



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

RESOLUÇÃO – CIB Nº 002 /2006, de 02 de fevereiro de 2006.

*Dispõe sobre Aprovação do Plano Estadual
para redução da Mortalidade Materna e
Neonatal;*

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições da Portaria nº 931/1997, em especial o art. 2º, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os arts. 5º e 14º, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a análise, discussão e pactuação do Plenário da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada em 02 de fevereiro de 2006;

Considerando que são elevados os índices de Mortalidade Materna existentes no Estado;

Considerando a subnotificação e subinformação ainda existentes;

Considerando que a Mortalidade Materna e Neonatal constituem uma violação dos direitos humanos das mulheres e um grave problema de saúde pública;

Considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 8 de março de 2004 pela Presidência da República;

Considerando a aprovação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 18 de março de 2004 pela Comissão Intergestores Tripartite;

Considerando a adesão do Estado ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004;

Considerando a realização do I Seminário Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;

RESOLVE:



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

Art. 1º Aprovar o Plano Estadual para redução da Mortalidade Materna e Neonatal, na forma do anexo;

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor nesta data.


Gismar Gomes
Presidente

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

**Plano Estadual Para Redução
Da Mortalidade Materna E
Neonatal**

PALMAS - TO, DEZEMBRO DE 2005

GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS
Marcelo de Carvalho Miranda

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Gismar Gomes

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
Margareth Vicentini

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
Regiane Rezende

GERÊNCIA DE MATERNO INFANTIL
Milena Alves de Carvalho Costa

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

Milena Alves de Carvalho Costa - Gerente de Materno Infantil
Glamar Cunha da Silva - Responsável Técnico Área da Mulher
Adélia de Castro Brandão - Técnica Área da Mulher
Lilian Fernandes da Cruz - Técnica Área da Mulher
Margarida Araújo Barbosa Neta - Técnica Área da Mulher
Iacy Maria Linhares - Técnica Área da Criança
Severina Silvia Gomes da Silva - Técnica Área da Criança
Mayara Vieira Kegler - Técnica Área da Criança
Sâmia Ponciano Gabriel Chabo - Técnica Área do Adolescente
Ieda Fátima Batista Nogueira - Técnica Área do Adolescente
Rosicler Lopes Ribeiro Guimarães - Técnica Área do Adolescente
Fabrina da Silva Meireles - Técnica Área do Adolescente
Soraia Roges Jordy Sant'ana - Assessoria Geral de Planejamento

COMISSÃO

Solayne Lustosa Souza Amaral - Coordenação de Vig. Epidemiológica
Maria Luiza Salazar Freire - Coordenação Atenção Especializada
Soraia Roges Jordy Sant'ana - Assessoria de Planejamento
Daniela Cristiane Kaesemodel - SOGITO
Paulo César Carneiro Tavares - STOP
Áurea Maria Casagrande da Luz - COSEMS
Sônia Maria Bezerra T. Mendonça - COSEMS
Solange de Freitas Viana - CEMMI
Jocelaine Dalanora - CEMMI
Maria Roseli - Ministério Público
Flávia Souza Rodrigues - Ministério Público
Ana Lúcia M. Farias - Vigilância Sanitária
Regiane Rezende - Coordenação da Atenção Básica
Milena Alves de Carvalho Costa - Gerencia de Materno Infantil

SUMÁRIO

	PÁGINA
	03
1 - APRESENTAÇÃO	04
2 - ABREVIATURAS	05
3 - INTRODUÇÃO	05
3.1 - INTERFACES	06
3.2 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO	07
3.3 - ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	09
4 - JUSTIFICATIVA	13
5 - OBJETIVOS	13
5.1 - OBJETIVO GERAL	13
5.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
6 - DIRETRIZES ESTRATÉGICAS/ METAS	15
7 - METAS	18
8 - BIBLIOGRAFIA	

1 – APRESENTAÇÃO

A mortalidade materna e neonatal se constitui em importante desafio para os serviços de saúde e para os diferentes atores sociais e, apesar dos esforços terem se intensificado nas últimas décadas, ainda encontramos altas taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil.

No Tocantins, a Secretaria de Estado da Saúde tem se empenhado para mudar essa realidade, através da implantação dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil, de um monitoramento mais afincado do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, enfim, através de ações voltadas para assistência obstétrica e neonatal.

Nesse contexto, apresentamos o Plano Estadual para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que teve como ponto de partida a adesão do Estado ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assinado em 2004. Foi elaborado em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a partir das propostas resultantes das oficinas, trabalhadas no **I Seminário Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**, realizado em setembro de 2005 no município de Palmas.

Aos gestores e profissionais de saúde, cabe a nobre tarefa de executar este plano, se articulando e somando esforços para esse mais nobre objetivo, que é reduzir a morbimortalidade materna e neonatal.

