

## **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

### **R D Q A**

### **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior 2º Quadrimestre de 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  
Diretoria do Escritório de Gerenciamento de Projetos  
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](mailto: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 .....	38
3.2.6. Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas .....	40
3.2.7. Atenção à Pessoa com Deficiência .....	45
3.2.8. Assistência Hemoterápica e Hematológica .....	48
3.2.9. Aparentamento dos Pontos da Rede de Atenção a Saúde .....	49
3.2.10. Assistência Farmacêutica .....	52
3.3. Vigilância em Saúde .....	54
3.3.1. Vigilância das Doenças Transmissíveis, Não Transmissíveis, Vetoriais e Zoonozes .....	54
3.3.2. Vigilância Sanitária .....	68
3.3.3. Serviço de Verificação de óbitos - SVO .....	69
3.3.4. Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN .....	71
4. GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE .....	74
4.1. Planejamento .....	74
4.2. Regulação, Controle e Avaliação .....	78
4.3. Ouvidoria .....	80
4.4. Conselho Estadual de Saúde .....	81
5. DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS .....	82
5.1. Regulação do Trabalho .....	87
5.2. Processos Educacionais .....	87
5.2.1. Processos Educacionais – Especialização .....	87
5.2.2. Processos Educacionais – Nível Médio .....	88
5.2.3. Processos Educacionais – Educação Permanente em Saúde .....	88
6. OBRAS DE SAÚDE: REESTRUTURAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	90
7. INDICADORES DE SAÚDE .....	94

## 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 (RDQA) 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: Juliano do Vale (Licenciado por 60 dias, Ata Nº 213/CES-TO, Reunião Ordinária de 11/08/2016) - Mário Benício dos Santos (Interino)

Segmento: Profissionais de Saúde (Juliano do Vale) e Governo(Mário Benício dos Santos)

Data da última eleição do Conselho: 12/05/2016

Telefone: (63) 3218-3656

E-mail: [conselho.saude@saude.to.gov.br](mailto: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 23/12/20015.

### 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 (km²)	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
<b>TOTAL</b>	<b>277.438,76</b>	<b>139</b>	<b>1.383.445</b>	-	-	-

Fonte: IBGE/ SES-TO.

## INTRODUÇÃO

Este é o Relatório de Prestação de Contas (Relatório de Gestão) do 2º 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:

- Melhorar a qualidade de vida da população
- Reduzir a mortalidade infantil e materna
- Ampliar a cobertura e qualidade dos serviços de saúde
- Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
- Promover a capacidade de gestão e operacionalização da saúde nos municípios
- Aprimorar a gestão hospitalar
- Aprimorar a gestão de processos, projetos e fluxos
- Fortalecer a participação do controle social
- Desenvolver a cultura de planejamento para a gestão de resultados

- Promover a educação permanente dos trabalhadores do SUS
- Fortalecer a gestão de pessoas na Secretaria
- Aprimorar a estrutura física da rede assistencial em saúde
- Desenvolver a cultura de gerenciamento dos custos hospitalares
- 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 tocantinense 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 tocantinense foi de 23%. O padrão de envelhecimento da população tocantinense 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 tocantinense 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 tocantinenses 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 tocaninenses.

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 ambulatorios 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 Ambulatorios 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 - RREO

Demonstrativo da Receita de Impostos Líquida e das Despesas Próprias com Ações e Serviços de Saúde – Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, conforme apuração do RREO, emitido pela Secretaria de Estado da Fazenda do Estado do Tocantins.



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  
JANEIRO A AGOSTO DE 2016 / BIMESTRE JULHO - AGOSTO

RREO – ANEXO 12 (LC 141/2012, art. 35)		PREVISÃO		RECEITAS REALIZADAS		RS 1.00
RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE		INICIAL	ATUALIZADA	Até o Bimestre		%
			(a)	(b)	(b) / (a) x 100	
<b>RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)</b>						
Imposto s/ Transmissão "causa mortis" e Doação - ITCD	3.255.503.389,00	3.255.503.389,00	1.936.915.584,90	59,50%		
Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS	25.918.645,00	25.918.645,00	11.418.922,89	44,06%		
Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	2.501.399.208,00	2.501.399.208,00	1.535.751.855,11	61,40%		
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	190.992.403,00	190.992.403,00	143.436.816,40	75,10%		
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	480.352.608,00	480.352.608,00	216.307.261,37	45,03%		
Dívida Ativa dos Impostos	9.673.285,00	9.673.285,00	5.749.907,63	59,44%		
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa	41.491.638,00	41.491.638,00	19.335.084,75	46,60%		
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	5.675.602,00	5.675.602,00	4.915.736,75	86,61%		
Cota-Parte FPE	3.516.275.370,00	3.516.275.370,00	2.276.863.359,25	64,75%		
Cota-Parte IP-Exportação	3.508.934.075,00	3.508.934.075,00	2.273.211.142,28	64,78%		
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	6.189.869,00	6.189.869,00	2.884.599,45	46,60%		
Desoneração ICMS (LC 87/96)	-	-	767.617,52	0,00%		
Outras	1.151.426,00	1.151.426,00	-	0,00%		
<b>DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III)</b>						
Parcela do ICMS Repassada aos Municípios	708.213.109,00	708.213.109,00	460.854.704,35	65,07%		
Parcela do IPVA Repassada aos Municípios	458.216.109,01	458.216.109,01	380.395.035,59	83,20%		
Parcela da Cota-Parte do IP-Exportação Repassada aos Municípios	149.999.999,99	149.999.999,99	79.885.366,61	53,26%		
Parcela da Cota-Parte do IP-Exportação Repassada aos Municípios	99.997.000,00	99.997.000,00	574.302,15	0,57%		
<b>TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (IV) = I + II - III</b>	<b>6.063.565.650,00</b>	<b>6.063.565.650,00</b>	<b>3.752.924.238,90</b>	<b>61,89%</b>		
<b>RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE</b>						
		PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (c)	RECEITAS REALIZADAS Até o Bimestre (d)		% (d/c) x 100
<b>TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS</b>						
Provenientes da União	380.851.422,00	380.851.422,00	189.408.361,67	49,73%		
Provenientes de Outros Estados	380.851.422,00	380.851.422,00	189.408.361,67	49,73%		
Provenientes de Municípios	-	-	-	0,00%		
Outras Receitas do SUS	-	-	-	0,00%		
<b>TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS</b>						
RECEITAS DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	5.600,00	5.600,00	-	0,00%		
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	42.894.000,00	42.894.000,00	-	0,00%		
<b>TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE</b>	<b>22.387.988,00</b>	<b>30.634.557,00</b>	<b>8.005.761,58</b>	<b>26,13%</b>		
<b>TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE</b>	<b>446.139.010,00</b>	<b>454.466.579,00</b>	<b>197.414.123,25</b>	<b>43,44%</b>		
<b>DESPESAS COM SAÚDE</b>						
(Por Grupo de Natureza da Despesa)		DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (e)	DESPESA EMPENHADAS Até o Bimestre (f)		% (f/e)x100
<b>DESPESAS CORRENTES</b>						
Pessoal e Encargos Sociais	1.481.330.584,00	1.497.944.190,00	1.152.982.597,80	76,97%		
Juros e Encargos da Dívida	982.929.130,00	982.618.260,00	818.585.237,80	83,31%		
Outras Despesas Correntes	498.401.454,00	515.325.930,00	334.397.360,00	64,89%		
<b>DESPESAS DE CAPITAL</b>						
Investimentos	193.866.686,00	220.193.423,00	29.578.516,20	13,43%		
Inversões Financeiras	193.866.686,00	220.193.423,00	29.578.516,20	13,43%		
Amortização da Dívida	-	-	-	0,00%		
<b>TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (V)</b>	<b>1.675.197.270,00</b>	<b>1.718.137.613,00</b>	<b>1.182.561.114,00</b>	<b>68,83%</b>	<b>1.088.400.850,20</b>	<b>63,35%</b>
<b>DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO</b>						
		DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESA EMPENHADAS Até o Bimestre (h)		% (h/v)x100
<b>DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS</b>						
		-	-	-	-	0,00%
<b>DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL</b>						
		-	-	-	-	0,00%
<b>DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS</b>						
Recursos de Transferência do Sistema Único de Saúde - SUS	445.396.010,00	489.369.777,00	252.196.888,97	21,33%	191.937.950,65	17,63%
Recursos de Operações de Crédito	316.519.645,00	319.559.412,00	227.301.446,29	19,22%	170.688.374,09	15,68%
Outros Recursos	42.899.600,00	82.970.600,00	21.954.691,85	1,86%	18.559.826,78	1,71%
OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS	85.976.765,00	86.835.765,00	2.940.750,83	0,25%	2.689.749,78	0,25%
RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA <sup>1</sup>	-	-	-	0,00%	-	0,00%
DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS <sup>2</sup>	-	-	-	0,00%	-	0,00%
DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES <sup>3</sup>	-	-	-	0,00%	-	0,00%
<b>TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (VI)</b>	<b>445.396.010,00</b>	<b>489.369.777,00</b>	<b>252.196.888,97</b>	<b>21,33%</b>	<b>191.937.950,65</b>	<b>17,63%</b>
<b>TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VII) = (V - VI)</b>	<b>1.229.801.260,00</b>	<b>1.228.767.836,00</b>	<b>930.364.225,03</b>	<b>78,67%</b>	<b>896.462.899,55</b>	<b>82,37%</b>
<b>PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VIII%) = (VII) / (IV) x 100 - LIMITE CONSTITUCIONAL 12%<sup>4 e 5</sup></b>						<b>23,89%</b>
<b>VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [(VIII - 12)/100 x IV]</b>						<b>446.111.990,77</b>
<b>EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA</b>						
	INSCRITOS	CANCELADOS/PRESCRITOS	PAGOS	A PAGAR	PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE	
Inscritos em 2015	850.000,00	-	850.000,00	-	-	-
Inscritos em 2014	734.709,76	734.709,76	-	-	-	-
Inscritos em 2013	392.086,87	392.086,87	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>1.976.796,63</b>	<b>1.126.796,63</b>	<b>850.000,00</b>	-	-	-

(Continua)

(Continuação)

CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24, § 1º e 2º	DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (j)	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	-	-	-
<b>TOTAL (ix)</b>	-	-	-

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	-	-	-
<b>TOTAL (x)</b>	-	-	-

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		Inscritas em Restos a Pagar não Processados
			Até o Bimestre m	% ((j/le)m)x100	Até o Bimestre n	% ((m/le)n)x100	
Administração Geral Normalização e Fiscalização Tecnologia da Informação Formação de Recursos Humanos	71.809.271,00	71.789.961,00	55.735.066,45	4,71%	52.423.847,06	4,82%	-
Assistência ao Portador de Deficiência Atensão Básica	335.415,00	335.415,00	174.671,01	0,01%	32.271,78	0,00%	-
Assistência Hospitalar e Ambulatorial Suporte Profilático e Terapêutico	8.700.000,00	8.700.000,00	858.661,25	0,07%	794.832,35	0,07%	-
Vigilância Sanitária	9.432.099,00	9.747.099,00	5.797.822,41	0,49%	2.076.582,95	0,19%	-
Vigilância Epidemiológica	3.880.000,00	3.880.000,00	3.678.241,63	0,31%	119.846,46	0,01%	-
Relações de Trabalho	45.980.870,00	45.035.000,00	28.175.217,43	2,38%	27.323.339,70	2,51%	-
Diretos Individuais, Coletivos e Difusos	1.436.906.859,00	1.479.974.967,00	1.036.052.345,74	87,61%	965.699.316,47	88,73%	-
<b>TOTAL</b>	<b>1.675.197.270,00</b>	<b>1.718.137.613,00</b>	<b>1.182.561.114,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.088.400.850,20</b>	<b>100,00%</b>	-

FONTE: SIAFEM - 19/09/2016

MARCELO DE CARVALHO MIRANDA  
Governador do Estado

LUIZ 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 Setembro/2015 a Agosto/2016**” foi de 51,72.

**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 Agosto/2016**

FONTE	ORC.INICIAL		ALTERACOES		AUTORIZADO			EMPENHADO			LIQUIDADO		PAGO		SALDO		
	R\$	%	R\$	%	R\$	% em Rel. Or. Inicial	%	R\$	% em Rel. Autorizado	% em Rel. Emp.Total	R\$	%	R\$	%	R\$	%	
246	Assistência Farmacêutica	4.423.665,00	0,26%	-	0,00%	4.423.665,00	100,00%	0,26%	1.891.089,57	42,75%	0,16%	472.004,06	24,96%	472.004,06	100,00%	2.532.575,43	57,25%
247	Atenção Básica	651.870,00	0,04%	628.138,00	96,36%	1.280.008,00	196,36%	0,07%	507.274,37	39,63%	0,04%	12.918,19	2,55%	12.918,19	100,00%	772.733,63	60,37%
248	Gestão do SUS	7.110.400,00	0,42%	-	0,00%	7.110.400,00	100,00%	0,41%	4.730.200,54	66,53%	0,40%	1.387.399,60	29,33%	1.374.834,50	99,09%	2.380.199,46	33,47%
249	Investimentos Saúde	31.648.710,00	1,89%	-	0,00%	31.648.710,00	100,00%	1,84%	2.201.406,61	6,96%	0,19%	795.310,19	36,13%	755.744,19	95,03%	29.447.303,39	93,04%
250	Media e Alta Complexidade Amb. e Hospitalar	248.385.000,00	14,83%	2.411.629,00	0,97%	250.796.629,00	100,97%	14,60%	204.624.090,48	81,59%	17,30%	161.818.378,74	79,08%	160.522.896,03	99,20%	46.172.538,52	18,41%
251	Vigilância em Saúde	24.300.000,00	1,45%	-	0,00%	24.300.000,00	100,00%	1,41%	13.347.384,72	54,93%	1,13%	6.202.363,31	46,47%	6.114.715,79	98,59%	10.952.615,28	45,07%
<b>Soma dos Blocos</b>		<b>316.519.645,00</b>	<b>18,89%</b>	<b>3.039.767,00</b>	<b>97,33%</b>	<b>319.559.412,00</b>	<b>100,96%</b>	<b>18,60%</b>	<b>227.301.446,29</b>	<b>71,13%</b>	<b>19,22%</b>	<b>170.688.374,09</b>	<b>75,09%</b>	<b>169.253.112,76</b>	<b>99,16%</b>	<b>92.257.965,71</b>	<b>28,87%</b>
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%	5.751.993,00	-0,47%	1.218.496.267,00	99,53%	70,92%	922.539.036,62	75,71%	78,01%	888.674.546,45	96,33%	613.399.167,99	69,02%	295.957.230,38	24,29%
104	Recursos do Tesouro - Emenda Parlamentar	4.690.000,00	0,28%	2.665.000,00	-56,82%	2.025.000,00	43,18%	0,12%	-	0,00%	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	2.025.000,00	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%	20.574,00	92,29%	20.574,00	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%	4,84%	1.669.878,74	2,01%	0,14%	1.424.923,96	85,33%	1.417.639,54	99,49%	81.559.097,26	97,99%
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	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%	1.211.692,82	58,83%	0,10%	1.211.692,82	0,00%	1.172.919,61	0,00%	848.096,18	41,17%
238	ICMS - FECOEP	-	0,00%	8.246.569,00	0,00%	8.246.569,00	0,00%	0,48%	7.825.188,41	94,89%	0,66%	7.788.353,10	0,00%	7.788.353,10	0,00%	421.380,59	5,11%
240	Recursos Próprios	863.000,00	0,05%	-	0,00%	863.000,00	100,00%	0,05%	36.887,00	4,27%	0,00%	32.559,00	88,27%	32.559,00	100,00%	826.113,00	95,73%
4219	Operações de Credito Internas	42.894.000,00	2,56%	40.071.000,00	93,42%	82.965.000,00	193,42%	4,83%	21.954.691,85	26,46%	1,86%	18.559.826,78	84,54%	18.478.933,39	99,56%	61.010.308,15	73,54%
<b>Soma Outras Fontes</b>		<b>1.358.677.625,00</b>	<b>81,11%</b>	<b>39.900.576,00</b>	<b>36,13%</b>	<b>1.398.578.201,00</b>	<b>102,94%</b>	<b>81,40%</b>	<b>955.259.667,71</b>	<b>68,30%</b>	<b>137,88%</b>	<b>917.712.476,11</b>	<b>96,07%</b>	<b>642.310.146,63</b>	<b>69,99%</b>	<b>443.318.533,29</b>	<b>31,70%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>1.675.197.270,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>42.940.343,00</b>	<b>2,56%</b>	<b>1.718.137.613,00</b>	<b>102,56%</b>	<b>102,62%</b>	<b>1.182.561.114,00</b>	<b>68,83%</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.088.400.850,20</b>	<b>92,04%</b>	<b>811.563.259,39</b>	<b>74,56%</b>	<b>535.576.499,00</b>	<b>31,17%</b>

