 – Comparativo da distribuição de hipoclorito de sódio a 2,5%, segundo Regiões de Saúde Janeiro a Abril 2015 e 2016*.



Fonte: Planilha de Monitoramento interno da DVHA/ Almoxarifado Central - SES-TO/SVPPS/DVEDTNT/GDT/DVHA janeiro a abril – 2016 *Dados Parciais.

Essa medida é adotada como uma estratégia para tratar a água que é proveniente de **Fontes** alternativas de águas e consumida pela população. Isso porque, mesmo que a água fornecida pelas Companhias de Saneamento do Estado esteja própria para consumo humano, grande parte dos municípios ainda utiliza água proveniente de poços e cisternas. Por isso, é importante que a população adote medidas simples de higiene, como cuidar da água, além de lavar as mãos e os alimentos, colocando hipoclorito de sódio a 2,5%, se a água não for tratada.

CONTROLE DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Quadro 41 – Ações desenvolvidas para controle das Doenças Não Transmissíveis Tocantins – 1º quadrimestre 2015 e 2016*

AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DANT				
AGRAVOS		1º QUADRIMESTRE 2015	1º QUADRIMESTRE 2016	% COMPARATIVO
Nº de notificações	Violência	867	1192	↑37,5%,
Nº Acidentes que ocasionaram óbitos no Estado	Acidentes de Trânsito	169	115	↓32%
Nº de notificações	Beribéri	02 (DSEI)	01 (DSEI) 01 (Não Indígena)	Não houve alteração
Nº de insulinas distribuídas (frasco)	NPH	21.184 frascos (699.072 doses)	26.559 frascos (876.447 doses)	↑25,37%
	REGULAR	4.199 frascos (138.567 doses).	4.488 frascos (148.104 doses).	↑6,89%
Nº de municípios com Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas implantado		01	01	Não houve alteração
Mortalidade precoce por Doenças Crônicas Não Transmissíveis em menores de 70 anos		483	448	↓7,81%

Fonte: Violência: SinanNet (06/05/2016), TABWIN/SIM - (06/05/2016); Beribéri: DSEI TO-07/05/16; Ficha de Notificação do HRA- Hospital Regional de Araguaína; DCNT/SIM/DATASUS (02/05/2016); DCNT: Insulinas: Assistência Farmacêutica (05/05/2016); DCNT: Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas: Monitoramento da área técnica de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). *Dados Parciais

Comparando-se o 1º quadrimestre de 2016 com o mesmo período em 2015 houve um crescimento de 37,5% nas notificações de violência no Estado. Entretanto, ocorreu uma redução de 32% nos óbitos provocados por acidentes de trânsito.

O Nº de insulinas distribuídas (frasco) é um destaque que fazemos no Quadro anterior, pois em comparação dos quadrimestres de 2015 e 2016, observa-se aumento de 6,89% no fornecimento da insulina Regular e 25,37% da insulina NPH. Esse aumento considerado no fornecimento das insulinas é preocupante, visto que, o uso das insulinas denota a necessidade de mudanças no processo de diagnóstico precoce e monitoramento pela Atenção Primária.

Contudo mesmo com a redução da mortalidade nos períodos avaliados (janeiro a abril de 2015 e 2016), as doenças respiratórias crônicas são as que mais aumentam sendo que a Região Médio Norte Araguaia apresenta o maior número de óbitos por este agravo; em segundo lugar estão as neoplasias/câncer, sendo a Região Capim Dourado que apresenta o maior número de óbitos; em terceiro o diabetes, na qual a Região Bico do Papagaio (2015) e Capim Dourado (2016)

apresentaram maior número de óbitos; e por fim, as doenças respiratórias crônicas, sendo a Região Capim Dourado (2015) e Bico do Papagaio com o maior número de óbitos.

Quadro 42 – Mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) por 100.000 habitantes, por Região de Saúde.Tocantins janeiro a abril de 2015 e 2016

Região de Saúde	I 00 – I 99: Doenças do Aparelho Circulatório		C 00 – I 97: Neoplasias		E 10 – E 14: Diabetes		J 30 – J98: Doenças Respiratórias Crônicas	
	2015	2016(*)	2015	2016(*)	2015	2016(*)	2015	2016(*)
TOCANTINS	246	234	160	142	52	49	25	23
Bico do Papagaio	38	35	18	13	12	5	6	7
Médio Norte	52	54	29	34	10	8	3	4
Cerrado	33	29	11	14	8	6	2	1
Capim Dourado	32	45	54	30	6	12	7	2
Amor Perfeito	21	18	7	9	2	2	2	6
Cantão	17	15	17	17	4	6	0	1
Ilha do Bananal	34	27	16	15	7	9	4	2
Sudeste	19	11	8	10	3	1	1	0

Fonte:SIM (Sistema de Informação de Mortalidade - 05/05/2016. (*) Dados parciais (sujeitos a atualização).

CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

DENGUE

Entre os meses de janeiro a abril de 2016 foram notificados 14.509 casos suspeitos, o que representa um aumento de 68,6%, quando comparado ao mesmo período de 2015.

Esse aumento pode estar relacionado aos seguintes fatores: circulação de mais de um sorotipo da dengue, a sensibilização dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico oportuno da doença, pela introdução do vírus zika, doença com sintomas semelhantes aos da dengue podendo corroborar para o aumento das notificações. Somada a este cenário, pode estar relacionada também a diminuição de 7,69% no número de visitas domiciliares para controle do vetor *Aedes aegypti* no ano de 2015.

Este aumento no número de notificações não representa a realidade, pois através das supervisões nos municípios são constatadas muitas subnotificações. Quanto aos óbitos, até o momento não houve confirmações por dengue, no mesmo período de 2015, foram 02 confirmados, que estão relacionados em grande parte, ao diagnóstico tardio e o não seguimento dos protocolos de manejo dos pacientes suspeitos de dengue.

ZIKA

É uma infecção causada pelo vírus Zika (ZIKAV), patógeno que se classifica em duas linhagens, uma Africana e outra Asiática. A doença se caracteriza pelo surgimento de exantema maculopapular, febre baixa (menor que 38,5°C) de um a dois dias, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia leve a moderada, mialgia leve e dor de cabeça e menos frequentemente, edema, dor de garganta, tosse, vômitos. No entanto, apenas 20% dos infectados tendem a manifestar esses sintomas.

No Tocantins, os primeiros casos confirmados de Zika ocorreram no segundo semestre de 2015, no município de Palmas, com quatro casos confirmados, em Araguaína (um) e em Colinas (um), totalizando seis casos. Conforme protocolo do Ministério da Saúde, as gestantes e os recém-nascidos com suspeita de microcefalia devem ser priorizados devido a limitação de kits laboratoriais para diagnóstico da doença e, a confirmação dos primeiros casos deve ocorrer via análise laboratorial realizada pelo Instituto Evandro Chagas (IEC), laboratório de referência para a região Norte. Mensalmente o Tocantins, pode enviar até 80 amostras, sendo 20 por semana a cota estabelecida.

Até o momento, 90 municípios tocantinenses notificaram casos da doença contabilizando 8.574 casos suspeitos no estado notificados nos sistemas de informação: Sinan Net e FormSUS, sendo 2.780 confirmados em 11 municípios (Aguiarnópolis, Araguaína, Bom Jesus do TO, Colinas, Fortaleza do Tabocão, Guaraí, Miracema, Miranorte, Nova Rosalândia, Palmas e Paraíso do TO). Há 244 gestantes suspeitas de infecção pelo vírus, destas 31 confirmadas.

LEISHMANIOSE

Quadro 43 – Casos suspeitos de Leishmaniose.Tocantins – 1º Quadrimestre 2015 e 2016*

Agravos	Leishmaniose Visceral		Leishmaniose Tegumentar	
	1º Quad. 2015	1º Quad. 2016	1º Quad. 2015	1º Quad. 2016
Casos suspeitos¹	593	449	-	119
Casos novos confirmados	49	46	184	40
Recidivas	1	-	8	-
Outros²	3	-	7	-
Casos sob investigação	115	17	-	78
Óbitos	3	2	0	1

Fonte: SINAN e Planilha paralela de investigação dos óbitos. 1. Os casos de LTA são notificados apenas após a confirmação diagnóstica. 2. Outros tipo de entrada: transferência ou ignorado/em branco. *Dados Parciais.

Leishmaniose Visceral (Lv)

Entre janeiro e abril de 2016 foram notificados 449 casos humanos suspeitos, dos quais 46 tiveram o diagnóstico confirmado de LV. Do total de casos confirmados, 27 evoluíram para a cura após tratamento específico, 17 estão sob cuidados das equipes de saúde, aguardando a conclusão do tratamento e/ou investigação epidemiológica e 2 pacientes foram a óbito, resultando em uma taxa de letalidade de 4,3%, levemente abaixo da letalidade nacional. Em fevereiro deste ano, foram realizadas 6 oficinas de trabalho, contemplando os 139 municípios do Estado, tendo como resultado os *Planos de Ação para Intensificação da Vigilância e Controle da Leishmaniose*

Visceral em 2016, documentos que definem e direcionam todas as ações relacionadas ao controle da doença em cada um dos municípios tocantinenses.

Leishmaniose Tegumentar Americana (Lta)

Entre janeiro e abril de 2016 foram notificados 119 casos humanos, o que representa uma redução de 40% em relação ao mesmo período de 2015 (198). Dentre os pacientes, 81 tiveram acesso a métodos laboratoriais de diagnóstico, o que corresponde a 68,1%. Quanto à evolução, 40 pacientes concluíram tratamento específico, sendo o caso encerrado como cura, 78 estão sob cuidados das equipes de saúde, aguardando a conclusão do tratamento e/ou investigação epidemiológica e 1 paciente evoluiu a óbito.

DOENÇA DE CHAGAS

Atualmente a vigilância da doença de Chagas está centrada na identificação de diferentes cenários epidemiológicos, os quais são determinados pela relação **homem/ambiente/vetor/reservatório do *T. cruzi***, os quais indicam a tomada de decisões com intervenções que garantam a investigação epidemiológica completa, o tratamento e o acompanhamento do paciente com vistas à verificação de cura da doença.

Quadro 44 – Ações desenvolvidas para o controle das doenças zoonóticas (Chagas). Tocantins – 1º Quadrimestre 2015 e 2016*

Atividades Desenvolvidas	1º Quadrimestre					
	2015			2016		
	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%
Monitoramento do vetor por busca ativa (unidades domiciliares pesquisadas)*	10.299	6.079	59,03	9.379	3.540	37,74
Monitoramento do vetor por busca passiva (visitas domiciliares)*	1.514.352	772.932	51,04	1.439.676	596.603	41,44
Número de unidades domiciliares com investigação parasitológica e/ou sorológica da transmissão da doença de Chagas*	99	95	95,96	109	55	50,46
Número de casos de DCA notificados e confirmados no SINAN NET**	NP	0	-	NP	0	-
Número de casos de DCC detectados no GAL***	NP	61	-	NP	63	-
Número de municípios com captura de triatomíneos em unidades domiciliares*	NP	83	-	NP	89	-
Número de triatomíneos capturados em unidades domiciliares*	NP	908	-	NP	584	-
Número de triatomíneos infectados pelo <i>Trypanosoma cruzi</i> *	NP	116	-	NP	121	-

Obs: DCA= Doença de Chagas Aguda; DCC= Doença de Chagas Crônica; NP= Não Programada.

Fontes: *Bancos de dados em Excel da Assessoria Técnica da Doença de Chagas/SES-TO-TO; ** Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SES-TO-TO; *** Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial/LACEN/SES-TO-TO.

CONTROLE DAS ZOOZOSES

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

No período de janeiro a abril de 2016 foram notificados **873 acidentes** por animais peçonhentos o que representa uma redução de 6% em relação ao mesmo período de 2015. Do total de casos ocorridos nesse período, 2 pacientes evoluíram para óbito em 2015 e 1 em 2016. Ressalta-se a importância da precocidade do paciente procurar atendimento para melhor prognóstico e evitar sequelas e óbitos, que deve ser reforçada à população através de educação em saúde em prevenção de acidentes (utilização de equipamento de proteção individual) e primeiros socorros (lavar local da picada com água e sabão, manter-se em repouso e procurar unidade de saúde mais próxima, o mais rápido possível).

RAIVA HUMANA

No período de janeiro a abril de 2016, foram notificados **1.961 atendimentos antirrábicos**, sendo o cão o principal animal agressor, representando um aumento de 0,99% em relação ao mesmo período de 2015. Quanto à cobertura na campanha de vacinação antirrábica animal anual, o Tocantins alcançou 102% da meta superando a meta proposta pelo Ministério da Saúde que é de 80%.

CONTROLE ENTOMOLÓGICO

O Laboratório Estadual de Entomologia Médica (LEEM) é responsável por atividades laboratoriais de controle de qualidade e identificação de espécies transmissoras de doenças vetoriais e também é responsável pela coleta e identificação taxonômica das espécies de anofelinos e flebotomíneos, vetores da malária e leishmanioses, bem como, pela identificação de amostras de escorpiões capturados pelos municípios.

Todo este trabalho permite reconhecer a diversidade e comportamento dessas espécies, auxiliando na compreensão dos mecanismos de transmissão de doenças e na definição de estratégias de prevenção e controle.

No Tocantins, nos meses de janeiro a abril de 2016, foram analisados pelo controle de qualidade **584 triatomíneos e 4.211 larvas e pupas de Aedes aegypti e Aedes albopictus**.

3.3.2. Vigilância Sanitária

Quadro 45 – Total de Inspeções e Reinspeções. Tocantins, Janeiro a Abril 2016*

Área	Nº de Inspeções	Total de Inspeções e Reinspeções
<u>Serviços de Saúde</u> (Hospitais, Clínicas, Laboratórios, UBS, Consultórios Odontológicos e outros).	109	168 Reinspeções
<u>Alimentos</u> (Indústrias processadoras de gelados comestíveis, Indústrias processadoras de palmito e conservas, Indústrias de Alimentos com registro obrigatório, Indústrias de Alimentos dispensadas de registro Indústrias de alimentos).	39	
<u>Produtos</u> (Distribuidoras de medicamentos; correlatos; saneantes e cosméticos, Farmácias com Manipulação fórmulas magistrais e oficinais).	20	

Fonte: SES-TO/VISA/RAG JAN-ABR 2016. *Dados Parciais

A ação de coleta de amostras de gêneros alimentícios realizadas pela Vigilância Sanitária possibilita um maior controle sobre os produtos e serviços ofertados à população e contribui na redução do risco sanitário. Esta ação faz parte dos Programas de Monitoramento da VISA que são fundamentais no controle e fiscalização de amostras de gêneros alimentícios expostos ao consumo e na avaliação do padrão sanitário por meio de análise dos parâmetros físico-químicos, microbiológicos, contaminantes, microscopia e aditivos.

Dentre nossos serviços mais significativos como a fiscalização sanitária, também destacamos outros que realizamos neste período e que estão elencados na programação anual de vigilância sanitária. Segue demonstrativos das ações realizadas:

Quadro 46 – Atividades de relevância da Programação Anual de Saúde da Vigilância Sanitária. Tocantins, Janeiro a Abril 2016*

Ação	Quantidade
Licenciamento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária (Alvará Sanitário)	53
Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	853
Investigação de surtos de infecção em serviços de saúde	03
Atividade educativa para a população	00
Atividade educativa para o setor regulado	00
Análise de projetos básicos de arquitetura	73
Aprovação de projetos básicos de arquitetura	33
Recebimento de denúncias/reclamações	14
Atendimento a denúncias/reclamações	09
Laudo de análise laboratorial do programa de monitoramento de alimentos recebidos pela vigilância sanitária	16

Fonte: VISA Tocantins.

O Sistema de Vigilância Sanitária no Estado vem sendo implantado e implementado sob a coordenação da Vigilância Sanitária Estadual. Assim, de forma independente e autônomo, os 139 municípios tem o serviço de Vigilância Sanitária. Entretanto, a execução das ações de média e de alta complexidade é executada em maior parte pela VISA Estadual, vez que, a maioria dos municípios não dispõe de profissionais qualificados para o atendimento das demandas pertinentes

à vigilância sanitária. As precárias condições estruturais, organizacionais e de processos de trabalho são fatores que dificultam a operacionalização das atividades de VISA pelos municípios.

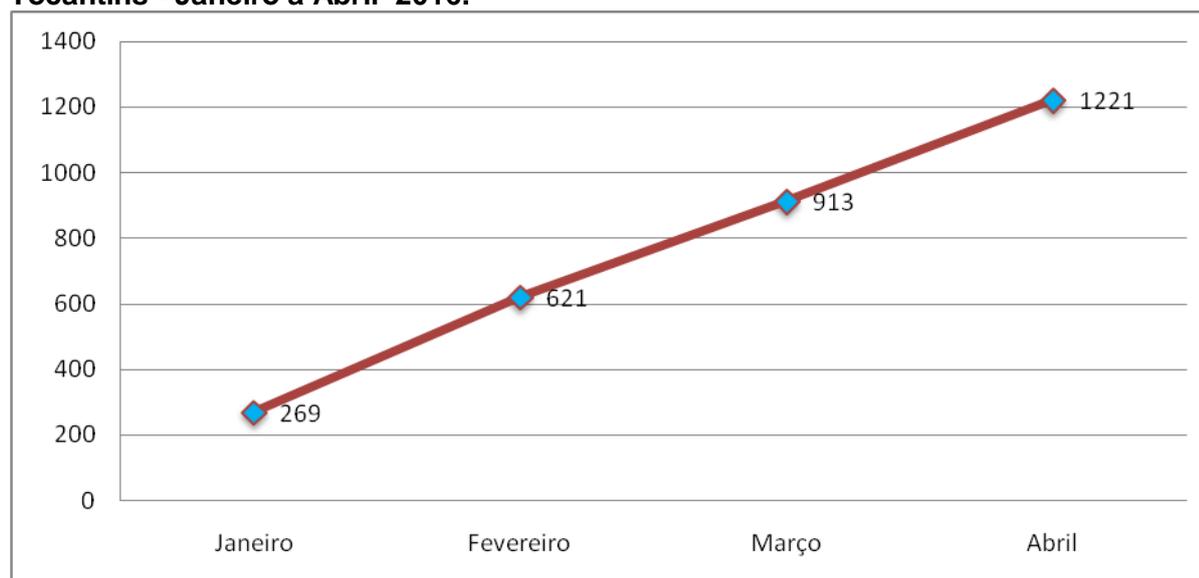
No período de janeiro a abril/2016:

- **recebemos 100 (cem) programações** municipais de vigilância sanitária a serem apreciadas pela CIB, para posterior aprovação e homologação;
- foram assessorados 17 municípios;
- foram realizados **09 (nove) treinamentos** em ações de vigilância sanitária em conjunto com as Visas municipais;
- **06 (seis) Visas Municipais receberam** a implantação e capacitação no Sistema de Informação de Vigilância Sanitária das **20 (vinte) Visas municipais** programadas para no ano de 2016;
- foram cadastrados o sistema de **NOTIVISA em 07 (sete) Visas** municipais.

3.3.3. Serviço de Verificação de óbitos - SVO

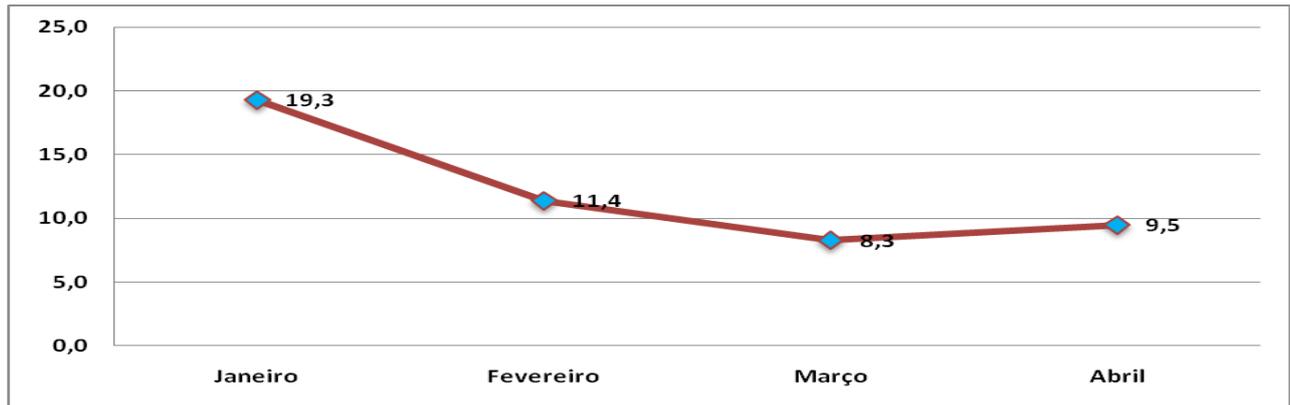
O SVO vem mantendo próxima a quantidade de necropsias realizadas no mesmo período do corrente ano quando comparadas com o ano passado. Havendo pequenas reduções (6,2% em 03/16). O indicador quantidade total de óbitos em Palmas e Araguaína, visa mostrar como é dado o aumento gradativo a cada mês no número de óbitos nos municípios.

Gráfico 18 – Número de óbitos nos municípios de Palmas e Araguaína (via SIM) . Tocantins - Janeiro a Abril 2016.



Fonte: SVO - TO

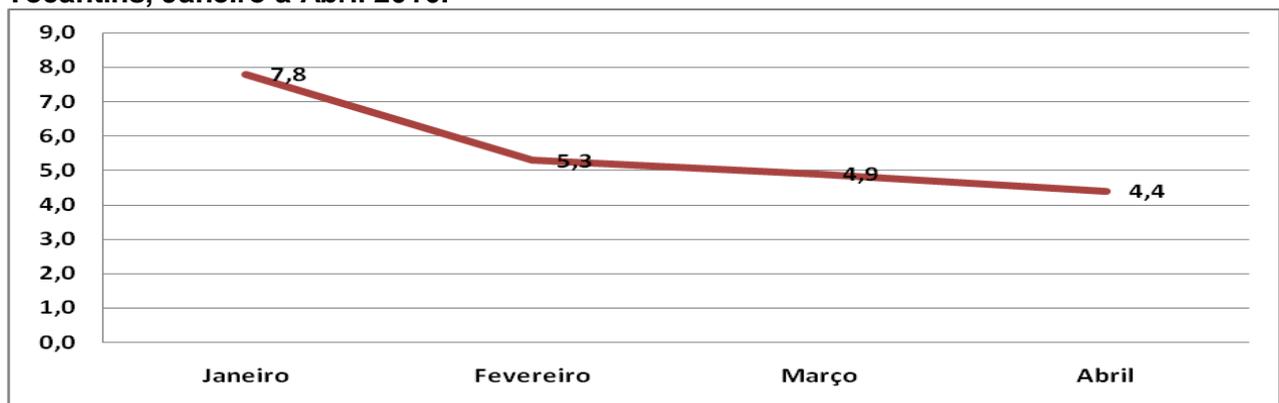
Gráfico 19 – Porcentagem de óbitos de interesse epidemiológico em Palmas e Araguaína (via SIM). Tocantins, Janeiro a Abril 2016.



Fonte: SVO - TO

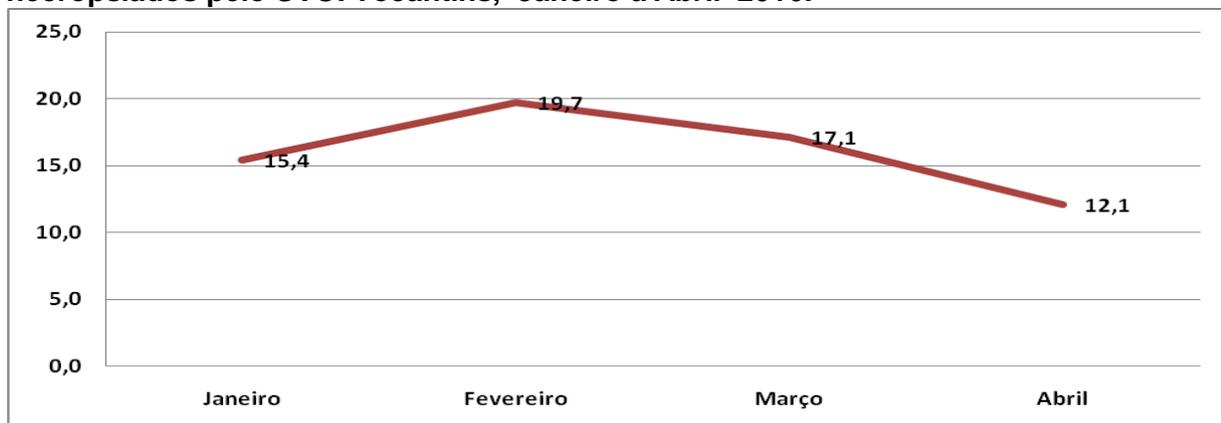
A quantidade de óbitos de interesse epidemiológico no Estado demonstra-se variando nesse início de ano. Fato que pode ser explicado com a dinamicidade das atualizações no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Estado e o momento atual da Saúde Pública com a quantidade de agravos suspeitos.