Gismar Gomes
Secretário de Estado da Saúde

2 – ABREVIATURAS

- AMIU – Aspiração Manual Intra Uterina
CGES – Coordenação de Gestão e Educação em Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDUC – Secretaria de Educação e Cultura
SEJUV – Secretaria de Juventude
SETAS – Secretaria do Trabalho e Ação Social
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM – Sistema de Informação em Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SISPRENATAL – Sistema de Informação em Pré-Natal
STOP – Sociedade Tocantinense de Pediatria
SOGITO – Sociedade Tocantinense de Ginecologia e Obstetrícia
LACEN – Laboratório Central

3 - INTRODUÇÃO

Neste documento são apresentados os principais objetivos, metas, ações, estratégias, fontes de recursos, indicadores e mecanismos de operacionalização do Compromisso 5 - Redução da Mortalidade Infantil e Materna - da Agenda Estadual de Saúde.

Esta proposta está embasada no documento conceitual "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher", tendo como ponto de partida a adesão do Estado ao Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assinado em 2004.

Em setembro de 2005, no município de Palmas-TO, foi realizado o I **Seminário Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Pacto para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**, onde foram trabalhados em oficinas, os seguintes eixos:

- Planejamento Familiar
- Gestação na Adolescência
- Pré-natal
- Atenção as Mulheres Vítimas de Violência
- Assistência Obstétrica e Neonatal
- Vigilância do Óbito Materno-Infantil

Nessas oficinas os participantes (Profissionais de saúde, gestores, estudantes e representantes da sociedade civil) definiram estratégias para comporem o Plano Estadual para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Esta proposta visa implementar ações na rede assistencial do Estado do Tocantins que reduzam a mortalidade materna e neonatal.

3.1 – INTERFACES

As ações propostas neste plano envolvem diferentes segmentos, os quais possuem interfaces com a Área Técnica de Saúde da Mulher, são eles: Área Técnica Saúde da Criança, Área Técnica Saúde do Adolescente e do Jovem, Estratégia Saúde da Família, Atenção Especializada, LACEN, Coordenação de Controle,

Regulação, Avaliação e de Sistema, Comitê Estadual de Mortalidade Materno e Infantil, CGES, STOP, FUNASA, SOGITO, Ministério Público, Conselho Tutelar, SAMU, IML.

3.2- CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O Estado do Tocantins está localizado no Centro Geodésico do Brasil, e possui uma área de 277.620,9 Km² e população de 1.305.708 hab. (Fonte: DATASUS/ IBGE – estimativas populacionais para o ano de 2005), possuindo a densidade demográfica de 4,43 hab/km², e uma urbanização de 74,32%, mostrando uma concentração urbana acima da média da região norte. O Estado faz divisa com: Pará, Maranhão, Piauí, Bahia, Mato Grosso e Goiás.

Diversos fatores físicos e geográficos, como a localização continental, a extensão latitudinal, o relevo, entre outros, determinam o clima do estado. Tendo as temperaturas médias anuais variando entre 24°C e 28°C nos meses de chuvas (outubro a março) e entre 28°C a 35°C na estação seca (maio a setembro). No período da Primavera, registram-se temperaturas máximas diárias, próximas de 40°C. As chuvas têm caráter sazonal, sendo que mais de 70% do total de precipitações ocorrem no período de novembro a março, com variações de 1.000mm ao sul e 1.800mm ao norte e leste do Estado.

A economia tocantinense tem a pecuária extensiva como atividade predominante, tendo o maior rebanho de gado da região Norte. O comércio tem força nos gêneros de primeira necessidade: produtos alimentícios, vestuários, calçados e produtos químico-farmacêuticos.

Na educação, a rede estadual de ensino está atendendo mais de 270.000 alunos. A taxa de analfabetismo na população de 15 anos e mais é de 12,26% (SIAB-Out./2005).

O Governo vem investindo no setor de energia: 80,48% da população tocantinense conta com a energia elétrica (Fonte: SIAB-Out/2005), além, da construção de usinas e a implantação de sistemas de transmissão elétrica, buscando suprir a demanda energética do estado, e por extensão do país.

Por se tratar de um Estado em desenvolvimento, existem ainda algumas características que necessitam de atenção tais como: o abastecimento de água por rede pública supre 72,76% da população, enquanto 27,24% do abastecimento ocorre

através de poços, nascentes e outros. Já o tratamento de água existe em 80,29% da população que possuem água tratada por filtração, fervura e/ou cloração, no domicílio. Cerca de 19,71% não tem nenhum tipo de tratamento de água domiciliar. Outra característica importante é a destinação do lixo domiciliar, onde 68,58% é feito por coleta pública, 16,81% são queimados ou enterrados e 14,60% são depositados ainda a céu aberto, conforme informações SIAB-Out./2005.