Fonte: SIAFEM – Profonte Jan-Ago/2016 - Consulta em 21/09/2016

Em atendimento ao Art. 41. da Lei Complementar Nº 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 agosto de 2016 foram realizadas seis auditoria sendo todas de caráter ordinário:

**Quadro 3 – Auditorias realizadas Pela SES-TO, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.**

ORD.	OBJETO DE AUDITORIA	LOCALIDADE	VÍNCULO	PERÍODO	AÇÃO
01	Hospital Maternidade Dona Regina	Município de Palmas	Gestão Pública	07 a 11 de março de 2016	Auditoria Ordinária
02	Conselho Estadual de Saúde	Município de Palmas	Gestão Pública	21 a 25 de março de 2016	Auditoria Ordinária
03	Hospital Regional de Porto Nacional	Município de Porto Nacional	Gestão Pública	09 a 13 de maio de 2016	Auditoria Ordinária
04	Centro de Atenção Psicossocial – Colinas	Colinas	Gestão Pública	30 de maio a 03 de junho de 2016	Auditoria Ordinária
05	Vigilância Sanitária de Aliança do Tocantins	Aliança do Tocantins	Gestão Pública	06 a 08 de junho de 2016	Auditoria Ordinária
06	Vigilância Sanitária de Colinas	Colinas	Gestão Pública	13 a 17 de junho de 2016	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 às 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 estrangulamento 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%
<b>Subtotal SUS</b>	<b>47</b>		<b>2.037</b>		<b>96%</b>	<b>78%</b>
Média e Alta Complexidade Privado	1	Regional - SUS	84	Privado/ Filantrópico	4%	3%
<b>Total SUS</b>	<b>48</b>		<b>2.121</b>		<b>100%</b>	<b>81%</b>
Média e Alta Complexidade Privado	13	Privado	491	Privado	-	19%
<b>Total Geral</b>	<b>61</b>	-	<b>2.612</b>			

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 41 unidades equivalente a 2% 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	
CONSULTORIO	-	1	364	365
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	12	2	349	363
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	6	8	235	249
UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	18	15	159	192
SECRETARIA DE SAUDE	-	1	118	119
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	-	1	110	111
HOSPITAL GERAL	-	20	39	59
ACADEMIA DA SAUDE	-	-	44	44
POSTO DE SAUDE	-	-	26	26
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	-	-	25	25
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	1	1	19	21
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	-	-	20	20
PRONTO ANTEDIMENTO	3	-	16	19
POLICLINICA	1	1	15	17
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	-	1	16	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
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	-	-	2	2
UNIDADE MISTA	-	-	2	2
CENTRAL DE REGUALAÇÃO	-	-	1	1
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	-	-	1	1
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA - LACEN	-	1	-	1
TELESAUDE	-	1	-	1
Total	41	68	1580	1689

Fonte: MS/CNES – Competência 08/2016; Acesso em dezembro 2016.

**Gráfico 1 – Tipo de Gestão, Tocantins, 2016.**



Fonte: MS/CNES - Competência 08/2016; Acesso em dezembro 2016.

Do quadro acima depreende-se que 4% das unidades cadastradas no CNES pertencem a gestão estadual, 94% à gestão municipal e na gestão dupla estão 2% (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, no 1º quadrimestre, quatro indicadores (44,44%) apresentaram índices satisfatórios em relação à meta proposta para o ano 2016:

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

Em relação ao 2º quadrimestre, seis indicadores (66,67%) atingiram resultados satisfatórios em relação à meta prevista:

- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica;
- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família;
- Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal;
- Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal;
- Taxa de detecção de sífilis em gestantes/1.000 nv;
- Taxa de mortalidade infantil.

**Quadro 6 – Resultado de indicadores de cobertura, Tocantins, 1º e 2º Quad. 2016.**

INDICADOR	QUADRIMESTRE RE 2016		META 2016	RECOMENDAÇÃO
	1º	2º		
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básicas <sup>1</sup>	91,29	95,47	89	Aumentar
Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – Icsab <sup>2</sup>	34,25	32,75	24,54	Reduzir
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família <sup>3</sup>	19,81	76,44	74	Aumentar
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal <sup>4</sup>	81,33	100,00	82	Aumentar
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada <sup>5</sup>	1,29	1,83	2,87	Aumentar
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos <sup>6</sup>	5,15	8,92	6,75	Reduzir
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal <sup>7</sup>	62,76	65,79	62,6	Aumentar
Taxa de detecção de sífilis em gestantes/1.000NV <sup>8</sup>	13,14	10,93	4,35	Aumentar
Taxa de mortalidade infantil <sup>9</sup>	13,57	11,05	11,18	Reduzir

**Fontes:** <sup>1</sup>1º quadrimestre: DATASUS. Acesso em: 05 mai. 2016; 2º quadrimestre: MS/SAS/DAB, População, 08/16; MS/SAS/DAB, Equipes Saúde da Família Implantadas Ref 08/16; CNES. Carga Horária de equipes equivalentes: comp 08/16 - Atualizado em 18/11/2016. <sup>2</sup>1º quadrimestre: MS/DATASUS/SIH-SUS TO. Acesso em: 02 mai. 2016; 2º quadrimestre: mai. - ago./2016 - Atualizado em: 25/11/2016. <sup>3</sup>MS/SAS/DAB/ Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. 1º quadrimestre: acesso em 29/04/2016; 2º quadrimestre: última consolidação em 05/07/2016 – Emissão em 19/09/2016. <sup>4</sup>1º quadrimestre: MS/DATASUS. Acesso em 05/05/2016; 2º quadrimestre: MS/SAS/DAB, População, 08/2016; CNES, carga horária, competência 08/2016 – Atualizado em: 21/11/2016. <sup>5</sup>MS/DATASUS/SIA-SUS; IBGE, População estimada 2015. 1º quadrimestre: jan.-fev./2016, atualizado em: 27 abr. 2016; 2º quadrimestre: mai. - ago./2016 – Atualizado em: 01/11/2016. <sup>6</sup>MS/DATASUS/SIA/SUS. 1º quadrimestre: jan - fev. 2016, atualizado em 27/04/2016; 2º quadrimestre: mai - ago./2016 – Atualizado em: 03/11/2016. <sup>7</sup>MS/DATASUS/SINASC Tocantins. 1º quadrimestre: acesso em: 29/04/2016; 2º quadrimestre: mai - ago./2016 – Atualizado em: 01/11/2016. <sup>8</sup>SINAN Tocantins. Número de gestantes com sífilis 2016; SINASC Tocantins. Número de Nascidos Vivos 2016. 1º quadrimestre: acesso em: 10 mai 2016; 2º quadrimestre: mai. - ago./2016 – Atualizado em: 01/11/2016. <sup>9</sup>SIM Tocantins; SINASC Tocantins. 1º quadrimestre: acesso em 30/04/2016; 2º quadrimestre: mai. - ago./2016 – Atualizado em: 01/11/2016.

Os indicadores que não apresentaram resultados satisfatórios em relação à meta, nos dois quadrimestres, foram:

- Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – Icsab;
- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

### **Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada**

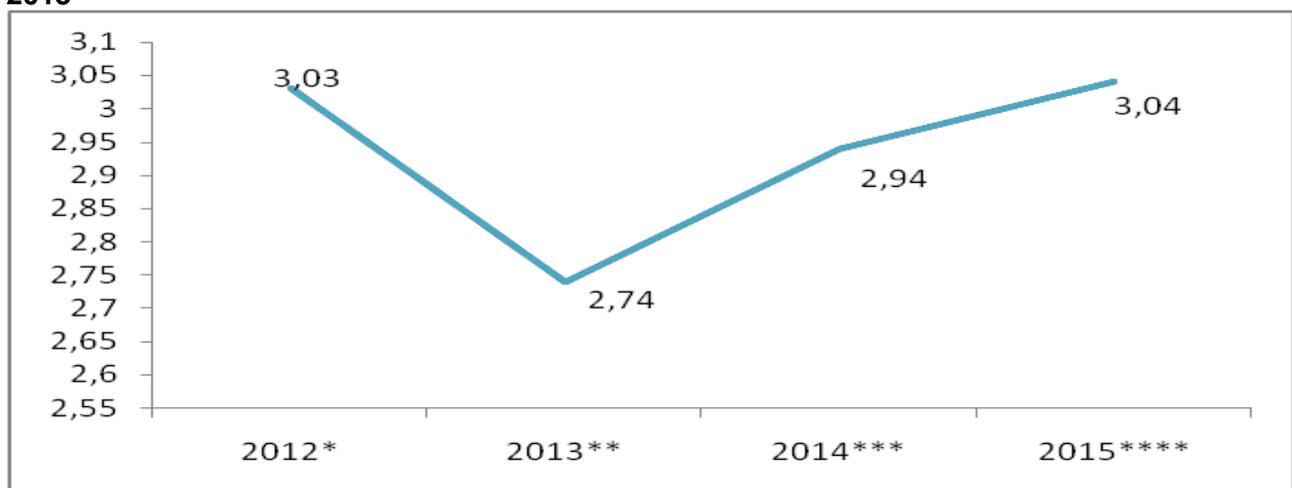
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada é um indicador que apresenta polaridade positiva e tendência crescente. A fórmula de cálculo utilizada para aferição leva em consideração o número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local por 12 meses, dividido por doze, posteriormente dividido pela população no mesmo local e período, e em seguida multiplicado por 100 (Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde).

De acordo com os dados parciais do 1º quadrimestre de 2016, referentes ao período de janeiro e fevereiro, o estado vem alcançando o índice de 1,29% (IBGE, População estimada 2015; MS/DATASUS/SIA-SUS. Jan.-fev./2016, atualizado em: 27/04/2016) e no período de maio a agosto (2º quadrimestre), 1,83% (IBGE, População estimada 2015; MS/DATASUS/SIA/SUS, mai.-ago/2016, atualizado em: 01/11/2016).

O resultado apresenta-se crescente entre os períodos, porém, é insatisfatório considerando a proposta de alcance de meta para o ano de 2016 de 2,87% e em relação ao Plano Plurianual (2016-2019) de 3,50%. Sabe-se que o parâmetro nacional é de 8% (IDSUS, 2016).

Apesar disso, observa-se no Gráfico 2, que a oferta da ação coletiva de escovação dental supervisionada tem se mantido acima de 2,7% anualmente no período de 2012 a 2015, sendo que 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 até o final do ano 2016.

### **Gráfico 2 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, Tocantins, 2012-2015**

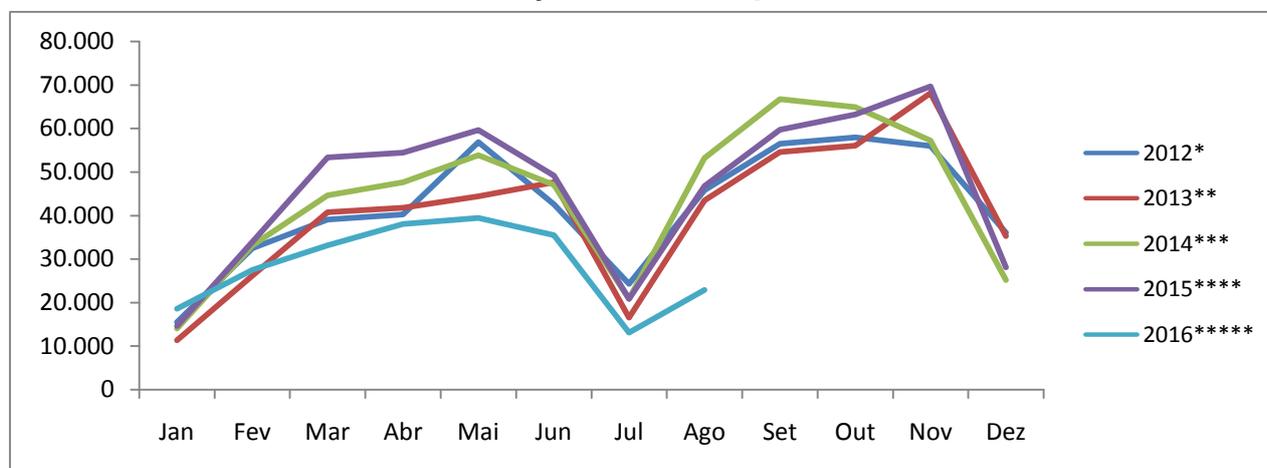


**Fontes:** \*SIA-SUS, dez. 2012, atualizado em 04/06/2013; IBGE. População estimada 2010; \*\*SIA-SUS, dez. 2013, atualizado em 06/11/2014; IBGE. População estimada 2013; \*\*\*SIA-SUS, jan. - dez. 2014, atualizado em 27/03/2015; IBGE. População estimada 2014; \*\*\*\*SIA-SUS, jan. - dez. 2015, atualizado em: 11/04/2016; IBGE. População estimada 2015.

Justifica-se o distanciamento da meta referente ao ano 2016 em virtude de 12,23% dos municípios não terem informado nenhuma ação de escovação até o 2º quadrimestre, apesar de ter apresentado uma melhora comparado ao percentual de 16,55% no 1º quadrimestre (MS/DATASUS/SIA/SUS, acesso em 01/11/2016). Salientamos que os municípios que não apresentaram dados de escovação dental supervisionada, mas realizaram a ação, podem enviar os dados da produção de até três competências anteriores para o Sistema de Informação Ambulatorial.

Outro fator que corrobora para o não alcance da meta é o fato de que o principal público-alvo da ação eleito pelas equipes de saúde bucal são as pessoas em idade escolar as quais nos meses de janeiro, fevereiro e julho estão em período de férias escolares, culminando com uma queda expressiva no número de escovações realizadas, como pode ser observado no Gráfico 3, referente aos anos de 2012 a 2016.

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



**Fonte:** \*MS/DATASUS/SIA-SUS, dez. 2012, atualizado em 04/06/2013; IBGE. População estimada 2010. \*\*MS/DATASUS/SIA-SUS, dez. 2013, atualizado em 06/11/2014; IBGE. População estimada 2013. \*\*\*MS/DATASUS/SIA-SUS, jan. - dez. 2014, atualizado em 27/03/2015; IBGE. População estimada 2014. \*\*\*\*MS/DATASUS/SIA-SUS, jan. - dez. 2015, atualizado em 11/04/2016; IBGE. População estimada 2015. \*\*\*\*\*MS/DATASUS/SIA-SUS, jan. - ago. 2016, atualizado em 01/11/2016; 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.