Gráfico 20 – Porcentagem dos óbitos do município de Palmas necropsiados pelo SVO. Tocantins, Janeiro a Abril 2016.



Fonte: SVO – TO

Gráfico 21 – Porcentagem de óbitos de interesse epidemiológico em Palmas e Araguaína necropsiados pelo SVO. Tocantins, Janeiro a Abril 2016.



Fonte: SVO - TO

Em relação a **Porcentagem de Necropsias com Causa Mortis Melhorada após Necropsia do SVO**, nesse início de ano os casos de interesse epidemiológico captados pelo SVO, tanto em Palmas como em Araguaína, não tiveram as confirmações que permitissem avaliar a melhora das necropsias e a avaliação desse indicador. No decorrer do ano esse indicador será regularizado.

3.3.4. Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN

O LACEN, sediado em Palmas-TO, atende a 139 municípios de oito Regiões de Saúde. Na sequência, está demonstrada a produção dos serviços de saúde do LACEN no período de janeiro a abril de 2016.

Quadro 47 – Total de Exames Liberados por Setor. Tocantins, Janeiro a Abril 2016.

Ord	Setor	LACEN
1	Biologia Médica	8.206
2	Biologia Molecular	2.205
3	Biologia Animal	1.315
4	Amostra de Água (Parâmetros)	10.201
5	Amostra de produtos (Parâmetros)	23
TOTAL GERAL		21.950

Fonte: GAL, Relatório Consulta por Status.

Quadro 48 – Quantidade de Lâminas Analisadas no Setor de Controle de Qualidade Laboratorial e resultado da análise. Tocantins, Janeiro a Abril 2016* .

Lâminas Analisadas		Resultado da Análise							
		Insatisfatório		Positivo		Negativo		Discordantes	
Doença/Agravo	Total	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Hanseníase	365	12	3,29	81	22,19	271	74,25	1	0,27
Tuberculose	611	4	0,65	89	14,57	513	83,96	5	0,82
Malária	450	1	0,22	12	2,67	436	96,89	1	0,22
Chagas	964	37	3,84	0	0,00	927	96,16	0	0,00
Leishmaniose Tegumentar Americana	301	16	5,32	51	16,94	224	74,42	10	3,32
Leishmaniose Visceral	4	0	0,00	2	50,00	2	50,00	0	0,00
Diagnóstico Malária	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Diagnóstico Esquistossomose	2	0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00
Diagnóstico Leishmaniose Visceral	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Diagnóstico Leishmaniose Tegumentar Americana	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Diagnóstico Doença de Chagas	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	2.697	70	2,60	235	8,71	2375	88,06	17	0,63

Fonte: Gerência da Rede Laboratorial, LACEN-TO, maio/2016. Nota: Percentual em relação ao total de doença/agravo. *Dados Parciais

Quadro 49 – Consolidado de amostras de água analisadas no LACEN. Tocantins - Janeiro a Abril 2016*

ORIGEM	TOTAL DE AMOSTRA	ANÁLISE REALIZADA				DEMANDA
		PARÂMETRO	QUANT. DE AMOSTRA/ANÁLISE	RESULTADO		
				SAT	INS	
ÁGUA (VIGIÁGUA)	6.083	Coliformes Totais	3051	2431	620	Monitoramento
		E.coli	3051	2806	245	
		Turbidez	3032	2954	78	
		Fluoreto	748	375	373	
		Total	9882	8566	1316	
ÁGUA (SURTO)	16	E. Coli	8	8	0	Orientação
		Coliformes Totais	8	8	0	
		Turbidez	8	8	0	
		Total	24	24	0	
ÁGUA (VIGIÁGUA) Físico-Química	0	Ferro Total	197	192	5	Monitoramento
		Nitrato	197	197	0	
		Nitrito	197	197	0	
		Sulfato	197	197	0	
		Total	788	783	5	
VIBRIO CHOLERAEE	13	Microbiológico	13	12	1	Monitoramento
		Total	13	12	1	
ÁGUA REAGENTE	20	Bac. Heterotróficas	16	16	0	Orientação
		Silica	16	9	7	
		Cloro total	16	13	3	
		Total	48	38	10	
TOTAL GERAL	6.132	10.755	9.423	1.332		

Fonte: LACEN-TO/2016 *Dados Parciais Legenda: SAT (SATISFATORIA) INS (INSATISFATORIA)

Quadro 50 – Consolidado Mensal de Amostras (Produtos) encaminhadas para análise Bromatológicas. Lacen- TO. Tocantins - Janeiro a Abril 2016*

ITEM	PRODUTO	PARÂMETROS ANALISADOS	RESULTADO		TOTAL
			SAT	INS	
1	Leite Integral Pausterizado	Coliformes totais	0	1	1
		Coliformes a 45°	0	1	1
2	Tempero Baiano	Coliformes a 45°	1	0	1
		Salmonella spp.	1	0	1
3	Açafrão da Terra	Coliformes a 45°	1	0	1
		Salmonella spp.	1	0	1
4	Colorau	Coliformes a 45°	1	0	1
		Salmonella spp.	1	0	1
5	Água Mineral	Coliformes Totais	3	1	4
		Coliformes Termotolerantes	3	1	4
6	Sal iodado refinado	Teor de Iodo	3	0	3
7	Pimenta com cominho	Coliformes a 45°	1	0	1
		Salmonella spp.	1	0	1
8	Canela Moída	Coliformes a 45°	1	0	1
		Salmonella spp.	1	0	1
GERAL			19	4	23

Fonte: LACEN-TO/2016 *Dados Parciais Legenda: SAT (SATISFATORIA) INS (INSATISFATORIA)

Quadro 51 – Quantidade de Amostras e Análises no setor de BM/Molecular e Animal. Tocantins - Janeiro a Abril 2016*.

Status de Análises – Biologia Médica	Quantidade de Amostra
Resultado Liberado	16.513
Resultado Cadastrado (Resultado não Liberado)	23
Exame em Análise (Resultado não Liberado)	254
Exame não-realizado (Não Conformidades)	3.027
Total geral	19.817

Fonte: GAL, Relatório Consulta por Status. *Dados Parciais

4. GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

4.1. Planejamento

Estão em desenvolvimento 8 Projetos, são eles:

Capacitação em instrumentos de gestão: tem como objetivo promover a qualificação dos gestores e técnicos (âmbito municipal e estadual) para desenvolver habilidades e competências específicas para elaboração e operacionalização dos Instrumentos de Gestão – SUS . Neste primeiro quadrimestre foi intensificada a aproximação e assessoria da equipe de planejamento às áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde no que se refere a qualificação dos instrumentos de gestão sendo previsto para o próximo quadrimestre a realização das rodas de conversa por área técnica.

Apoio a alimentação do SIOPS: desenvolvido pelo Núcleo Estadual de Apoio ao SIOPS no Tocantins (NEASIOPS/TO), e visa manter a regularidade da alimentação bimestral do sistema estadual no Estado do Tocantins, ou seja, durante o exercício de 2016 deverá ser feita 6 (seis) transmissões, compreendendo o envio e homologação de dados do exercício de 2015 e do 1º, 2º, 3º, 4º e 5º bimestres de 2016. No período de janeiro a abril de 2016 foi efetivado o envio e homologação de dados referente ao exercício de 2015, sendo aplicado o percentual de 19,17% em ações e serviços públicos de saúde, bem acima do percentual mínimo exigido de 12% para os Estados. Em relação ao envio e homologação de dados referente ao 1º bimestre de 2016 ainda não foi efetivado, em virtude da crítica 739 que é impeditiva de transmissão. A Secretaria de Estado da Fazenda está providenciando ajustes e/ou justificativa visando sanar a mesma para posterior envio e homologação.

Cooperação técnica ao Relatório de Gestão: no primeiro quadrimestre a situação dos municípios com relação aos instrumentos de gestão do SUS, no SARGSUS se apresenta conforme quadro abaixo:

Quadro 52 – Situação de entrega dos instrumentos de gestão do SUS pelos municípios do Tocantins, 1º Quad. 2016.

Ord.	Município	Plano de Saúde 2014-2017	RAG 2015	PAS 2016
1	Abreulândia	X		
2	Aguiarnópolis	X	X	X
3	Aliança do Tocantins	X	CMS	
4	Almas			
5	Alvorada	X	X	X
6	Ananás	X		
7	Angico		X	X
8	Aparecida Rio Negro	X	X	X
9	Aragominas	X		
10	Araguacema	X	X	X
11	Araguaçu	X	X	X
12	Araguaína	X	CMS	
13	Araguanã	X	X	X
14	Araguatins	X		
15	Arapoema	X	X	
16	Arraias		CMS	
17	Augustinópolis	X		
18	Aurora do Tocantins	X	X	X
19	Axixá do Tocantins	X	X	
20	Babaçulândia	X		
21	Bandeirantes do TO	X	X	

Ord.	Município	Plano de Saúde 2014-2017	RAG 2015	PAS 2016
22	Barra do Ouro	X		
23	Barrolândia	X	X	X
24	Bernardo Sayão	X	CMS	
25	Bom Jesus do TO			
26	Brasilândia do TO	X	X	X
27	Brejinho de Nazaré	X		
28	Buriti do Tocantins	X		
29	Cachoeirinha	X		
30	Campos Lindos	X	CMS	
31	Cariri do Tocantins	X	CMS	
32	Carmolândia	X		
33	Carrasco Bonito	X		
34	Caseara			
35	Centenário	X	X	X
36	Chapada Natividade	X		
37	Chapada de Areia	X	X	X
38	Colinas do Tocantins	X	X	
39	Colméia	X		
40	Combinado	X	X	X
41	Conceição do TO	X	X	X
42	Couto de Magalhães	X	CMS	
43	Cristalândia	X	X	X
44	Crixás do Tocantins	X		
45	Darcinópolis	X	X	X
46	Dianópolis		CMS	
47	Divinópolis do TO	X	X	X
48	Dois Irmãos do TO	X	X	X
49	Dueré	X		
50	Esperantina			
51	Fátima	X	X	X
52	Figueirópolis	X	X	X
53	Filadélfia	X		
54	Formoso do Araguaia	X		
55	Fortaleza do Tabocão			
56	Goianorte	X	X	X
57	Goiatins	X		
58	Guaraí	X	X	X
59	Gurupi	X	X	X
60	Ipueiras	X	X	X
61	Itacajá	X	X	X
62	Itaguatins	X		
63	Itapiratins	X	CMS	
64	Itaporã do Tocantins	X	CMS	
65	Jaú do Tocantins	X	CMS	
66	Juarina	X	X	X
67	Lagoa da Confusão	X		
68	Lagoa do Tocantins	X	X	
69	Lajeado	X		
70	Lavandeira	X		
71	Lizarda	X	X	X
72	Luzinópolis	X		
73	Marianópolis do TO	X		
74	Mateiros	X	X	X
75	Maurilândia do TO	X	X	X
76	Miracema do TO	X	X	
77	Miranorte	X	X	
78	Monte do Carmo	X	CMS	
79	Monte Santo do TO	X	X	
80	Murcilândia			
81	Natividade	X		
82	Nazaré	X		
83	Nova Olinda	X		
84	Nova Rosalândia	X	X	X
85	Novo Acordo	X		

Ord.	Município	Plano de Saúde 2014-2017	RAG 2015	PAS 2016
86	Novo Alegre	X	X	X
87	Novo Jardim	X	X	X
88	Oliveira de Fátima	X		
89	Palmas	X	X	X
90	Palmeirante	X	X	X
91	Palmeiras do TO	X		
92	Palmeirópolis	X	X	X
93	Paraíso do TO	X	X	
94	Paraná	X		
95	Pau D'Arco	X	CMS	
96	Pedro Afonso	X	CMS	
97	Peixe	X	X	X
98	Pequizeiro	X	X	
99	Pindorama do TO			
100	Piraquê	X		
101	Pium	X	X	X
102	Ponte Alta Bom Jesus	X		
103	Ponte Alta do TO	X		
104	Porto Alegre do TO	X		
105	Porto Nacional	X	X	X
106	Praia Norte	X		
107	Presidente Kennedy	X		
108	Pugmil	X	X	X
109	Recursolândia	X	X	
110	Riachinho	X		
111	Rio da Conceição	X		
112	Rio dos Bois	X		
113	Rio Sono	X		
114	Sampaio	X	X	X
115	Sandolândia	X	X	
116	Santa Fé do Araguaia	X		
117	Santa Maria do TO	X	X	X
118	Santa Rita do TO	X	X	
119	Santa Rosa do TO	X	X	X
120	Santa Tereza do TO	X		
121	Santa Terezinha TO	X	X	
122	São Bento do TO	X		
123	São Félix do TO	X		
124	São Miguel do TO	X	X	X
125	São Salvador do TO	X	X	
126	São Sebastião	X		
127	São Valério Natividade	X	X	
128	Silvanópolis	X		
129	Sítio Novo do TO	X	X	X
130	Sucupira	X		
131	Taguatinga			
132	Taipas do TO	X		
133	Talismã	X	X	X
134	Tocantínia	X		
135	Tocantinópolis	X	X	X
136	Tupirama	X	X	
137	Tupiratins	X		
138	Wanderlândia	X		
139	Xambioá	X	CMS	
TOTAL		128	78	46

Fonte: SARGSUS Acesso em: junho/2016

Implantação do PNGC: aguarda a liberação de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde por meio de convênio nº 797.318/2013. E sua execução está condicionada à vinda do recurso federal.

Projetos de descentralização da MAC: neste quadrimestre foi apresentado ao novo Secretário Estadual de Saúde, na reunião do Colegiado Gestor da SES em março, a proposta do Projeto de

Descentralização de Ações e Serviços de Saúde – Média e Alta Complexidade Ambulatorial no estado do Tocantins construída durante o exercício de 2015, onde foi explicitado o resultado esperado com o Projeto e as etapas a serem desenvolvidas para continuidade do mesmo. Foi realizada articulação com o apoiador do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Bipartite - CIB para retomada na continuidade das etapas do projeto na Câmara Técnica de Gestão, bem como no seu grupo de trabalho. Tal projeto possui abrangência Regional, atingindo as 08 Regiões de Saúde, ou seja, os 139 municípios. Como dificuldades neste projeto podemos citar: Mudança de Secretário de Estado da Saúde em fevereiro, que gerou atraso nas discussões e encaminhamentos para execução do projeto; e, falta de recursos financeiros da **Fonte 102** necessários à proposta construída.

Cooperação técnica em práticas DOMI: Articulação e consenso com o COSEMS, onde se definiu que para a pactuação no âmbito municipal para o ano de 2016 serão utilizados os mesmos indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 (3ª Ed. publicado em 2015), seguindo as orientações descritas na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT Nº 05 de 19 de junho de 2013; Reunião com COSEMS e técnicos da SES para definição da proposta de pactuação para o ano de 2016; Articulação com áreas técnicas da SES responsáveis pelos indicadores a serem pactuados nas etapas municipal, regional e estadual para a discussão da operacionalização do processo de pactuação; Sistematização da ferramenta de trabalho “*Google Drive*” para utilização das planilhas dos indicadores para as áreas técnicas inserirem a série histórica e sugestão de metas por município e região; Monitoramento do preenchimento das planilhas dos indicadores por município e região e plantão de dúvidas às áreas técnicas referente a pactuação; Articulação com áreas técnicas da SES responsáveis pelos indicadores para sugestão de atividades estratégicas que contribuíssem com o alcance da meta pactuada; A não publicação, por parte do Ministério da Saúde, das novas diretrizes, objetivos, metas e indicadores em conformidade com a 15ª Conferência Nacional de Saúde, dificultou e gerou atraso na definição da estratégia a ser adotada para execução do projeto em 2016.

Regionalização da Saúde: no primeiro quadrimestre de 2016, coordenou e organizou 16 (dezesseis) reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Regional - CIR, sendo 02 (duas) por Região de Saúde. Para a efetivação do projeto de Regionalização foram desenvolvidas atividades de articulação com as áreas técnicas da SES, com o escritório do COSEMS e com os gestores municipais de saúde buscando uma maciça e efetiva participação nas reuniões, alcançando os seguintes resultados: 18 (dezoito) consensos (aprovações produzidas e pactuadas pelos representantes da CIR) produzidos nas reuniões de fevereiro e abril, aprovando políticas, ações e serviços de saúde como a Aprovação do Fluxo e do Cronograma Do Relatório de Hipertensão, Diabetes e Fatores de Riscos (Sedentarismo, Obesidade, Tabagismo e Alcoolismos); Aprovação da realização do Curso de Formação para o tratamento ao Fumante na Região de Saúde Bico do Papagaio nos dias 14 e 16 de junho de 2016, para os municípios descritos; Aprovação dos fluxos de atendimentos da Rede de Atenção à Saúde da pessoa com Deficiência do Estado do Tocantins; Aprovação dos Fluxos de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia no Hospital Regional de Guaraí (HRG); Implantação da Unidade Sentinela no Município de Araguaína – Tocantins; e, 26 (vinte e seis) encaminhamentos (são situações existentes nas regiões de saúde que necessitam de posicionamento das áreas técnicas as SES), demandados nas reuniões de fevereiro e abril de 2016, sendo que destes, 09 (nove) foram respondidos e 17 (dezessete) ainda não respondidos, que encontram-se programados para as próximas reuniões. Ainda neste quadrimestre foram respondidos 13 (treze) encaminhamentos (de demandas oriundas de 2015). Principais dificuldades encontradas: Baixa participação dos representantes SES-TO na CIR lotados nos hospitais estaduais nas reuniões da CIR, o que contribui na fragilização da

governança Regional; Insuficiência de recursos financeiros de **Fonte** federal; Não realização do Curso de Qualificação para representantes SES-TO na CIR; Não cumprimento dos prazos (solicitação de pauta, retorno de encaminhamentos, retorno de material, e outros) por parte das áreas técnicas da SES e o baixo envolvimento das demais superintendências com os processos e necessidades das CIR.

Qualificação dos desdobramentos do Decreto 7.508/2011: Retomada das discussões de implementação dos dispositivos do Decreto 7508/11 no estado do Tocantins, onde se promoveu uma reunião em março de 2016 com a participação do representante COSEMS e da apoiadora do Ministério da Saúde – MS com objetivo de construir proposta de trabalho para a contratualização de forma a atender as necessidades organizativas e as especificidades das Regiões de Saúde do Tocantins; Realizada reunião entre o MS e SES em Brasília – DF para definição do conteúdo e metodologia a ser desenvolvida para o processo de contratualização no Estado; Após apresentação da proposta junto ao MS, foram realizadas reuniões internas com os técnicos da SES e apoiadora do Ministério da Saúde com objetivo de discutir sobre a retomada do processo de contratualização no estado, onde foram pontuados os seguintes assuntos: resgate sobre a visita do Estado ao Ministério da Saúde, resgate do processo de construção das minutas do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP (2013) no Tocantins, e, reflexão sobre o cenário atual do país para a contratualização no ano de 2016/2017; Em abril foi realizada reunião com representantes do Ministério da Saúde, COSEMS e SES, com objetivo de alinhamento dos entes em relação proposta de contratualização, onde identificou-se a necessidade de realizar uma oficina entre MS, SES e COSEMS para definição e construção da proposta e da agenda para contratualização. Dificuldades encontradas: Baixa articulação política entre o MS e o Estado do Tocantins na promoção dos dispositivos do Decreto 7.508/11; Instabilidade Política na área da Saúde, devido à mudança de ministro da Saúde bem como o processo de Impeachment da Presidente da República; Insegurança jurídica (judicialização da saúde nos municípios e Estado); Falta de definição e direcionamento em relação ao COAP, tendo em vista que existe uma discussão entre os três entes da federação para a revisão do documento do COAP (estrutura); Falta de apoio aos secretários de saúde municipais pelo prefeito nas áreas jurídica, administrativa e financeira.

4.2. Regulação, Controle e Avaliação

Quadro 53 – Produção da Regulação, Tocantins, jan./abr. 2016.

PRODUÇÃO REGULAÇÃO	Quantidade 1º QUAD
Acessos regulados	228.053
Ajudas de custo a paciente	2.040
Ajudas de custo a acompanhantes	1.921
Passagens aéreas e/ou terrestres para pacientes	1.396
Passagens aéreas e/ou terrestres para acompanhantes	1.296

Fonte: SPAS/SES-TO.

Quadro 54 – Principais demandas para atendimento, Tocantins, jan./abr. 2016.

PRINCIPAIS DEMANDAS REGULAÇÃO	Quantidade 1º QUAD
Oftalmologia	479 pacientes
Oncologia	232 pacientes
Multidisciplinares	185 pacientes
Nefrologia	120 pacientes

Fonte: SPAS/SES-TO.

Quadro 55 – Principais estados de destino de atendimento, Tocantins, jan./abr. 2016.

PRINCIPAIS DESTINOS REGULAÇÃO	Quantidade 1º QUAD
Goiás	739 pacientes
São Paulo	310 pacientes
Distrito Federal	223 pacientes

Fonte: SPAS/SES-TO.

Quadro 56 – Principais municípios que encaminham para TFD, Tocantins, jan./abr. 2016.

MUNICÍPIO	Quantidade 1º QUAD
Palmas	383 pacientes
Araguaína	282 pacientes
Gurupi	131 pacientes
Porto Nacional	87 pacientes
Paraíso	68 pacientes
Augustinópolis	34 pacientes

Fonte: SPAS/SES-TO.

No que se refere à atividade de regulação de consultas e exames, na região Macro-Norte efetivamos 195.206 procedimentos regulados, facilitando o acesso à população aos serviços de imagem, como ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética, além de exames de bioquímica simples, intermediária e avançada.

Já na região Macro-Sul, foram regulados 29.195 procedimentos, entre consultas oncológicas (mastologia, ginecologia, urologia, oncocirurgia entre outros; consultas pré-cirúrgicas (ortopedia, cirurgia geral e outras), além de exames de imagem como tomografia e ressonância magnética.

Visando atender o objetivo proposto, foi regulado o acesso a 545 (quinhentos e quarenta e cinco) pacientes, sendo 242 (duzentos e quarenta e dois) adultos, 212 (duzentos e doze) neonatal e 91 (noventa e um) pediátrica. Dos pacientes que necessitaram de UTI adulto, 199 (cento e noventa e nove) foram originados do Hospital Geral de Palmas, 25 (vinte e cinco) de Araguaína, 5 (cinco) do Hospital Dona Regina, 5 (cinco) do Hospital Regional de Gurupi, 3 (três) do Hospital de Doenças Tropicais – HDT, 3 (três) do Hospital Regional de Guaraí, 1 (um) do Hospital Dom Orione e 1 (um) do Hospital Regional de Porto Nacional. A UTI adulto do Hospital Regional de Palmas, recebeu, neste período, 142 (cento e quarenta e dois) pacientes, já a UTI do Instituto Ortopédico de Palmas – IOP recebeu 62 (sessenta e dois) pacientes adultos, o Hospital Dom Orione recebeu 30 (trinta) pacientes regulados, o Hospital Regional de Gurupi recebeu 7 (sete) pacientes, e o Hospital Regional de Araguaína recebeu 1 (um) paciente.

Das 212 (duzentos e doze) UTI's neonatal reguladas, as que mais originaram pacientes foi o Hospital Dona Regina, com 143 (cento e quarenta e três), Hospital Regional de Gurupi com 12 (doze) pacientes e o Hospital Regional de Augustinópolis 9 (nove) pacientes. Já quem mais recebeu foi o Hospital Dona Regina (141 – cento e quarenta e um), Hospital Dom Orione (34 – trinta e quatro) e IOP (29 – vinte e nove) pacientes.

Já no caso da UTI pediátrica, o Hospital infantil originou 48 (quarenta e oito) pacientes, ou seja, 52% do total dos pacientes transferidos. E a UTI pediátrica do Hospital Geral de Palmas recebeu 60% dos pacientes (55 – cinquenta e cinco).