No turismo, o Tocantins tem ótimas perspectivas no mercado mundial devido às suas qualificações naturais, desponta como "Paraíso da Biodiversidade", por sua localização privilegiada na zona de transição dos grandes ecossistemas brasileiros: a floresta amazônica, o cerrado, o semi-árido e o pantanal.

O Estado do Tocantins possui 139 municípios, entre os principais, com maior índice populacional e desenvolvimento econômico, se destacam a Capital Palmas, Araguaína, na região Norte, e Gurupi, na região Sul do Estado.

A localização geográfica do Tocantins coloca-o em situação privilegiada quanto aos outros Estados da federação, pois, é o elo de ligação entre os mercados das grandes regiões do país, sendo passagem obrigatória para a comunicação rodoviária entre o norte, sul e sudeste do Brasil.

Os principais eixos rodoviários são constituídos pelas rodovias BR – 153 (Belém – Brasília) e TO – 050 (Coluna Prestes), que totalmente asfaltados atravessam o Estado na direção norte-sul, servindo de artéria principal para todo o sistema viário estadual.

3.3- ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

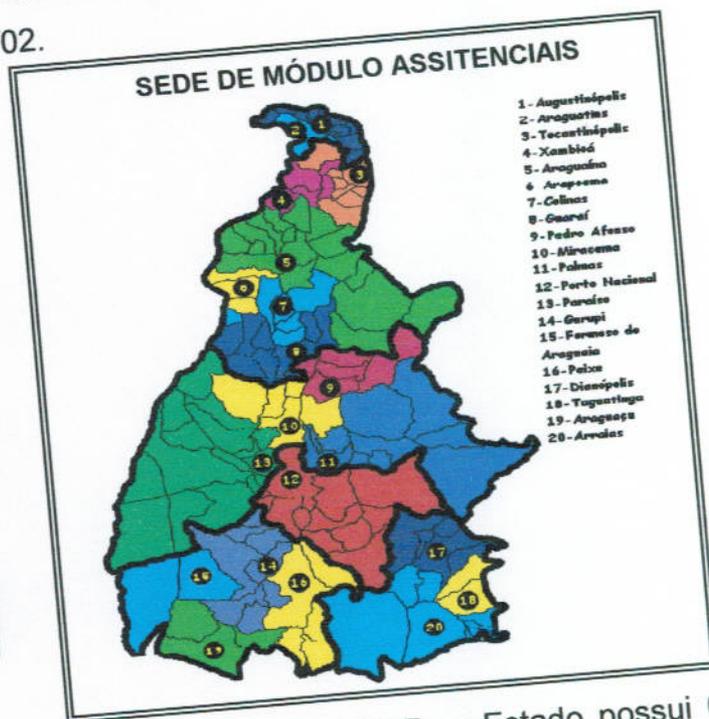
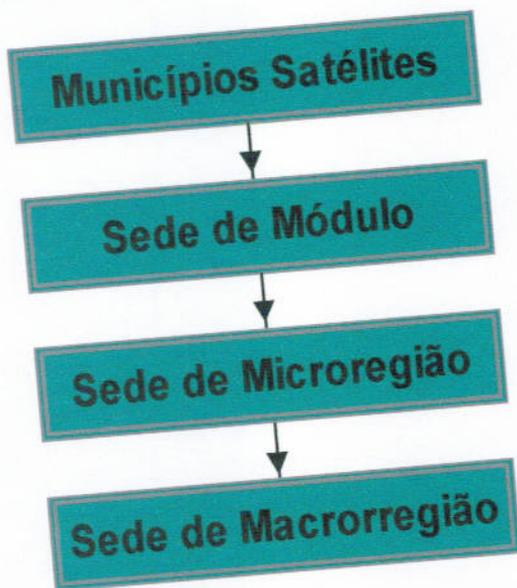
O processo de estruturação do sistema de saúde do Tocantins, atravessou diversas etapas nos dezessete anos de existência do Estado. Num primeiro momento, foram priorizadas a construção e implantação da infra-estrutura administrativa e a expansão da rede física ambulatorial e hospitalar, seguida da construção da rede de apoio, diagnóstico e terapia (Hemorrede, Laboratório Central de Saúde Pública, Rede de Frios, etc).

Nos últimos anos, além da permanente implementação dos serviços especializados instalados, priorizou-se a qualificação dos recursos humanos, além da implantação dos serviços de alta complexidade, como oncologia, terapia renal substitutiva, cirurgia cardíaca, UTI-adulto, UTI-neonatal, dentre outros.

Associado a todo esse processo de estruturação, focado principalmente na construção da rede física, implantação de serviços e qualificação de recursos humanos, aconteceu o ordenamento dos serviços assistenciais de modo a construir uma rede hierarquizada, regionalizada e integrada, tendo como eixo a municipalização e o gerenciamento compartilhado com entidades filantrópicas. Atuando com os instrumentos de gestão, o Estado do Tocantins possui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) implantado.