### **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.

As consultas médicas se referem às consultas de cuidado continuado, aos atendimentos agendados e de urgência realizados nas especialidades básicas – clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia.

O indicador contribui para avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população e é obtido a partir do número de consultas médicas nas especialidades básicas, em determinado local e período, dividido pela população total no mesmo local e período (Instrutivo dos Indicadores para a Pactuação Unificada – 2009, Ministério da Saúde).

De acordo com os dados parciais referentes ao 1º quadrimestre de 2016 foram realizadas 479.126 consultas médicas, o que representa uma média de 0,32 consultas médicas por habitante até o momento (IBGE. População estimada 2015; MS/DATASUS/SIA/SUS, jan.–fev./2016). Este índice subiu para 0,42 consultas médicas no 2º quadrimestre (IBGE. População estimada 2015; MS/DATASUS/SIA/SUS, mai–ago./2016, atualizado em: 25/11/2016).

Observa-se tendência crescente no período, porém isto pode refletir os dados parciais do período avaliado, principalmente em relação ao primeiro quadrimestre que se trata de dois meses informados no sistema.

Considerando que o parâmetro nacional é de 1,5 consultas médicas por habitante nas especialidades básicas (Instrutivo dos Indicadores para a Pactuação Unificada 2009), e sabendo-se que o Estado do Tocantins alcançou 2,17\* e 2,19\*\* consultas médicas/hab. ao final dos anos 2014 e 2015, respectivamente (\*IBGE. População estimada 2014; MS/DATASUS/SIA-SUS, atualizado em: 25/11/2016; \*\*IBGE. População estimada 2015; MS/DATASUS/SIA-SUS, atualizado em: 25/11/2016), espera-se que possamos concluir o ano 2016 com este índice crescente.

### **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.

O Programa Bolsa Família 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, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde), e apresenta tendência crescente.

De acordo com o resultado parcial do 1º quadrimestre, 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 (MS/SAS/DAB/Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família. Última consolidação em: 25/04/2016) (Quadro 1), alcance inferior ao mesmo período no ano de 2015, onde este resultado foi de 38,14%.

Em relação ao 2º quadrimestre, o alcance foi de 76,44% (MS/SAS/DAB/Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família. Última consolidação em: 19/09/2016), inferior ao resultado apresentado no 2º quadrimestre de 2015.

#### Quadro 7– Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, Tocantins, Tocantins, 1º e 2º Quad. 2015-2016.

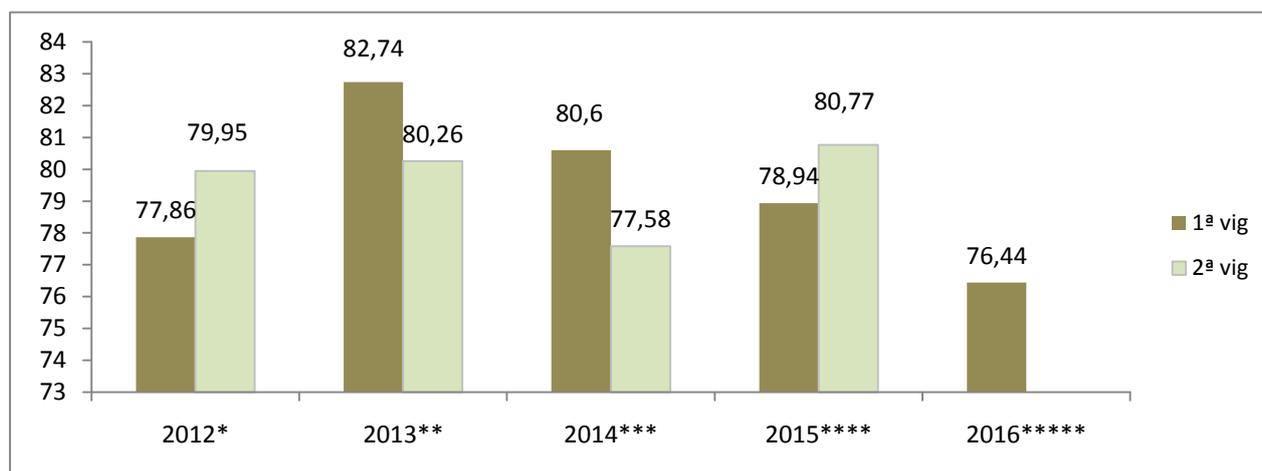
ANO 2015				ANO 2016			
Meta pactuada (%)	Resultado parcial de famílias acompanhadas no quadrimestre (%)			Resultado final (2ª vigência)	Meta pactuada (%)	Resultado parcial de famílias acompanhadas no quadrimestre (%)	
	1º	2º	3º			1º	2º
81	38,14 <sup>1</sup>	78,94 <sup>2</sup>	72,8 <sup>3</sup>	80,77 <sup>4</sup>	74	19,81 <sup>5</sup>	76,44 <sup>6</sup>

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

Considerando que a meta proposta para o ano de 2016 é de 74%, o resultado foi crescente no período avaliado, superou a meta e, portanto, alcance satisfatório. Quanto à meta de 77% de cobertura, prevista no Plano Plurianual (2016-2019), o resultado representa uma progressão satisfatória. Porém, ressalta-se que é um dado referente à primeira vigência do programa, e o indicador só será encerrado com base na segunda vigência, que inicia em julho e encerrará em dezembro.

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 2016, o alcance no estado do Tocantins tem variado de 76,44% 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. <sup>\*</sup>Última consolidação em: 13/07/2012 e 16/01/2013; <sup>\*\*</sup>Última consolidação em 09/07/2013 e 15/01/2014; <sup>\*\*\*</sup>Última consolidação em 17/07/2014 e 02/02/2015; <sup>\*\*\*\*</sup>Última consolidação em 29/07/2015 e 12/01/2016; <sup>\*\*\*\*\*</sup>Última consolidação em 19/09/2016.

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 Intersetorial Municipal, falta de adesão da equipe de saúde e a falta de empoderamento das famílias beneficiárias.

## 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.

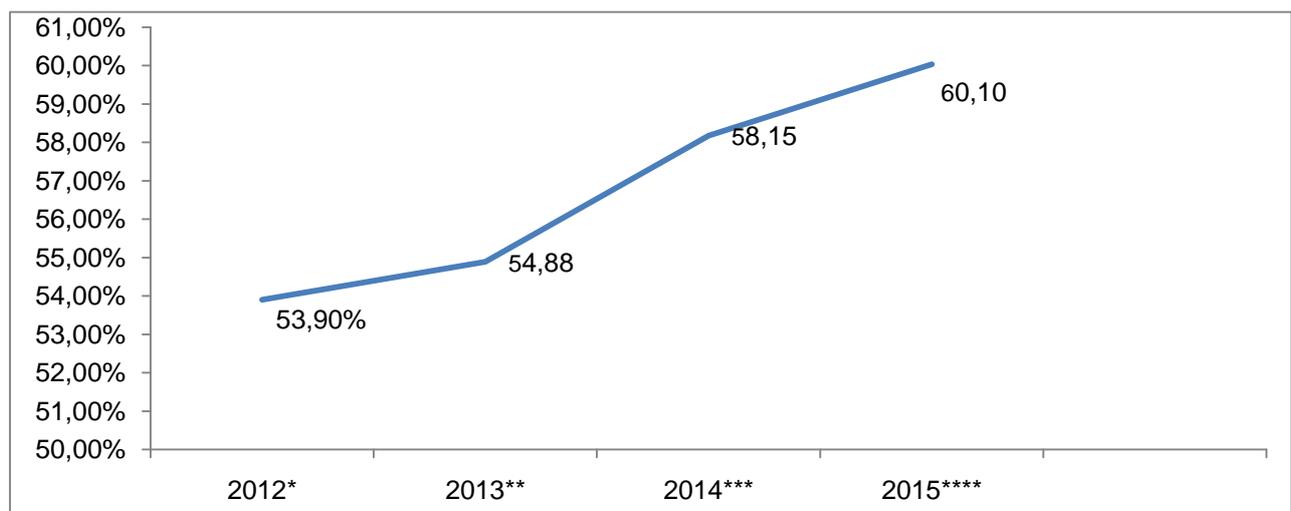
Este indicador é obtido a partir do número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com, no mínimo, sete consultas de pré-natal, dividido pelo número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período, multiplicado por cem (Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde).

De acordo com os dados parciais do 1º quadrimestre de 2016, o estado vem alcançando o índice de 62,76% (SINASC Tocantins, atualizado em 29/04/2016), e no 2º, 65,79% (SINASC Tocantins, atualizado em 01/11/2016), o que se apresentou crescente e satisfatório, levando em consideração que a proposta de meta para o ano de 2016 é de 62,60%.

Esses percentuais resultaram de esforços contínuos em relação à atenção ao pré-natal, parto e puerpério e também do estímulo ao preenchimento dos instrumentos de informação como a caderneta da gestante e SISPRENATAL. Tudo isto converge para ampliar as consultas ao pré-natal às mulheres no território tocantinense e conseqüentemente a oportunidade para promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças destas mulheres, do parceiro e da criança.

Em relação à meta de 72,40% prevista no Plano Plurianual até 2019, o resultado representa uma progressão satisfatória, expressando os resultados crescentes deste indicador ao longo dos anos. No Gráfico 5, observa-se que entre os anos 2012 e 2015, este indicador obteve incremento de 6,2 pontos percentuais ou seja, um aumento de 11,50% em relação ao ano 2012.

### Gráfico 5 – Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal, Tocantins, 2012-2015.



**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).

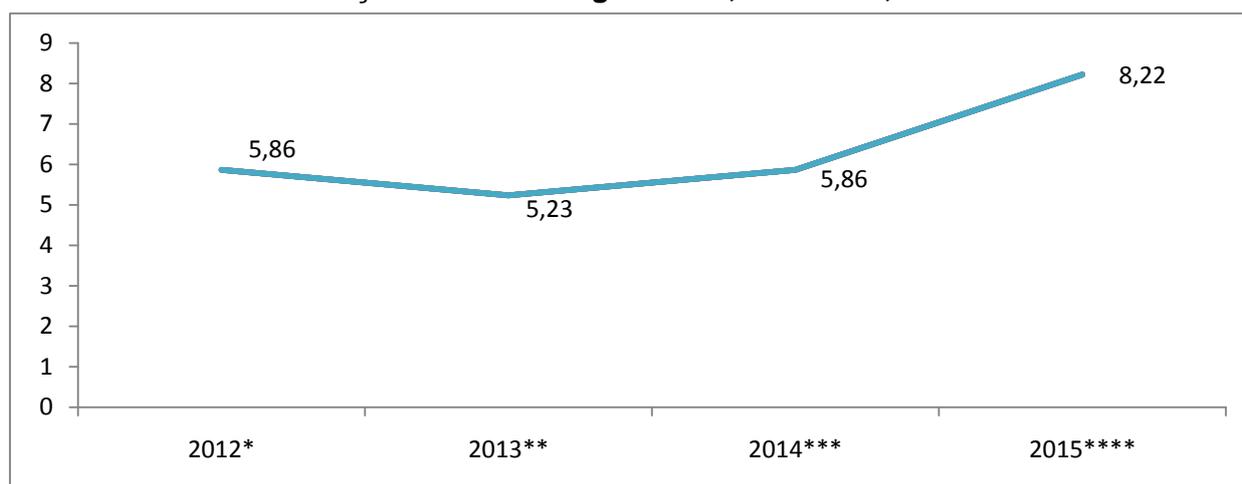
## Taxa de Detecção de Sífilis em Gestante

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 (Boletim Epidemiológico – Sífilis – 2015, Ministério da Saúde).

Segundo dados parciais do primeiro quadrimestre de 2016, a taxa de detecção de sífilis em gestantes encontrava-se em 13,14/1000nv (SINAN Tocantins. Número de gestantes com sífilis 2016; SINASC Tocantins. Número de Nascidos Vivos 2016. Jan.–abr./2016, atualizado em: 10/05/2016), e no segundo, 10,93/1000nv (SINAN Tocantins. Número de gestantes com sífilis 2016; SINASC Tocantins. Número de Nascidos Vivos 2016. Mai.–ago./2016, atualizado em: 01/11/2016).

Apesar da redução no período avaliado, o resultado corrobora para a superação da meta proposta para o ano de 2016 que é de 4,35/1000nv e também do quadriênio 2016-2019 (Plano Plurianual) que é de 5,01/1000nv. Também, aponta para a efetividade das ações desenvolvidas a partir da integração da Diretoria de Atenção Primária/SES e Diretoria de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis/SES 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. 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).

**Gráfico 6 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes, Tocantins, 2012-2015.**



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

Salienta-se a importância dessa taxa ser crescente, visando beneficiar principalmente as gestantes e parceiros quanto ao tratamento oportuno e a diminuição da transmissão vertical da sífilis ocasionando a sífilis congênita. Esta meta contribuiu para a resolubilidade na medida em

que oportunizou a detecção precoce da sífilis, possibilitando o tratamento adequado e melhoria da assistência.

**Quadro 8 – Apoio institucional para a qualificação da Atenção Primária – Atividades, 2º Quad. 2016.**

REGIÃO DE SAÚDE	Nº TOTAL DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO	MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DE ALGUMA ATIVIDADE (N%)	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS PARTICIPANTES POR ATIVIDADE																													
			COOPERAÇÃO TÉCNICA NO MUNICÍPIO - IN LOCU										ASSESSORIA					CURSOS		OFICINAS					WEBCONFERÊNCIAS							
			Acompanhamento, Avaliação e Cooperação Técnica	Cooperação técnica dos Sistemas de Informação da Atenção Básica	Cooperação Técnica Intersectorial do Programa Bolsa Família	Cooperação Técnica de Implementação Caderneta S Adolescente	Cooperação Técnica Horizontal	Coop. Técnica PNAISP	Cooperação Técnica para as Maternidades e EAB	Assessoria para implantação do Polo do Palmitumabe	Reavaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	Saúde da Família, Saúde Bucal e NASF	Alimentação e Nutrição	Saúde da Mulher	Saúde do Homem	Saúde da Criança	Saúde do Adolescente	Saúde do Idoso	Monitoramento e Avaliação	Sensibilização do Método Canguru para AB e C. Compartilhado	Atualização nas Ações de AI e Nutrição, e Divulgação do Guia	Preenchimento das fichas do e-SUS e manuseio do SISAB	Linha do Cuidado para At a Pessoa em Situação de Violência	Formação de Tutores da Estratégia Alimentação e Alimentação Brasil	SIRAM	Capacitação para Qualificação de Vigilância Epidemiológica	Apoio aos Municípios no Processo de Implementação da PASPI	II Painel de Indicadores do SISPACTO - Atenção Primária 2016	Hepatites Virais e População LGBT no Sistema Prisional	Beribéri	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Paternidade e Cuidado
Bico do Papagaio	24	23 (95,83)	0	2	4	3	0	2	1	0	0	4	5	1	0	0	1	0	2	1	13	0	0	0	5	2	0	3	1	0	4	0
Médio Norte Araguaia	17	17 (100,00)	2	0	1	0	0	0	0	1	1	17	7	1	0	2	0	1	4	0	7	17	0	4	7	0	0	2	3	2	2	1
Cerrado Tocantins Araguaia	23	21 (91,30)	0	2	3	0	0	0	3	0	0	11	3	3	1	1	2	2	6	1	11	0	0	0	15	0	0	9	1	2	2	2
Capim Dourado	14	12 (85,71)	0	0	1	0	0	3	1	0	0	8	4	1	0	0	0	1	2	1	6	0	1	1	7	0	2	1	4	2	1	1
Cantão	15	15 (100,00)	1	0	2	0	0	0	0	0	0	13	5	1	1	0	0	0	3	0	5	0	0	0	8	0	0	0	1	1	4	2
Amor Perfeito	13	13 (100,00)	2	1	0	0	0	1	1	0	0	8	3	0	1	1	0	0	2	0	6	9	0	0	4	0	0	0	0	1	2	0
Ilha do Bananal	18	18 (100,00)	0	2	2	0	0	0	1	0	0	16	6	0	0	1	1	0	2	1	9	0	0	0	10	0	0	0	2	1	3	2
Sudeste	15	15 (100,00)	1	1	0	0	3	0	3	0	0	7	1	1	1	1	0	0	5	0	6	0	1	0	8	0	3	0	0	2	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>134 (96,40)</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>84</b>	<b>34</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>63</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>64</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>8</b>

Fonte: Diretoria de Atenção Primária

**Quadro 9 – Políticas e Programas da Atenção Primária nos Municípios: situação, 1º e 2º Quad. 2016.**

POLÍTICAS E PROGRAMAS	ESPECIFICAÇÃO	
	1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE
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	139 (100%) dos municípios aderiram ao Programa	-
Programa Mais Médicos para o Brasil/Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica	74 municípios nas oito Regiões de Saúde e em todos os pólos indígenas (oito médicos), totalizando 142 profissionais.	-
Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)	139 (100%) municípios com o sistema implantado	-
Distribuição de cadernetas de saúde do adolescente	5.213 cadernetas distribuídas	7.240 cadernetas distribuídas para oito municípios
Distribuição de cadernetas de saúde da criança	-	7.560 cadernetas distribuídas para 55 municípios

Fonte: Diretoria de Atenção Primária.