Dos 545 (quinhentos e quarenta e cinco) acessos à UTI reguladas, 237 (duzentas e trinta e sete) necessitaram de transporte em UTI Terrestre, e 34 (trinta e quatro) em UTI Aérea e Terrestre.

No que se refere à regulação das cirurgias eletivas, 415 (quatrocentos e quinze) foram reguladas, entre cirurgias ortopédicas, bariátricas, otorrinolaringológicas, cirurgias gerais e ginecológicas.

Principais dificuldades encontradas:

- Falta de informatização do setor de TFD;
- Falta de recursos humanos para montagem e autuação de processos ajuda de custo;
- Encontrar Estados que disponibilizem vagas nas especialidades inexistentes ou insuficientes na Rede SUS do Tocantins;
- Morosidade no trâmite para a concessão da ajuda de custo para os usuários e acompanhantes;
- Preenchimento inadequado dos Laudos de TFD emitidos pelos médicos solicitantes;
- Documentação incompleta enviada pelos gestores municipais para o Complexo Regulador Estadual;
- Demanda espontânea dos usuários sem contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde onde reside envio de documentação realizada pelo usuário através de correios, vans, fax e até moto taxistas, sem que haja um contato com o seu município de origem, e muitas vezes sem telefone para contato e com agendamentos sem tempo hábil para liberação das passagens, fugindo do fluxo estabelecido pela normatização do TFD;

Em relação às dificuldades apontadas a acima, sugerimos algumas estratégias com intuito de amenizar e agilizar alguns processos, tais como: a organização das redes de atenção à saúde do Tocantins; qualificação dos servidores e gestores municipais na área de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; a aquisição de alguns procedimentos na área de oftalmologia de acordo com a demanda gerada (vitrectomia, catarata, glaucoma e etc..) avaliando o custo benefício; Mudança na formalização dos processos de concessão de ajuda de custo, com a criação de um sistema com intuito de agilizar a concessão do benefício em tempo hábil; aquisição de software para TFD

4.3. Ouvidoria

Ao analisar o relatório situacional das demandas registradas na Ouvidoria no período de 1º de janeiro a 30 de abril de 2016, percebe-se que de 228 manifestações registradas apenas 63 ainda estão em andamento - não foram respondidas à Ouvidoria, destas 15 são denúncias, as quais necessitam de um período maior para serem respondidas, devido a necessidade de auditoria, sindicância ou fiscalização sanitária, e 24 tratam-se de reclamações que também demandam um período para tomada de providências para solução do problema, 20 são solicitações que também não foram atendidas pelo local demandado e 04 pedido de informação que também encontra-se em andamento. Portanto, do total de 228 registros 165 já foram respondidos com as devidas providências e problemas solucionados.

Quadro 57 – Relatório Estatístico de Demandas à Ouvidoria, Janeiro a abril de 2016.

STATUS	DENÚNCIA	ELOGIO	INFORMAÇÃO	RECLAMAÇÃO	SUGESTÃO	SOLICITAÇÃO	TOTAL
Andamento	15	00	4	24	00	20	63
Concluída	6	00	0	2	00	03	11
Fechada	19	1	2	21	00	38	81
Arquivado	17	00	1	22	00	33	73
TOTAL	57	1	7	69	0	94	228

Fonte: Gerência de Ouvidoria/SES-TO

Quadro 58 – Relatório Estatístico de Atendimento na Ouvidoria, Janeiro a abril de 2016.

Tipo de Atendimento/Quantidade						
TELEFONE	WEB	E-MAIL	PESSOALMENTE	CARTA	CORRESPONDÊNCIA	TOTAL
185	8	6	22	3	4	228

Fonte: Gerência de Ouvidoria/SES-TO

4.4. Conselho Estadual de Saúde

Foram realizadas no período de janeiro a abril de 2016, quatro (04) reuniões ordinárias nas datas (21/01/2016; 11/02/2016; 10/03/2016; 14/04/2016) e uma reunião extraordinária em 23/02/2016 do Conselho Estadual de Saúde, atingindo 50% da estabelecido, onde foram deliberados (oito) 08 itens em forma de Resoluções e três Moções, atendendo os objetivos estabelecidos pelo Conselho Estadual de Saúde e cumprindo a Legislação Vigente.

5. DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

No que diz respeito ao seu quadro de pessoal, a SES-TO possui na atualidade **12.405** servidores remunerados em uma folha de pagamento mensal de aproximadamente **R\$82 Milhões**. Conforme dados do quadro abaixo, a sua força de trabalho é composta por **75%** de servidores efetivos (9.304 servidores) e **25%** de servidores com vínculo empregatícios precário (contratado/ comissionado), onde **23%** são de servidores que atuam em atividades técnicas-assistenciais e **2%** de comissionados que estão em atividades inerentes aos cargos da estrutura organizacional da Secretaria.

Quadro 59 – Relatório físico/financeiro do Quadro de Pessoal da SES-TO – competência abril de 2016.

Tipo de Vínculo do Servidor	1º Quad. 2016 – Total Mês			
	Físico	%	Financeiro (R\$)	%
Servidor Efetivo: 9.165 Efetivo: Servidor Efetivo Remanescentes de Goiás: 122 Servidor Efetivo Requisitado: 17	9.304	75,00%	70.521.368,54	86,21%
Contrato Temporário	2.889	23,29%	10.439.312,52	12,76%
Comissionado	212	1,71%	842.997,13	1,03%
Total	12.405	100,0%	81.803.678,19	100,00%

Fonte: Sistema ERGON- Folha SES-TO, competência abril 2016.

O quadro de pessoal da SES-TO está representado em sua maioria pelas categorias da saúde, sendo da categoria de enfermagem 6.010 servidores (48,45% do total de servidores) e da categoria médica 1.200 servidores (9,67%).

Quadro 60 – Demonstrativo do Quadro de Pessoal da SES-TO por Categoria Profissional – competência abril de 2016.

Ord.	Categoria Profissional/ Cargo	1º Quad. 2016 – Total Mês			
		Físico	%	Financeiro (R\$)	%
1	Técnico em enfermagem	2947	23,76%	9.380.786,80	11,47%
2	Enfermeiro	1589	12,81%	12.220.674,42	14,94%
3	Auxiliar de enfermagem	1474	11,88%	5.982.946,69	7,31%
4	Médico	1200	9,67%	26.877.663,00	32,86%
5	Assistente Serviço de Saúde	1146	9,24%	2.552.370,20	3,12%
6	Cirurgião Dentista	380	3,06%	5.768.243,09	7,05%
7	Farmacêutico/Bioquímico	366	2,95%	2.829.307,34	3,46%
8	Fisioterapeuta	321	2,59%	2.119.220,32	2,59%
9	Assistente social/ Analista em Desenvolvimento Social	330	2,66%	2.312.613,87	2,83%
10	Tecnico em Radiologia	236	1,90%	846.296,82	1,03%
11	Psicólogo	189	1,52%	1.201.842,27	1,47%
12	Nutricionista	97	0,78%	728.931,82	0,89%
13	Fonaudiólogo	91	0,73%	603.842,64	0,74%
14	Terapeuta Ocupacional	22	0,18%	127.285,68	0,16%
Subtotal		10.388	83,74%	73.552.024,96	89,91%
Demais categorias/cargos		2.017	16,26%	8.251.653,23	10,09%
Total		12.405	100,00%	81.803.678,19	100,00%

Fonte: Sistema ERGON- Folha SES-TO, competência abril/ 2016.

Se comparado o total de **12.405** profissionais com vínculo na SES-TO em abril de 2016 com o total de **24.551** profissionais cadastrados no CNES/SUS depreende-se que **51%** da força de trabalho em saúde tem vínculo com a esfera estadual.

A SES-TO está com **7,05%** de sua força de trabalho cedida à esfera municipal como contrapartida para a efetivação da Atenção Básica, com um total de **874** servidores efetivos cedidos.

Quadro 61 – Total de servidores da SES-TO cedidos aos municípios por categoria profissional.

Categoria Profissional	1º Quad. 2016 – Total Mês			
	Físico	%	Financeiro	%
Técnico Radiologia	6	0,69%	34.993,47	0,52%
Técnico de Laboratório	12	1,37%	52.315,71	0,78%
Médico	49	5,61%	829.201,82	12,29%
Enfermeiro	152	17,39%	1.638.589,21	24,28%
Técnico de Enfermagem	160	18,31%	799.410,43	11,85%
Auxiliar de Enfermagem	162	18,54%	588.469,64	8,72%
Cirurgião Dentista	165	18,88%	1.651.782,00	24,48%
Outros	168	19,22%	1.154.011,08	17,10%
Total	874	100,00%	6.748.773,36	100,00%

Fonte: Sistema ERGON- Folha SES-TO, competência abril/ 2016.

A cessão de servidores às entidades filantrópicas representa 0,44% de seu quadro de pessoal, com um total de **55** servidores efetivos cedidos, dos quais 24 estão no Hospital e Maternidade Dom Orione de Araguaína - entidade privada sem fins lucrativos contratualizada como referência para a gestão de alto risco e alta complexidade em cardiologia para a Região Norte do Estado.

Quadro 62 – Total de servidores da SES-TO cedidos as entidades filantrópicas, Tocantins, 2016.

Categoria Profissional	1º Quad. 2016 – Total Mês			
	Físico	%	Financeiro	%
Técnico de Laboratório	1	1,82%	3.044,17	0,72%
Cirurgião Dentista	1	1,82%	13.127,04	3,11%
Médico	1	1,82%	23.031,52	5,45%
Enfermeiro	7	12,73%	72.525,24	17,17%
Auxiliar de Enfermagem	8	14,55%	28.476,62	6,74%
Técnico de Enfermagem	9	16,36%	47.416,87	11,23%
Outros	28	50,91%	234.787,92	55,58%
Total	55	100,00%	422.409,38	100,00%

Fonte: Sistema ERGON- Folha SES-TO, competência abril/ 2016.

Quadro 63 – Total de servidores da SES-TO cedidos ao Hosp Maternidade Dom Orione de Araguaína, Tocantins, 2016.

Categoria Profissional	1º Quad. 2016 – Total Mês			
	Físico	%	Financeiro	%
Fisioterapeuta	1	4%	4.137,56	1,16%
Técnico Radiologia	1	4%	5.911,49	1,66%
Assistente Social	1	4%	15.124,51	4,24%
Outros	2	8%	14.349,41	4,03%
Farmacêutico/Bioquímico	3	13%	39.301,92	11,03%
Auxiliar de Enfermagem	5	21%	18.794,04	5,27%
Enfermeiro	5	21%	49.971,39	14,02%
Médico	6	25%	208.737,06	58,58%
Total	24	100%	356.327,38	100,00%

Fonte: Sistema ERGON- Folha SES-TO, competência abril/ 2016

Quadro 64 – Total de servidores da SES-TO cedidos a outros poderes

Categoria Profissional	1º Quad. 2016 – Total Mês			
	Físico	%	Financeiro	%
Técnico enfermagem	1	2,08%	1.607,94	0,51%
Auxiliar de Enfermagem	1	2,08%	2.844,79	0,91%
Cirurgião dentista	2	4,17%	31.599,33	10,11%
Médico	4	8,33%	112.531,14	36,02%
Enfermeiro	5	10,42%	37.680,38	12,06%
Outros	35	72,92%	126.148,86	40,38%
Total	48	100,00%	312.412,44	100,00%

Fonte: Sistema ERGON- Folha SES-TO, competência abril/ 2016

Do total de profissionais do quadro de pessoal da SES-TO, que representa 12.405 servidores:

- **90,93%** estão atuando nas unidades de saúde da administração direta na esfera estadual (11.428 servidores);
- **7,05%** estão cedidos aos municípios (874 servidores);
- **0,44%** cedidos a entidades filantrópicas (55 servidores); e
- **0,39%** cedidos a outros órgãos/poderes (48 servidores).

Estes totais físicos equivalem financeiramente:

- Nas unidades de saúde da administração direta na esfera estadual: R\$74.320.083,01 (90,85% da Folha);
- Cedidos aos municípios: R\$6.748.773,36 (8,25% da Folha)
- Cedidos a entidades filantrópicas: R\$422.409,38 (0,52% da Folha); e
- Cedidos a outros órgãos/poderes: R\$312.412,44 (0,38% da Folha).

A estrutura administrativa vigente em abril de 2016, regida pela Lei Estadual Nº 2.986, de 13/07/2015, publicada no D.O.E. nº 4.414, está organizada em Superintendências, Diretorias e Gerências, contando também com um quadro de Assessoramento Especial, Funções Comissionadas da Administração (FCA) e de Funções Comissionadas Especiais para gratificação das supervisões dos serviços assistenciais dos 19 Hospitais Regionais, conforme demonstrado no Quadro 8.

Os cargos estruturantes da SES-TO são ocupados em sua maioria por servidores efetivos (aproximadamente 107 dos 116 cargos de gerências diretorias e superintendências), o que gera uma economicidade ao perfil de financiamento da estrutura, visto que a este contingente destinam-se apenas o percentual de 40% do valor integral do cargo e não o seu valor total. Atualmente o financiamento da estrutura apresenta uma economicidade de aproximadamente 29% por ser ocupada em sua maioria por servidores efetivos.

Quadro 65 – Estrutura Organizacional da SES-TO - Lei Estadual Nº 2.986/2015.

Cargo	Quant.	%	Valor (R\$)		%	
			Unit.	Total Mês		
SES-TO - SEDE	Gabinete do Secretário	1	13.500,00	13.500,00	59	
	Gabinete do Subsecretário	1	10.000,00	10.000,00		
	Assessoria de Gabinete I	1	9.500,00	9.500,00		
	Assessoria de Gabinete II	3	6.500,00	19.500,00		
	Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde	1	4.000,00	4.000,00		
	Secretaria-Geral	1	4.000,00	4.000,00		
	Secretaria-Geral da Comissão Intergestores Bipartite	1	4.000,00	4.000,00		
	Superintendência	8	9.500,00	76.000,00		
	Diretoria	22	6.500,00	143.000,00		
	Gerência	77	4.000,00	308.000,00		
	Assessoria	179	-	374.000,00		
	Função Comissionada da Administração - FCA	185	-	94.750,00		
	SOMA	480		-		1.060.250,00
Gestão de Unidades de Saúde	Diretoria-Geral de Unidade Porte 1	6	3.000,00	18.000,00	41	
	Diretoria-Geral de Unidade Porte 2	9	6.500,00	58.500,00		
	Diretoria-Geral de Unidade Porte 3	4	9.500,00	38.000,00		
	Diretoria Administrativa de Unidade Porte 1	6	2.500,00	15.000,00		
	Diretoria Administrativa de Unidade Porte 2	9	4.000,00	36.000,00		
	Diretoria Administrativa de Unidade Porte 3	4	6.500,00	26.000,00		
	Diretoria Executiva de Unidade Porte 3	4	6.500,00	26.000,00		
	Diretoria Técnica de Unidade Porte 1	6	3.000,00	18.000,00		
	Diretoria Técnica de Unidade Porte 2	9	6.500,00	58.500,00		
	Diretoria Técnica de Unidade Porte 3	4	9.000,00	36.000,00		
	Diretoria de Enfermagem - Concentração de Serviços I	2	4.000,00	8.000,00		
	Diretoria de Enfermagem - Concentração de Serviços II	2	6.500,00	13.000,00		
	Assessoria Especial - Porte 3	1	6.500,00	6.500,00		
	Supervisão do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III	1	2.500,00	2.500,00		
	Supervisão do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Infantil	1	2.500,00	2.500,00		
	Supervisão do Centro Estadual de Reabilitação I	1	2.500,00	2.500,00		
	Supervisão do Centro Estadual de Reabilitação II	3	3.000,00	9.000,00		
	Funções Comissionadas Especiais	357	-	363.900,00		
	SOMA	429		-		737.900,00
	TOTAL GERAL	909	100			1.798.150,00

Fonte: SES-TO – Abril 2016.

5.1. Regulação do Trabalho

Quadro 66 – Demonstrativo do Atendimento aos Servidores da SES-TO-TO, por assunto do Requerimento no 1º. Quad. de 2016.

ASSUNTO	QUANTIDADE	ATIVIDADE	RESULTADO
Solicitação de Insalubridade	546	Análise e emissão de Parecer	501 deferidos
Regularização de Insalubridade	530	Análise e emissão de Parecer	45 indeferidos
Afastamento para conclusão de TCC	50	Análise e emissão de Parecer	47 deferidos 03 indeferidos
Progressão Horizontal	1587	Análise, emissão de Parecer, elaboração e publicação de Ato.	Aptos
Progressão vertical/horizontal	247	Análise, emissão de Parecer, elaboração e publicação de Ato.	Aptos
	18	Análise, emissão de Parecer, elaboração e publicação de Ato.	Indeferidos
	254	Elaboração e publicação de Ato.	192 indeferidos 62 deferidos
	64	Elaboração e publicação de Ato de Retificações	Aptos
Atendimento	86	Presencial/telefone	
	30	Ofício/memorando	
Total	3.412		

Fonte: Elaborado pela avaliadora com dados da SESRT (jan. / abr. 2016).

5.2. Processos Educacionais

Em processos educacionais em saúde no 1º. Quadrimestre de 2016, foram beneficiados com vagas, **584** profissionais de saúde, sendo 577 alunos e 07 docentes.

5.2.1. Processos Educacionais – Especialização

- Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Gestão de Sistema de Saúde (UFBA/ISC): 01 turma em Palmas, 17 vagas.
- Especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente (em parceria Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês) - 80 vagas.
- Especialização em Terapia Intensiva –10 vagas.
- Especialização em Urgência e Emergência para Enfermeiros – 1 turma será realizada em Palmas, 3 vagas para docentes.

5.2.2. Processos Educacionais – Nível Médio

- Curso de Especialização Técnica em Instrumentação Cirúrgica - 01 turma em Palmas, 30 vagas.
- Curso de Atualização para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem com Ênfase em Urgência e Emergência: 01 turmas em Palmas, 02 vagas para docentes e 30 vagas para alunos; 01 turmas em Araguaína, 30 vagas.
- Curso de Acolhimento como Prática de Produção de Saúde: 01 turma em Palmas, 40 alunos; 01 turma em Araguaína, 40 alunos; 01 turma em Paraíso, 40 alunos; 01 turma em Porto Nacional, 40 alunos.
- Curso de Qualificação de Auxiliar em Saúde Bucal: 01 turma em Palmas, 30 vagas.
- Curso de Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde / Formação Inicial: 01 turma em Palmas, 30 alunos; 01 turma em Dianópolis, 30 alunos; 01 turma em Paraíso, 30 alunos.

5.2.3. Processos Educacionais – Educação Permanente em Saúde

- Participações de trabalhadores da Saúde em eventos educativos e/ou pagamento de horas-aula de facilitadores para realização de eventos de demanda espontânea, contemplando 100 servidores, sendo: 100 servidores – participação no Congresso do COSEMS.
- Oficina em Educação Popular com Ênfase na Promoção da Saúde – 02 turmas serão realizadas, 01 em Natividade e 01 em Tocantinópolis, 02 vagas para docentes.

Quadro 67 – Demonstrativo da participação dos trabalhadores da saúde em eventos educativos realizados por outras Instituições no 1º. Quad. de 2016.

PROCESSO EDUCACIONAL	No. DE VAGAS OFERTADAS (Docentes)	No. DE VAGAS OFERTADAS (Discentes)	PÚBLICO ALVO	REGIÃO DE SAÚDE CONTEMPLADA (municípios)
Especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente		80	Servidores Públicos Graduados que atuam nas Unidades Hospitalares sob gestão estadual	Médio Norte Araguaia (Araguaína), Sudeste (Arraias), Cerrado Tocantins Araguaia (Colméia, Guarai), Ilha do Bananal (Gurupi), Capim Dourado (Miracema, Palmas), Cantão (Paraíso) e Amor Perfeito (Porto Nacional)
Congresso COSEMS		100	Servidores do SUS Estadual	Todas as Regiões de Saúde
Especialização em Terapia Intensiva		10	Médicos	Capim Dourado (Palmas), Ilha do Bananal (Gurupi), Médio Norte Araguaia (Araguaína)
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Gestão de Sistema de Saúde		17	Servidores Públicos efetivos, concursados em carreira de nível superior que atuem na esfera estadual ou municipal do SUS do Estado do Tocantins	Médio Norte Araguaia (Araguaína), Cerrado Tocantins Araguaia (Brasilândia) e Capim Dourado (Palmas)
TOTAL		207		

Fonte: SESRT (jan. /abr. 2016).

Quadro 68 – Demonstrativo das vagas ofertadas para participação dos trabalhadores da saúde em eventos educativos, por público-alvo – 1º. Quadrimestre de 2016.

PÚBLICO ALVO	TOTAL DE VAGAS OFERTADAS (Discentes)
Servidores do SUS	290
Servidores Públicos Graduados	107
Agentes Comunitários de Saúde	90
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem Estaduais e Municipais	60
Técnico de Enfermagem	30
TOTAL	577

Fonte: SESRT (jan. /abr. 2016).

Quadro 69 – Demonstrativo da participação dos trabalhadores da saúde em eventos educativos no 1º. Quad. de 2016.

PROCESSO EDUCACIONAL	No. DE VAGAS OFERTADAS (Docentes)	No. DE VAGAS OFERTADAS (Discentes)	PÚBLICO ALVO	REGIÃO DE SAÚDE CONTEMPLADA (municípios)
Curso de Auxiliar em Saúde Bucal		30	Servidores do SUS	Cerrado Tocantins Araguaia (Guaiaí, Recursolândia, Pedro Afonso, Centenário) Capim Dourado (Miracema, Palmas, Rio Sono, Novo Acordo, Lizarda) Cantão (Cristalândia, Chapada de Areia, Divinópolis, Marianópolis, Paraíso) Amor Perfeito (Ponte Alta do Tocantins, Chapada da Natividade, Porto Nacional, Sudeste (Almas))
Especialização Técnica em Instrumentação Cirúrgica		30	Técnico de Enfermagem	Capim Dourado (Palmas) Amor Perfeito (Porto Nacional) Cantão (Paraíso) Ilha do Bananal (Gurupi) Médio Norte Araguaia (Araguaína)
Curso de acolhimento como Prática de Produção de Saúde – Turma de Palmas		40	Servidores do SUS	Capim Dourado (Palmas (HGP- HIPP- Hospital e Maternidade Dona Regina e SEMUS))
Curso de acolhimento como Prática de Produção de Saúde – Turma de Araguaína		40	Servidores do SUS	Médio Norte Araguaia (Araguaína (Hospital Regional, Secretaria Municipal de Saúde))
Curso de acolhimento como Prática de Produção de Saúde – Turma de Araguaína		40	Servidores do SUS	Cantão (Paraíso (Hospital de Referência e Secretaria Municipal de Saúde))
Curso de acolhimento como Prática de Produção de Saúde – Turma de Porto Nacional		40	Servidores do SUS	Amor Perfeito (Porto Nacional (Hospital Regional, Maternidade Tia Dedé e Secretaria Municipal de Saúde))
Curso de Atualização para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem com Ênfase em Urgência e Emergência - Turma de Palmas	2	30	Auxiliares e Técnicos de Enfermagem Estaduais e Municipais	Capim Dourado (Palmas) Amor Perfeito (Silvanópolis, Ipueiras)
Curso de Atualização para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem com Ênfase em Urgência e Emergência - Turma de Araguaína		30	Auxiliares e Técnicos de Enfermagem Estaduais e Municipais	Médio Norte Araguaia (Araguaína (Hospital Regional, Hospital Municipal e Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento))
Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde / Formação Inicial – Turma de Dianópolis		30	Agentes Comunitários de Saúde	Sudeste (Dianópolis, Novo Jardim, Porto Alegre, Rio da Conceição) Amor Perfeito (Santa Rosa)
Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde / Formação Inicial – Turma de Palmas		30	Agentes Comunitários de Saúde	Capim Dourado (Palmas)
Urgência e Emergência para enfermeiros	3		Enfermeiros	Capim Dourado (Palmas)
Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde / Formação Inicial – Turma de Paraíso		30	Agentes Comunitários de Saúde	Cantão (Paraíso, Monte Santo, Nova Rosalândia, Araguacema e Divinópolis)
Oficina de Educação Popular com Ênfase na promoção da Saúde	2		Trabalhadores gestores do SUS, profissionais de Saúde, educadores da área da saúde, comunidade, movimentos sociais e o controle social	Amor Perfeito (Natividade) Bico do Papagaio (Tocantinópolis)
TOTAL = 12	7	370		

Fonte: Elaborado pela avaliadora com dados da SESRT (jan. /abr. 2016).