A reorganização do modelo assistencial implementado pelo Estado do Tocantins, norteia-se pelos eixos do planejamento reordenado e acompanhamento do fluxo de demanda, capacitando e estruturando as unidades. A regionalização do Estado é dividida em 02 macrorregiões, 06 microrregiões e 20 sedes de módulos assistenciais, baseando-se no fluxo do sistema de referência e contra-referência considerando a capacidade resolutiva.

O Estado segue um fluxo de referência na ordem abaixo, segundo critérios descritos no anexo da NOAS-SUS 01/02.



Na organização da rede assistencial, segundo o PDR, o Estado possui 05 níveis de hierarquia na Rede Ambulatorial sendo esses: Atenção básica, Média complexidade 1 (M1), Média complexidade 2 (M2), Média Complexidade 3 (M3) e Alta Complexidade (MAC); e 02 níveis na Rede Hospitalar : Média complexidade e Alta Complexidade. Os municípios satélites tem como referência os municípios Sede de Módulos e estes, os municípios Sedes de Microrregião, que por sua vez seguem o fluxo de referência para os municípios Sede de Macrorregião.

No processo de estruturação priorizou-se a organização e a estruturação da rede de atendimento, tanto ambulatorial como hospitalar. A intensa rotatividade dos profissionais no interior do Estado dificultou o investimento profissional em capacitações das equipes da atenção básica. Hoje se verifica a necessidade de uma reestruturação dos serviços, ampliação e estruturação das áreas físicas, adequação do quantitativo e capacitação dos recursos humanos existentes. A falta de equipamentos nas Unidades Básicas faz com que todo o sistema fique fragilizado e a inexistência de protocolos, contribui para que o fluxo que está descrito no PDR não seja respeitado, como também há demora e a insuficiência do apoio diagnóstico.

4. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a mortalidade materna se constitui em um grave problema de saúde no Brasil, atingindo desigualmente as diferentes regiões do País, demonstrando um indicador da realidade sócio-econômica e da qualidade de vida da população, tornando-se um grande desafio para os serviços de saúde e para a sociedade, sinalizando a necessidade de determinação política e ações de saúde coletiva.

A realização do **I Seminário Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher-Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**, realizado em setembro de 2005, culminou com a apresentação de propostas de enfrentamento das problemáticas abordadas nas discussões, que refletem as angústias e aspirações dos municípios no que se refere à melhoria dos serviços voltada para a saúde da mulher no Estado do Tocantins.

De acordo com estimativas do DATASUS, no Tocantins a população feminina corresponde a 48,9% do total de residentes em 2005, sendo 64,8% mulheres em idade fértil. Em 2002, conforme dados do IBGE, a média de fecundidade das tocaninenses era de 3,3 nascidos vivos por mulher, sendo considerada a maior do Brasil.

Tabela 1

NUMERO DE GESTANTES POR ANO E FAIXA ETÁRIA- TOCANTINS

Ano	Faixa Etária									Total
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-55	
2004	68	3876	3939	3073	1305	477	145	31	-	12914
2005	161	3755	2791	2109	874	380	96	17	2	10185

Fonte: SISPRENATAL

Analisando os dados da Tabela 1, verificamos que do total de gestantes em 2004, 30,5% eram menores de 20 anos, já no período de janeiro a setembro de 2005 38,74% das gestantes eram adolescentes. Esses dados evidenciam um aumento considerável do número e percentual de adolescentes grávidas, o que mostra a necessidade de políticas públicas voltadas para esta população. De acordo com o Ministério da Saúde, "a gravidez na adolescência vem sendo motivo de discussões controvertidas. No Brasil, enquanto existe uma redução da taxa de fecundidade total, a fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade vem aumentando. Esse aumento se verifica mais nas regiões mais pobres, áreas rurais e na população com menor escolaridade." O censo de 2000 também evidencia o aumento de fecundidade nessa faixa etária.

Tabela 2

NUMERO DE NASCIDOS VIVOS POR ANO E CONSULTAS DE PRÉ-NATAL TOCANTINS

Ano	Consultas de Pré-natal						Total de NV
	Nenhuma	1-3 consultas	4-6 consultas	7 e + consultas	Não informado	Ignorado	
2004	400	3.058	11.987	9.673	23	63	25.204
2005	290	2.112	9.152	6.922	20	61	18.557