### 3.2.2. Urgência e Emergência

#### Atividades realizadas no 1º e 2º 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 10– Atendimento da Central de Regulação Móvel de Urgência – CRMU, Tocantins, 1º e 2º Quad. 2016.

Atendimento da CRMU	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre
Araguaína	1.785	6.418
Gurupi	2.182	6.090
Palmas	4.817	4.834
<b>Total Geral</b>	<b>8.784</b>	<b>17.342</b>

Fonte: SIA/SUS Acessado em 11 de novembro de 2016.

### 3.2.3. Atenção Psicossocial

#### Atividades realizadas no 1º e 2º 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 Conductor da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência – GRAPD, conforme prevê a Política da Rede de Atenção Psicossocial;

**Quadro 11– Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Tocantins, 2016.**

Componente	Ponto de Atenção	Necessidade	Existente	Deficit
<b>II. Atenção Psicossocial</b>	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
<b>IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	UA Adulto	05	-	05
	UA Infantil	03	-	03
<b>V. Atenção Hospitalar</b>	Leitos em Clínica Médica	60	23	39
<b>VI. Estratégia de Desinstitucionalização</b>	SRT	02	01	01
<b>VII. Reabilitação Psicossocial</b>	Cooperativas / Associações	15	02	13
<b>TOTAL</b>		<b>127</b>	<b>48</b>	<b>79</b>

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 12 – Produção do CAPS por região de saúde, Tocantins, Janeiro a Agosto, 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	2.483	1.193	2.303	746	1.301	2.100	121	14.698	24.945
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CAPS	7.100	1.321	1.297	436	903	1.375		1.387	13.819
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CAPS	2.489	402	255	1.724	464	467	123	4.451	10.375
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.	3.090		5.193					1.549	9.832
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	711		578	744		152	2	4.265	6.452
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CAPS	1.702	130	401	72		97	2	179	2.583
AFERIDAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	288					47		1.734	2.069
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CAPS	362	181	207	152	136	115	19	748	1.920
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA e INTERSETORIAL		332	7	20		752	40	86	1.237
CONSULTA DE MÉDICOS	334		660			87	133		1.214

PRÁTICAS CORPORAIS EM CAPS	727	5	21	47	25			377	1.202
CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR	204						43	942	1.189
ATENDIMENTO DOMICILIAR	349	5	284	77	108	20	11	207	1.061
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I	116		6					587	112
ACOLHIMENTO INICIAL POR CAPS	25	198	95	8	52			8	237
TERAPIA INDIVIDUAL								44	500
TERAPIA EM GRUPO								147	123
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	45		81						130
VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL DE NÍVEL SUPERIOR			124					7	109
FORTELECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS		96	1	80				4	45
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	103	15	2	36	2		2	60	220
ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPEC.	141							73	214
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA			3	50				6	90
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II	15						16	84	115
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS		2	11					10	86
ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE EM CAPS							58	39	97
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO		30	19	46					95
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL		11	29	5				33	78
TRATAMENTO CLÍNICO PARA CONTENÇÃO DE COMPORTAMENTO DESORGANIZADO E/OU DISRUPTIVO		58						13	71
ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	4							28	32
VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO								23	23
TRATAMENTO CLÍNICO DE TRANSTORNO MENTAIS E COMPARTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE DROGAS		3						14	17
TRATAMENTO CLÍNICO EM SM EM SITUAÇÃO DE RISCO ELEVADO DE SUICÍDIO								11	11
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	5								5
ACOLHIMENTO EM 3º TURNO DE PACIENTE EM CAPS							1	1	2
APOIO A SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO				1					1
<b>TOTAL</b>	<b>20.293</b>	<b>3.982</b>	<b>11.577</b>	<b>4.244</b>	<b>2.991</b>	<b>5.287</b>	<b>1.309</b>	<b>32.434</b>	<b>82.110</b>

Fonte: Relatório da RAAS. Acessado em 18 de agosto 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 Condutor de Miracema organiza-se de maneira transparente e pró-ativa. A RAPS de Palmas não possui ainda um Grupo Condutor.

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 Condutor organizado e também avançado nas negociações entre os municípios que usam da rede da cidade. Sítio Novo, Tocantinópolis e Araguatins não possuem Grupos Condutores. 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](http://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 7 – 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 quinze 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 13 – Perfil da Assistência Hospitalar no SUS, Tocantins, 1º e 2º Quad. 2016.**

TOTAL DE HOSPITAL	NÍVEL DE COMPLEXIDADE	ABRANGÊNCIA	QUANT. DE LEITOS	NÍVEL DE GERÊNCIA
16	Média e Alta Complexidade Regional	Regional	1.445	15 Estadual
03	Pequeno Porte Regional	Regional		01 Federal
18	Pequeno Porte - HPP	Municipal	215	Municipal
10	Pequeno Porte	Municipal	377	Municipal
01	Média e Alta Complexidade	Regional	84	Privado/ Filantrópico
<b>Total de 50 Hospitais credenciados no SUS</b>			<b>2.121</b>	

Fonte: MS/CNES - Acesso em outubro 2016.

NOTA: O Hospital Federal é o HDT de Araguaína em fase final do processo de transição para a Ebserh - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

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 privados contratualizados.

No 1º e 2º quadrimestre de 2016 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 14 – Produção ambulatorial apresentada nos Hospitais Regionais, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.**

Ord.	HOSPITAIS	Ações de promoção em saúde	Finalidade Diagnóstica	Finalidade Clínica	Finalidade Cirúrgica	TOTAL
		GRUPO-01	GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	
1	HOSPITAL GERAL DE PALMAS	234	359.915	89.639	731	450.519
2	HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA	284	210.217	67.412	830	278.743
3	HOSPITAL REGIONAL DE AUGUSTINOPOLIS	-	46.905	101.874	982	149.761
4	HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL	-	6.693	128.103	2.449	137.245
5	HOSPITAL REGIONAL DE PARAISO	-	67.418	63.158	1.638	132.214
6	HOSPITAL DONA REGINA SIQUEIRA CAMPOS	1.541	49.054	50.569	1	101.165
7	HOSPITAL REGIONAL DE GURUPI	-	47.159	49.711	408	97.278
8	HOSPITAL REGIONAL DE MIRACEMA	-	17.814	74.801	16	92.631
9	HOSPITAL DE DOENCAS TROPICAIS	-	44.448	40.630	221	85.299
10	HOSPITAL REGIONAL DE PEDRO AFONSO	-	18.646	63.618	484	82.748
11	HOSPITAL REGIONAL DE GUARAI	-	25.239	55.427	235	80.901
12	HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIA DEDE	-	3.453	57.996	-	61.449
13	HOSPITAL INFANTIL DE PALMAS	494	26.344	29.174	249	56.261
14	HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUACU	-	2.263	39.172	948	42.383
15	HOSPITAL REGIONAL DE ARRAIAS	1.689	3.559	36.858	-	42.106
16	HOSPITAL DE PEQ. PORTE DE ALVORADA	-	88	40.362	412	40.862
17	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPOEMA	-	2.759	21.225	654	24.638
18	HOSPITAL DE XAMBIOA	104	2.643	19.460	179	22.386
19	HOSPITAL REGIONAL DE DIANOPOLIS	-	6.998	13.747	5	20.750
<b>Total</b>		<b>4.346</b>	<b>941.615</b>	<b>1.042.936</b>	<b>10.442</b>	<b>1.999.339</b>

Fonte: SIA – SUS consulta em 14/11/2016.

**Quadro 15 – Internação hospitalar apresentada nos Hospitais Regionais, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.**

Ord.	HOSPITAIS	Finalidade Diagnóstica	Finalidade Clínica	Finalidade Cirúrgica	TOTAL
		GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	
1	HOSPITAL DONA REGINA	46.783	27.562	8.984	83.329
2	HOSPITAL GERAL DE PALMAS	33.734	16.849	22.500	73.083
3	HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA	21.014	26.421	10.105	57.540
4	HOSPITAL REGIONAL DE GURUPI	29.182	15.939	7.281	52.402
5	HOSPITAL INFANTIL DE PALMAS	11.915	8.768	868	21.551
6	HOSPITAL REGIONAL DE GUARAI	4.310	10.128	2.595	17.033
7	HOSPITAL REGIONAL AUGUSTINOPOLIS	2.383	6.206	8.425	17.014
8	HOSPITAL DE DOENCAS TROPICAIS	10.775	4.402	79	15.256
9	HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIA DEDE	6.241	4.888	1.835	12.964
10	HOSPITAL REGIONAL DE PARAISO	5.680	3.802	2.604	12.086
11	HOSPITAL REGIONAL PORTO NACIONAL	5.108	1.905	3.560	10.573
12	HOSPITAL REGIONAL DE MIRACEMA	2.929	4.019	1.365	8.313
13	HOSPITAL REGIONAL DE PEDRO AFONSO	2.932	2.376	1.009	6.317
14	HOSPITAL REGIONAL DE XAMBIOA	2.186	1.718	21	3.925
15	HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUACU	251	2.275	103	2.629
16	HOAPITAL REGIONAL DE ALVORADA	15	1.751	0	1.766
17	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPOEMA	201	626	69	896
18	HOSPITAL REGIONAL DE ARRAIAS	73	324	454	851
19	HOSPITAL REGIONAL DE DIANOPOLIS	281	176	163	620
<b>Total</b>		<b>185.993</b>	<b>140.135</b>	<b>72.020</b>	<b>398.148</b>

Fonte: SIH – SUS consulta em 14/11/2016.

**Quadro 16 – Produção ambulatorial apresentada nos Hospitais Municipais, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.**

HOSPITAIS	Ações de promoção em saúde	Finalidade Diagnóstica	Finalidade Clínica	Finalidade Cirúrgica	TOTAL
	GRUPO-01	GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	
HPP SENHORA SANTANA SILVANOPOLIS	-	909	412.649	1.179	414.737
HOSPITAL MUNICIPAL JOSE SABOIA TOCANTINOPOLIS	-	48.571	129.043	1.553	179.167
HPP DE MONTE DO CARMO	1.400	9.159	127.523	1.686	139.768
HOSPITAL MUNICIPAL DE COLINAS	-	56.042	41.460	2.493	99.995

HPP OSVALDO CRUZ ITAGUATINS	-	9.716	87.143	-	96.859
HPP ELIAS DIAS BARBOSA COLMEIA	-	12.642	55.160	1.008	68.810
HPP DE DIVINOPOLIS	173	5.168	41.980	1.551	48.872
HPP ANTONIO R DE ARAUJO DUERE	-	2.376	36.593	2.172	41.141
HOSPITAL MUNICIPAL HERMINIO AZEVEDO SOARES	-	4.413	30.925	1.013	36.351
HOSPITAL MUNICIPAL TIA JUNIETA	4.146	3.037	26.275	1.844	35.302
HOSPITAL MUN. FRANCISCO MACEDO PALMEIROPOLIS	2.576	1.258	26.002	2.601	32.437
HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	-	21.097	9.804	273	31.174
HPP DE GOIATINS	-	17.036	9.896	266	27.198
HOSPITAL MUNICIPAL DE MIRANORTE	-	791	23.246	379	24.416
HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOAO BATISTA TAGUATINGA	-	4.898	16.946	136	21.980
HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAGUAINA	327	2.269	18.476	56	21.128
HPP NSA SRA P SOCORRO CRISTALANDIA	198	118	18.868	351	19.535
HPP NOSSA SENHORA APARECIDA ANANAS	6	11.203	7.463	554	19.226
HPP DE PONTE ALTA DO TOCANTINS	-	1.001	16.627	854	18.482
HPP HPP DE NAZARE TO	-	385	15.374	1.209	16.968
HPP FRANCISCO O NEGRE BREJINHO	-	6.970	8.945	-	15.915
HPP NESTOR DA SILVA AGUIAR PIUM	-	5.844	6.885	75	12.804
HPP B B BARROS LAGOA DA CONFUSAO	355	4.598	7.344	178	12.475
HOSPITAL MUNICIPAL ANTONIO PIRES	6	464	8.611	1.076	10.157
HPP DR FRED NUNES DA SILVA NATIVIDADE	-	280	5.695	1.112	7.087
HPP DE PINDORAMA	-	-	2.603	-	2.603
HPP PORTE DE ARAGUACEMA	-	1.288	774	43	2.105
HOSPITAL OSWALDO CRUZ	-	1.092	-	-	1.092
HPP DR OSTILIO A ARAUJO DE ARAGUATINS	-	-	193	261	454
<b>TOTAL</b>	<b>9.187</b>	<b>232.625</b>	<b>1.192.503</b>	<b>23.923</b>	<b>1.458.238</b>

Fonte: SIA – SUS consulta em 14/11/2016.

**Quadro 17 – Internação hospitalar apresentada nos Hospitais Municipais, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.**

HOSPITAIS	Finalidade Diagnóstica	Finalidade Clínica	Finalidade Cirúrgica	TOTAL
	GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	
HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAGUAINA	5.978	7.335	438	13.751
HOSPITAL MUNICIPAL DE COLINAS	2.373	2.664	1.291	6.328
HOSPITAL MUNICIPAL JOSE SABOIA TOCANTINOPOLIS	1.692	2.079	503	4.274
HPP NESTOR DA SILVA AGUIAR PIUM	624	854	9	1.487
HOSPITAL MUNICIPAL DE MIRANORTE	475	340	0	815
HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOAO BATISTA TAGUATINGA	113	222	363	698
HPP DE NAZARE TO	258	355	0	613
HPP DR OSTILIO A ARAUJO DE ARAGUATINS	226	364	7	597
HPP DE ARAGUACEMA	67	374	59	500
HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	27	460	0	487
HPP NOSSA SENHORA APARECIDA ANANAS	196	202	0	398
HPP DE GOIATINS	4	334	0	338
HPP ELIAS DIAS BARBOSA COLMEIA	22	227	0	249
HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO MACEDO PALMEIROPOLIS	74	100	3	177
HPP B B BARROS LAGOA DA CONFUSAO	0	162	0	162
HOSPITAL MUNICIPAL TIA JUNIETA	11	134	0	145
HPP NSA SRA P SOCORRO CRISTALANDIA	0	121	0	121
HPP SENHORA SANTANA SILVANOPOLIS	0	94	0	94
HPP DE DIVINOPOLIS	22	38	0	60
HPP DR FRED NUNES DA SILVA NATIVIDADE	0	48	0	48
HPP FRANCISCO O NEGRE BREJINHO	0	26	0	26
<b>Total</b>	<b>12.162</b>	<b>16.533</b>	<b>2.673</b>	<b>31.368</b>

Fonte: SIH – SUS consulta em 14/11/2016.