6. OBRAS DE SAÚDE: REESTRUTURAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Hospital Geral de Gurupi

- 1ª etapa do Hospital Geral de Gurupi está com 48,52% de execução da obra pela empresa COCENO – Construtora Centro Norte LTDA. Para despesas com obras e instalações foram liquidados e pagos na Fonte 102 (Recurso do Tesouro do Estado) os valores de R\$ 717.705,81 e de R\$ 189.000,00 para despesas de exercícios anteriores. Ainda, na Fonte 225 (Convênio com o Ministério da Saúde) foram liquidados e pagos R\$1.162.955,91 (despesas de exercício anterior) e pago R\$ 6.926.039,97 referente às medições da obra.
- 2ª etapa do Hospital Geral de Gurupi está sem execução financeira em função da revisão do Projeto de Arquitetura. Tal atividade está sendo prejudicada por dificuldades cotidianas enfrentadas pela reduzida equipe responsável pela infraestrutura dos Estabelecimentos de Saúde da SESAU e ausência de condições tecnológicas adequadas (software).

Hospital Regional de Paraíso

- Reforma e ampliação do Hospital Regional de Paraíso está com 41,01% de execução da obra. Foram liquidados e pagos os valores R\$ 430.024,9, R\$ 51.373,56, R\$ 178.646,86 com somatória total de R\$ 660.045,32 na Fonte 102 (Recurso do Tesouro do Estado) pagamento de despesas de exercício anterior (Processo 2013/3055/2860).
- Ampliação da Ambiência de Serviço de Parto do Hospital de Paraíso (Fonte 225 Convênio com o Ministério da Saúde) está sem execução financeira, contudo foi licitado no Processo 2013/3055/2860 com objeto Reforma e Ampliação do Hospital Regional de Paraíso que está com 41,01% executado, no dia 25 de fevereiro de 2016 foi publicada em DOE nº 4.567, ordem de reinício parcial dos serviços de reforma do bloco 03. A execução desta atividade da PAS/2016 deve ser concomitante com a reforma que interfere diretamente nos usos dos ambientes de ampliação.

Hospital Geral de Palmas

- Obra correspondente a estrutura da unidade de oncologia com implantação da radioterapia do HGP (Fonte 225 Convênio com o Ministério da Saúde) está sem execução financeira. O projeto de arquitetura encontra-se aprovado aguardando finalização dos demais projetos necessários para execução da obra para área destinada ao recebimento dos serviços de quimioterapia e seus apoios, considerando a existência de Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (Projeto Expande) do Ministério da Saúde que subsidiará a ampliação da capacidade do serviço de Radioterapia no HGP.
- Ampliação do Hospital Geral de Palmas (Fonte 4219 Operação de Crédito), foram liquidados e pagos os valores R\$ 1.134.161,58 e R\$ 295.341,40. Contudo o Processo 2013/3055/1912 cujo objeto é Reforma e Ampliação do Hospital Geral de Palmas está com

20,25 % executado, Obra em andamento com Ordem de Reinício assinada no dia 7 de Abril de 2016, a qual está sendo providenciada a publicação em Diário Oficial por parte da interveniente a Secretaria de Infraestrutura.

Hospital Regional de Miracema

- Adequação da Ambiência do Serviço de Parto do Hospital Regional de Miracema (Fonte 225 Convênio com o Ministério da Saúde) está sem execução financeira, contudo foi licitado no Processo 2013/3055/2861 com objeto Reforma e Ampliação do Hospital Regional de Miracema que está com 17,26% executado, mas está paralisado. A execução desta atividade da PAS/2016 deve ser concomitante com a reforma que interfere diretamente nos usos dos ambientes de ampliação.
- Reforma e ampliação do Hospital Regional de Miracema (Fonte 4219 Operação de Crédito) está sem execução financeira está sem execução financeira, contudo foi licitado no Processo 2013/3055/2861 cujo objeto Reforma e Ampliação do Hospital Regional de Miracema está com 17,26% executado, mas está paralisado aguardando readequação de Projeto Elétrico e Projeto Sanitário, conforme publicado no D.O.E. nº 4.315, de 10/02/2015.

Hospital Regional de Araguaína

- Ampliação do espaço físico do serviço de Radioterapia do Hospital Regional de Araguaína para receber o segundo acelerador linear (Fonte 225 Convênio com o Ministério da Saúde) está sem execução financeira. No ano de 2014 foi licitada a execução da obra (Processo nº 2013/3055/3046) e por duas vezes não tiveram propostas. Com a danificação do equipamento existente, a equipe da Oncologia discutiu a possibilidade de adequação de sala existente para instalação do equipamento. Logo, encaminhou-se os cálculos de blindagem à Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN que aguarda aprovação, após, encaminhar-se-á para execução do processo licitatório da adequação.
- Construção do Hospital Geral de Araguaína (Fonte 4219 Operação de Crédito) houve execução financeira no valor de R\$ 10.261.210,22, contudo o Processo 2013/3055/2541 cujo objeto é Construção do Hospital Geral de Araguaína está com 5,56 % executado, mas está paralisado por aguardar compatibilização de projetos, conforme publicado no D.O.E. nº 4.392 de 12/06/2015.

Hospital e Maternidade Dona Regina

- Ampliação do Centro de Parto Normal – CPN do Hospital e Maternidade Dona Regina (Fonte 249 recurso federal do bloco de investimentos) está sem execução financeira, pois o orçamento do projeto previamente aprovado ultrapassou o valor determinado pelo convênio. O Processo nº 2015/30550/005691 aguarda publicação do edital para então continuidade aos trâmites licitatórios, contratuais e a execução da atividade em questão.

Centros de Reabilitação

- Centro de Reabilitação de Palmas (Fonte 249 recurso federal do bloco de investimentos) está sem execução financeira, porém o processo licitatório da obra (Processo nº 2015/30550/2460) teve o resultado do julgamento da Tomada de Preço nº 01/2016 no D.O.E nº 4.634/2016 e aguarda a efetivação contratual para início da obra.
- Centro de Reabilitação de Araguaína (Fonte 249 recurso federal do bloco de investimentos) está sem execução financeira, pois está em fase de conclusão de planilha orçamentária e autuação de processo. Tal atividade está sendo prejudicadas por dificuldades cotidianas enfrentadas pela reduzida equipe responsável pela infraestrutura dos Estabelecimentos de Saúde da SESAU;

Hospital Regional de Augustinópolis

- Reforma e ampliação do Hospital Regional de Augustinópolis está com 32,34% executado. Foram liquidados e pagos os valores R\$ 517.135,29 na (Fonte 4219 Operação de Crédito). A obra permaneceu paralisada de 03/11/2014 até 18/08/2015 por aguardar aditivo de valor, a data de reinício para execução dos serviços é de 18 de agosto de 2015 conforme DOE nº 4.462 de 22 de setembro de 2015, Página 26.

7. INDICADORES DE SAÚDE

DIRETRIZ: AMPLIAÇÃO DA COBERTURA E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, COM ÊNFASE NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.

OBJETIVO: Organizar os serviços do SUS por meio de rede de atenção à saúde de forma regulada, controlada e avaliada.

META	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.
1. Ampliar a cobertura de CAPS, passando de 1,05 em 2015 para 2,25 em 2019.	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (Caps).	Porcentagem		
o Região de Saúde Sudeste			1,62%	1,62%
o Região de Saúde Médio Norte Araguaia			1,33%	1,33%
o Região de Saúde Ilha do Bananal			1,16%	1,45%
o Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia			2,05%	2,05%
o Região de Saúde Capim Dourado			0,99%	0,99%
o Região de Saúde Cantão			0,43%	0
o Região de Saúde Bico do Papagaio			2,38%	1,04%
o Região de Saúde Amor Perfeito			0,97%	0,97%
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para a região Capim Dourado é de 1,16% na condição de que o serviço já incentivado de Novo Acordo funcione. Pelo fato de esse serviço não estar em funcionamento a meta alcançada para a região foi de 0,99%. A meta esperada para a região Sudeste é de 1,62% de cobertura, foi realizada no primeiro quadrimestre de 2016. A meta para a Região do Bico do Papagaio esperada para 2016 é de 1,57% de cobertura. Contudo, com a paralisação da oferta de atendimento pelo CAPS AD de Augustinópolis, a meta alcançada foi de 1,04%. A meta esperada para a Região do Médio Norte Araguaia é de 1,52%. Contudo, o CAPS AD de Araguaína oferece atendimento em horário matutino e vespertino e atualmente a gestão municipal solicita habilitação junto ao Ministério da Saúde para que o serviço se habilite como CAPS AD ao invés de CAPS AD III. Desse modo, a meta executada passa a ser de 1,33% e tal meta passa a ser a esperada para o próximo quadrimestre.: A meta esperada para a região Cerrado Tocantins Araguaia é de 2,39% de cobertura. Isso depende da implantação do CAPS de Guaraí que está já incentivado. A cobertura atual é de 2,05%. A meta esperada para a região Amor Perfeito é de 2,41% de cobertura uma vez que há incentivo para a abertura de um CAPS AD III em Porto Nacional. A meta realizada no primeiro quadrimestre foi de 0,97%. A meta para a região Cantão foi executada nesse primeiro quadrimestre. Ilha do Bananal: A meta esperada para essa região é de 1,74%, incluindo nessa expectativa a implantação do CAPS de Peixe em 2016. Atualmente, sem o serviço da cidade de Peixe, a meta alcançada é de 1,45%.</p>				
2. Ampliar a cobertura do SAMU 192 de 44% em 2015 para 100% em 2019. Estadual	Cobertura dos serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)	Porcentagem	55%	NI
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta é ampliar em 56% em 4 anos a cobertura do SAMU (192), chegando a um total de 100% de cobertura até 2019, ou seja 14% ao ano. Considerando que</p>				

hoje temos uma cobertura de 44% a meta para 2016 é de 58%, sendo 48.6% no 1º quadrimestre. A ampliação para os 4 anos prevê a implantação do serviço em Augustinópolis, Tocantinópolis, Dianópolis, Porto Nacional, Paraíso, Guaraí, Pedro Afonso, Xambioá, Lizarda e Alvorada. A meta prevista para o quadrimestre não foi alcançada, em razão da necessidade de revisão dos Planos da Rede de Atenção às Urgências junto aos municípios das 08 regiões de saúde do estado, prevista para o 2º semestre, para que possa ser dado prosseguimento as implantações. Outro fator que inviabilizou o alcance da meta foi a indisponibilidade financeira de contrapartida de custeio estadual, que tem feito com que os municípios repensem as implantações de serviços novos que haviam programado. O não alcance da meta do objetivo implica em restringir o acesso de 223.323 habitantes, dos municípios com previsão de implantação, ao SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, gerando assim, vazios assistenciais e sobrecarga dos serviços existentes.

3. Ampliar a razão de exames citopatológicos de 0,63 em 2015 para 0,75 em 2019. Estadual	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Razão	0,65	0,10
--	--	-------	------	------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Ao realizar a análise da evolução do percentual mês a mês constatamos que os dois percentuais estão dentro dos parâmetros médios mensais, com baixa de 0,05 percentual em citologia, no acumulado de janeiro a março. Indicador 18: quantidade física citologia: janeiro e março – 10.992 (**Fonte** sia-18/05/2016) razão (meta parcial): 0,10 razão estadual ano(meta ano):0,65. Método de Cálculo: Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos . Para tanto a área técnica realizou as seguintes atividades: Região Sudeste: Para a realização da atividade supracitada, 11 municípios foram treinados: Brejinho de Nazaré, Oliveira de Fátima, Aparecida do Rio Negro, Almas, Dianópolis, Cachoerinha, Babaçulândia, Centenário, Novo Alegre, Rio da Conceição e Palmas.Região Amor Perfeito: Foi realizado apoio matricial em reunião nos municípios: Natividade, Oliveira de Fátima, Ponte Alta do Tocantins, Porto Nacional, Santa Rita e Santa Rosa. A execução desta atividade objetivou na operacionalização do SISCAN e rastreamento (screening) e discussão de caso clínico para a detecção precoce do câncer de colo de útero.

4. Ampliar a razão de exames mamografia de 0,11 em 2015 para 0,35 em 2019.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	Razão	0,20	0,05
--	---	-------	------	------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Ao realizar a análise da evolução do percentual mês a mês constatamos que os dois percentuais estão dentro dos parâmetros médios mensais, com baixa de 0,05 percentual em mamografia, no acumulado de janeiro a março. Para tanto a área técnica realizou as seguintes atividades: **Região Sudeste:** Para a realização da atividade supracitada, 11 municípios foram treinados: Brejinho de Nazaré, Oliveira de Fátima, Aparecida do Rio Negro, Almas, Dianópolis, Cachoerinha, Babaçulândia, Centenário, Novo Alegre, Rio da Conceição e Palmas. **Região Amor Perfeito:** Foi realizado apoio matricial em reunião nos municípios: Natividade, Oliveira de Fátima, Ponte Alta do Tocantins, Porto Nacional, Santa Rita e Santa Rosa. A execução desta atividade objetivou na operacionalização do SISCAN e rastreamento (screening) e discussão de caso clínico para a detecção precoce do câncer de colo de útero.

5. Proporcionar o acesso a 19.200 usuários em 2019, nos Centros de Reabilitação habilitados em reabilitação auditiva, física, intelectual e autismo e visual.	Número de usuários atendidos/mês, conforme parâmetros de modalidade de serviço.			
o Região de Saúde Capim Dourado		Unidade	6.600	1.989
o Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia		Unidade	4.200	929
o Região de Saúde Médio Norte Araguaia		Unidade	2.400	1.061
o Região de Saúde Amor Perfeito		Unidade	2.400	1.080

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Região de Saúde Capim Dourado: Há 1 Centro Especializado em Reabilitação – CER II Palmas, habilitado na modalidade de reabilitação física e intelectual,

ambas as modalidades tem como parâmetro ministerial a quantidade mínima de 200 usuários por mês a serem atendidos. Foram atendidos 792 usuários na modalidade física de Janeiro a Abril e 223 na modalidade intelectual, somando os valores, totaliza 1.015 usuários. Ainda nesta região há o Serviço de Reabilitação Auditiva, o qual tem como parâmetro ministerial a quantidade mínima de 150 usuários por mês a serem atendidos. De janeiro a abril foram atendidos 974 usuários. Ou seja, somaram-se 1.015 + 974 usuários totalizando em 1.989 usuários atendidos na região do capim dourado entre janeiro a abril. Ressalta-se que cada serviço conforme sua modalidade de reabilitação é referência para vários municípios de acordo com a região de saúde segundo pactuado, Resolução CIB 003/2016 de 19 de fevereiro de 2016. **Região de Saúde Médio Norte Araguaia:** Há 1 Serviço Especializado em Reabilitação – SER Araguaína, habilitado na modalidade de reabilitação física, sendo que a modalidade tem como parâmetro ministerial a quantidade mínima de 200 usuários por mês. Foram atendidos 1.061 usuários no serviço, ou seja, na região de saúde. Ressalta-se que cada serviço conforme sua modalidade de reabilitação é referência para vários municípios de acordo com a região de saúde segundo pactuado, Resolução CIB 003/2016 de 19 de fevereiro de 2016. **Região de Saúde Cerrado do Tocantins Araguaia:** Há 1 Centro Especializado em Reabilitação – CER II Apae Colinas, habilitado na modalidade de reabilitação intelectual e auditiva, sendo que a modalidade intelectual tem como parâmetro ministerial a quantidade mínima de 200 usuários por mês a serem atendidos e o auditivo 150. Foram atendidos 692 usuários na modalidade intelectual e 271 na modalidade auditiva, somando os valores totaliza 929 usuários atendidos na região entre janeiro a abril. Ressalta-se que cada serviço conforme sua modalidade de reabilitação é referência para vários municípios de acordo com a região de saúde segundo pactuado, Resolução CIB 003/2016 de 19 de fevereiro de 2016. **Região de Saúde Amor Perfeito:** Há 1 Serviço Especializado em Reabilitação – SER Porto Nacional, habilitado na modalidade de reabilitação física, sendo que a modalidade tem como parâmetro ministerial a quantidade mínima de 200 usuários por mês. Foram atendidos 1.080 usuários no serviço, ou seja, na região de saúde. Ressalta-se que cada serviço conforme sua modalidade de reabilitação é referência para vários municípios de acordo com a região de saúde segundo pactuado, Resolução CIB 003/2016 de 19 de fevereiro de 2016.

INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL

OBJETIVO Organizar os serviços do SUS por meio de Rede de Atenção à Saúde de forma regulada, controlada e avaliada.

Indicador	Valor		Fórmula de cálculo do Indicador
	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.	
Índice de cobertura assistencial no Estado do Tocantins.	32,16	31,95	$\frac{\text{Nº de USF} + \text{Nº de un. RUE} + \text{Nº de un. CAPS} + \text{Nº de un. RASPD} + \text{Nº de un. Amb e Hosp.}}{\text{População de abrangência}} \times 100.000$

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Indicador do PPA: Índice de cobertura assistencial no Estado do Tocantins – Pontos de Atenção: USF: 386, UPA: 6, SAMU: 7, CAPS: 21, CER: 2, Ambulatorial e Hospitalar: 20. Total: 442 (442/1.383.445 X 100.000 = 31,95). Houve aumento do número de Pontos de Atenção de 384 para 386 USF, 18 para 20 CAPS e nos demais pontos da rede não teve ampliação. Entende-se que o aumento de 2 pontos de USF, proporcionou a melhoria do acesso para atendimento de atenção primária e como ordenadora da Rede permite ao usuário adentrar aos serviços de média e alta complexidade conforme a complexidade do quadro clínico. Nos serviços de Atenção Psicossocial a ampliação proporcionou a descentralização do atendimento psicossocial tipo I, e facilitou o acesso ao usuário da Região Bico do Papagaio. Ressalta-se que a Rede de Atenção não é apenas constituída por ponto de atenção, e sim em conjunto com sistema logístico e sistema de apoio que irão proporcionar integração dos serviços e a resolutividade das demandas dos usuários. Nesta perspectiva, o sistema de acesso regulado vem sendo intensamente debatido e implementado nas Redes Temáticas para a ampliação da regulação dos serviços.

OBJETIVO: Prestar apoio institucional aos municípios para melhoria da qualidade dos processos de trabalho na atenção primária, visando o aumento da resolubilidade das ações ofertadas.

META	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.
1. Aumentar de 2,59 para 3,50 o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Porcentagem	2,87	1,29
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada é um indicador que apresenta polaridade positiva e tendência crescente. A fórmula de cálculo utilizada para aferição do alcance dessa meta leva em consideração o número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local por 12 meses, dividido por doze, posteriormente dividido pela população no mesmo local e período, e em seguida multiplicado por 100, segundo o Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde. De acordo com os dados parciais referentes ao período de janeiro e fevereiro de 2016, o estado vem alcançando o índice de 1,29% (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, acesso em 27/04/2016), o que é considerado insatisfatório, levando em consideração que a proposta de alcance dessa meta para o ano de 2016 é de 2,87%. Justifica-se este resultado pela transição do sistema de informação usado na Atenção Básica, que desde janeiro de 2016 passou a ter a obrigatoriedade do registro da produção dos profissionais exclusivamente no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), o que pode estar contribuindo para que 45,42% (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, acesso em 27/04/2016) dos municípios não apresentem produção relacionada ao procedimento de escovação dental supervisionada. Outro fator que corrobora para o não alcance da meta, é o fato de que nos meses de janeiro e fevereiro coincide com as férias escolares, pois o principal público-alvo da ação de escovação dental supervisionada, são pessoas em idade escolar. Recomenda-se o planejamento estratégico de atividades levando-se em consideração os períodos do calendário escolar do território e o monitoramento do sistema de informação com vistas à certificação de que a atividade realizada está sendo informada. Além disso, propõe-se cursos direcionados para as equipes de saúde bucal e webconferência sobre Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB, para profissionais das equipes de atenção básica e digitadores dos municípios, que poderá gerar impacto positivo no indicador.</p>				
2. Aumentar de 4,15 para 5,01 a taxa de detecção de sífilis em gestante (por 1.000NV).	Taxa de detecção de sífilis em gestantes/1.000 NV	Taxa	4,35	13,14
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: Para calcular a taxa de detecção de sífilis em gestantes é utilizada a seguinte fórmula: número de casos de sífilis detectados em gestantes em um determinado ano de notificação e local de residência, dividido pelo número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano, multiplicado por mil (Instrutivo do Plano Estadual de Saúde 2016-2017 do Tocantins). Segundo dados parciais do primeiro quadrimestre (janeiro a 10 de maio) do ano de 2016, a taxa de detecção de sífilis em gestantes encontra-se em 13,14/1000 nv (Base estadual do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, acesso em 10/05/2016). Este resultado aponta para a efetividade das ações desenvolvidas a partir da integração da Diretoria de Atenção Primária e Diretoria de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis desenvolvidas com foco na reorganização dos processos, construção de fluxos, pactuações, alinhamentos conceituais, educação permanente, intensificação na mobilização para aplicação dos testes, qualificação dos profissionais da Atenção Básica quanto ao Protocolo da Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense; o que corrobora para a superação da meta proposta para o quadriênio 2016-2019 que é de 5,01/1000 nv. Nota-se uma subestimação da meta para o ano corrente, equívoco que deverá ser corrigido em tempo oportuno. Recomenda-se a manutenção das ações que favoreçam a detecção precoce e notificação da sífilis em gestante e o tratamento oportuno dos casos, bem como integração com áreas relacionadas ao contexto e qualificação permanente dos profissionais de saúde para o diagnóstico, notificação e acompanhamento.</p>				
3. Aumentar de 59,62% para 72,4%, até 2019, a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	Porcentagem	62,6	62,7

natal.				
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</p> <p>O indicador de proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal contribui na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como: a mortalidade materna, infantil e número de casos de sífilis congênita. Para o cálculo utiliza-se a seguinte fórmula: número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com, no mínimo, sete consultas de pré-natal, dividido pelo número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período, multiplicado por cem (Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde). De acordo com os dados parciais do 1º quadrimestre referente ao período de janeiro a abril de 2016, o estado vem alcançando o índice de 62,76% (Base estadual do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, acesso em 29/04/2016), o que é considerado satisfatório, levando em consideração que a proposta de meta para o ano de 2016 é de 62,60%, justificando-se pela estimulação contínua aos municípios para o preenchimento adequado do cartão da gestante. Recomenda-se a continuidade das ações direcionadas à qualificação do pré-natal, assim como da atenção ao parto e puerpério.</p>				
4. Aumentar de 73% para 77%, até 2019, a cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Porcentagem	74	19,81
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</p> <p>O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde, no que se refere às condicionalidades de saúde. Sua fórmula de cálculo apresenta-se da seguinte forma: número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela Atenção Básica na última vigência do ano, dividido pelo número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano, multiplicado por cem (Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde), e apresenta tendência crescente. De acordo com resultado parcial do 1º quadrimestre do corrente ano (consolidação em 25/04/2016), a cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família é de 19,81% (Departamento de Atenção Básica, acesso em 29/04/2016), considerado insatisfatório levando em conta que a meta proposta para o ano de 2016 é de 74%. Em 2015, neste mesmo período, a cobertura de acompanhamento era de 38,14% (Departamento de Atenção Básica, acesso em 13/05/2015). Resalta que é um dado parcial e não reflete o alcance do fechamento da vigência que corresponde ao fechamento dos acompanhamentos e informação das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa, que se desenvolve em dois ciclos: o primeiro que se encerra no último dia útil do mês de junho (1º vigência) e o segundo que se encerra no último dia útil de dezembro (2º vigência). Assim fica claro que o processo de implementação do sistema pelos municípios encontra-se em andamento e nos últimos anos tem culminado, ao final das vigências, em um alcance considerável. É importante ressaltar que uma das maiores dificuldades para o alcance das metas nos municípios é a desatualização do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), enfraquecimento da Coordenação Intersetorial Municipal, falta de adesão da equipe de saúde e falta de empoderamento das famílias beneficiárias. Recomenda-se a intensificação das ações de apoio e assessoria aos municípios silenciosos como qualificação de profissionais, cooperação técnica in loco ou via telefone e e-mail.</p>				
5. Aumentar de 80,42% para 85%, até 2019, a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.	Porcentagem	82	81,33
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</p> <p>Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal é um indicador que apresenta polaridade positiva e tendência crescente. A fórmula de cálculo utilizada para aferição do indicador leva em consideração a soma da carga horária dos cirurgiões dentistas dividido por 40, e multiplicado por 3.000, dividido pela população no mesmo local e período e multiplicado por cem (Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde). Informamos que uma das Fontes utilizadas para o cálculo deste indicador é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que, no momento, não está disponibilizando a informação referente à carga horária total de profissionais de saúde bucal do estado, o que impossibilita o cálculo fidedigno do indicador neste quadrimestre. Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), essa indisponibilidade da informação se deve ao fato da ocorrência de uma revisão no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, que poderá inclusive resultar em uma mudança na fórmula de cálculo deste indicador. Os últimos dados disponíveis são referentes ao mês de dezembro de 2015 onde o estado alcançou o índice de 81,33% (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do</p>				

Brasil – DATASUS, acesso em 05/05/2016), inferior à meta proposta para 2016, que é de 82%. Recomendamos como estratégia para a ampliação da cobertura de Saúde Bucal do estado, a implantação de novas Equipes de Saúde Bucal, acompanhamento sistemático do CNES, bem como a realização das ações de monitoramento, acompanhamento e cooperação técnica aos municípios, com o intuito de organizar o processo de trabalho das equipes.