Fonte: SINASC

Na Tabela 2, quando consideramos o nº de nascidos vivos em relação ao nº de consultas realizadas no pré-natal, podemos observar que no ano de 2004, 1,58% nasceram sem nenhuma consulta de pré-natal e 38,37% com 7 e + consultas, no

período de janeiro a setembro de 2005, 1,15% dos nascidos vivos não tiveram nenhuma consulta de pré-natal e 27,46% tiveram 7 e + consultas. Esses dados revelam que há necessidade de melhoria no nível de atenção primária. Sabemos que uma atenção pré-natal adequada pode reduzir a mortalidade materna através da detecção precoce e do tratamento de doenças maternas (como por exemplo, sífilis, diabetes, hipertensão, HIV/ AIDS, e outras infecções), do manejo da nutrição materna, da vacinação contra o tétano e do aconselhamento contra o fumo e bebidas alcoólicas. Pode ainda reduzir o número de mortes perinatais, devido a partos prematuros, baixo peso ao nascer e síndrome de sofrimento respiratório. O ideal é que o pré-natal comece até 120 dias a partir da data da última menstruação, para que se possa detectar e tratar precocemente quaisquer complicações.

Tabela 3

**NUMERO DE NASCIDOS VIVOS POR TIPO DE PARTO REALIZADO
TOCANTINS**

Ano	Tipo de Parto Realizado				Total
	vaginal	Cesário	Não informado	Ignorado	
2004	17.370	7.817	15	2	25.204
2005	12.402	6.139	15	1	18.557

Fonte: SINASC

Na Tabela 3, verificamos que do total de partos realizados em 2004, 68,91% foram vaginais e 31,01% cesários. Já no período de janeiro a setembro de 2005, 66,83% foram partos vaginais e 33,08% cesários. Os dados revelam que o Estado do Tocantins tem excedido o percentual máximo preconizado para partos cesários, que é de 25% do total de partos realizados.

Tabela 4

**NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR CAUSA
TOCANTINS**

Ano	Causas			Total
	Obstétricas Diretas	Abortos	Obstétricas Indiretas	
2004	8	1	5	14
2005	2	1	5	8

Fonte: SIM

Quando analisamos a Tabela 4, verificamos que a taxa de mortalidade materna foi de 55,54 no ano de 2004 e no período de janeiro a setembro de 2005 foi de 43,11, as quais são consideradas altas, tendo em vista a taxa preconizada pela OMS que é de 20/100.000NV.

Tabela 5

**NÚMERO DE ÓBITOS NEONATAIS POR FAIXA ETÁRIA
TOCANTINS**

Ano	FAIXA ETÁRIA		Total
	< 7 dias	7-27 dias	
2004	224	47	271
2005	127	36	163

Fonte: SIM

Na Tabela 5, verificamos que o Tocantins apresentou em 2004 uma taxa de mortalidade neonatal de 10,75/1.000NV e no período de janeiro a setembro de 2005 essa taxa foi de 8,78/1.000NV, as quais são consideradas baixas em relação ao parâmetro para mortalidade neonatal (alta: 50 ou +/1.000NV; média: 21 a 49/1.000NV; baixa: <20/1.000NV), porém, é de elevada importância a subnotificação e subinformação ainda consideráveis no Tocantins.

Uma das preocupações do Estado é com a melhoria da qualidade dessa informação. Nesse intuito, tem procurado através da criação dos comitês regionais de mortalidade materna e infantil e da Estratégia de Saúde da Família, aumentar a cobertura das notificações, diminuindo assim a subinformação e o subregistro.

5 - OBJETIVOS

5.1 – OBJETIVO GERAL

Reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, através da promoção da atenção obstétrica e neonatal, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência qualificada e humanizada no Sistema Único de Saúde.

5.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar e qualificar a atenção clínica-ginecológica.
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada.
- Estimular a implantação e a implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
- Fortalecer ações de saúde da mulher: pré-natal, parto, puerpério, climatério, DST/AIDS, câncer de mama e de colo uterino.
- Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.
- Promover, conjuntamente com o PN_DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina.
- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras.
- Qualificar os profissionais envolvidos nas ações de saúde voltadas para a área da mulher.

6 – DIRETRIZES ESTRATÉGICAS

- Sensibilizar gestores e profissionais de saúde quanto ao planejamento familiar, atenção as mulheres vítimas de violência, assistência obstétrica e neonatal e vigilância do óbito materno-infantil.
- Sensibilizar as famílias, sociedade civil, profissionais de saúde e gestores, no que diz respeito à gestação na adolescência.
- Construir parcerias entre instituições governamentais e não governamentais, para o fortalecimento das ações voltadas para a assistência a gestação na adolescência.
- Monitorar e avaliar as notificações e sistemas de informação com retroalimentação para fontes notificadoras.
- Assegurar 100% dos recursos financeiros, materiais e funcionais para execução das ações voltadas à Atenção materno-Infantil.
- Revisar com a alta complexidade a organização dos sistemas de referência e contra referência para gestantes de alto risco, reavaliando os serviços credenciados para tal finalidade.
- Implantar a primeira Semana Saúde Integral da Criança e da Mulher nas unidades de saúde das microrregiões do PDR e nas maternidades do Estado, garantindo o atendimento.
- Incluir representantes do movimento de mulheres nos comitês de mortalidade materna e infantil.
- Monitorar e avaliar as ações semestralmente através dos indicadores e visitas técnicas "in loco".