**Quadro 18 – Produção ambulatorial apresentada em Hospital Privado sem Fins Lucrativos, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.**

HOSPITAL	Finalidade Dianóstica	Finalidade Clínica	Finalidade Cirúrgica	Total
	GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	
2755165 HOSPITAL DOM ORIONE DE ARAGUAINA	40.710	15.440	7.988	64.138
<b>Total</b>	<b>40.710</b>	<b>15.440</b>	<b>7.988</b>	<b>64.138</b>

Fonte: SIA – SUS consulta em 14/11/2016.

**Quadro 19 – Produção hospitalar apresentada em Hospital Privado sem fins lucrativos, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.**

HOSPITAL	Finalidade Diagnóstica	Finalidade Clínica	Finalidade Cirúrgica	TOTAL
	GRUPO-02	GRUPO-03	GRUPO-04	
2755165 HOSPITAL DOM ORIONE	46.491	17.920	9.237	73.648
<b>TOTAL</b>	<b>46.491</b>	<b>17.920</b>	<b>9.237</b>	<b>73.648</b>

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

**Quadro 20 – Quadro comparativo da produção ambulatorial e hospitalar, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.**

HOSPITAL/ COMPLEXIDADE	TOTAL			PRODUÇÃO DE JANEIRO A AGOSTO DE 2016					
	HOSPITAL	LEITO	%	AMBULATORIAL	%	HOSPITALAR	%	TOTAL	%
ESTADUAL MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	19	1.445	68%	1.999.339	57%	398.148	79%	2.397.488	60%
MUNICIPAL BAIXA COMPLEXIDADE	28	592	28%	1.438.238	41%	31.368	6%	1.469.606	37%
FILANTRÓPICO (Dom Orione) MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	1	84	4%	64.138	2%	73.648	15%	137.786	3%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>2121</b>	<b>100%</b>	<b>3.501.715</b>	<b>100%</b>	<b>503.164</b>	<b>100%</b>	<b>4.004.880</b>	<b>100%</b>

FONTE: DATASUS - SIA-AIH-SUS - Jan-Ago/2016

**Quadro 21 – Produção de Hemodiálise (ambulatorial) em Araguaína - privado sem fins lucrativos (Instituto de Doenças Renais do Tocantins de Araguaína) Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.**

Procedimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	1512	1515	1607	1576	1542	1525	1502	1551	12330
DOSAGEM DE UREIA	305	289	284	288	283	253	249	250	2201
DOSAGEM DE POTASSIO	173	157	157	161	156	154	148	148	1254
DOSAGEM DE SODIO	171	157	157	161	155	153	148	147	1249
DOSAGEM DE CALCIO	170	157	157	158	156	153	147	147	1245
DOSAGEM DE FOSFORO	165	157	156	158	155	153	148	147	1239
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	155	155	156	156	152	127	124	124	1149
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	155	155	2	155	152	1	148	147	915
HEMATOCRITO	155	155	2	155	152	1	148	147	915
HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	60	65	65	65	65	65	65	70	520
HEMOGRAMA COMPLETO	21	4	160	8	8	163	3	9	376
DOSAGEM DE CREATININA	56	40	42	47	41	49	33	33	341
DOSAGEM DE PARATORMONIO	9	6	154	11	0	152	0	0	332
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE))	16	1	1	90	80	65	74	4	331
DOSAGEM DE FERRITINA	8	2	153	1	2	153	0	0	319
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	2	4	154	3	2	152	0	0	317
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	3	2	154	1	0	153	0	1	314
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	1	2	153	1	1	153	0	0	311
DOSAGEM DE GLICOSE	46	34	33	35	34	60	32	32	306
MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC	25	26	25	27	26	26	26	25	206
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	5	0	0	7	154	8	4	4	182
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	15	4	6	5	4	8	128	12	182
CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120	20	21	21	23	22	21	20	19	167

UNIDADES									
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	6	3	2	3	129	4	1	6	154
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	0	0	0	0	76	42	22	8	148
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	5	3	0	1	0	0	124	0	133
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	45	9	11	14	14	7	6	4	110
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	5	1	32	2	1	34	0	0	75
HEMOCULTURA	20	5	8	10	6	7	2	3	61
ANTIBIOGRAMA	9	7	6	9	4	8	3	4	50
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	9	7	6	9	4	8	3	4	50
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	14	3	2	3	26	0	0	0	48
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	12	2	2	3	26	0	0	0	45
CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)	5	5	4	4	4	5	5	4	36
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	2	2	1	2	26	0	0	0	33
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	2	2	1	2	26	0	0	0	33
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	17	2	2	0	4	2	1	2	30
DOSAGEM DE ACIDO URICO	11	1	1	2	2	0	0	1	18
IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	1	2	0	0	3	4	5	3	18
CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	1	2	0	0	3	4	5	3	18
DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	1	2	0	0	3	4	5	3	18
GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN	1	2	0	0	3	4	5	3	18
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	6	6	1	1	1	0	2	0	17
DOSAGEM DE ALUMINIO	8	6	2	1	0	0	0	0	17
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	10	1	0	1	3	0	0	0	15
HEMODIALISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	0	0	4	4	2	4	1	0	15
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	4	3	1	1	0	0	0	0	9
BACTERIOSCOPIA (GRAM)	0	0	2	3	0	3	0	0	8
EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	0	0	2	3	0	3	0	0	8
CLEARANCE DE CREATININA	4	0	0	0	2	1	0	0	7
INTERVENCAO EM FISTULA ARTERIO-VENOSA	0	0	0	1	2	2	0	1	6
IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	0	1	0	1	1	2	0	0	5
CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	0	1	0	1	1	2	0	0	5
DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	0	1	0	2	1	0	0	0	4
DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	0	0	0	1	1	1	1	0	4
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2	0	0	1	1	0	0	0	4
DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	3	0	0	0	0	0	0	0	3
DOSAGEM DE CLORETO	2	0	0	0	0	1	0	0	3
DOSAGEM DE FERRO SERICO	2	0	0	0	1	0	0	0	3
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	1	0	0	0	0	1	0	1	3
DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	0	1	0	2	0	0	0	0	3
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	2	0	0	0	0	0	1	0	3
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	1	2	0	0	0	0	0	0	3
0202030865 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	2	0	0	0	0	0	1	0	3
TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)	0	1	0	1	0	1	0	0	3
CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNID	0	1	0	1	0	1	0	0	3
DOSAGEM DE AMILASE	0	0	0	0	0	1	0	1	2
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	0	0	0	0	0	1	0	1	2
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	2	0	0	0	0	0	0	0	2
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	0	0	0	0	0	1	0	1	2

DOSAGEM DE LIPASE	0	0	0	0	0	1	0	1	2
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	0	0	0	1	0	1	0	0	2
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	0	0	0	0	1	0	1	0	2
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	0	0	0	0	1	0	1	0	2
CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	1	0	1	0	0	0	0	0	2
IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC	0	1	0	1	0	0	0	0	2
LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA	0	1	0	1	0	0	0	0	2
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
DOSAGEM DE MAGNÉSIO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	0	1	0	0	0	0	0	0	1
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	0	1	0	0	0	0	0	0	1
TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	1	0	0	0	0	0	0	0	1
PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	0	0	1	0	0	0	0	0	1
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	0	0	0	0	0	0	0	1	1
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	1	0	0	0	0	0	0	0	1
RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>3.466</b>	<b>3.196</b>	<b>3.891</b>	<b>3.385</b>	<b>3.721</b>	<b>3.911</b>	<b>3.342</b>	<b>3.073</b>	<b>27.985</b>

Fonte: SIA – SUS consulta em 14/11/2016.

### Quadro 22 – Produção de Hemodiálise (ambulatorial) em Palmas - privado sem fins lucrativos (Pró Rim), Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.

Procedimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	2191	2140	2342	2266	2287	2296	2311	2408	18241
DOSAGEM DE UREIA	369	368	363	384	375	381	372	369	2981
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	247	232	255	261	269	251	265	262	2042
DOSAGEM DE POTASSIO	199	196	193	210	207	207	202	202	1616
DOSAGEM DE CALCIO	198	195	193	206	207	209	202	202	1612
DOSAGEM DE FOSFORO	196	195	194	204	206	209	202	202	1608
DOSAGEM DE SODIO	194	193	192	202	200	204	196	196	1577
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	189	186	183	195	193	192	190	189	1517
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	5	193	193	3	197	197	3	197	988
HEMATOCRITO	4	193	192	3	196	197	3	197	985
HEMOGRAMA COMPLETO	201	19	5	225	18	26	218	10	722
DOSAGEM DE CREATININA	74	70	67	91	71	87	75	85	620
DOSAGEM DE FERRITINA	191	5	5	198	3	8	196	5	611
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	191	6	5	197	3	7	195	6	610
DOSAGEM DE PARATORMONIO	189	6	5	197	3	7	196	6	609
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	191	4	5	197	3	6	196	5	607
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	191	5	5	197	3	7	194	5	607
DOSAGEM DE GLICOSE	71	54	43	83	197	44	52	57	601
HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	70	70	76	78	78	75	68	75	590
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	13	25	183	29	13	23	15	185	486
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	12	17	172	26	8	17	9	182	443
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	7	6	194	10	3	7	1	197	425
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	8	8	174	16	4	9	3	181	403
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	15	18	16	31	194	11	7	23	315
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	15	18	16	31	194	11	7	22	314
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	15	18	16	31	191	11	7	24	313
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	15	18	16	31	190	11	7	22	310
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	12	17	8	35	4	9	3	183	271
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	7	13	194	14	3	6	1	5	243
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	0	10	0	212	1	6	0	5	234
DOSAGEM DE ALUMINIO	3	0	172	17	4	4	0	5	205
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	0	0	0	0	0	0	0	176	176
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	44	4	6	54	1	11	29	5	154

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETIC	18	15	25	16	14	25	16	15	144
MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC	14	15	15	18	19	19	18	19	137
IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	19	11	12	16	11	3	6	7	85
CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	19	11	12	16	11	3	6	7	85
DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	19	11	12	16	11	3	6	7	85
GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN	19	11	12	16	11	3	6	7	85
CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES	7	7	7	10	10	11	10	11	73
DOSAGEM DE ACIDO URICO	8	11	0	21	10	4	6	6	66
CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)	7	8	8	8	9	8	8	8	64
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	9	4	0	11	8	10	8	10	60
DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	6	4	8	6	6	7	9	5	51
CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	0	0	0	0	0	0	0	50	50
CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	7	2	8	4	8	6	10	0	45
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	30	0	0	0	0	0	0	0	30
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	12	5	6	0	3	4	0	0	30
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	0	4	0	5	0	6	0	5	20
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	0	4	0	5	0	6	0	5	20
DOSAGEM DE CICLOSPORINA (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	3	0	3	2	1	1	3	2	15
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	0	0	0	0	0	14	0	0	14
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	0	0	0	0	0	0	0	8	8
IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	4	2	0	2	0	0	0	0	8
CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	4	2	0	2	0	0	0	0	8
DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	0	0	0	1	0	0	0	6	7
TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)	1	1	0	2	1	0	1	1	7
IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC	1	2	0	1	1	0	1	1	7
CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA	1	2	0	1	1	0	1	1	7
CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNID	1	1	0	2	1	0	1	1	7
CLEARANCE DE CREATININA	0	0	0	0	0	0	0	6	6
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	0	0	0	1	0	0	0	0	1
DOSAGEM DE MAGNESIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HEMODIÁLISE EM PORTADOR DO HIV (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSAO / SEMANA)	0	0	0	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>5.536</b>	<b>4.635</b>	<b>5.811</b>	<b>6.117</b>	<b>5.662</b>	<b>4.880</b>	<b>5.541</b>	<b>6.081</b>	<b>44.263</b>

Fonte: SIA – SUS consulta em 14/11/2016.

### Quadro 23– Produção de Hemodiálise (Ambulatorial) em Gurupi - privado sem fins lucrativos (Pró Rim), Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.

Procedimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	1290	1264	1348	1299	1304	1300	1309	1356	10470
DOSAGEM DE UREIA	213	223	222	222	226	226	217	215	1764
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	115	115	117	118	112	107	112	112	908
DOSAGEM DE POTASSIO	109	115	114	115	116	116	111	111	907
DOSAGEM DE CALCIO	109	114	114	114	117	116	111	110	905
DOSAGEM DE FOSFORO	108	114	114	114	117	116	111	110	904
DOSAGEM DE SODIO	109	114	114	115	115	115	111	111	904
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	106	110	108	109	112	113	108	108	874
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	0	115	113	6	109	108	0	109	560
HEMATOCRITO	0	115	113	7	108	106	0	109	558

DOSAGEM DE GLICOSE	43	48	47	48	114	50	45	46	441
DOSAGEM DE CREATININA	25	36	116	34	36	36	29	111	423
HEMOGRAMA COMPLETO	113	6	8	114	10	17	119	3	390
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	108	3	4	112	7	9	110	1	354
DOSAGEM DE FERRITINA	108	2	4	112	7	9	110	1	353
DOSAGEM DE PARATORMONIO	108	3	2	111	5	8	110	1	348
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	108	2	2	111	5	8	110	0	346
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	108	1	2	111	5	8	110	0	345
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	8	6	121	9	8	27	14	111	304
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	4	4	106	5	4	15	7	109	254
HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	23	20	25	21	42	39	31	35	236
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	0	0	100	5	0	5	1	107	218
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	0	0	95	1	1	2	0	107	206
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	42	1	2	46	5	8	45	0	149
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	2	2	7	7	115	10	0	1	144
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1	2	7	8	113	8	0	1	140
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	1	2	7	9	113	8	0	0	140
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1	2	7	7	110	7	0	1	135
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	1	1	3	3	4	8	0	109	129
DOSAGEM DE ALUMINIO	108	1	2	3	5	8	0	0	127
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	3	0	0	107	4	7	0	0	121
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	0	0	107	1	2	3	0	0	113
IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	6	2	8	5	4	3	5	1	34
CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	6	2	8	5	4	3	5	1	34
DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	6	2	8	5	4	3	5	1	34
GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN	6	2	8	5	4	3	5	1	34
MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC	4	4	4	4	2	1	2	2	23
CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES	4	4	4	4	2	1	1	2	22
CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	0	0	6	4	6	4	0	0	20
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	1	1	5	2	3	5	0	0	17
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	1	0	2	5	1	5	0	3	17
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1	1	2	2	4	5	0	0	15
DOSAGEM DE FERRO SERICO	6	2	4	0	0	0	0	0	12
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	0	1	1	3	1	2	1	0	9
CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE)	0	0	0	2	2	1	0	0	5
PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	0	0	0	4	0	0	0	0	4
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1	1	0	1	0	0	1	0	4
DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	1	0	0	1	1	0	0	1	4
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETIC	1	0	0	1	1	0	0	1	4
DOSAGEM DE ACIDO URICO	1	0	0	1	0	0	0	1	3
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	0	0	0	0	0	2	0	1	3
CLEARANCE DE CREATININA	0	0	0	2	0	0	0	1	3
EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM	0	0	0	2	0	0	1	0	3

GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS									
BACTERIOSCOPIA (GRAM)	0	0	0	2	0	0	0	0	2
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA (TGO)	0	1	0	0	0	0	0	0	1
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>3.119</b>	<b>2.564</b>	<b>3.311</b>	<b>3.264</b>	<b>3.190</b>	<b>2.761</b>	<b>3.060</b>	<b>3.211</b>	<b>24.480</b>

Fonte: SIA – SUS consulta em 14/11/2016.