6. Aumentar de 88,12% para 93% a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Porcentagem	89	91,29
---	---	-------------	----	-------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica é um indicador que apresenta polaridade positiva e tendência crescente. A fórmula de cálculo utilizada para aferição do indicador leva em consideração, o número de equipes de Saúde da Família somadas ao número de equipes de Saúde da Família equivalentes, multiplicado por 3.000, dividido pela população no mesmo local e período e posteriormente multiplicado por cem (Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde). Informamos que uma das **Fontes** utilizadas para o cálculo deste indicador é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que, no momento, não está disponibilizando a informação referente ao número de equipes equivalentes do estado, o que impossibilita o cálculo fidedigno do indicador neste quadrimestre. Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), essa indisponibilidade da informação se deve ao fato da ocorrência de uma revisão no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, que poderá inclusive resultar em uma mudança na fórmula de cálculo deste indicador. Os últimos dados disponíveis são referentes ao mês de dezembro de 2015, onde o estado alcançou o índice de 91,29% (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS, acesso em 05/05/2016), superior à meta proposta em 2016, que é de 89%. Esta meta foi embasada nos dados do primeiro e do segundo quadrimestre de 2015 que tiveram alcance de 89,15% e 88,04%, respectivamente. Justifica-se o resultado alcançado em virtude do desbloqueio de algumas equipes de Atenção Básica que apresentavam algum tipo de inconformidade no seu processo de trabalho. Recomendamos como estratégia para a ampliação da cobertura da atenção básica do estado, a implantação de novas equipes de Saúde da Família, o acompanhamento sistemático do CNES, bem como a realização das ações de monitoramento, acompanhamento e cooperação técnica aos municípios, com o intuito de organizar o processo de trabalho das equipes.

7. Manter o percentual de exodontia abaixo de 6.75%, anualmente, até 2019.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.	Porcentagem	6,75	5,15
--	--	-------------	------	------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Proporção de exodontia em relação aos procedimentos é um indicador que apresenta polaridade negativa e tendência decrescente. A fórmula de cálculo utilizada para aferição do indicador leva em consideração, o número total de extrações dentárias realizadas em um determinado local e período, dividido pelo total de procedimentos clínicos individuais, preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período, multiplicado por cem (Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde). De acordo com os dados parciais do primeiro quadrimestre de 2016, referente aos meses de janeiro e fevereiro, o estado vem alcançando o índice de 5,15% (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, acesso em 27/04/2016), o que é considerado satisfatório, levando em consideração que a proposta de alcance de meta para o ano de 2016 é de 6,75%. Apesar do estado do Tocantins estar atingindo a meta, este alcance não possui distribuição homogênea, pois 64,75% (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS SIA/SUS, acesso em 27/04/2016) dos municípios apresentam alcance inferior à meta estadual. Sugerimos como estratégia de enfrentamento para melhoria da meta, a realização de atividades sistemáticas para conscientização da comunidade sobre a importância da saúde do dente, o aumento do número de procedimentos preventivos realizados, evitando assim a futura extração, e realização de monitoramento constante do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL

OBJETIVO Prestar apoio institucional aos municípios para melhoria da qualidade dos processos de trabalho na Atenção Primária, visando o aumento da resolubilidade das ações ofertadas.

Indicador	Valor		Fórmula de cálculo
	Meta Anual	Resultado do 1º	

	2016	Quad.	
Taxa de mortalidade infantil	11,18	13,57	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano/ nº de nascidos vivos no mesmo local de residência e ano X 1.000
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</p> <p>A taxa de mortalidade infantil (TMI) consiste no óbito de crianças durante o seu primeiro ano de vida, é calculada pelo número de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano, dividido pelo número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano, multiplicado por mil (Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde), sendo de tendência decrescente. Atualmente a taxa de mortalidade infantil no Estado do Tocantins, segundo dados parciais referentes a janeiro a abril/2016, é de 13,57 óbitos/1000nv (Base estadual do Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, acesso em 30/04/2016). Considerando que a meta proposta para o ano de 2016 é de 11,18 óbitos/1000nv, nota-se que a taxa de mortalidade infantil está em um patamar insatisfatório para o período. A taxa de mortalidade infantil por óbitos neonatais, que consistem no grupo de crianças de 0 a 27 dias de vida, corresponde a 81,20% do total de óbitos, apresentando uma taxa de 11,02/1000nv dos óbitos, tendo como principais causas o baixo peso ao nascer e a prematuridade extrema (Base estadual do Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, acesso em 30/04/2016). As causas perinatais como desconforto respiratório do recém-nascido, baixo peso ao nascer e transtorno com a gestação de curta duração, septicemias bacterianas e outras más formações congênitas do coração são as principais causas de morte no primeiro ano de vida das crianças no Tocantins (Sistema de Informações sobre Mortalidade - base estadual, acesso em 11/05/2016). Portanto, recomenda-se atenção com o pré-natal desde a captação precoce da gestante, garantia dos exames e qualificação do atendimento, nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, imunizações, com enfoque prioritário para à vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes.</p>			
Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	29,44	34,25	Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período/ Total de internações clínicas, em determinado local e período x 100
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica é um indicador que mede a resolubilidade da Atenção Básica e que apresenta polaridade negativa e tendência decrescente. A fórmula de cálculo utilizada para aferição do indicador leva em consideração o número de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período, dividido pelo total de internações clínicas, em determinado local e período, posteriormente multiplicado por 100, segundo o Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde. De acordo com os dados parciais do primeiro quadrimestre do corrente ano referentes aos meses de janeiro e fevereiro de 2016, o estado vem alcançando o índice de 34,25% (Base estadual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, acesso em 02/05/2016), o que é considerado insatisfatório, levando em consideração que a proposta de meta para o ano de 2016 é de 29,44%. Ressaltamos que vários exames laboratoriais que subsidiam o diagnóstico, não estão sendo disponibilizados aos profissionais o que acarreta o agravamento do quadro clínico e um maior número de encaminhamentos consequentemente, o aumento dos casos de internações consideradas evitáveis; soma-se a isso, o fato do usuário ingressar diretamente em outro nível de atenção à saúde; além do modelo de assistência adotado na Atenção Básica do estado (Estratégia Saúde da Família), que preconiza o atendimento em 40 horas semanais, levando o usuário a procurar outros serviços, no período noturno e finais de semana, para atender as suas necessidades. Como estratégia de enfrentamento para melhorar o desempenho do indicador, recomendamos a qualificação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial dos usuários, bem como a implantação e/ou implementação da classificação de risco nos hospitais, sendo fundamental a garantia do cumprimento da carga horária dos profissionais das equipes de saúde, para possibilitar o atendimento da demanda espontânea. Ressalta-se que os municípios são retroalimentados constantemente por meio da ferramenta Google Drive, com o intuito de estimular o monitoramento contínuo do indicador. Está prevista a realização de um curso direcionado aos coordenadores da Atenção Básica, com o intuito de discutir a organização do processo de trabalho e consequentemente organizar os fluxos de atendimentos e encaminhamentos nos municípios.</p>			

OBJETIVO: Promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, garantindo sua adequada dispensação.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.
Fornecer anualmente 100% dos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica estadual para usuários que atendem ao Protocolo de diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde.	Percentual de usuários atendidos	Porcentagem	100	28,61%
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: Considerando o índice alcançado foi de 28,61%, que corresponde 85,84% da execução da meta prevista para primeiro quadrimestre de 2016 (33,33%), conclui-se que o desempenho da meta foi positivo. No primeiro quadrimestre de 2016 de 5.186 usuários cadastrados no CEFAP, 3.378 foram considerados ativos, ou seja, usuários com Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC vigente, dos quais, houve média mensal de 2.900 usuários atendidos no primeiro quadrimestre de 2016. Conclui-se que o desempenho de execução da meta foi satisfatório, alcançado em 85,84%. O atendimento é realizado a todas as regiões do estado em unidades de atendimento descentralizadas nos municípios de Palmas, Araguaína, Gurupi e Porto Nacional. Dos usuários ativos, aproximadamente 2.900 foram atendidos mensalmente no primeiro quadrimestre de 2016. Alguns fatores contribuíram para o não alcance do índice desejado: Processos de compras em andamento; Alguns processos de compra referente ao exercício de 2015 não foram finalizados, visto que as empresas não realizaram a entrega em virtude do atraso no pagamento de notas anteriores. Dificuldade de acesso dos usuários a consulta médica especializada e aos exames obrigatórios para atendimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Alguns medicamentos centralizados não estão sendo fornecidos pelo Ministério da Saúde; Os beneficiários gerados pela meta são os usuários cadastrados e ativos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para os usuários cadastrados conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.</p>				
Repassar anualmente 100% dos recursos financeiros pactuados aos municípios referente ao componente de farmácia básica.	Percentual de repasses aos municípios	Porcentagem	100	0%
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: O desempenho a meta não foi satisfatório visto que não houve repasse de recurso do incentivo estadual para a aquisição dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica para os municípios no primeiro quadrimestre de 2016. Em relação ao repasse aos municípios referente ao Componente Básico, ocorreu uma grande dificuldade de execução, devido ao Decreto Nº 5.378, de 16 de fevereiro de 2016, que dispõe sobre a execução orçamentário-financeira do Poder Executivo para o exercício de 2016 e limita a programação orçamentário-financeira de cada unidade orçamentária referente aos recursos do Tesouro Estadual e Próprios.</p>				
INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL				
OBJETIVO Promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, garantindo sua adequada dispensação.				
Indicador	Valor		Fórmula de cálculo	
	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.		
Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService.	55%	18,42%	$\frac{\text{Número de municípios com sistema Hórus implantado ou enviando conjunto de dados por meio de serviço webservice no Estado}}{\text{Nº Total de municípios no Estado}} \times 100$	

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: De acordo com análise do indicador, conclui-se que o desempenho foi satisfatório, tendo em vista que aproximadamente 50% dos municípios do Tocantins implantaram o sistema HÓRUS ou enviaram os dados por meio do serviço Webservice correspondendo a 16,86% para o primeiro quadrimestre de 2016. Considerando meta anual de 60% dos municípios com o Sistema HÓRUS implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço Webservice, para a definição do valor executado, foi considerado o valor correspondente ao primeiro quadrimestre de 2016, 18,42%. A meta desejada (55%) corresponde a 76 municípios, tendo em vista que 70 municípios enviaram dados no primeiro quadrimestre, observamos um índice de 92% de execução o que corresponde a 18,42% da meta executada para o período de janeiro a abril de 2016. A utilização do sistema HÓRUS ou o envio dos dados afeta positivamente o desempenho do objetivo estratégico, uma vez que os municípios que implantaram e utilizam o sistema para o controle e gerenciamento dos medicamentos contribuíram para a ampliação do acesso aos medicamentos e a qualificação da atenção à saúde prestada à população. A utilização regular do sistema do sistema permite: 1) Qualificar os serviços gerenciais e assistenciais; 2) Monitorar e avaliar a gestão da Assistência Farmacêutica; 3) Disponibilizar informações de acesso e uso dos medicamentos; 4) Otimizar os recursos financeiros aplicados na Assistência Farmacêutica no SUS; 5) Visando melhorar o desempenho do indicador, esta diretoria estará intensificando o acompanhamento visando subsidiar a implantação e utilização do sistema HÓRUS assim como o envio de dados por meio do serviço Webservice pelos municípios do estado.

DIRETRIZ: APRIMORAMENTO DA GESTÃO HOSPITALAR.

OBJETIVO: Melhorar o desempenho, resolutividade e qualidade das unidades hospitalares do Estado.

META	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.
1. Aumentar o percentual de partos normais em 5% até 2019, de 52% em 2015 para 57% em 2019.	Proporção de parto normal	Porcentagem	53%	51,10%

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Nos meses de janeiro a fevereiro de 2016 foi registrado no TABWIN/DATASUS de janeiro a abril de 2016 7077 partos realizados no Estado do Tocantins, sendo destes 3614 parto normal e 3453 parto cesáreo, do total 10 não foram informados a via de parto. Esses números representam percentual de 51,1% de parto normal e 48,9% de parto cesáreo. Na análise do quadrimestre observamos que o percentual de partos normais realizados foi menor do que a meta alcançada em 2015 (53%). Portanto essa meta não foi alcançada. A meta não foi alcançada. Os dados demonstram a necessidade de intensificar as ações que fortaleçam os serviços no quesito ambiência, organização do processo de trabalho, qualificação dos profissionais e principalmente empoderamento das gestantes para garantir a prática dos partos normais, dessa forma otimizando os resultados para o alcance da meta até 2019. No quadrimestre em análise, tem sido possível integrar as diversas áreas de atuação com ações direcionadas a saúde da mulher, criança e adolescente, porém encontramos em alguns momentos dificuldades de consenso. Continua havendo um grande avanço nas discussões desde o início do corrente ano, mesmo com as dificuldades de agendas, e as grandes demandas dos processos de trabalho do dia-a-dia. **Fonte:** TABWIN/DATASUS. Data de acesso, 13 de junho de 2016. As principais dificuldades encontradas para a realização da ação são o número reduzido de recursos humanos na área técnica, e ainda o fato de a conclusão das atividades de fortalecimento da rede cegonha depender de outros setores da secretaria envolvidos no processo, como por exemplo, a área de engenharia e infraestrutura. Demora na execução das obras de reforma da ambiência e ampliação dos serviços de parto devido insuficiência e/ou inexistência de recursos financeiros. O cancelamento de processos de compras de equipamentos para estruturação dos serviços e número insuficiente de profissionais especializados principalmente nos hospitais regionais.

2. Aumentar para 1,2 a razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente, até 2019.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade pela população residente	Razão	0,3	0,14
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</p> <p>Meta é aumentar para o ano de 2016 é realizar 0,3 de procedimentos ambulatoriais de média complexidade para a população dos 139 municípios do estado do Tocantins. A meta tem por finalidade avaliar a melhoria do desempenho, resolutividade e qualidade dos serviços ambulatoriais ofertados no estado. A meta proposta para o 1º quadrimestre de 2016 é de 0,1 procedimentos ambulatoriais de média complexidade. Esta meta foi alcançada, a razão foi 0,14 procedimentos ambulatoriais de média complexidade procedimentos/habitante/ano. Para cálculo foi utilizada a população estimada IBGE 2016 (1.532.902 hab.). A meta foi analisada considerando os meses de janeiro a abril de 2016, que eram os dados disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial/DATASUS/Ministério da Saúde, coletado em 13 de junho de 2016. Ainda assim, há a necessidade de ampliação e reestruturação física e funcional das unidades hospitalares e ambulatoriais, para que possam atender adequadamente a demanda apresentada, garantindo qualidade e permitindo contínua acessibilidade. A indefinição da competência entre entes federados, estado e município, quanto à realização dos procedimentos de média complexidade e a escassez de profissionais especializados tem dificultado o aumento da oferta destes serviços a população SUS dependente dos 139 municípios.</p>				
3. Aumentar para 17 a razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente, até 2019.	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade pela população residente	Razão	4,25	1,26
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</p> <p>A meta é alcançar anualmente a razão de 4,25 para procedimentos ambulatoriais de alta complexidade para a população dos 139 municípios do estado do Tocantins. A meta tem por finalidade avaliar a melhoria do desempenho, resolutividade e qualidade dos serviços ambulatoriais realizadas no estado. Esta meta não foi alcançada, porque a proposta para 2016 para o 1º quadrimestre é alcançar a razão de 1,42 procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, no entanto a razão foi de 1,26 procedimentos/habitante/ano. Para cálculo foi utilizada a população estimada IBGE 2016 (1.532.902 hab.). A meta foi analisada considerando os meses de janeiro a abril de 2016, dados disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial/DATASUS/Ministério da Saúde, coletado em 13 de junho de 2016. O não alcance da meta deve-se a insuficiência e falta de alguns equipamentos médico hospitalares, principalmente de imagem, tais como endoscópio, ultrassom, tomógrafo, torre urológica, equipamento de CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica), eletroencefalograma e outros, nas unidades hospitalares de Porte II e III, referências em algumas regiões de saúde, o que inviabiliza a assistência, aumentando a demanda nos hospitais de Porte III; bem como manutenção preventiva e corretiva contínua desses equipamentos. Salientamos, também, a indisponibilidade de serviços terceirizados de apoio à assistência a serem contratualizados, como é o caso dos laboratórios de análise clínicas, principalmente nos municípios mais distantes e menos populosos. Há de se considerar ainda, insuficiente o número de médicos especialistas, tais como: neurologistas, ginecologistas/obstetras, pediatras, cirurgiões, urologistas, nefrologistas, endocrinologistas, gastropediatras e outros para atender a demanda de média/alta complexidade, além disso ocorreu a suspensão de empresas médicas terceirizadas que realizam consultas, exames e procedimentos de urgência e emergência nos serviços sob gestão estadual.</p>				
4. Aumentar para 18,6 a razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente, até 2019.	Razão de internações clínico-cirúrgicos de média complexidade pela população residente.	Razão	4,65	0,87
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</p> <p>A meta é alcançar anualmente a razão de 4,65 para internações clínico-cirúrgicas de média complexidade para a população dos 139 municípios do estado do Tocantins tem por finalidade avaliar a melhoria do desempenho, resolutividade e qualidade das internações clínico-cirúrgicas realizadas no estado. Esta meta não foi alcançada, porque a proposta para 2016 para o 1º quadrimestre é alcançar a razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade para 1,55, no entanto a razão foi de 0,87 internações clínico-cirúrgicas/habitante/ano. Para cálculo foi utilizada a população estimada IBGE 2016 (11.532.902 hab.). A meta foi analisada considerando os meses de janeiro a abril de 2016, dados disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial/DATASUS/Ministério da Saúde, coletado em 13 de junho de 2016. O não alcance da meta deve-se a insuficiência de leitos clínico-cirúrgicos e a escassez de profissionais especializados no estado, porque têm dificultado o aumento da oferta destes serviços aos usuários, bem como a definição de carga horária médica específica para realização de cirurgias eletivas, a</p>				

descontinuidade de serviços de imagem e laboratoriais, a insuficiência de materiais médicos hospitalares e a paralisação dos mutirões de cirurgias eletivas tem também contribuído para a redução da oferta de cirurgias e consequentemente de internações cirúrgicas. Há a necessidade de ampliação e reestruturação física e funcional das unidades hospitalares e ambulatoriais, para que possam atender adequadamente a demanda apresentada, garantindo qualidade e permitindo contínua acessibilidade.

5. Aumentar para 9,44 a razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente, até 2019.	Razão de internações clínico-cirúrgicos de alta complexidade pela população residente.	Razão	2,36	0,53
---	--	-------	------	------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta é alcançar anualmente 2,36 de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade para a população dos 139 municípios do estado do Tocantins. O objetivo tem por finalidade avaliar a melhoria do desempenho, resolutividade e qualidade das internações clínico-cirúrgicas realizadas no estado. Esta meta não foi alcançada, porque a proposta para o 1º quadrimestre é alcançar a razão de 0,78 internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, no entanto a razão foi de 0,53 internações clínica-cirúrgica de alta complexidade habitante/ano. Para cálculo foi utilizada a população estimada IBGE 2016 (1.532.902 hab.). A meta foi analisada considerando os meses de janeiro a abril de 2016, dados disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial/DATASUS/Ministério da Saúde, coletado em 13 de junho de 2016. Esta meta foi alcançada, no entanto há a necessidade de ampliação e reestruturação física e funcional das unidades hospitalares e ambulatoriais, para que possam atender adequadamente a demanda apresentada, garantindo qualidade e permitindo contínua acessibilidade. A insuficiência de leitos clínico-cirúrgicos e a escassez de profissionais especializados no Estado têm dificultado o aumento da oferta destes serviços aos usuários, bem como a definição de carga horária médica específica para realização de cirurgias eletivas, a descontinuidade de serviços de imagem e laboratoriais, a insuficiência de materiais médicos hospitalares e a paralisação dos mutirões de cirurgias eletivas, tem também contribuído para a redução da oferta de cirurgias e consequentemente de internações cirúrgicas.

6. Reduzir em 3% os óbitos em UTI em menores de 15 anos, passando de 145 em 2015 para 141 em 2019.	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	Porcentagem	0,75%	1,45%
--	---	-------------	-------	-------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta é reduzir anualmente 0,75% os óbitos de menores de 15 anos em UTI, o que equivale a reduzir 1 óbito/ano. O objetivo foi proposto com a finalidade de avaliar a qualidade da atenção hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) públicas estaduais e conveniadas. No 1º quadrimestre de 2016 ocorreram 2.334 internações de menores de 15 anos nas UTI's públicas do estado, nos meses de janeiro e fevereiro, e 34 óbitos neste mesmo período. Não foram considerados para cálculo, os dados dos meses de março e abril por não estarem disponíveis no sistema DATASUS. A meta não foi alcançada. Considerando que o indicador tem polaridade negativa, não houve redução do número de óbitos, o resultado (proporção) 1.45% no quadrimestre foi superior a meta proposta de redução de 0.75% para o ano. Porém, este resultado é inferior se comparado ao 1º quadrimestre de 2015 que foi de 3.54%. Propõe-se uma avaliação individual dos óbitos ocorridos, juntamente com as comissões de óbito das unidades hospitalares com leitos de UTI, para intervenções necessária.

INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL

OBJETIVO Melhorar o desempenho, resolutividade e qualidade das unidades hospitalares do Estado.

Indicador	Valor		Fórmula de cálculo
	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.	
Índice de desempenho e qualidade da gestão dos serviços hospitalares.	4,0	0	Ver carteira de indicadores do PEI

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: Este indicador não foi medido porque os indicadores agregados utilizados para o cálculo, estão sendo revisados e a ferramenta de coleta destes dados aprimorada.

OBJETIVO: Assegurar a oferta de hemocomponentes, procoagulantes, assistência hemoterápica e hematológica com qualidade à população.