7 – METAS

• Eixo 1: Planejamento Familiar

- Implantar linhas guias em Palmas no segundo semestre de 2006.
- Realizar 01 capacitação para médicos e enfermeiros, em parceria com o Pólo de Educação Permanente/CGES, a fim de formar 30 multiplicadores em Planejamento Familiar nas 06 microrregiões do PDR, até dezembro de 2006.
- Elaborar e confeccionar 50.000 folhetos educativos em Planejamento Familiar, até abril de 2006.
- Veicular comercial informativo em Planejamento Familiar, por um período de 15/06 a 15/07 de 2006 (TV, rádio e jornal).
- Aumentar em 30% o número de serviços credenciados para realização de laqueadura tubária e vasectomia.

• Eixo 2: Gestaçã na Adolescência

- Realizar 10 oficinas de sensibilização e divulgação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem nas três microrregiões (Palmas, Gurupi e Araguaína);
- Firmar parceria com a CGES para realização de 01 curso em educação permanente, nos municípios sedes de módulos das microrregiões de Palmas, Araguaína e Gurupi, referente à saúde do adolescente e jovem;
- Realizar uma palestra e uma oficina para sensibilização dos órgãos governamentais (SETAS, SEDUC, SEJUV, POLICIA FEDERAL, MINISTÉRIO PÚBLICO, PROMOTORIA DA INFANCIA E JUVENTUDE e demais órgãos ligados ao atendimento ao adolescente) e não governamentais (SINDICATOS, ASSOCIAÇÕES E CONSELHOS) para a importância do tema: gravidez na adolescência, possibilitando o acesso as políticas publicas.
- Realizar duas atividades culturais e educativas em parceria com a SEDUC e SEJUV.

- **Eixo 3: Pré-natal**

- Implantar linhas guias em Palmas, no segundo semestre de 2006, definindo fluxos e protocolos de assistência ao pré-natal de baixo e alto risco.
- Realizar 01 capacitação em pré-natal de baixo risco, incluindo práticas de aconselhamento e testagem de HIV e sífilis, e Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, para formação de 30 multiplicadores nos 20 municípios sedes de módulos do PDR, até maio de 2006.
- Confeccionar 20 mil agendas da gestante até abril de 2006.
- Veicular comercial informativo em pré-natal na primeira semana dos meses de março, junho, setembro e dezembro de 2006.

- **Eixo 4: Atenção as Mulheres Vítimas de Violência**

- Criar fluxo de referência, contra referência e protocolos de atendimento a vítimas de violência sexual no Hospital D. Regina.
- Realizar uma capacitação em AMIU, para profissionais de saúde das 06 micro-regiões do PDR.
- Apresentar na CIB o Plano de Enfretamento a Violência Sexual.

- **Eixo 5: Assistência Obstétrica e Neonatal**

- Realizar 01 diagnóstico das ações do PHPN e serviços de neonatologia nas maternidades das 06 microrregiões do PDR.
- Capacitar quatro 04 profissionais de cada maternidade dos municípios prioritários das 06 microrregiões do PDR, no "Seminário Estadual sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científica".
- Articular com a Atenção Especializada da SESAU, a realização de uma capacitação em Urgências e Emergências Maternas e Neonatais, para os profissionais do SAMU.
- Articular a implantação de um serviço de atendimento de gestantes de alto risco no Hospital D. Regina.

• **Eixo 6: Vigilância do Óbito Materno-infantil**

- Monitorar e avaliar 100% das notificações dos óbitos maternos e infantis, através dos sistemas de informação e Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Saúde da Mulher, com retroalimentação semestral para os municípios.
- Realizar um curso em Vigilância do Óbito Materno e Infantil, para as 06 microrregiões do PDR, até o final de 2006 (profissionais da atenção básica, média e alta complexidade).
- Implantar comitês regionais de mortalidade materno-infantil, nas cidades de Araguaína, Augustinópolis, Dianópolis, Gurupi, Palmas e Porto Nacional até dezembro de 2006.