#### Quadro 24 – Internação em UTI – Unidades de Tratamento Intensivo nos hospitais privados contratualizados Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.

HOSPITAL CONTRATADO	PACIENTES/MÊS								
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	TOTAL
IOP - Intensecare - ADULTO	20	20	20	18	16	20	18	12	144
IOP - Intensecare - NEONATAL	12	10	11	13	10	13	12	13	94
Oswaldo Cruz - PEDIÁTRICO	8	16	9	10	13	13	10	10	89
Cristo Rei Pediátrico	11	6	4	4	4	4	4	4	37
Cristo Rei Neonatal	10	6	1	0	0	0	0	0	17
<b>TOTAL GERAL</b>									<b>381</b>

Fonte: SIH – SUS consulta em 14/11/2016.

### 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.

No 2º quadrimestre de 2016 foi possível ter acesso aos dados do número de partos via sistema DATASUS dos meses de janeiro a julho, sendo estes o que se encontravam fechados. Nos meses de maio a julho de 2016 foram registrados no DATASUS/MS 6.541 partos realizados no Estado do Tocantins, sendo destes 3.580 partos normais e 2.961 partos cesáreo. Esses números representam percentual de 55 % de partos normais e 45% de partos cesáreo. Na análise do quadrimestre observamos que o percentual de partos normais realizados foi maior do que a meta alcançada em 2015 (52,8%).

No ano de 2016 de janeiro a agosto constam no sistema 07 óbitos, conforme dados parciais do dia 11/11/2016.

### **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.

No segundo 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.

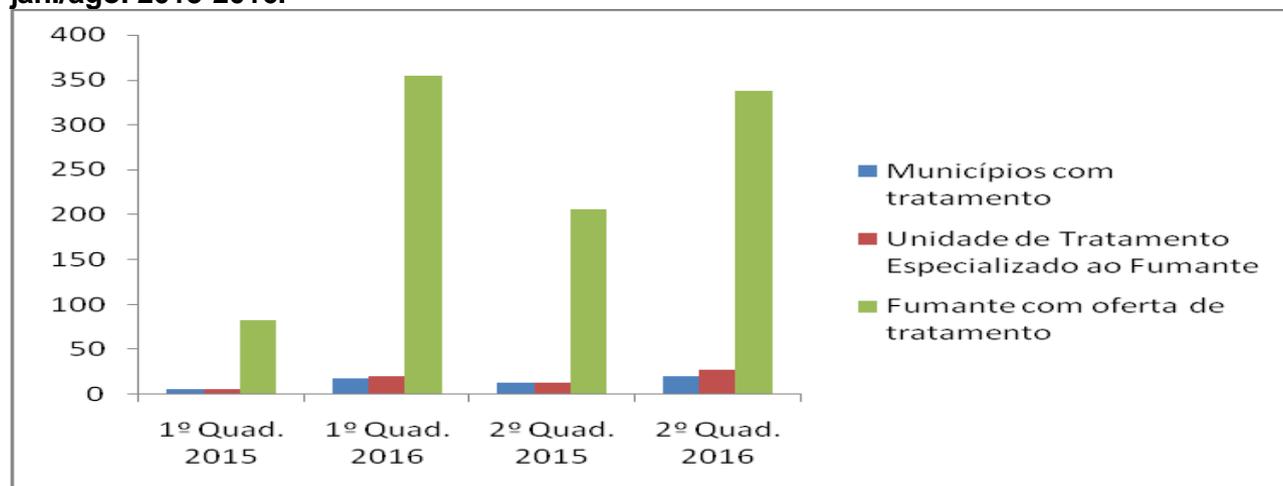
Apoio Matricial e Visita Técnica à 04 Unidades de Saúde compreendendo os municípios (Pugmil, Chapada de Areia e Paraíso).

Ofertado um cursos de capacitação do tabagismo para 38 profissionais de saúde da gestão e da assistência á saúde (Unidades ambulatoriais e Unidades de Saúde da Família), como processo de implantação e implementação das ações de saúde do controle do tabaco e tratamento ao fumante, nos municípios de Palmas e Guaraí.

Em alusão as datas comemorativas dos dias 31 de maio e 29 de agosto (Dia Mundial sem Tabaco e Dia Nacional do Combate ao Fumo) foram realizadas palestras educativas na Casa de Prisão Provisória de Palmas e Tribunal de Contas do Estado do Tocantins e participação no debate na rádio CBN - Central Brasileira de Notícias. Além de disponibilizar materiais educativos para realização de diversas atividades nos municípios.

Participação nos eventos: IX Seminário Alianças Estratégicas Para Promoção da Saúde e Seminário de Planejamento das Ações do Programa Nacional do Controle do Tabagismo 2015/2016.

**Gráfico 8 – Comparativo de oferta de tratamento especializado ao fumante, Tocantins, jan./ago. 2015-2016.**



Fonte: FORMSUS – INCA Novembro/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 25 – Situação do tratamento ao fumante, Tocantins, 1º e 2º Quad. 2015-2016.**

SERVIÇO	1º Quad. 2015	1º Quad. 2016	2º Quad. 2015	2º Quad. 2016
<b>Municípios com tratamento</b>	6	18	13	20
<b>Unidade de Tratamento Especializado ao Fumante</b>	6	20	13	28
<b>Fumante com oferta de tratamento</b>	83	355	206	338

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

No que se refere à Promoção da Saúde e a garantia do acesso ao tratamento do fumante, informamos que o Estado ampliou de 20 unidades de tratamento do fumante, para 28 unidades de tratamento, envolvendo os municípios de Porto Nacional, Pugmil, Araguaã, Peixe, Divinópolis Araguaína e Palmas.

Como desafio para a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins permanece a ampliação da rede assistencial e implantação de unidade de tratamento na Região de Saúde Bico do Papagaio e demais regiões de saúde.

### **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

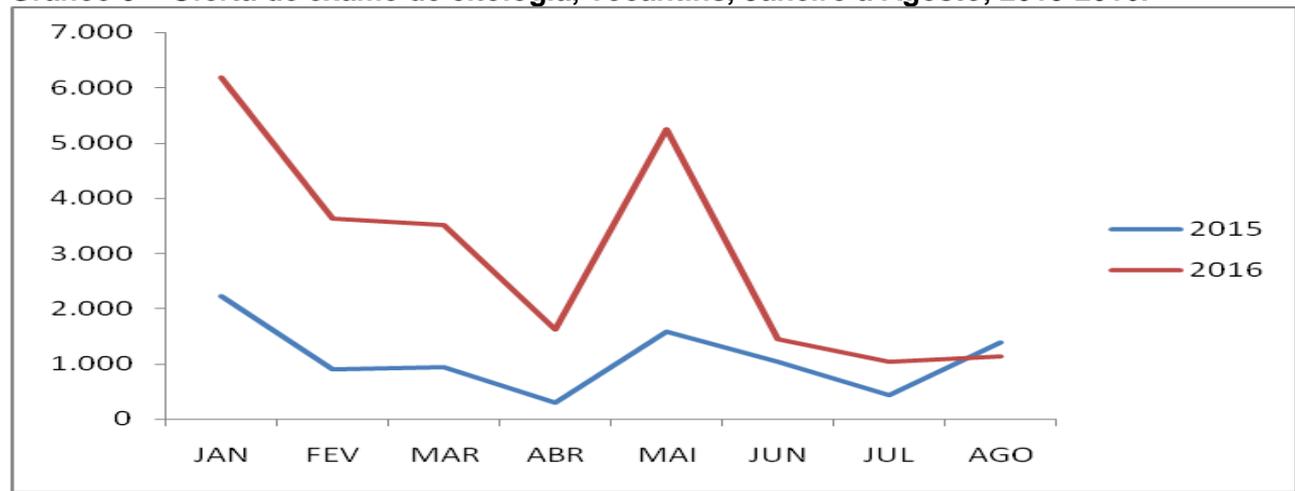
quais consistem ainda nas maiores incidências de câncer conforme boletim epidemiológico do INCA.

**Quadro 26 - Produção Ambulatorial – Procedimentos de Citologia Realizados nas Unidade do Estado do Tocantins, Janeiro a Agosto, 2015 e 2016.**

ANO/MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL
2015	2.220	911	934	301	1.580	1.046	445	1.396	<b>8.833</b>
2016	6.186	3.630	3.518	1.618	5.259	1.449	1.037	1.139	<b>23.836</b>

Fonte SIA/SUS Acessado em: 18/11/2016

**Gráfico 9 – Oferta de exame de citologia, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2015-2016.**



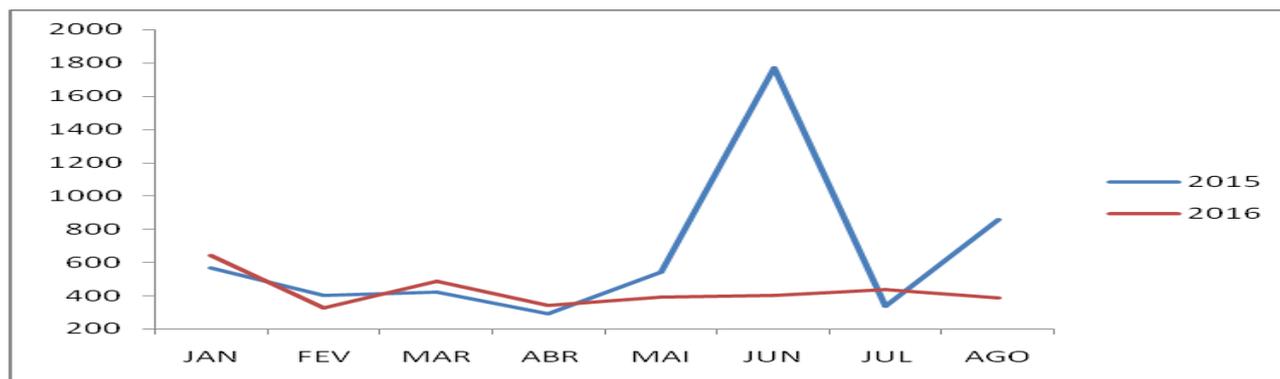
Fonte SIA/SUS Acessado em: 18/11/2016

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.

**Quadro 27 - Produção Ambulatorial – Procedimentos de Mamografia Realizados nas Unidades do Estado, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2015 e 2016.**

ANO/MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL
2015	569	402	423	293	542	1.770	337	860	<b>7211</b>
2016	642	325	489	342	390	404	436	387	<b>5431</b>

Fonte SIA/SUS Acessado em: 18/11/2016

**Gráfico 10 – Oferta de exame de mamografia, Tocantins, jan./ago. 2015-2016.**

Fonte SIA/SUS Acessado em:18/11/2016

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 meses de Janeiro a agosto de 2015 e 2016 que foram registradas no SIH e SIA do HGP e HRA os seguintes dados:

**Quadro 28 – 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
<b>Total</b>	<b>1064</b>	<b>1641</b>	<b>1067</b>	<b>1107</b>	<b>1008</b>	<b>1054</b>	<b>1042</b>	<b>893</b>	<b>4181</b>	<b>4695</b>

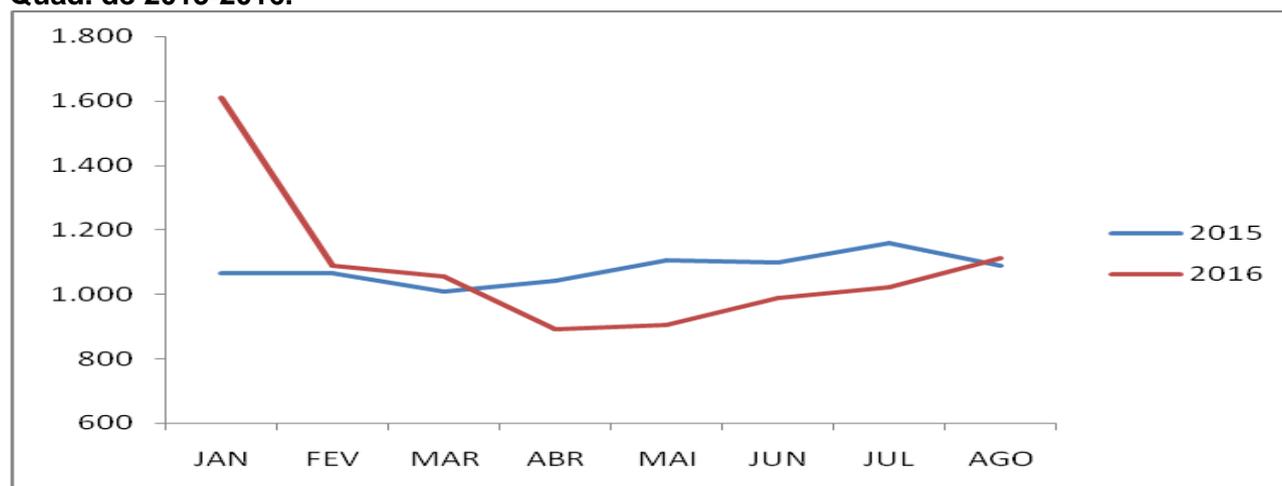
Fonte: SIA/DATASUS 2015 e 2016.

**Quadro 29– Procedimentos em Oncologia Clínica/Quimioterapia no HGP e HRA, Tocantins, 2º Quad. de 2015-2016.**

Mês/Ano/ Hospital	Maio		Junho		Julho		Agosto		Total 2º Quad	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
HGP	552	366	515	402	522	499	508	501	2.097	2.328
HRA	572	539	585	587	637	574	580	610	2.374	2.310
<b>Total</b>	<b>1.124</b>	<b>905</b>	<b>1.100</b>	<b>989</b>	<b>1.159</b>	<b>1.023</b>	<b>1.088</b>	<b>1.111</b>	<b>4.471</b>	<b>4.638</b>

Fonte SIA/SUS Acessado em:18/11/2016

**Gráfico 11 – Total de procedimentos em Oncologia Clínica/Quimioterapia, Tocantins, 1º e 2º Quad. de 2015-2016.**



Fonte: SIA/DATASUS 2015 e 2016.

Neste momento podemos preliminarmente inferir que não há grande variação de acesso nos primeiros 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.

### Monitoramento e controle externo da qualidade

Para que as ações descritas nos itens 1 e 2 tenham os seus devidos desenvolvimentos possuímos sistemas de operacionalização do monitoramento, avaliação e controle externo de qualidade de serviços prestados a saber:

SISCAN – Sistema de Informação do Câncer – Este sistema é operacionalizado pela equipe técnica da Gerência da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de forma integrada com os municípios, prestadores de serviços SUS – laboratórios e clínicas de mamografia, unidades de saúde tais como, os serviços de referência do colo de útero e os serviços de diagnóstico da mama, além das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia e com o governo federal.