META	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.
1. Atingir 50% de doações espontâneas na Hemorrede em 2019. Estadual	Taxa de doação espontânea	Porcentagem	37%	47%
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: No 1º quadrimestre de 2016 foram 10.148 doações de sangue, destas, 4.738 foram doações espontâneas, que correspondeu a 47% de doações espontâneas para o período. A taxa de doações espontâneas pactuadas para 2016 é 37%. No decorrer do quadrimestre a meta anual foi superada. O estado possui 5 unidades de coletas nos municípios de Araguaína, Augustinópolis, Gurupi, Palmas, Porto Nacional e uma unidade de coleta móvel. Recomenda-se que mantenha as campanhas educativas e de sensibilização da população para as doações altruístas. Método de cálculo: N° de doações espontâneas/total de doações X 100.</p>				
2. Aumentar de 2,3 para 2,5 o índice de processamento de sangue total na Hemorrede até 2019. Estadual	Índice de processamento do sangue total.	Índice	2,3	2,5
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: No 1º quadrimestre foram coletadas 7.358 bolsas de sangue total; após o processamento das mesmas, o resultado foi 18.608 hemocomponentes produzidos, com um índice de processamento de sangue total de 2,5. A meta pactuada para o ano de 2016 é um índice de processamento de 2,3. A superação da mesma, no período de janeiro a abril está diretamente relacionada à eficiência da produção de hemocomponentes pelo aprimoramento das técnicas dos serviços de processamento. Os hemocomponentes produzidos atendem a população nos hospitais públicos e privados do estado Método de cálculo: Número de hemocomponentes produzidos no quadrimestre /Número total de bolsas coletadas no quadrimestre.</p>				
3. Reduzir o percentual de descarte de bolsas com concentrado de hemácias para 20% até 2019. Estadual	Percentual de descarte de bolsas de concentrado de hemácias	Porcentagem	27%	18%
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: No 1º quadrimestre a redução do percentual de descarte de concentrado de hemácias (CH) foi de 18 %, percentual menor do que a meta pactuada para o ano de 2016 que é de 27%. Isto aconteceu em virtude da otimização dos estoques de concentrado de hemácias (CH), da redução do descarte por validade em função da redução do número de coletas de sangue total nos meses de março e abril, da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e do aumento do consumo deste hemocomponente. Se houver continuidade nos próximos quadrimestres deste percentual ou próximo a ele, podemos dizer que possivelmente a meta de redução de descarte de concentrado de hemácia para 2016 será alcançada. Método de cálculo: N° de bolsas de concentrado de hemácias descartadas no quadrimestre / total de bolsas produzidas no quadrimestre X 100.</p>				
4. Reduzir o percentual de inaptidão sorológica de doadores de sangue para 4% até 2019. Estadual	Taxa de inaptidão sorológica	Porcentagem	5%	4%
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: No 1º quadrimestre de 2016 foram realizados 7.545 exames sorológicos em doadores de sangue, destes, 295 foram considerados inaptos (tiveram soro reagente ou inconclusivo para algum marcador: HIV, Sífilis, Hepatites B e C, Doença de Chagas). A taxa de inaptidão sorológica no período foi de 4%. Se continuarmos com</p>				

essa taxa de inaptidão nos próximos quadrimestres, a meta pactuada para 2016, que é de 5%, será alcançada. Quanto menor for à taxa de inaptidão sorológica, maior benefício à população do estado, pelo maior número de bolsas de sangue aptas para uso. Este resultado foi possível devido a um bom trabalho na triagem clínica que identifica fatores de risco para doação. A equipe continuando com um intensificado trabalho nas triagens clínicas e o desenvolvimento de parceria com a vigilância epidemiológica na realização de campanhas para redução das doenças citadas manterá o percentual de inaptidão dentro da meta pactuada. Todos os municípios são beneficiados com a redução do percentual de inaptidão sorológica de doadores de sangue. Método de cálculo: nº de doadores inaptos no quadrimestre / Total de doadores no quadrimestre X 100.

INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL

OBJETIVO Assegurar a oferta de hemocomponentes, procoagulantes, assistência Hemoterápica e Hematológica com qualidade à população.

Indicador	Valor		Fórmula de cálculo
	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.	
Taxa de cobertura transfusional no estado do Tocantins.	100%	66%	Números de transfusões / nº de leitos X 100 / 8

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A taxa de cobertura transfusional, que leva em consideração a cobertura de leitos hospitalares, no período de janeiro a abril de 2016 foi de 66 %; comparando com o mesmo período do ano anterior, que foi 49% houve um aumento do percentual, devido principalmente a mudança do parâmetro para 4 hemocomponentes. A meta proposta para o ano é de 100%, isso significa cobertura de 100% dos leitos que necessitem de demanda transfusional. Para alcançarmos essa meta, será necessário um levantamento do total de leitos cadastrados no CNES que não demandam há mais de 5 anos por procedimento transfusional. Para avaliar o indicador, considera-se o número de leitos hospitalares públicos e privados (excluindo os leitos crônicos e psiquiátricos) cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), no estado do Tocantins. O número de leitos cadastrados são 2.819 leitos. No 1º quadrimestre foram realizadas 7.456 transfusões. O Ministério da Saúde recomenda como parâmetro a média de 4 (quatro) hemocomponentes/leito/ano. Os hemocomponentes produzidos são: Concentrado de Hemácias, Plasma Fresco Congelado, Crioprecipitado e Concentrado de Plaquetas. Os mesmos atenderam a demanda de terapia transfusional das unidades hospitalares públicas e privadas de todas as regiões de saúde do estado. Método de cálculo: Número de transfusões/Nº de leitos X100/ 4.

DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, DA PREVENÇÃO, DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE VIGILÂNCIAS EPIDEMIOLÓGICA, SANITÁRIA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR, COM ÊNFASE NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO.

OBJETIVO: Reduzir os riscos, doenças e agravos de relevância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador por meio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância em saúde.

META	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.
1. Alcançar 17.532 exames para o diagnóstico da hepatite C em 2019.	Número de testes sorológicos Anti-HCV realizados	Unidade	13.172	2.158
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 13.172 de exames. No período do mês de janeiro a fevereiro de 2016, foram registrados no DATASUS das sorologias para hepatite C até a presente data 2.158 exames (o que representa 16,39% da meta anual). No mesmo período do ano anterior obtivemos registro de 1.763 exames realizados. (Este banco só disponibiliza dados fechados a cada dois meses) (Fonte: SIA/SUS – 06/05/2016). Observamos no Tocantins um grande número de exames para investigação sorológica da hepatite C no banco de dados do SIA, o que não coincide com os casos notificados (suspeitos) de hepatites virais (A, B e C), muito superiores aos casos confirmados de Hepatite C registrados no banco de dados do Sinan, principalmente aos que foram publicados pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, a Área Técnica adota como estratégia ações de fortalecimento da vigilância epidemiológica das hepatites virais em todo o Estado, através de capacitações de qualificação em vigilância epidemiológica das DST de notificação compulsória. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 12,30% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>				
2. Alcançar 175 unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências em 2019.	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	Unidade	151	78
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 151 unidades. No período avaliado do mês de Janeiro a abril, o resultado obtido foi de 78 unidades de saúde notificantes, alcançando 51% da meta proposta (dados obtidos do SINAN, analisado em 06/05/2016). Em relação ao mesmo período do ano anterior, foram 69 unidades notificantes. A área tem previsto ações por meio de capacitações dos profissionais da rede de atenção à saúde in loco e sensibilização dos gestores (a ação consiste em ampliar o atendimento às pessoas em situação de violência, perpassando nas ações de vigilância mediante a ocorrência de violência, incluindo a notificação de casos, o cuidado com as vítimas, fortalecendo ainda a Rede de atendimento). Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 44,57% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>				
3. Alcançar 60% de diagnóstico das meningites bacterianas pelas técnicas de cultura, contraímunoelctroforese (CIE) e látex nos hospitais de referência até 2019.	Proporção de número de casos confirmados de meningites bacterianas por técnicas laboratoriais específicas.	Porcentagem em	55	16,70
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 55% de diagnóstico. No período avaliado do mês de janeiro a abril, o resultado registrado foi de 16,7% (Fonte: SINAN-NET/SESAU-TO, dados obtidos em 06/05/2016). Este dado comparado ao mesmo período do ano anterior, o resultado foi de 30%. E apesar deste indicador expressar a qualidade do diagnóstico das meningites bacteriana por critério laboratorial com exames específicos pelas técnicas de cultura, contraímunoelctroforese (CIE) e látex nos</p>				

casos de pacientes suspeitos de meningite, este ano de 2016 ocorreu 01 (um) caso de meningite bacteriana diagnosticada através destes exames específicos. Por tratar-se de uma meta de alcance anual, o resultado obtido está dentro do esperado e, que o encerramento dos casos deve ser realizado com base na tabela de inconsistência entre “Etiologia e Critério Diagnóstico”, no prazo máximo de 60 dias e posterior atualização dos dados no SINAN-NET (ao longo do ano esta meta poderá ser compensada). Portanto, a Área de Assessoramento das Meningites vem ampliando sistematicamente suas ações de monitoramento do banco de dados junto aos municípios, por meio de telefones e envio de relatórios via e-mail, com vistas a fechar os casos pelos métodos laboratoriais preconizados acima descritos. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 27,83% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

4. Alcançar 70 municípios com execução de 70% da programação anual de vigilância sanitária até 2019.	Proporção de municípios que executam 70% das atividades programadas.	Unidade	28	0
--	--	---------	----	---

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Neste primeiro quadrimestre as VISA municipais elaboram as programações e submetem a validação dos planos, nos respectivos Conselhos municipais de saúde e posterior a homologação da CIB. Desta forma a meta só poderá ser oportunamente avaliada no segundo quadrimestralmente, quando as VISA municipais entregarão o relatório de execução das atividades propostas na programação de vigilância sanitária para o exercício de 2016. No ano de 2016 a meta proposta é que 28 VISA municipais executem igual e/ou superior a 70% das atividades programadas na PAS_2016. Em 2015 de 83% da meta proposta para homologações em CIB da Programação Anual de Vigilância Sanitária, alcançamos 85,61%, porém, as atividades pactuadas nas programações não eram executadas pelas Visas municipais. Desta forma para o desenvolvimento satisfatório das ações de vigilância sanitária no nível municipal faz-se necessário que as programações sejam executadas na sua totalidade ou na maioria das suas atividades propostas, com período de execução, meta, resultado esperado e recurso financeiro destinado para o desempenho das atividades.

5. Alcançar 70% dos municípios com as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança anualmente no quadriênio 2016-2019.	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais	Porcentagem em	70	12,23
---	---	----------------	----	-------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 70% dos municípios. No período de janeiro a abril, 12,23% dos municípios do Estado (17 municípios) alcançaram as coberturas vacinais do calendário básico de vacinação, o que representa o não alcance da meta mínima proposta para este indicador (dados parciais - **Fonte:** SIPNI – dados até 09/05/2016). Ressalta-se que, estes dados são referentes aos meses de janeiro a março, pois o fechamento do mês de abril se dará até o dia 10 do mês subsequente. Nesse período, a avaliação foi realizada tendo como base 08 (oito) vacinas do calendário básico de vacinação da criança (BCG, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite, Rotavírus, Febre Amarela e Tríplice Viral), pois a vacina contra Influenza é realizada apenas em campanha e a mesma ocorrerá no período de 30/04/2016 a 20/05/2016. Quando se compara estes dados com o mesmo período de 2015 (35,97%), observa-se que houve uma redução da mesma, sendo os possíveis fatores: a liberação do sistema para a digitação se deu apenas na segunda quinzena de fevereiro; Com a mudança do Calendário Básico de Vacinação, o sistema necessitou passar por algumas adequações; Houve três mudanças de versão; Sistema vem dando vários erros na base de dados; a falta de alimentação oportuna do SIPNI pelos municípios (103 municípios não alimentaram regularmente o sistema de informação o que corresponde a 43,50% das salas de vacinas do estado); alta rotatividade dos digitadores e técnicos das salas de vacina nos municípios; não realização sistemática da busca ativa de faltosos pelos municípios e os dados de 2015 foram atualizados e revisados. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 17,47% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

6. Alcançar 80% dos municípios alimentando regularmente o Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarréicas Agudas – Sivep – DDA até 2019.	Proporção de municípios alimentando regularmente (por semana epidemiológica) o número de casos de Doenças Diarréicas Agudas no Sistema de Informação SIVEP-DDA.	Porcentagem em	65	77,69
--	---	----------------	----	-------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 65% dos municípios. No período avaliado do mês de janeiro a abril, o resultado registrado foi de 77,69% (**Fonte:** Sivep-DDA, em

<p>06/05/2016), superando a meta anual proposta. Entretanto não é possível o comparativo com mesmo período do ano anterior, em razão deste indicador ser recente. O monitoramento das doenças diarreicas agudas (DDA) é realizado por semanas epidemiológicas, através de um instrumento elaborado pela área técnica de Doenças de Veiculação Hídrica - DVHA e alimentado pelos municípios. Para se obter resultados satisfatórios, adotou-se um método de monitoramento e acompanhamento para os municípios alimentarem regularmente e oportunamente 90% das semanas epidemiológicas do SIVEP-DDA durante o ano. As ações de monitoramento foram ampliadas, tanto por via telefônica, quanto por e-mails junto aos municípios/profissionais de saúde. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 97,11% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>					
7. Alcançar 80% das análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez até 2019.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Porcentagem em	65	17	
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 65 % de análises. Alcançado 17%, referente ao período de Janeiro a abril (SISAGUA, 05/05/2016). Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 21,25% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>					
8. Alcançar 85% de Notificações com Encerramento Oportuno da Investigação até 2019.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerradas oportunamente após notificação	Porcentagem em	70	86,01	
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 70%. Como dados parciais janeiro a abril do ano corrente, alcançou-se 86,01% dados extraídos em 10/05/2016. O desempenho deste indicador interfere diretamente no objetivo uma vez que esse orienta o planejamento das ações de Vigilância em Saúde, auxilia na definição de prioridades de intervenções, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções. A Secretaria de Estado da Saúde por meio da Vigilância em Saúde tem como meta em 2016 alcançar 70% de encerramento oportuno das investigações. Vale ressaltar que o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN possui prazos para encerramento dos casos de até cento e oitenta dias (180). Este limitador temporal dificulta a avaliação uma vez que as informações são consideradas definitivas após o prazo supracitado. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 101% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>					
9. Alcançar 85% de exames anti-HIV realizados nos casos novos de Tuberculose até 2019.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	Porcentagem em	80	96,8	
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 80% de exames. No período avaliado do mês de Janeiro a abril, o resultado obtido foi de 96,8% de exames anti-HIV realizados nos casos novos de TB (Fonte: SINAN-NET/SESAU-TO, dados obtidos em 05/05/2016), superando a meta para o ano. Este resultado comparado com o mesmo período do ano anterior foi de 86%. Essa é uma ação importante dentre as ações que controlam a doença, através da investigação do agravo HIV/AIDS em pacientes de tuberculose, sendo fortalecida pela implantação do Teste Rápido para HIV, monitorada pela integração das áreas de TB e DST/AIDS (percebe-se uma melhora significativa no desempenho da ação). Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 113,88% superando o que foi programado para 2019.</p>					
10. Alcançar 85% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera até 2019.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Porcentagem em	80	68,1	
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 80% de cura. No período avaliado no mês de Janeiro a abril, o alcance da meta foi de 68,1% (Fonte: SINAN-NET/SESAU-TO, dados parciais obtidos em 05/05/2016), apontando para uma evolução favorável ao seu alcance. Para o mesmo período do ano anterior, o alcance da meta foi de 77,1%. Em comparação ao ano anterior, o não alcance da meta no período avaliado é justificado pelo aumento de casos com encerramento por outras causas como óbito por outras causas, óbito por TB, transferência e ignorado/branco. Ressalta-se que com a versão 5.0 do SINAN-NET (ocorreu inclusão de novos campos na ficha de</p>					

investigação de TB), acarretando mudança na tabulação dos dados de cura de casos novos de TB pulmonar bacilífera para cura de casos novos de TB com confirmação laboratorial, devido à introdução do Teste Rápido Molecular para Tuberculose/TRM-TB, repercutindo indiretamente na avaliação do indicador. Para a tuberculose a avaliação é realizada com os dados do ano anterior ao ano de avaliação, visto que para encerramento dos casos é necessário o mínimo de 180 dias de tratamento (6 meses). O encerramento por cura resulta no êxito do tratamento, conseqüentemente na prevenção e quebra da cadeia de transmissão da doença. A Área de assessoramento da Tuberculose vem ampliando sistematicamente as ações de monitoramento do banco de dados junto aos municípios via e-mail e telefone, objetivando o alcance da meta ao longo do ano. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 80,11% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

11. Alcançar 87% dos municípios executando 8 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue até 2019.	Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	Porcentagem em	72	0
---	--	----------------	----	---

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 87% dos municípios. Esta meta é anual, não pode ser avaliada mensalmente. No entanto, ressaltamos que o Programa Estadual de Prevenção e Controle da Dengue tem como um de seus objetivos manter os índices de infestação predial – IIP abaixo de 1% no Estado, através das ações de combate e controle do vetor. Neste sentido, é fundamental a realização de visitas domiciliares periódicas nos imóveis, bem como o desenvolvimento de estratégias para redução de pendências (imóveis fechados/recusa) durante cada ciclo de inspeção. Além de ações de sensibilização da sociedade. A implantação da Sala Estadual de Coordenação e Controle para o Enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika tem como objetivo gerenciar, discutir e articular ações de prevenção e controle do vetor no âmbito estadual e municipal. Nesse sentido, os municípios estão sendo orientados a intensificar as ações de combate ao vetor a fim de reduzir a incidência vetorial.

12. Alcançar 90% das Salas de Vacina alimentando mensalmente o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) até 2019.	Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI)	Porcentagem em	80	56
---	---	----------------	----	----

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 80%. No período de janeiro a abril, 56% das salas de vacinas alimentaram o SIPNI, o que representa o não alcance da meta mínima proposta para este indicador, dados parciais (**Fonte:** SIPNI- dados até 09/05/2016). Ressalta-se que, estes dados são referentes aos meses de janeiro a março, pois o fechamento do mês de abril se dará até o dia 10 do mês subsequente. Quando se compara estes dados com o mesmo período de 2015 (19,86%), observa-se que houve uma melhora considerável em relação a 2015 e uma tendência ao alcance em 2016.. Os possíveis fatores para o não alcance: a liberação do sistema para a digitação se deu apenas na segunda quinzena de fevereiro; Com a mudança do Calendário Básico de Vacinação, o sistema necessitou passar por algumas adequações; Houve três mudanças de versão; Sistema vem dando vários erros na base de dados; alta rotatividade dos digitadores e técnicos das salas de vacina nos municípios. Em contrapartida, ao longo do ano deveremos alcançar esta meta intensificando as ações de monitoramento e acompanhamento junto aos municípios. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 62,22% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

13. Alcançar 90% dos municípios com agravos de saúde do trabalhador notificados até 2019.	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados	Porcentagem em	85	58
---	---	----------------	----	----

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 85% de municípios. De janeiro a abril alcançamos 58%. A meta até 2019 é alcançarmos 90% de municípios notificando agravos e doenças relacionados ao trabalho. (**Fonte:** SINAN Estadual em 25/04/2016). Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 64,44% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

14. Alcançar 90,7% dos contatos intradomiciliares examinados dos casos novos de hanseníase até 2019.	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	Porcentagem em	90,3	81,20
--	--	----------------	------	-------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 90,3%. No período avaliado do mês de janeiro a abril/2016, o resultado foi alcançado de 81,2% do exame de contatos intradomiciliares nas coortes. No mesmo período do ano anterior, o resultado foi de 64,2% de avaliação de contatos (Fonte: SinanNet, em 06/05/2016). Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 89,52% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.				
15. Alcançar 92,6% de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase até 2019.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Porcentagem em	92,2	79,20
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 92,2% de cura. No período avaliado do mês de janeiro a abril, o resultado foi de 79,2% da proporção de cura dos casos novos de hanseníase nas coortes (é importante ressaltar que, o banco de dados da hanseníase é fechado em março do ano subsequente: em março/17). Em comparação com o mesmo período do ano anterior, o resultado foi de 64,2% de cura. (Fonte: SinanNet, em 06/05/2016), demonstrando uma melhora significativa e uma tendência ao alcance da meta proposta. Este indicador avalia a completude do tratamento dos casos novos registrados nas coortes, isto é, os casos novos Multibacilares (MB) diagnosticados no ano de 2014 e os casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados no ano de 2015 e curados no ano de avaliação, haja vista que o encerramento dos casos de hanseníase se dá em até 18 meses para os casos Multibacilares e 09 meses para os Paucibacilares. Dentre as atividades programadas na PAS para o ano de 2016, tais como: capacitações, supervisões, monitoramento do SINAN NET. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 85,52% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.				
16. Alcançar 93% de Declarações de Óbitos – DO alimentadas no Sistema de Informação Sobre Mortalidade - SIM em até 60 dias do final do mês de ocorrência do óbito até 2019.	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao total de óbitos, recebidos na base federal até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência.	Porcentagem em	91	97
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 91% de declaração de óbitos. Em relação ao envio regular das informações até 60 dias após a data de ocorrência, a meta estabelecida pelo ministério da saúde é de 90% foram alcançados de janeiro a abril do ano corrente 97% das informações foram digitadas oportunamente isto é informada dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde. As metas para os anos seguintes até 2019 é alcançar 93%; Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 104,30% superando o que foi programado para 2019.				
17. Alcançar 93% de cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade-SIM em relação a estimativa do IBGE até 2019.	Registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado.	Porcentagem em	91	28
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 91% de cobertura. Em 2016, a cobertura de óbitos nos meses de Janeiro a Abril foi alcançada em 28%; dados parciais, o prazo para digitação é de 60 dias após ocorrência do óbito, então essa é a estimativa esperada para esse período; para aumentar este percentual, área técnica esta intensificando os trabalhos de busca ativa nos municípios com déficit no Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM, para que não haja subnotificação e ocasione o não alcance de metas pactuadas. O IBGE realiza um cálculo baseado no número absoluto da população e Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) do Estado para fazer a estatística de quantos óbitos eram esperados em um determinado período. No Tocantins no ano de 2015 foram alcançados 93% de cobertura de óbitos; à estimativa do IBGE era de 90%. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 30,10% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.				
18. Alcançar 96% de óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) investigados até 2019.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) Investigados	Porcentagem em	95	46
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 95% óbitos. A proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados no mês de janeiro a abril do ano corrente é de 46%, tendo em				

vista que os municípios ainda estão dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde para realização das investigações que é de 120 dias após a data do óbito. Os óbitos de mulheres em idade fértil são investigados para identificar ou descartar o óbito materno, por isso é considerado evento de investigação obrigatória por profissionais da saúde tanto da vigilância em saúde como da assistência à saúde. Vale ressaltar que o banco de dados é um sistema que permite alterações das informações constantemente até seu encerramento que é de 06 meses após o término do ano. **(Fonte: SIM Estadual).** Atualizado dia 10/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 47,91% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

19. Alcançar a razão de dois testes de sífilis por gestantes anualmente no quadriênio 2016 a 2019.	Número de testes de sífilis por gestante	Razão	2	0,35
--	--	-------	---	------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de razão de 2 testes. No período avaliado de janeiro a fevereiro de 2016 foram realizados 0,35 exames de VDRL e teste rápido para sífilis em gestantes/parturientes, usuárias do SUS, residentes do Tocantins (o que corresponde a 17,5% da meta). No mesmo período do ano anterior foram realizados 0,03 exames, configurando assim uma melhora significativa (este banco só disponibiliza dados fechados a cada dois meses) – **(Fonte: SIA/SUS – 06/05/2016).** Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 17,50% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

20. Alcançar a taxa de detecção de casos novos de infecção pelo HIV de 26,58 por 100.000 hab, até 2019.	Taxa de detecção de HIV	Taxa	19,97	4,48
---	-------------------------	------	-------	------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 19,97 por 100000 hab. No período de janeiro a abril de 2016, a taxa de detecção foi de 4,48/100.000 habitantes. No mesmo período do ano anterior, a taxa foi de 5,54/100.000hab. Foi observada uma redução no processo de diagnóstico de casos novos, o que merece atenção e intensificação do trabalho de divulgação, onde a ampliação da testagem rápida para os usuários é uma excelente oportunidade. A Área Técnica vem intensificando as ações de divulgação, onde até o momento foram liberados 14.235 (quatorze mil duzentos e trinta e cinco) Teste Rápido para diagnóstico do HIV, com foco na campanha de carnaval, e com o intuito de ampliar a oferta e o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV nos municípios e a população geral para atingirmos esta meta ao longo do ano **(Fonte SINAN – 06/05/2016).** Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 16,85 % do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

21. Alcançar anualmente 100% de vacinação antirábica dos cães na campanha no quadriênio – 2016 – 2019.	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	Porcentagem em	100	102
--	---	----------------	-----	-----

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 100%. Em 2016, a campanha de vacinação antirrábica dos cães foi realizada no período de 15/02 a 15/04, sendo o dia “D” 27/02. Atingiu-se a cobertura vacinal de 102%, alcançando a meta programada com a vacinação de 231.824 cães (102%) e 61.087 gatos (995). O Estado do Tocantins tem obtido boas coberturas vacinais nos últimos anos, sendo que na última campanha realizada em maio de 2014 a cobertura vacinal foi de 95%. Em 2015, a campanha não foi realizada devido ao atraso no fornecimento de vacina antirrábica animal, pelo Ministério da Saúde, em quantidade suficiente para a realização da mesma. **Fonte:** Consolidado municipal, 09/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 102 % do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

22. Ampliar em 15 o número de municípios com cobertura de 80% das ações de vigilância passiva da doença de Chagas, passando de 70 para 85 municípios até 2019.	Nº de mun. com cobertura de 80% das ações de vig passiva da doença de chagas.	Unidade	72	12
--	---	---------	----	----

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 são de 15 municípios. No período de janeiro a abril, 12 municípios alcançaram cobertura de 80% das ações de vigilância passiva da doença de