8. PLANILHA ORÇAMENTÁRIA – DESPESAS PREVISTAS

➤ PLANILHA 1 (Eixo 1: Planejamento Familiar)

META	SERVIÇOS/ DESPESAS	VALOR ESTIMADO EM R\$
Implantar linhas guias em Palmas.	-	Sem custo adicional Fonte: PROESF
Realizar 01 capacitação em planejamento familiar.	Palestrante R\$70,00 X 40 h/a	2.800,00
	Passagens Aéreas R\$678,00 (tarifa cheia) X 2 palestrantes	1.356,00
	Coffe-break R\$6,00 X 30 participantes X 10 coffe-break	1.800,00
	Diária de hotel R\$139,99 X 5 dias	699,95
	Refeições R\$20,00 X 10 refeições	200,00
	Material de consumo (cópias, pastas, crachás, disquetes, impressão etc.)	1.500,00
TOTAL		8.355,95
Elaborar e confeccionar 50.000 folhetos educativos em Planejamento Familiar.	Confecção de 50.000,00 folhetos	9.000,00
TOTAL		9.000,00
Veicular comercial informativo em Planejamento Familiar em TV, rádio e jornal.	Comercial educativo com duração de 45 segundos	9.000,00
TOTAL		9.000,00
Aumentar o número de serviços credenciados para a realização de esterilização cirúrgica.	-	Sem custo adicional Fonte: PPA
Total de despesas previstas para o Eixo 1		26.355,95

PLANILHA 2 (Eixo 2: Gestão na Adolescência)

META	SERVIÇOS/ DESPESAS	VALOR ESTIMADO EM R\$
Realizar 10 oficinas de sensibilização e divulgação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem.	-	88.000,00 Fonte: Convênio MS
TOTAL		88.000,00
Realizar uma palestra e oficina com o tema: gravidez na adolescência, possibilitando o acesso às políticas públicas.	-	Sem custo adicional Fonte: PPA
Realizar 01 curso em educação permanente.	Palestrante R\$70,00 X 20 h/a	1.400,00
	Passagens Aéreas R\$678,00 (tarifa cheia) X 2 palestrantes	1.356,00
	Coffe-break R\$6,00 X 30 participantes X 3 coffe-break	540,00
	Diária de hotel R\$139,99 X 3 dias	419,97
	Refeições R\$20,00 X 5 refeições	100,00
	Material de consumo (cópias, pastas, crachás, disquetes, impressão etc.)	750,00
	TOTAL	4.565,97
Realizar duas atividades culturais e educativas.	-	Sem custo adicional Fonte: PPA
Total de despesas previstas para o Eixo 2		92.565,97

PLANILHA 3 (Eixo 3: Pré-natal)

META	SERVIÇOS/ DESPESAS	VALOR ESTIMADO EM R\$
Implantar linhas guias em Palmas, definindo fluxos e protocolos da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco.	-	Sem custo adicional Fonte: PROESF
Realizar 01 capacitação em pré-natal de baixo risco, incluindo práticas de aconselhamento e testagem de HIV e sífilis, e Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento	-	40.000,00 Fonte: PAM – DST/AIDS
TOTAL		40.000,00
Confeccionar 20 mil agendas da gestante.	Confeção de 20 mil agendas	20.000,00 Fonte: PAM – DST/AIDS
TOTAL		20.000,00
Veicular comercial informativo em pré-natal.	Comercial informativo com duração de 45 segundos	9.000,00
TOTAL		9.000,00
Total de despesas previstas para o Eixo 3		69.000,00

PLANILHA 4 (Eixo 4: Atenção às Mulheres Vítimas de Volência)

META	SERVIÇOS/ DESPESAS	VALOR ESTIMADO EM R\$
Criar fluxo de referência, contra referência e protocolos de atendimento às vítimas de violência sexual no Hospital D. Regina	-	Sem custo adicional Fonte: PROESF
Realizar capacitação em AMIU.	Honorários – orientadores (R\$1.700,00 por unidade X 6 unidades)	10.200,00
	Diárias p/ despesas locais – orientadores (R\$750,00 por unidade X 6 unidades)	4.500,00
	Transporte e hospedagem – orientadores (R\$3.800,00 por unidade X 6 unidades)	22.800,00
	Administração/ Coordenação técnica Ipas Brasil (R\$900,00 por unidade X 6 unidades)	5.400,00
	Instrumental fornecido p/ início da rotinização de AMIU (R\$3.800,00 por unidade X 6 unidades)	22.800,00
	TOTAL	65.700,00
Apresentar na CIB o Plano de Enfrentamento a Violência Sexual.	-	Sem custo adicional Fonte: -
Total de despesas previstas para o Eixo 4		65.700,00

PLANILHA 5 (Eixo 5: Assistência Obstétrica e Neonatal)