Esse sistema tem a intenção de garantir a efetivação da lógica de rede, pois permite a busca ativa das usuárias do SUS que possuem exames alterados e que não continuaram seu tratamento, bem como permite também identificar se as unidades de saúde e os prestadores de

serviços de saúde estão realizando seus procedimentos de forma a cumprir os prazos estabelecidos pela lei federal 12.732 de 22 de novembro de 2012.

RHC - Registro Hospitalar de Câncer – As Unidades de Alta complexidade em Oncologia possuem também a equipe de registro hospitalar de câncer a qual nos dá subsídios para analisar e acompanhar as maiores incidências de câncer na população tocantinense, possibilitando assim discutirmos os fatores de risco, tais como: a exposição solar, o uso e abuso de agrotóxicos, entre outros. O RHC nos permite ainda avaliar qual o perfil da população acometida por câncer e direcionar os trabalhos de promoção e prevenção para obter maior eficácia das ações de saúde.

### **Laboratório de Monitoramento Externo de Qualidade (LABMEQ)**

LabMEQ – Laboratório de Monitoramento Externo da Qualidade – Unidade de Saúde instituída pela portaria ministerial 3388/20132 a qual no Tocantins é composto por 04 citologistas e 01 técnico administrativo. As ações do labmeq permitem garantir o monitoramento dos exames ofertados pelos laboratórios no Estado do Tocantins possibilitando assim executar o acompanhamento da qualidade dos exames ofertados a população.

No que se refere à Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), informamos que foram realizadas 06 visitas técnicas, pela equipe técnica do Laboratório de Monitoramento Externo da Qualidade, com o objetivo monitorar os laboratórios de Citopatologia, credenciado ao SUS, reavaliar a Habilitação do Laboratório Tipo I da Qualificação Nacional em Citopatologia no SUS e apoiar as secretárias Municipais de Saúde no que se refere à avaliação do desempenho da qualidade dos laboratórios a serem credenciados ao SUS.

As visitas técnicas foram realizadas nos seguintes laboratórios: LABEXATO, CDA Palmas Centro Diagnóstico em Anatomia Patológica, Citocel, Bioclin, Mario Netto, Análise, Modelo e COBRA.

Com intuito de promover educação em saúde, apoio e dinamização da constituição da educação permanente em saúde e fortalecimento do trabalho de formação e desenvolvimento em saúde, houve a participação dos servidores em 3 eventos científicos: 1º Semana Acadêmica da Saúde da FAPAC/ITPAC - Porto Nacional, Congresso: 22º Conferência Mundial de Promoção da Saúde da UIPPS e Curso de Imerção em Citologia Cérvico – Vaginal.

### **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 30 – Produção ambulatorial dos Centros e Serviços Especializados em Reabilitação, Tocantins, 1º e 2º Quad. 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	3.241	5.939
Centro Especializado em Reabilitação - APAE Colinas	8.655	104	8.759
Serviço Especializado em Reabilitação - Porto Nacional	9.646	207	9.853
Serviço Especializado em Reabilitação - Araguaína	4.091	2.047	6.138
CEDRAU	1.688	0	1.688
<b>Total dos serviços</b>	<b>26.778</b>	<b>5.599</b>	<b>32.377</b>

Estabelecimento de Saúde	Maio a Agosto de 2016 (2º Quadrimestre)		
	Nº de atendimentos	Nº de OPMAL e bolsas coletoras*	Nº procedimentos
Centro Especializado em Reabilitação - Palmas	2.789	1.266	4.055
Centro Especializado em Reabilitação - APAE Colinas	9.685	86	9.771
Serviço Especializado em Reabilitação - Porto Nacional	8.978	157	9.135
Serviço Especializado em Reabilitação - Araguaína	5.001	3.243	8.244
CEDRAU	1.456	0	1.456
<b>Total dos serviços</b>	<b>27.909</b>	<b>4.752</b>	<b>32.661</b>

Fonte: (SIA) / SUS/ DATASUS/ MS e Relatório de produção dos serviços. Jan./Ago. 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.

É oportuno informar que os dados de OPMAL e bolsas coletoras foram modificados na reavaliação do 2º quadrimestre, pois somou-se o mês de Abril, que na avaliação do primeiro quadrimestre ainda não estava disponível pelo SIA/SUS, conseqüentemente o nº de o procedimentos alterou-se.

**Quadro 31 – Número de usuários atendidos por modalidade de reabilitação, Tocantins, 1º e 2º Quad. 2016.**

Reabilitação	Nº de usuários atendidos de janeiro a abril de 2016		
Intelectual	CER II - Apae Colinas	CER II - Palmas	
	658	223	
Auditivo	CER II - Apae Colinas	CEDRAU	
	271	974	
Físico	CER II - Palmas	SER Araguaína	SER Porto Nacional
	792	1.061	1.080
Reabilitação	Nº de usuários atendidos de maio a agosto de 2016		
Intelectual	CER II - Apae Colinas	CER II - Palmas	
	708	275	
Auditivo	CER II - Apae Colinas	CEDRAU	
	292	925	
Físico	CER II - Palmas	SER Araguaína	SER Porto Nacional
	895	1.230	1.168

Fonte: Relatório de produção dos serviços. Jan./Abr. 2016. Elaborado pela SES-TO.

Os dados sobre os números de usuários atendidos vêm ao encontro dos parâmetros ministeriais preconizados na Portaria 1.631 de 01 de outubro de 2015, que estabelece o mínimo de usuários por modalidade de reabilitação em que o serviço é habilitado. Para reabilitação física e intelectual o mínimo de usuários a serem atendidos no mês são 200, e na reabilitação auditiva e visual são no mínimo 150 usuários/mês.

### 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 32 – Produção de Serviços Hematológicos, Tocantins, 1º e 2º Quad. 2016.**

<b>PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HEMATOLOGICOS</b>	<b>1º QUAD 2016</b>	<b>2º QUAD 2016</b>
Consultas Hematológicas	817	845
Exames Realizados	1.331	7.368
Coletas por Aférese	99	69
Equipes Multiprofissionais (Psicológico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Serviço Social, Pediatra, Clínico Geral e Odontologia)	1.720	2.690

Fonte: Hemocentro Coordenador. 1º Quadrimestre (Janeiro. a Abril) e 2º quadrimestre (Maio a Agosto). (dados parciais).

**Quadro 33 – Produção de Serviços de Hemoterapia Tocantins, 1º e 2º Quad. 2016.**

<b>PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA</b>	<b>1º QUAD 2016</b>	<b>2º QUAD 2016</b>
Total de Doadores	10.521	10.982
Total Aptos a Doação	7.595	7.870
Total Inaptos a Doação	2.926	3.206
Bolsas de Sangue Coletadas	7.287	7.574
Cadastrados de Doação de Medula Óssea	1.029	1.411
Hemocomponentes Produzidos	18.608	30.107
Exames Sorológicos	58.255	60.140
Exames de Imunohematologia	*25.439	37.051
Pesquisa de HBS nos doadores de sangue	* 5.515	7.871
Fracionamentos Pediátricos	924	771
Transfusões de Sangue	7.456	8.903

Fonte: Hemocentro Coordenador. 1º Quadrimestre (Janeiro. a Abril) e 2º quadrimestre (Maio a Agosto). (dados parciais).

**3.2.9. Aparelhamento dos Pontos da Rede de Atenção a Saúde**

Nos 1º e 2º Quadrimestres de 2016 foram adquiridos, recebidos e liquidados os equipamentos/mobiliários elencados nos quadros a seguir.

**Quadro 34 – Relação dos equipamentos adquiridos para os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, Tocantins, 1º Quad. 2016.**

<b>Ponto da Rede de Atenção à Saúde</b>	<b>Município</b>	<b>Equipamento adquirido</b>	<b>Qtd</b>
Hosp. Regional de Porto Nacional	Porto Nacional	Cama Fawler	20
Hosp. Mat. Dona Regina	Palmas	Transdutor Setorial Infantil	1
		Aparelho TENS/FES Portátil	1
Hospital Geral de Palmas	Palmas	Gravador Telefônico	1
		Doppler Transcraniano	1
		Cama Fawler	20
Hosp. Regional de Guaraí	Guaraí	Cama Elétrica	2
		Incubadora de Transporte Neonatal	2
Hosp. Regional de Araguaína	Araguaína	Cama Fawler	45
Complexo Regulador	Palmas	Box para colchão solteiro	3
<b>Total</b>			<b>96</b>

Fonte: Diretoria Hospitalar – SES-TO.

**Quadro 35 – Relação dos equipamentos adquiridos para os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, Tocantins, 2º Quad. 2016.**

Ponto da Rede de Atenção à Saúde	Município	Descrição	Qtd
Hosp. Regional de Alvorada	Alvorada	Autoclave Horizontal 365L	1
		Cama beliche 2 leitos	1
		Detector fetal portátil	8
Hosp. Regional de Araguaçu	Araguaçu	Detector fetal portátil	8
		Negatoscópio 1 corpo	3
		Negatoscópio 2 corpos	1
Hosp. Regional de Araguaína	Araguaína	Cama Fawler 3 manivelas	45
		Detector fetal portátil	15
		Negatoscópio 1 corpo	5
		Negatoscópio 2 corpos	5
Hosp. Regional de Arapoema	Arapoema	Autoclave Horizontal 365L	1
		Cama beliche 2 leitos	1
		Detector fetal portátil	8
		Negatoscópio 1 corpo	6
		Negatoscópio 2 corpos	2
Hosp. Regional de Arraias	Arraias	Cama beliche 2 leitos	2
		Detector fetal portátil	8
		Negatoscópio 1 corpo	3
		Negatoscópio 2 corpos	3
Hosp. Regional de Augustinópolis	Augustinópolis	Cama beliche 2 leitos	10
		Detector fetal portátil	15
		Negatoscópio 1 corpo	2
		Negatoscópio 2 corpos	6
Hosp. Regional de Dianópolis	Dianópolis	Cama beliche 2 leitos	2
		Detector fetal portátil	8
		Negatoscópio 1 corpo	3
		Negatoscópio 2 corpos	3
Hosp. Mat. Dona Regina	Palmas	Amnioscópio	10
		Aparelho TENS/FES Portátil	1
		Cama beliche 2 leitos	2
		Negatoscópio 1 corpo	5
		Negatoscópio 2 corpos	2
		Transdutor Setorial Infantil	1
Hosp. Regional de Guaraí	Guaraí	Cama beliche 2 leitos	2
		Cama Elétrica	2
		Detector fetal portátil	10
		Incubadora de Transporte Neonatal	2
		Negatoscópio 1 corpo	1
		Negatoscópio 2 corpos	1
Hosp. Regional de Gurupi	Gurupi	Cama beliche 2 leitos	5
		Detector fetal portátil	15
		Negatoscópio 1 corpo	2
		Negatoscópio 2 corpos	6
Hospital de Doenças Tropicais	Araguaína	Detector fetal portátil	5
		Negatoscópio 1 corpo	6
		Negatoscópio 2 corpos	3
Hospital Geral de Palmas	Palmas	Biombo de 03 faces	11
		Bisturi ultrassônico	1
		Cadeira de escritório tipo secretária giratória c/ rodízio c/ braços reguláveis laterais	72
		Cadeira de rodas p/ adulto até 130kg	30
		Cadeira giratória c/ braço	5
		Cadeira oftalmológica	1

		Cama beliche 2 leitos	10
		Cama Fowler	20
		Cama hospitalar tipo fowler mecânica para obeso	38
		Carro maca simples	31
		Detector fetal portátil	5
		Doppler Transcraniano	1
		Ecobiometro com paquimetro	1
		Escadinha c/ 02 degraus	22
		Facoemulsificador	1
		Gravador Telefônico	1
		Impressora 3D colorida para construção de moldes em silicone	1
		Mesa de cabeceira aberta c/01 gaveta	100
		Mesa de escritório em "L"	2
		Mesa p/ exame clínico acolchoada	6
		Mesa para escritório c/ gaveta	4
		Mocho cirúrgico	2
		Negatoscópio 1 corpo	2
		Negatoscópio 2 corpos	2
		Negatoscópio de 02 corpos	2
		Suporte para saco hamper	18
		Ventilador pulmonar	12
Hop. Infantil de Palmas	Palmas	Negatoscópio 1 corpo	2
		Negatoscópio 2 corpos	6
Hosp. Regional de Miracema	Miracema	Detector fetal portátil	10
		Negatoscópio 1 corpo	1
		Negatoscópio 2 corpos	1
Hosp. Regional de Paraíso	Paraíso	Detector fetal portátil	10
		Negatoscópio 1 corpo	3
		Negatoscópio 2 corpos	3
Hosp. Regional de Pedro Afonso	Pedro Afonso	Cama beliche 2 leitos	2
		Detector fetal portátil	5
		Negatoscópio 1 corpo	2
		Negatoscópio 2 corpos	2
Hosp. Regional de Porto Nacional	Porto Nacional	Cama beliche 2 leitos	4
		Cama Fowler	20
		Detector fetal portátil	10
		Negatoscópio 1 corpo	4
		Negatoscópio 2 corpos	4
Hosp. Materno Infantil Tia Dedé	Porto Nacional	Cama beliche 2 leitos	4
		Detector fetal portátil	10
		Negatoscópio 1 corpo	3
		Negatoscópio 2 corpos	1
Hosp. Regional de Xambioá	Xambioá	Cama beliche 2 leitos	2
		Detector fetal portátil	10
		Oxímetro de pulso portátil	2
Complexo Regulador	Palmas	Box para colchão solteiro	3
		Colchão	3
		Face fixa de módulo simples ou duplo	1
		Face móvel de módulo simples ou duplo	11
		Plataforma p/ módulo deslizante	1
		Suporte fixo p/ composição interna de face	42
		Suporte móvel p/ pesquisa c/ corredeira telescópica p/ composição interna de faces	76
CAPS III	Araguaína	Armário de aço 02 portas	4
		Arquivo de aço 04 gavetas	4
		Cadeira estofada	20
		Estante Desmontável de aço	5
		Mesa MDF com gavetas	5
<b>TOTAL</b>			<b>953</b>

Fonte: Superintendencia de Unidades Próprias – 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 1º quadrimestre foi de R\$ 818.238,35 e no 2º quadrimestre de R\$ 556.800,00;
- Componente especializado: **2.900** usuários atendidos no 1º Quadrimestre e **2.942** usuários atendidos no 2º Quadrimestre;
- Sentenças Judiciais: **1.300** atendimentos no 1º Quadrimestre e **1700** atendimentos no 2º Quadrimestre
- Fórmulas Nutricionais: **60** atendimentos no 1º Quadrimestre e **14** atendimentos no 2º Quadrimestre

No primeiro quadrimestre de 2016 de 5.186 usuários cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – 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 segundo Quadrimestre de 2016 dos 5.456 usuários cadastrados no CEAF, 3.929 foram considerados ativos, ou seja usuários com APAC vigente, dos quais houve média mensal de 2.942 usuarios atendidos no período.

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 35 – Doenças prevalentes do componente especializado da assistência farmacêutica e Medicamento Padronizado, Tocantins, 1º e 2º Quad. 2016.**

Doença Prevalente – CEAF	Medicamento Padronizado	Total de Pacientes atendidos	
		1º Quad.	2º Quad.
Artrite Reumatóide	Adalimumabe 40 mg/ml solução injetável	282	283
Deficiência do hormônio do crescimento	Somatropina de 12 UI solução injetável	275	158

Fonte: Assistência Farmacêutica, SES-TO.