Chagas. Considera-se município que realiza vigilância passiva da doença de Chagas, aquele que atinge a cobertura de 80% da meta programada para o controle dos vetores da doença de Chagas Aguda, através da notificação de insetos suspeitos, feita pela população. O monitoramento da ação de vigilância é mensal e realizado através de planilhas em Excel. As ações de capacitação e supervisão que estão programadas para 2016 visam alcançar a meta de 72 municípios realizando a vigilância passiva da doença de Chagas. **Fonte:** Planilha Excel, 09/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 14,11% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

23. Ampliar em 27 o número de municípios que realizam vigilância laboratorial da raiva passando de 83 para 110 municípios até 2019.	Monitorar a circulação do vírus da raiva na população canina, com envio de amostra (cérebro) de cães com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.	Unidade	90	53
---	--	---------	----	----

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 são de 90 municípios. Em 2016, segundo relatório do LACEN, no mesmo período foram encaminhados 185 cérebros caninos para análise laboratorial por 53 municípios, representando 58,8% de alcance da meta programada para o ano que são 90 municípios. A vigilância laboratorial da raiva pode detectar a doença em animais de forma precoce, o que desencadeia uma série de ações de bloqueio de foco evitando a ocorrência de casos de raiva humana e disseminação de raiva animal no Estado. Em 2015, nos meses de janeiro a abril, foram encaminhados para a análise laboratorial 203 cérebros caninos por 51 municípios. **Fonte:** relatório emitido pelo LACEN, 10/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 48,18% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

24. Aumentar em 99 o número de municípios que realizam o teste rápido de triagem para leishmaniose visceral canina, passando de 40 para 139 em 2019.	Número de municípios realizando o teste rápido de leishmaniose visceral canina.	Unidade	65	108
--	---	---------	----	-----

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 65 municípios. Em abril de 2016, 108 municípios apresentam condições técnicas para a realização do teste rápido de forma descentralizada. No mesmo período do ano anterior, 40 municípios apresentavam tais condições. A descentralização do teste rápido de triagem para LV canina, encontra-se acima da previsão para o ano. **Fonte:** Planilha de controle dos municípios capacitados para o TR DPP, 09/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 77,69 % do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

25. Descentralizar recursos financeiros para execução das ações de Vigilância em Saúde do trabalhador para 59 municípios até 2019.	Número de municípios com estrutura de vigilância em saúde do trabalhador implantada e executando as ações	Unidade		
o Região de Saúde Sudeste			3	1
o Região de Saúde Ilha do Bananal			3	2
o Região de Saúde Médio Norte Araguaia			3	3
o Região de Saúde Amor Perfeito			4	2
o Região de Saúde Bico do Papagaio.			3	1
o Região de Saúde Capim Dourado			3	2
o Região de Saúde Cantão			4	4
o Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia			4	3

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Região de Saúde Capim Dourado: A meta para o ano de 2016 é de 06 repasses para municípios. **Região de Saúde Sudeste:** A meta para 2016 são 07 municípios. **Região de Saúde Bico do Papagaio:** meta para 2016 são de 07 municípios. **Região de Saúde Médio Norte Araguaia:** A meta para 2016 são de 07

municípios. **Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia** : A meta para 2016 são de 8 municípios . **Região de Saúde Amor Perfeito**: A meta para 2016 são de 9 municípios. **Região de Saúde Cantão**: A meta para 2016 são de 8 municípios. **Região de Saúde Ilha do Bananal**: A meta para 2016 são de 7 municípios. Estas metas referem-se à descentralização das ações de vigilância em saúde do trabalhador - VISAT pela implantação de serviços nos municípios. Desde 2010 já vem sendo feita esta descentralização por meio de convênio, entretanto esta modalidade de repasse, dificultava a adesão dos municípios e conseqüentemente o alcance das metas programadas no PPA anterior, de maneira que houve a descentralização das ações aos municípios, porém, não foi possível repassar os recursos orçados na sua totalidade. A partir de 2016, mediante Portaria Estadual 842/2015 publicada no DOE 4.440 de 19/08/2015, aprovou-se o repasse Fundo a Fundo, facilitando a execução financeira planejada para vários municípios já homologados por Resoluções da CIB desde 2012. Assim, dos 35 municípios para os quais descentralizamos ações de VISAT, 27 deverão receber o incentivo financeiro remanescente de anos anteriores, sendo 17 referentes a 2015 e os demais aos anos anteriores. Até o momento, 18 municípios (Xambioá, Goiatins, Colméia, Divinópolis, Araguacema, Rio Sono, Monte do Carmo e Arraias, Campos Lindos, Lagoa da Confusão, Miracema, Formoso do Araguaia e Araguatins, Itacajá, Peixe, Arapoema, Paraíso do TO e porto Nacional) foram contemplados com o repasse do recurso financeiro, perfazendo um total de R\$ 227.786,00 (Duzentos e vinte e sete mil setecentos e oitenta e seis reais). **(Fonte: GST em 06/05/16).**

26. Elevar para 90% a Investigação dos óbitos infantis e fetais até 2019.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Porcentagem em	87	17
---	--	----------------	----	----

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 87%. A proporção de óbitos infantis e fetais investigados no mês de janeiro a abril do ano corrente é de 17%, tendo em vista que os municípios ainda estão dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde para realização das investigações. Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) que deverão concluir o caso e informar o resultado da investigação dos óbitos no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito, visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis. Vale ressaltar que o banco de dados é um sistema que permite alterações das informações constantemente até seu encerramento que é de 06 meses após o término do ano. **(Fonte: SIM Estadual).** Atualizado dia 10/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 18,88% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

27. Elevar para 92% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida até 2019.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Unidade	90	91
---	---	---------	----	----

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 90%. No mês de Janeiro a abril do ano corrente o Estado alcançou 91% dos óbitos com causa bem definidas, pois os municípios ainda estão dentro do prazo estabelecido para realizar as investigações que é 120 dias após a data do óbito. As causas bem definidas são primordiais para análise de mortalidade de uma população e para detectar fatores de risco, assim como melhorar qualidade da informação para subsidiar medidas de prevenção, controle e reabilitação de um determinado agravo ou doença. Vale ressaltar que o banco de dados é um sistema que permite alterações das informações constantemente até seu encerramento. **(Fonte: SIM/Tabwin).** Atualizado dia 10/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 98,91% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.

28. Elevar para 80% os casos de Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA com diagnóstico laboratorial até 2019.	Proporção de casos de LTA com critério de confirmação laboratorial	Porcentagem em	73	68,60
--	--	----------------	----	-------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta para 2016 é de 73% de casos. Entre janeiro e abril de 2016, foram notificados 118 casos de LTA, dos quais 81 tiveram acesso ao diagnóstico laboratorial (68,6%). No mesmo período do ano anterior, foram notificados 197 casos de LT, dos quais 153 tiveram acesso ao diagnóstico laboratorial (77,7%). Contudo a meta encontra-se abaixo da proposta para o ano de 2016, em virtude do esgotamento do estoque remanescente do Reagente de Montenegro, insumo utilizado em uma das técnicas diagnósticas. A Assessoria Técnica das Leishmanioses iniciou um trabalho de atualização do cenário de cada município, procurando selecionar candidatos estratégicos para a implantação do diagnóstico parasitológico, via LACEN. Garantir um diagnóstico preciso e oportuno aos pacientes com Leishmaniose Tegumentar, utilizando técnicas laboratoriais, é um indicador operacional importante, colaborando com um bom prognóstico, uma vez que suas lesões se não

<p>tratadas podem evoluir para quadros críticos, causando transtornos psicológicos e sociais aos pacientes. Em 2015, 75,7% dos casos notificados receberam diagnóstico laboratorial. Fonte: SINAN, 09/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 85,78 % do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>				
29. Manter a incidência de AIDS em menores de 5 anos em 1 caso anualmente até 2019.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Unidade	1	0
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 01 caso. No período avaliado de janeiro a abril de 2016 não houve casos notificados de Aids em menores de 5 anos. No mesmo período do ano anterior houve registro de 01 caso notificado (Fonte SINAN – 06/05/2016).</p>				
30. Manter em 100 % a investigação dos óbitos maternos até 2019.	Proporção de óbitos maternos investigados	Porcentagem em	100	40
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 100%. A proporção de óbitos maternos investigados é de 40% no período de janeiro a abril do ano corrente. Os óbitos maternos são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde tanto da vigilância em saúde como da assistência à saúde, que deverão discutir analisar e concluir os casos dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde para realização das investigações que é de 120 dias após a data do óbito, identificando os fatores condicionantes e determinantes para recomendar as medidas de prevenção dos óbitos evitáveis. Vale ressaltar que o banco de dados é um sistema que permite alterações das informações constantemente até seu encerramento que é de 06 meses após o término do ano. (Fonte: SIM Estadual). Atualizado dia 10/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 40% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>				
31. Manter em zero a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária até 2019.	Incidência Parasitaria Anual (IPA) de malária	Unidade	0	0
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</p>				
32. Realizar anualmente busca ativa de casos de tracoma em 20% da população de escolares da rede pública do 1º a 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários no quadriênio 2016 – 2019.	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários	Porcentagem em	20	3,30
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 20% da população. Para este ano a meta é examinar 15.495 escolares (20% dos escolares, segundo censo escolar da SEDUC 2014). Até o momento no período de janeiro a abril de 2016 foi alcançado 3,3% da população de escolares, percentual este que encontra-se abaixo da proposta para o ano de 2016, porém são dados parciais, haja vista que a busca ativa será realizada no decorrer do ano letivo. No 1º quadrimestre de 2016 11 municípios realizaram busca ativa em 4.068 escolares, tendo detectados 16 casos, no mesmo período em 2015, 8 municípios realizaram busca ativa, sendo examinadas 5.614 crianças e detectados 51 casos de tracoma. Verifica-se que houve redução de 27,5% no número de escolares examinados quando comparado ao ano de 2015. Quanto ao número de casos, observamos redução de 68,6%, demonstrando que o Estado está conseguindo diminuir o número de casos devido ao tratamento dos mesmos detectados a cada ano. As ações de vigilância do tracoma permitem a detecção e o tratamento do tracoma ativo (Tracoma folicular e tracoma inflamatório) em escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental de escolas públicas, como também o acompanhamento de sinais de sequelas (TS) e contatos, quando detectados casos de tracoma ativo.. Fonte: SINAN NET, atualizado em 06/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 16,50% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>				
33. Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (doenças do	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças	Taxa	231,65/	72,20

aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) de 241,2 para 218,03 por 100.000 hab. até 2019.	do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).		100.000	
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 231,65 por 1000 hab. No período avaliado de janeiro a abril, a taxa de mortalidade foi de 76,20/100.000 habitantes (Fonte: SIM Tocantins – 02/05/2016). Quando se compara estes dados com o mesmo período do ano anterior, o resultado foi de 82,15/100.000 habitantes, o que se observa uma redução do mesmo de 7,81% comparado ao ano anterior, sendo os possíveis fatores: o desenvolvimento de ações de promoção da saúde por parte dos municípios do Estado com o Plano de Enfrentamento para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis implantado, que poderá estar relacionado com possíveis melhorias no manejo e organização das ações tais como: alimentação saudável, Pólos de Academia da Saúde, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, e ainda houve monitoramento junto aos municípios por parte da área técnica no período mencionado, bem como a ampliação dos contatos via e-mail, telefone e atendimento presencial quando esses municípios enviam seus técnicos para alguma atividade junto a Superintendência. Se continuarmos com essa projeção, a taxa de mortalidade prematura ficará dentro do que foi preconizado pela área técnica. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 33,11% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>				
34. Reduzir de 19 para 6 o número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral até 2019.	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	Unidade	10	2
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 10 óbitos. Entre janeiro e abril de 2016, foram confirmados 2 óbitos por LV. Um dos principais objetivos do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (LV) é a redução do número de óbitos, através do diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado dos casos. Em 2015, foram confirmados 13 óbitos por LV no Tocantins, sendo que no mesmo ano, no período de janeiro a abril, apenas um óbito foi registrado. Fonte: Planilha paralela de investigação de óbitos, 09/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 33,33% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>				
35. Reduzir de 953 (2012 a 2015) para 858 (2016 a 2019) o número de casos novos de leishmaniose visceral até 2019.	Número absoluto de casos novos de Leishmaniose Visceral	Unidade	231	44
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 231 nº de casos LV. Entre janeiro e abril de 2016, foram registrados 44 casos novos de LV, 31,25% a menos que no mesmo período de 2015 (64). Adicionalmente, há 105 casos em aberto aguardando investigação. Um dos objetivos primários do Programa Nacional de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (LV) é a redução do número de casos, alcançado através das ações de controle de reservatórios e de vetores. No Tocantins, a Assessoria Técnica das Leishmanioses programa e acompanha a execução dessas ações junto aos municípios, com enfoque naqueles considerados prioritários para o controle da LV. Em 2015, foram registrados 192 casos novos no SINAN (ainda restam 59 casos em aberto aguardando investigação). Fonte: SINAN, 09/05/2016. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 5,12% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.</p>				
36. Reduzir os óbitos de dengue passando de 6 para 3 ao ano até 2019.	Número absoluto de óbitos por dengue.	Unidade	6	0
<p>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 6 óbitos. No ano de 2016, no período de janeiro a abril, não há óbitos confirmados por dengue, ou seja, a meta de reduzir o número de óbitos está sendo alcançada. A redução do número de óbitos por dengue é o principal objetivo do Programa Estadual de Prevenção e Controle da Dengue. Assim, a área técnica estadual promove anualmente capacitação para os profissionais de saúde visando a melhoria dos serviços de saúde, através do diagnóstico precoce, tratamento oportuno e adequado dos casos. De acordo com a avaliação do banco de dados do SINAN on line, em 2015, ocorreram 02 óbitos por dengue. Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será</p>				

totalmente contemplada.				
37. Reduzir para 17,36% o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV até 2019.	Proporção de pacientes HIV+ com 1o CD4 inferior a 200cel/mm3	Porcentagem em	23,81%	0
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 23,81 diagnóstico tardio. No período avaliado de janeiro a abril de 2016 não há registro destes dados (o que dificulta também análise com o mesmo período do ano anterior), tendo em vista que esses dados não estão disponibilizados pelo Ministério da Saúde. (Fonte: MS- http://www.aids.gov.br/dados-COAP – 06/05/2016). Vale ressaltar que, não há previsão do lançamento destes dados até o presente momento.				
38. Reduzir para 93 casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade até 2019.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Unidade	127	59
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: A meta para 2016 é de 127 casos. No período de janeiro a abril de 2016 foram notificados 59 casos novos de sífilis congênita (46,45% da meta anual). No mesmo período do ano anterior foram notificados 67 casos novos de sífilis congênita. Foi observada uma queda no número de casos novos, o que demonstra uma melhora na qualidade da assistência e na oferta dos testes rápidos durante o pré-natal. A Área Técnica realizou ações de divulgação e liberação de Teste Rápido no intuito de ampliar a detecção da infecção pelo treponema pallidum, na gestante, favorecendo assim o tratamento em tempo oportuno, além de incentivar os municípios para retirada e oferta da testagem rápida da gestante no 1º e 3º trimestre (Fonte SINAN – 06/05/2016). Considerando o alcance parcial do 1º quadrimestre de 2016 houve um avanço de 63,44% do que foi programado para 2019 indicando uma tendência de que esta meta será totalmente contemplada.				
INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL				
OBJETIVO Reduzir os riscos, doenças e agravos de relevância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador por meio das ações de promoção, prevenção, proteção e Vigilância em Saúde.				
Indicador	Valor		Fórmula de cálculo	
	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.		
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 (sessenta) dias após a notificação	35%	16,60%	Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação X 100 sobre o Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação	
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: Até a 17ª Semana Epidemiológica (Janeiro a Abril de 2016) 16,6% das doenças de notificação compulsórias imediata (DNCI) notificadas no período foram encerradas oportunamente. (atualizados em 10/05/2016). O resultado parcial, aponta para uma tendência de alcance de 35% no ano.				
Porcentagem de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	7%	0,72%	<u>Número de municípios que executam as *ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios x 100</u> N° de municípios *Observação: ações consideradas necessárias a todos os municípios (i) Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária; (ii) Instauração do Processo Administrativo Sanitário; (iii) Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária; (iv) Atividade Educativa para a população; (v) Atividade Educativa para o setor regulado; (vi) Recebimento de Denúncias/Reclamações;	

(vii) Atendimento a Denúncia/Reclamações.

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

De janeiro a abril alcançou-se o percentual de 0,72%, ou seja, neste período somente um município executou as 07 ações de vigilância sanitária. Através da série histórica dos anos de 2012, 2013, 2014 e 2015, respectivamente foram alcançados os percentuais de 5,04%, 3,60%, 5,76% e 7,19% de municípios que executaram 100% da ação regulatória percebendo-se que a execução das ações de vigilância sanitária pelo nível municipal no Estado, ainda é reduzida e incipiente. Para o 2º quadrimestre medidas deverão ser intensificadas, haja vista que o não alcance do indicador comprometerá o gerenciamento estratégico do risco sanitário nos municípios pela não realização das ações, tais como: cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA; a inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA atividades educativas para população; as atividades educativas para o setor regulado; o recebimento de denúncias; o atendimento de denúncias; a instauração de processos administrativos sanitárias, colocando em risco a saúde da população.

DIRETRIZ: APRIMORAMENTO DA GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NO SUS

OBJETIVO: Promover a articulação interfederativa e a gestão solidária e compartilhada das políticas públicas de saúde (intersectorial e interinstitucional).

META	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.
1. Alcançar anualmente 100% do índice de participação do CES-TO nos instrumentos de gestão.	Índice de participação do Conselho Estadual de Saúde nos instrumentos de planejamento e gestão	Porcentagem	100	20
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: O indicador da Meta está dentro do esperado nesse Primeiro Quadrimestre, foi de 20%, pois, nos próximos quadrimestres, além das deliberações nas Reuniões do Conselho.				
2. Atingir 90% dos municípios com Planos Municipais de Saúde enviados ao Conselho de Saúde por Região de Saúde até 2019.	Proporção de plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde	Porcentagem	90	92,08
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: Dos 139 municípios, 92,08% estão com Planos de Saúde (2014-2017) enviados aos Conselhos Municipais de Saúde, que equivale a 128 municípios, sendo que em 2014 foram enviados aos conselhos 108 Planos de Saúde e em 2015 foram enviados 20 Planos de Saúde, tendo como Fonte o Sistema SARGUS, quanto ao primeiro quadrimestre de 2016 não houve envio de Plano de Saúde anexado no sistema. Verificou-se que das 08 Regiões de Saúde do Estado do Tocantins, apenas a Região de Saúde Sudeste não atingiu a meta proposta, obteve 73,33%, as demais Regiões de Saúde Amor Perfeito alcançou 92,30%, Bico do Papagaio 91,66%, Cantão 93,33%, Capim Dourado 100%, Cerrado Tocantins Araguaia 95,65%, Ilha do Bananal 94,44%, e Médio Norte Araguaia 94,11%, constatando-se eficiência visto que a meta total programada foi superada. Este alcance foi possível devido os gestores municipais procurarem a Gerência de Articulação para a Gestão de Programas e Projetos – GAGPP e cooperação técnica nas Regiões de Saúde quanto a elaboração dos instrumentos de gestão do SUS.				

Os municípios de Almas, Angico, Pindorama do Tocantins e Taguatinga, não anexaram os Planos Municipais de Saúde – PMS, pelo Sistema SARGSUS, apesar de todos terem recebido orientação para a elaboração do instrumento. O município de Arraias, Bom Jesus do Tocantins, Caseara, Dianópolis, Esperantina, Formoso do Araguaia e Muricilândia, encontram-se encaminhados aos Conselhos Municipais de Saúde, através do SARGSUS, os quais ainda não foram validados no sistema, o que impede a visualização dos municípios que anexaram os PMS.

A GAGPP deverá estudar uma estratégia, junto ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS – TO que viabilize a mudança do cenário atual em relação aos municípios com pendências em relação aos PMS, esta medida faz-se necessária devido a projeção para o exercício de 2019, quando todo o estado precisa alcançar 90% de municípios com PMS por Região de Saúde.

3. Diminuir para 50% até 2019 o percentual de ações reduzidas na PAS/LOA da Saúde.	Percentual de ações da LOA/PAS reduzidas	Porcentagem	65	11,90
--	--	-------------	----	-------

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Das 42 ações que compoem a LOA da Saúde em 2016 5 ações sofreram redução no primeiro quadrimestre, correspondendo a a 11,9%. No quadrimestre esta meta está superior ao percentual de reduções no mesmo período do ano anterior, que foi 8,77%. Ainda não é possível definir a tendência do indicador e se a meta será alcançada ao final do período.

4. Implantar Ouvidoria em 61,11% das unidades hospitalares sob gestão estadual.	Percentual de unidades hospitalares com Ouvidoria implantada	Porcentagem	38	0
---	--	-------------	----	---

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

A meta do objetivo não esta sendo alcançada, tendo em vista que o indicador no período de janeiro a abril de 2016 é 0, sendo que estamos em fase de responder os Planos de Ação que serão enviados ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS e após aprovação será feito a Portaria criando as Ouvidorias nos hospitais regionais de Gurupi, Augustinópolis e Hospital Infantil de Palmas, os demais continuarão fazendo parte da sub rede, ou seja recebendo e respondendo as demandas da Ouvidoria via sistema OuvidorSUS, porém serão implantadas até o ano de 2019, conforme adequação de espaço físico de cada local. Portanto estamos trabalhando para atingir a meta nos próximos períodos, mas há dificuldade em relação à adequação do espaço físico próprio para a Ouvidoria..

5. Incrementar anualmente em 11% o percentual de unidades hospitalares estaduais com centros de custos implantados.	Percentual de unidades hospitalares estaduais com centros de custos implantados	Porcentagem		
o Região de Saúde Amor Perfeito				NP
o Região de Saúde Sudeste				NP
o Região de Saúde Ilha do Bananal				NP
o Região de Saúde Capim Dourado				NP
o Região de Saúde Cantão			5,56	0
o Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia			5,56	NI
o Região de Saúde Médio Norte Araguaia				0
o Região de Saúde Bico do Papagaio.				NP

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Não houve execução desta meta, pois ainda não foi implantado o centro de custos hospitalares na unidade prevista no primeiro quadrimestre de 2016. Esta meta depende da liberação dos recursos financeiros do Convênio 797.318/2013 com o Ministério da Saúde.

6. Promover o mínimo de 75% de participação de representante de cada esfera nas reuniões da CIR.	Percentual de participação dos representantes por esfera nas reuniões			
--	---	--	--	--

o Região de Saúde Sudeste	CIR	Porcentagem	75	114
o Região de Saúde Médio Norte Araguaia			75	116,5
o Região de Saúde Ilha do Bananal			75	84,5
o Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia -			75	114,5
o Região de Saúde Capim Dourado			75	96
o Região de Saúde Cantão			75	122,5
o Região de Saúde Bico do Papagaio.			75	88
o Região de Saúde Amor Perfeito.			75	123,5

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

Região de Saúde Capim Dourado a meta alcançada do objetivo foi em média de 96% neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de 42% de participantes, assim a meta proposta de 75% de participação da esfera municipal não foi alcançada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas no primeiro quadrimestre foi em média 150%, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. Ainda que com a aprovação do calendário anual em reunião para o conhecimento de todos; disponibilização do calendário anual das reuniões das CIR na homepage da SES no link da CIR; envio de ofício para os prefeitos de todas as regiões com cópia para os secretários municipais de saúde também disponibilizados no link da CIR na homepage da SES; e articulações com o escritório do COSEMS visando o fortalecimento desta ação e o cumprimento da meta, o resultado apresentado é de não alcance da meta referente à participação da esfera municipal em nenhuma das 02 (duas) reuniões realizadas no primeiro quadrimestre de 2016. Apesar das estratégias desenvolvidas, não houve justificativa oficial por parte dos municípios ausentes. Contudo quanto à superação do resultado referente à participação da esfera estadual, esta ocorreu em virtude das articulações realizadas junto às áreas técnicas da SES ressaltando a importância da participação dos Representantes SESAU que participam da Reunião de Alinhamento Técnico Metodológico, Monitoramento e Avaliação. Dos 14 (quatorze) municípios que compõem a Região de Saúde Capim Dourado, na primeira reunião do ano de 2016, em fevereiro, estiveram presentes 10 (dez) municípios, sendo eles: Aparecida do Rio Negro, Fortaleza do Tabocão, Lizarda, Miracema do Tocantins, Miranorte, Novo Acordo, Palmas, Rio dos Bois, Rio Sono e São Félix do Tocantins. E 04 (quatro) municípios não compareceram, Lagoa do Tocantins, Lajeado, Santa Tereza do Tocantins e Tocantínia. Na segunda reunião, realizada em abril, estiveram presentes 02 (dois) municípios, sendo eles: Aparecida do Rio Negro e Palmas, 12 (doze) não compareceram, Fortaleza do Tabocão, Lagoa do Tocantins, Lajeado, Lizarda, Miracema do Tocantins, Miranorte, Novo Acordo, Rio dos Bois, Rio Sono, Santa Tereza do Tocantins, São Félix do Tocantins e Tocantínia.