META	SERVIÇOS/ DESPESAS	VALOR ESTIMADO EM R\$	
Realizar 01 diagnóstico das ações do PHPN e serviços de neonatologia nas maternidades das 6 microrregiões do PDR.	Diárias para técnicos da SESAU (R\$105,00 X 4 dias e ½ X 2 técnicos X 6 sedes de microrregiões)	5.670,00	
	Diárias para os motoristas da SESAU (R\$75,00 X 4 dias e ½ X 1 motorista X 6 sedes de microrregiões)	2.025,00	
TOTAL		7.695,00	
Seminário Estadual sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas.	Passagens aéreas Média de preço = R\$1.690,00 (tarifa cheia) X 4 instrutores	6.760,00	
	Hospedagem/ alimentação- (diárias c/ café da manhã e jantar para 24 pessoas = 6 diárias média = R\$138,20/ pessoa em apto. duplo. Total: 144 diárias)	19.900,80	
	Almoço – (total de participantes e instrutores – 52 X 5dias = 260 refeições a R\$20,00/refeição)	5.200,00	
	Pagamento de gratificação – hora/aula (4 dias X 8 h/a = 32 hs trabalhadas a R\$ 100,00/h) – 1 dia sem pagamento de h/a corresponde à visita a maternidade e o tempo para discussão dos projetos)	3.200,00	
	Reprodução de material técnico (50 kits de aproximadamente 300 páginas a R\$0,10 cada reprodução)	1.500,00	
	Coffe-break (1/dia X 5dias a R\$ 8,00/pessoa – total 50 pessoas)	2.000,00	
	Locação de equipamentos/ outros serviços (Datashow completo – micro e impressora – Flip shart/ TV e vídeo – p/ 4 dias a 350,00 a diária)	1.400,00	
	TOTAL	39.960,80	
	Realizar uma capacitação em Urgências e	Palestrante R\$70,00 X 40 h/a	2.800,00
		Passagens Aéreas R\$678,00 (tarifa cheia) X 2 palestrantes	1.356,00

Emergências Maternas e Neonatais para profissionais do SAMU	Coffe-break R\$6,00 X 30 participantes X 10 coffe-break	1.800,00
	Diária de hotel R\$139,99 X 5 dias	699,95
	Refeições R\$20,00 X 10 refeições	200,00
	Material de consumo (cópias, pastas, crachás, disquetes, impressão etc.)	1.500,00
TOTAL		8.355,95
Total de despesas previstas para o Eixo 5		56.011,75

PLANILHA 6 (Eixo 6: Vigilância do Óbito Materno-infantil)

META	SERVIÇOS/ DESPESAS	VALOR ESTIMADO EM R\$
Monitorar e avaliar 100% das notificações dos óbitos maternos e infantis.	-	Sem custo adicional Fonte: -
Realizar um curso em Vigilância do Óbito Materno e Infantil.	Palestrante R\$70,00 X 20 h/a	1.400,00
	Passagens Aéreas R\$678,00 (tarifa cheia) X 2 palestrantes	1.356,00
	Coffe-break R\$6,00 X 30 participantes X 3 coffe-break	540,00
	Diária de hotel R\$139,99 X 3 dias	419,97
	Refeições R\$20,00 X 5 refeições	100,00
	Material de consumo (cópias, pastas, crachás, disquetes, impressão etc.)	750,00
	TOTAL	4.565,97
Implantar comitês regionais de mortalidade materno-infantil.	-	60.000,00 Fonte: Convênio MS
TOTAL		60.000,00
Total de despesas previstas para o Eixo 6		64.565,97

TOTAL GERAL EM R\$	
Planilha 1 + Planilha 2 + Planilha 3 + Planilha 4 + Planilha 5 + Planilha 6 =	374.199,64

9- BIBLIOGRAFIA

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: [DAPE], 2004. 82p.
- _____. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Plano de Ação 2004-2007**. Brasília: [DAPE], 2004. 48p.
- _____. Secretaria Executiva. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 144p.
- _____. **Indicadores de Saúde**. Tocantins, 2004. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: set.2005.
- _____. **Indicadores de Saúde**. Tocantins, 2005. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: set.2005.
- _____. **Relatórios do SISPRENATAL**. Tocantins, 2004. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: set.2005.
- _____. **Relatórios do SISPRENATAL**. Tocantins, 2005. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: set.2005.
- _____. TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. **PESMITO II**. Palmas: SESAU, 2003. 100p.
- _____. **Plano Diretor de Regionalização de Assistência à Saúde**. Palmas: SESAU, 2002. 79P.
- _____. **Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências: Organização da Rede Assistencial às Urgências e Emergências**. Palmas: SESAU, 2003. 49p.

Considerando que são elevados os índices de Mortalidade Materna existentes no Estado ;

Considerando a subnotificação e subinformação ainda existentes; Considerando que a mortalidade materna e a neonatal constituem uma violação dos direitos humanos das mulheres e um grave problema de saúde pública;

Considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 8 de março de 2004, pela Presidência da República;

Considerando a aprovação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 18 de março de 2004 pela Comissão Intergestores Tripartite;

Considerando a adesão do Estado ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004; e

Considerando a realização do I Seminário Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;