Região de Saúde Sudeste a meta alcançada do objetivo foi em média de 114% neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal a meta alcançada do objetivo foi em média de 66% de participantes, assim a meta proposta de 75% de participação da esfera municipal não foi alcançada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas no primeiro quadrimestre foi em média 162%, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. Ainda que com a aprovação do calendário anual em reunião para o conhecimento de todos; disponibilização do calendário anual das reuniões das CIR na homepage da SES no link da CIR; envio de ofício para os prefeitos de todas as regiões com cópia para os secretários municipais de saúde também disponibilizados no link da CIR na homepage da SES; e articulações com o escritório do COSEMS visando o fortalecimento desta ação e o cumprimento da meta, o resultado apresentado é de não alcance da meta referente à participação da esfera municipal em nenhuma das 02 (duas) reuniões realizadas no primeiro quadrimestre de 2016. Apesar das estratégias desenvolvidas, não houve justificativa oficial por parte dos municípios ausentes. Contudo quanto à superação do resultado referente à participação da esfera estadual, esta ocorreu em virtude das articulações realizadas junto às áreas técnicas da SES ressaltando a importância da participação dos Representantes SESAU que participam da Reunião de Alinhamento Técnico Metodológico, Monitoramento e Avaliação. Cabe destacar que a superação da meta ocorreu em virtude da sazonalidade ocorrida na reunião realizada em fevereiro, que além de ser realizada em Palmas, teve em sua pauta pontos que exigiam uma maior participação do Estado. Dos 15 (quinze) municípios que compõem a Região Sudeste, na primeira reunião do ano de 2016, em fevereiro, estiveram presentes 10 (dez) municípios, sendo eles: Arraias, Conceição do Tocantins, Dianópolis, Lavandeira, Novo Alegre, Novo Jardim, Paranã, Ponte Alta do Bom Jesus, Rio da Conceição e Taipas do Tocantins. E 05 (cinco) municípios não compareceram, Almas, Aurora do Tocantins,

Combinado, Porto Alegre do Tocantins e Taguatinga. Na segunda reunião, realizada em abril, estiveram presentes 10 (dez) municípios, sendo eles: Almas, Combinado, Dianópolis, Novo Alegre, Novo Jardim, Paranã, Ponte Alta do Bom Jesus, Porto Alegre do Tocantins, Rio da Conceição e Taipas do Tocantins, 05 (cinco) não compareceram, Arraias, Aurora do Tocantins, Conceição do Tocantins, Lavandeira, Taguatinga.

Região de Saúde Bico do Papagaio a meta alcançada do objetivo foi em média de 88,50% neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de 52% de participantes da, assim a meta proposta de 75% de participação da esfera municipal não foi alcançada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas no primeiro quadrimestre foi em média 125%, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. Ainda que com a aprovação do calendário anual em reunião para o conhecimento de todos; disponibilização do calendário anual das reuniões das CIR na homepage da SES no link da CIR; envio de ofício para os prefeitos de todas as regiões com cópia para os secretários municipais de saúde também disponibilizados no link da CIR na homepage da SES; e articulações com o escritório do COSEMS visando o fortalecimento desta ação e o cumprimento da meta, o resultado apresentado é de não alcance da meta referente à participação da esfera municipal em nenhuma das 02 (duas) reuniões realizadas no primeiro quadrimestre de 2016. Apesar das estratégias desenvolvidas, não houve justificativa oficial por parte dos municípios ausentes. Contudo quanto à superação do resultado referente à participação da esfera estadual, esta ocorreu em virtude das articulações realizadas junto às áreas técnicas da SES ressaltando a importância da participação dos Representantes SESAU que participam da Reunião de Alinhamento Técnico Metodológico, Monitoramento e Avaliação. Cabe destacar que a superação da meta ocorreu em virtude da sazonalidade ocorrida na reunião realizada em fevereiro, que além de ser realizada em Palmas, teve em sua pauta pontos que exigiam uma maior participação do Estado. Dos 24 (vinte e quatro) municípios que compõem a CIR Bico do Papagaio, na primeira reunião do ano de 2016, em fevereiro, estiveram presentes 13 (treze) municípios, sendo eles: Ananás, Augustinópolis, Axixá, Buriti do Tocantins, Cachoeirinha, Itaguatins, Luzinópolis, Maurilândia do Tocantins, Praia Norte, Riachinho, São Bento do Tocantins, São Miguel do Tocantins, e Sítio Novo do Tocantins. E 11 (onze) municípios não compareceram Aguiarnópolis, Angico, Araguatins, Carrasco Bonito, Esperantina, Nazaré, Palmeiras do Tocantins, Sampaio, Santa Terezinha do Tocantins, São Sebastião do Tocantins e Tocantinópolis. Na segunda reunião realizada em abril, estiveram presentes 13 (treze) municípios, sendo eles: Aguiarnópolis, Augustinópolis, Axixá do Tocantins, Cachoeirinha, Itaguatins, Luzinópolis, Praia Norte, Riachinho, Santa Terezinha do Tocantins, São Bento do Tocantins, São Miguel do Tocantins, Sítio Novo do Tocantins, e Tocantinópolis, 11 (onze) não compareceram Ananás, Angico, Araguatins, Buriti do Tocantins, Carrasco Bonito, Esperantina, Maurilândia do Tocantins, Nazaré, Palmeiras do Tocantins, Sampaio, e São Sebastião do Tocantins.

Região de Saúde Médio Norte Araguaia a meta alcançada do objetivo foi em média de 116,50% neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal a meta alcançada do objetivo foi em média de 58% de participantes, assim, a meta proposta de 75% de participação da esfera municipal não foi alcançada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas no primeiro quadrimestre foi em média 175%, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. Ainda que com a aprovação do calendário anual em reunião para o conhecimento de todos; disponibilização do calendário anual das reuniões das CIR na homepage da SES no link da CIR; envio de ofício para os prefeitos de todas as regiões com cópia para os secretários municipais de saúde também disponibilizados no link da CIR na homepage da SES; e articulações com o escritório do COSEMS visando o fortalecimento desta ação e o cumprimento da meta, o resultado apresentado é de não alcance da meta referente à participação da esfera municipal em nenhuma das 02 (duas) reuniões realizadas no primeiro quadrimestre de 2016. Apesar das estratégias desenvolvidas, não houve justificativa oficial por parte dos municípios ausentes. Contudo quanto à superação do resultado referente à participação da esfera estadual, esta ocorreu em virtude das articulações realizadas junto às áreas técnicas da SES ressaltando a importância da participação dos Representantes SESAU que participam da Reunião de Alinhamento Técnico Metodológico, Monitoramento e Avaliação. Dos 17 (dezesete) municípios que compõem a Região de Saúde Médio Norte Araguaia, na primeira reunião do ano de 2016, em fevereiro, estiveram presentes 12 (doze) municípios, sendo eles: Araguaína, Araguaianã, Babaçulândia, Barra do Ouro, Campos Lindos, Carmolândia, Muricilândia, Nova Olinda, Piraquê, Santa Fé do Araguaia, e Wanderlândia e Xambioá. E 05 (cinco) municípios não compareceram Aragominas, Darcinópolis, Filadélfia, Goiatins e Pau D'arco. Na segunda reunião, realizada em abril, estiveram presentes 08 (oito) municípios, sendo eles: Araguaína, Araguaianã, Campos Lindos, Carmolândia, Goiatins, Nova Olinda, Piraquê e Xambioá, 09 (nove) não compareceram, Aragominas, Babaçulândia, Barra do Ouro, Darcinópolis, Filadélfia, Muricilândia, Pau D'arco e Santa Fé do Araguaia e Wanderlândia.

Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia a meta alcançada do objetivo foi em média de 114,50% neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de 67% de participantes, assim, a meta proposta de 75% de participação da esfera

municipal não foi alcançada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas no primeiro quadrimestre foi em média 162%, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. Ainda que com a aprovação do calendário anual em reunião para o conhecimento de todos; disponibilização do calendário anual das reuniões das CIR na homepage da SES no link da CIR; envio de ofício para os prefeitos de todas as regiões com cópia para os secretários municipais de saúde também disponibilizados no link da CIR na homepage da SES; e articulações com o escritório do COSEMS visando o fortalecimento desta ação e o cumprimento da meta, o resultado apresentado de alcance da meta referente à participação da esfera municipal foi apenas na primeira reunião realizadas no primeiro quadrimestre de 2016, já na segunda reunião a meta não foi alcançada. Apesar das estratégias desenvolvidas, não houve justificativa oficial por parte dos municípios ausentes. Contudo quanto à superação do resultado referente à participação da esfera estadual, esta ocorreu em virtude das articulações realizadas junto às áreas técnicas da SES ressaltando a importância da participação dos Representantes SESAU que participam da Reunião de Alinhamento Técnico Metodológico, Monitoramento e Avaliação. Dos 23 (vinte e três) municípios que compõem a Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia, na primeira reunião do ano de 2016, em fevereiro, estiveram presentes 19 (dezenove) municípios, sendo eles: Arapoema, Bandeirantes do Tocantins, Bernardo Sayão, Bom Jesus do Tocantins, Brasilândia do Tocantins, Centenário, Colinas do Tocantins, Colméia, Couto Magalhães, Guaraí, Itaporã do Tocantins, Juarina, Palmeirante, Pequizeiro, Presidente Kennedy, Recursolândia, Santa Maria do Tocantins, Tupirama e Tupiratins. E 04 (quatro) municípios não compareceram, Goianorte, Itacajá, Itapiratins e Pedro Afonso. Na segunda reunião, realizada em abril, estiveram presentes 12 (doze) municípios, sendo eles: Arapoema, Bandeirantes do Tocantins, Bernardo Sayão, Colinas do Tocantins, Couto Magalhães, Guaraí, Itacajá, Juarina, Palmeirante, Pedro Afonso, Tupirama e Tupiratins, 11 (onze) não compareceram, Bom Jesus do Tocantins, Brasilândia do Tocantins, Centenário Colméia, Goianorte, Itapiratins, Itaporã do Tocantins, Pequizeiro, Presidente Kennedy, Recursolândia e Santa Maria do Tocantins.

Região de Saúde Amor Perfeito a meta alcançada do objetivo foi em média de 123,5% neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de 72% de participantes, assim a meta proposta de 75% de participação da esfera municipal não foi alcançada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas no primeiro quadrimestre foi em média 175%, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. Ainda que com a aprovação do calendário anual em reunião para o conhecimento de todos; disponibilização do calendário anual das reuniões das CIR na homepage da SES no link da CIR; envio de ofício para os prefeitos de todas as regiões com cópia para os secretários municipais de saúde também disponibilizados no link da CIR na homepage da SES; e articulações com o escritório do COSEMS visando o fortalecimento desta ação e o cumprimento da meta, o resultado apresentado de alcance da meta referente à participação da esfera municipal foi apenas na primeira reunião realizada no primeiro quadrimestre de 2016, já na segunda reunião a meta não foi alcançada. Apesar das estratégias desenvolvidas, não houve justificativa oficial por parte dos municípios ausentes. Contudo quanto à superação do resultado referente à participação da esfera estadual, esta ocorreu em virtude das articulações realizadas junto às áreas técnicas da SES ressaltando a importância da participação dos Representantes SESAU que participam da Reunião de Alinhamento Técnico Metodológico, Monitoramento e Avaliação. Dos 13 (treze) municípios que compõem a Região de Saúde Amor Perfeito, na primeira reunião do ano de 2016, em fevereiro, estiveram presentes 11 (onze) municípios, sendo eles: Brejinho de Nazaré, Chapada da Natividade, Ipueiras, Mateiros, Monte do Carmo, Natividade, Oliveira de Fátima, Pindorama do Tocantins, Ponte Alta do Tocantins, Porto Nacional, e Santa Rosa do Tocantins. E 02 (dois) municípios não compareceram, Fátima e Silvanópolis. Na segunda reunião, realizada em abril, estiveram presentes 08 (oito) municípios, sendo eles: Brejinho de Nazaré, Chapada da Natividade, Ipueiras, Monte do Carmo, Oliveira de Fátima, Pindorama do Tocantins, Porto Nacional, e Santa Rosa do Tocantins, 05 (cinco) não compareceram, Fátima, Mateiros, Natividade, Ponte Alta do Tocantins e Silvanópolis.

Região de Saúde Cantão a meta alcançada do objetivo foi em média de 122,5% neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de 70% de participantes, assim a meta proposta de 75% de participação da esfera municipal não foi alcançada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas no primeiro quadrimestre foi em média 175%, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. Ainda que com a aprovação do calendário anual em reunião para o conhecimento de todos; disponibilização do calendário anual das reuniões das CIR na homepage da SES no link da CIR; envio de ofício para os prefeitos de todas as regiões com cópia para os secretários municipais de saúde também disponibilizados no link da CIR na homepage da SES; e articulações com o escritório do COSEMS visando o fortalecimento desta ação e o cumprimento da meta, o resultado apresentado de alcance da meta referente à participação da esfera municipal foi apenas na primeira reunião realizadas no primeiro quadrimestre de 2016, já na segunda reunião a meta não foi alcançada. Apesar das estratégias desenvolvidas, não houve justificativa oficial por parte

dos municípios ausentes. Contudo quanto à superação do resultado referente à participação da esfera estadual, esta ocorreu em virtude das articulações realizadas junto às áreas técnicas da SES ressaltando a importância da participação dos Representantes SESAU que participam da Reunião de Alinhamento Técnico Metodológico, Monitoramento e Avaliação. Dos 15 municípios que compõem a Região Cantão, na primeira reunião do ano de 2016, em fevereiro, estiveram presentes 12 (doze) municípios, sendo eles: Abreulândia, Araguacema, Barrolândia, Caseara, Cristalândia, Divinópolis do Tocantins, Lagoa da Confusão, Marianópolis, Nova Rosalândia, Paraíso do Tocantins, Pium, Pugmil. E 03 (três) municípios não compareceram, Chapada da Areia, Dois Irmãos e Monte Santo do Tocantins. Na segunda reunião, realizada em abril, estiveram presentes 09 (nove) municípios, sendo eles: Araguacema, Barrolândia, Caseara, Divinópolis do Tocantins, Lagoa da Confusão, Marianópolis do Tocantins, Nova Rosalândia, Paraíso do Tocantins e Pugmil, 06 (seis) não compareceram, Abreulândia, Chapada da Areia, Cristalândia, Dois Irmãos do Tocantins, Monte Santo do Tocantins e Pium.

Região de Saúde Cantão a meta alcançada do objetivo foi em média de 122,5% neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de 70% de participantes, assim a meta proposta de 75% de participação da esfera municipal não foi alcançada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas no primeiro quadrimestre foi em média 175%, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. Ainda que com a aprovação do calendário anual em reunião para o conhecimento de todos; disponibilização do calendário anual das reuniões das CIR na homepage da SES no link da CIR; envio de ofício para os prefeitos de todas as regiões com cópia para os secretários municipais de saúde também disponibilizados no link da CIR na homepage da SES; e articulações com o escritório do COSEMS visando o fortalecimento desta ação e o cumprimento da meta, o resultado apresentado de alcance da meta referente à participação da esfera municipal foi apenas na primeira reunião realizadas no primeiro quadrimestre de 2016, já na segunda reunião a meta não foi alcançada. Apesar das estratégias desenvolvidas, não houve justificativa oficial por parte dos municípios ausentes. Contudo quanto à superação do resultado referente à participação da esfera estadual, esta ocorreu em virtude das articulações realizadas junto às áreas técnicas da SES ressaltando a importância da participação dos Representantes SESAU que participam da Reunião de Alinhamento Técnico Metodológico, Monitoramento e Avaliação. Dos 15 municípios que compõem a Região Cantão, na primeira reunião do ano de 2016, em fevereiro, estiveram presentes 12 (doze) municípios, sendo eles: Abreulândia, Araguacema, Barrolândia, Caseara, Cristalândia, Divinópolis do Tocantins, Lagoa da Confusão, Marianópolis, Nova Rosalândia, Paraíso do Tocantins, Pium, Pugmil. E 03 (três) municípios não compareceram, Chapada da Areia, Dois Irmãos e Monte Santo do Tocantins. Na segunda reunião, realizada em abril, estiveram presentes 09 (nove) municípios, sendo eles: Araguacema, Barrolândia, Caseara, Divinópolis do Tocantins, Lagoa da Confusão, Marianópolis do Tocantins, Nova Rosalândia, Paraíso do Tocantins e Pugmil, 06 (seis) não compareceram, Abreulândia, Chapada da Areia, Cristalândia, Dois Irmãos do Tocantins, Monte Santo do Tocantins e Pium.

Diante do exposto recomenda-se intensificar as ações já desenvolvidas; Qualificar os representantes SESAU na CIR; Aumentar a participação efetiva dos Diretores dos Hospitais de Gestão Estadual nas reuniões CIR; e, buscar novas estratégias visando o cumprimento da meta, como por exemplo, o envolvimento da Associação Tocantinense dos Municípios – ATM.

INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL

OBJETIVO Promover a articulação interfederativa e a gestão solidária e compartilhada das políticas públicas de saúde (intersectorial e interinstitucional)

Indicador	Valor		Fórmula de cálculo
	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.	
Número de indicadores de objetivos alcançados do mapa estratégico da Secretaria	12	6,75	Número de indicadores do mapa estratégico que alcançaram pelo menos 70% da meta estabelecida no período

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

O indicador Número de objetivos alcançados no mapa estratégico da Secretaria foi calculado e o valor aferido (3) corresponde a 20% dos objetivos estabelecidos no Mapa Estratégico para 2019, para 2016 o número desejado era 12 (25%). Os objetivos cujos indicadores foram alcançados são: Melhorar a qualidade de vida da população; Promover a capacidade de gestão e operacionalização da saúde nos municípios; e Executar ao orçamento conforme a necessidade expressa na Programação Anual de Saúde.

Este indicador foi calculado porém contém alguns dados cujo valor ficou zerado pois os indicadores de base não foram estabelecidos (ainda não possuem fórmula de cálculo).

Este indicador foi estabelecido com base no mapa estratégico construído em 2015, porém o plano de ação não está sendo executado devido à mudança de prioridades da nova gestão da Secretaria e da construção do plano de ação da área hospitalar (exigência da Justiça Federal, Ministério Público Federal, Defensoria Pública e Denasus).

Índice de desempenho dos indicadores municipais prioritários do SISPACTO (DOMI) – 7 indicadores	9	3	Ver carteira de indicadores do planejamento estratégico
---	---	---	---

Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:

O Índice de desempenho dos indicadores municipais prioritários do SISPACTO (DOMI) - 7 indicadores foi aferido, obtendo-se o valor de 6,75 que corresponde a 67,5% do valor proposto para 2019. Em relação ao pactuado para 2016 o valor aferido corresponde a 75%. Em relação ao índice atual, que é 8,23 este índice encontra-se com um percentual de 82,02. Este indicador é composto por:

Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

Número absoluto de óbitos por dengue

Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal

Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica

Proporção de óbitos infantis investigados

Proporção de óbitos maternos investigados

Proporção de óbitos de mulheres de idade fértil investigados

No primeiro quadrimestre ainda não é possível analisar a tendência do indicador e se ele será atingido ao final do período, pois não há como comparar com o mesmo período do ano anterior, uma vez que o mesmo não era calculado (não há série histórica).

DIRETRIZ: PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES DO SUS E REGULAÇÃO DO TRABALHO

OBJETIVO: Promover a valorização, educação permanente, qualificação e formação dos trabalhadores do SUS.

META	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.
1. Instituir a Política Estadual de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, até 2019.	Percentual de conclusão das etapas da instituição da Política Estadual de Gestão e Regulação do	Porcentagem	25	0

		Trabalho		
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:				
A meta do objetivo não está sendo alcançada, levando em conta que não iniciou-se a realização das etapas para Instituir a Política Estadual de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. A meta prevista para o exercício de 2016 é a realização de 02 de um total de 09 etapas, que equivale a 18% da meta (segundo pactuação da equipe responsável diretamente pela meta), a saber: Formação do Grupo de Trabalho e Definição dos problemas (diagnóstico da Política de Gestão do Trabalho no Tocantins). Neste primeiro quadrimestre, foi realizado planejamento interno, reorganização da equipe e elaboração de estratégias e, acredita-se que a meta será alcançada ao longo do exercício apesar deste atraso. Considera-se favorável a instituição desta política, pois beneficiará os 139 municípios do Estado.				
2. Qualificar e formar 6000 trabalhadores do SUS com foco na implementação das Redes de Atenção à Saúde, até 2019.	Número de trabalhadores qualificados e/ou formados		Unidade	1500
				1.071
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:				
Esta meta está sendo alcançada, pois, no indicador "Número de trabalhadores certificados em processos educacionais em saúde", constatou-se que 1071 trabalhadores foram certificados, o que corresponde a 71,4% da meta do exercício de 2016, que é 1500. É importante registrar-se a sazonalidade deste dado, pois, muitos processos educacionais findaram no 3º. Quadrimestre do exercício anterior e foram certificados no 1º. Quadrimestre deste exercício, impactando positivamente este indicador. Foram 39 processos educacionais abordando temáticas relativas às Redes de Atenção à Saúde, realizados por: SESRT, demais áreas técnicas da SESAU-TO e outras instituições, envolvendo municípios de todas as Regiões de Saúde e contemplando várias categorias profissionais.				
INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL				
OBJETIVO Promover a valorização, educação permanente, qualificação e formação dos trabalhadores do SUS.				
Indicador	Valor		Fórmula de cálculo	
	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.		
Número de Trabalhadores certificados em processos educacionais em saúde	1.600	1,071	Nº de trabalhadores certificados em processos educacionais em determinado período	
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:				
O indicador está sendo alcançado com sucesso, considerando que, no 1º. quadrimestre de 2016, o quantitativo de 1071 trabalhadores foi certificado em processos educacionais em saúde, valor que corresponde a 71,4% da meta anual, que é de 1500 trabalhadores certificados. É importante registrar-se a sazonalidade deste dado, pois, muitos processos educacionais findaram no 3º. Quadrimestre do exercício anterior e foram certificados no 1º. Quadrimestre deste exercício, impactando positivamente este indicador. A SESRT certificou 465 trabalhadores em processos educacionais em saúde realizados pela Escola Tocantinense do SUS Dr. Gismar Gomes, sendo: 36 em função da prática docente e 429 como alunos. Foram 566 certificados pela SESRT para processos educacionais realizados pelas demais áreas técnicas da SESAU-TO: 56 docentes e 510 discentes; além de 40 certificados por outras instituições de ensino: 04 docentes e 36 discentes. Neste período, 96 trabalhadores foram certificados como docentes e 975 como discentes. Este resultado demonstra que 1071 servidores foram certificados em 39 processos educacionais desenvolvendo competências com impacto positivo na qualidade dos processos de trabalho em saúde, o que soma-se à motivação e valorização/evolução profissional.				

Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.	90%	98,26	Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES, em determinado local / Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES, no mesmo local x 100
Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário: O indicador está sendo alcançado, tendo em vista que, da meta anual prevista de 90% da proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, o alcance foi de 98,26%, neste primeiro quadrimestre. A análise deste Indicador tem como base o Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES. Destaca-se a relevância da atualização do cadastro no SCNES, e recomenda-se aos gestores a atualização dos dados de todos os trabalhadores que atuam nas unidades de saúde do SUS, especialmente os trabalhadores de empresas privadas contratadas como pessoas jurídicas que segundo o SCNES, não são considerados vínculos protegidos, pois acredita-se na subnotificação destes dados que constituem o denominador e impactam positivamente o indicador. Sua atualização, então, reduzirá o índice encontrado. O objetivo de atualizar o cadastro será de mensurar corretamente este indicador, promovendo assim uma análise mais fidedigna e com qualidade.			