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

**Quadro 36 – 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 e 1700 entre maio a agosto;
- ✓ Em 2016 o valor executado no primeiro quadrimestre foi de R\$604.028,35 e no segundo R\$143.151,00;
- ✓ Atualmente cerca de 600 usuários cadastrados através de sentenças judiciais;
- ✓ 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, no segundo quadrimestre 73 municípios realizaram movimentação pelo sistema;
- ✓ 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 foi de 2016: R\$ 108.110,00e no segundo quadrimestre de 2016 foi de R\$ 8.016,00
- ✓ 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 aproximadamente 366 pacientes estão cadastrados pela Resolução nº 315 de 05 de Dezembro de 2013 e 160 pacientes cadastrados por demanda judicial, totalizando **526** 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. Entre maio a agosto 14 usuarios foram atendidos de forma parcial.

### 3.3. Vigilância em Saúde

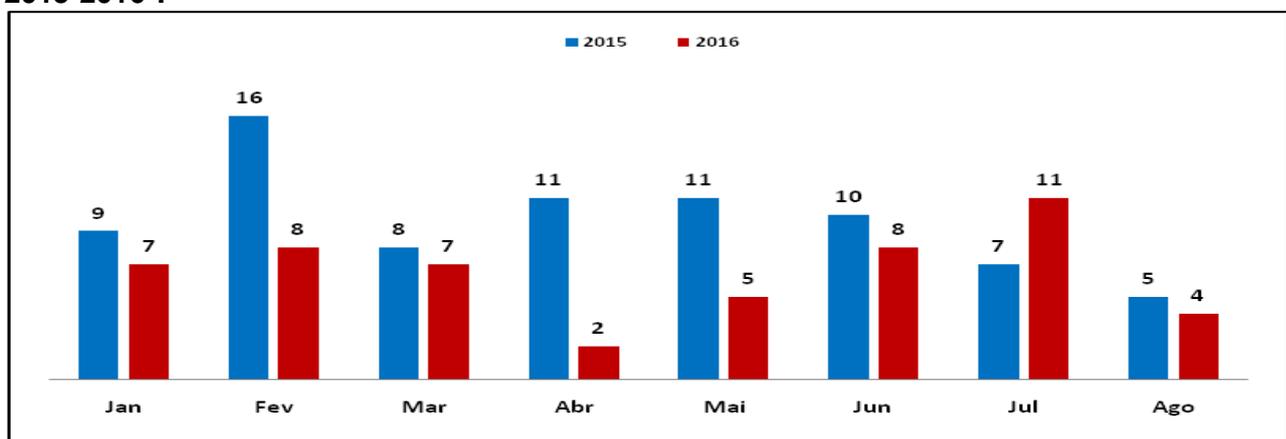
#### 3.3.1. Vigilância das Doenças Transmissíveis, Não Transmissíveis, Vetoriais e Zoonozes

#### CONTROLE DAS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

O gráfico 12 demonstra que no Tocantins reduziu de 77 para 52 casos de AIDS em adulto, apontando uma redução de 68% em relação à comparação entre os quadrimestres (2015-2016). A proporção de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) que chega ao serviço de saúde com diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, ou seja, em estágio avançado da doença (com CD4 inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>) diminuiu, mostrando uma provável melhoria no diagnóstico, resultado das atuais políticas de oferta de testagem rápida.

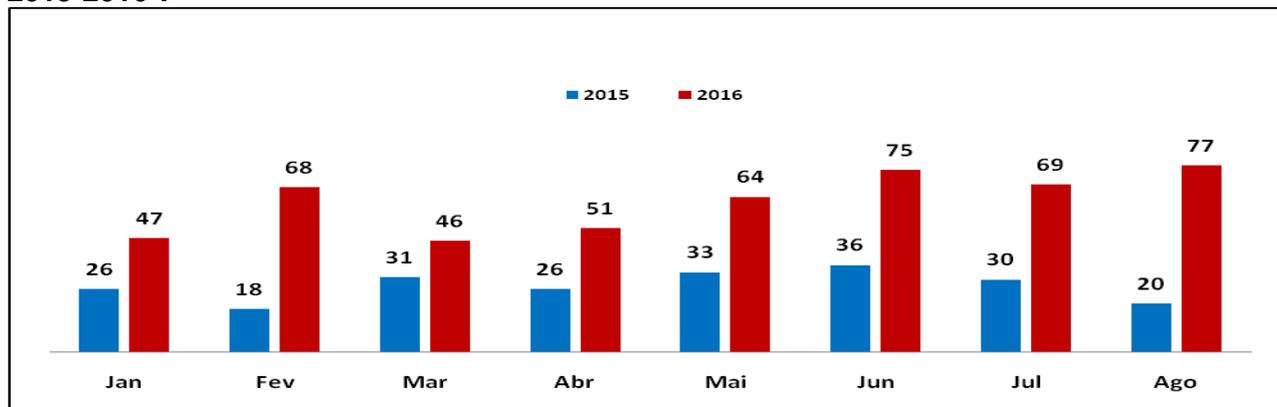
Quanto ao comparativo de casos de Aids em menores de cinco anos, no período de janeiro a agosto de 2015-2016 ambos obtiveram respectivamente 01 caso notificado, em residentes no Tocantins.

#### Gráfico 12 – Comparativo das notificações da AIDS em adulto. Tocantins, Janeiro a Agosto 2015-2016\*.



Fonte: SES/SVPPS/Sinan -TO – DST/AIDS e Hepatites Virais/ 13/09/16

**Gráfico 13 – Comparativo das notificações de sífilis adquirida. Tocantins, Janeiro a Agosto 2015-2016\*.**



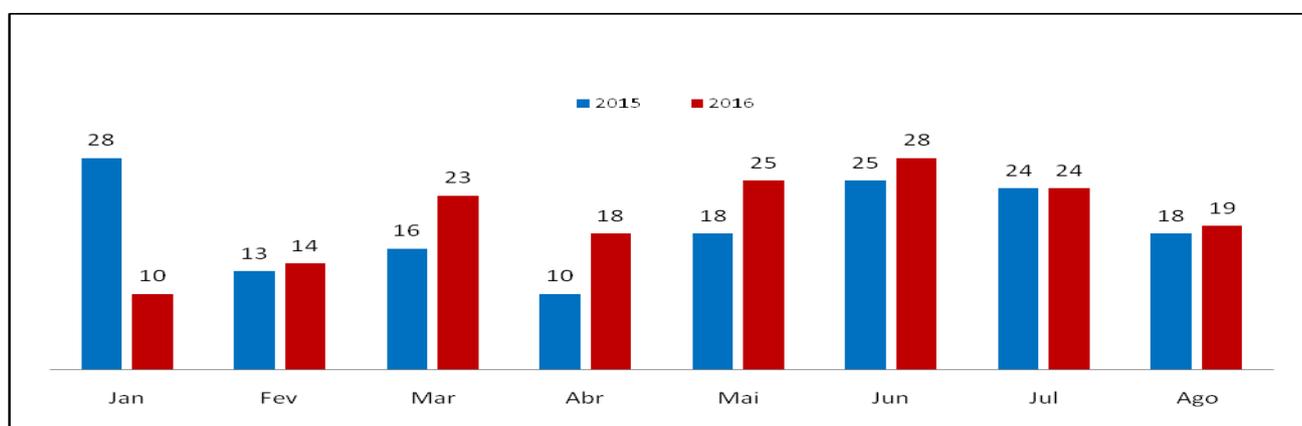
Fonte: SES/SVPPS/Sinan-TO – DST/AIDS e HV/ 13/09/16

Conforme o gráfico 13, de janeiro a agosto de 2016, observamos um aumento de notificações de sífilis adquirida de 220 para 497 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, apesar de ainda não termos atingido 100% dos municípios ofertando testes rápidos na população geral.

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.

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

**Gráfico 14 – Comparativo das notificações de sífilis congênita. Tocantins, Janeiro a Agosto 2015-2016\*.**



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 agosto deste ano, foram notificados 161 casos novos, o que equivale a um aumento 5% em relação ao mesmo período do ano de 2015 (com 153 casos notificados), lembrando que os maiores problemas em relação à sífilis congênita estão associados à falta de Penicilina G Benzatina, que vem se arrastando desde Julho de 2014, a não testagem das gestantes durante o pré-natal conforme o protocolo e a dificuldade em testar e tratar o parceiro sexual da mesma, causando sua reinfeção.

**Quadro 37 – Comparativo de Distribuição de Insumos de Prevenção entre Estado > Município > População, Tocantins, Janeiro a Agosto 2015-2016\*.**

TIPO DE INSUMO DE PREVENÇÃO DISTRIBUÍDO	2º QUADRIMESTRE 2015		2º QUADRIMESTRE 2016		% COMPARATIVO	
	Do Estado para os Municípios	Do Município para população	Do Estado para os Municípios	Do Município para população	Estado > Município	Município > População
Preservativo Feminino	55.128	69.606	108.731	46.810	97,23%	-32,75%
Preservativo Masculino 49mm	525.024	510.175	0	17.901	---	---
Preservativo Masculino 52 mm	2.821.154	2.332.503	2.076.624	1.235.830	- 26,39%	- 47,02%
GEL	165.310	156.705	488.780	162.815	195,67%	3,90%

Fonte: Planilha de Controle de distribuição de insumos de prevenção - GT/DST/AIDS e HV/  
Relatório emitido em 13/09/16

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 importância fundamental neste processo de mobilização e articulação local.

Os números referentes aos preservativos masculinos de 49mm do ano de 2015, correspondem apenas ao período de janeiro e fevereiro, pois a partir destes meses, o Ministério da Saúde não enviou aos Estados, ficando o estoque da Secretaria Estadual da Saúde do Tocantins zerado até junho deste ano. No início do ano de 2016, o MS registrou problemas na certificação dos insumos importados da Malásia (preservativos de 52 mm), resultando no atraso do envio destes aos Estados, que foi normalizado em abril deste ano corrente.

No final de junho de 2016, o Ministério da Saúde voltou a disponibilizar o preservativo de 49 mm ao Tocantins, estando agora, o estoque de insumos de prevenção da SES normalizado para distribuição a todos os municípios do Estado.

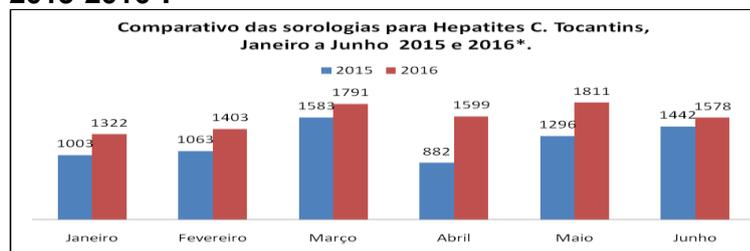
No tocante a camisinha feminina, ocorreu em 2016 um aumento significativo da distribuição aos estados a partir da campanha “**Março das Mulheres, Diferentes Histórias e mesmas lutas**” que o Ministério da Saúde desenvolveu, chamando a atenção para a importância do uso da camisinha feminina. Com o apoio 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 15, no período de janeiro e agosto de 2016, foram registradas 9.504 sorologias para Hepatite C, (o que representa 72,15% da meta anual que é 13.172 para 2016). No mesmo período do ano anterior, obtivemos registro de 8.392 exames realizados, ou seja, as ações de distribuição de testes rápidos podem ter contribuído fortemente para a melhoria do resultado obtido (SIA/SUS – Este banco disponibiliza dados fechados a cada dois meses).

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) 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 15 – Comparativo das sorologias para Hepatites C. Tocantins, Janeiro a Junho 2015-2016\*.**



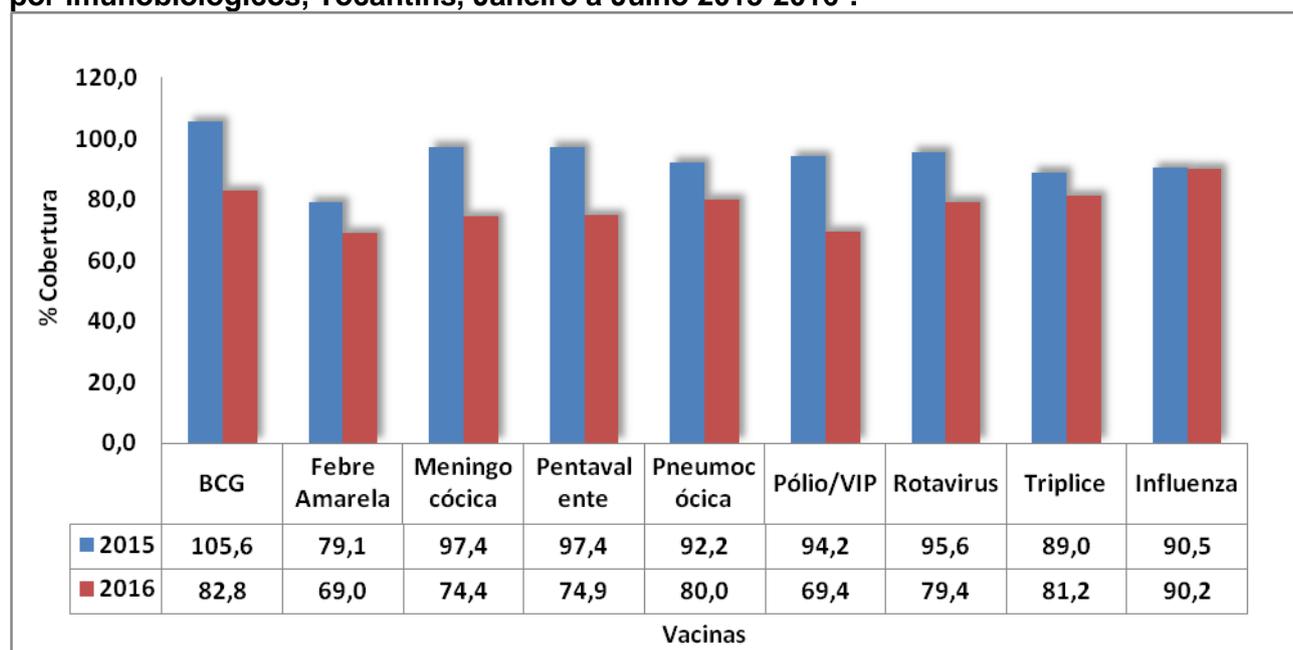
Fonte: SIA/SUS/DATASUS/ 01/09/16

O Estado possui 131 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.

A rede de capilaridade do SISLOGLAB do Tocantins deveria ser vinculado aos 138 municípios, levando em consideração que a capital, Palmas, possui o sistema descentralizado, vinculado diretamente ao Ministério da Saúde. Para tanto, desses 138 municípios observa-se que apenas 77% estão cadastradas no SISLOGLAB, ainda percebe-se uma grande dificuldade por parte dos municípios cadastrados em fechar os mapas e boletins até o dia 05 de cada mês, o que poderá ocasionar uma fragilidade no pedido de ressurgimento dos testes rápidos para atender o Estado.

## **PREVENÇÃO DE AGRAVOS POR AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO**

**Gráfico 16 – Comparativo das coberturas vacinais, em menores de um e um ano de idade, por imunobiológicos, Tocantins, Janeiro a Julho 2015-2016\*.**



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

O indicador cobertura de vacinação representa um importante instrumento para a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão, uma vez que somente com coberturas adequadas é possível alcançar o controle e/ou manter em condição de eliminação e/ou erradicação as doenças imunopreveníveis.

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 julho, no estado do Tocantins, no ano anterior foram alcançadas em cinco vacinas (BCG, Meningocócica, Pentavalente, Rotavírus e Influenza) das nove avaliadas. Já em 2016, para as mesmas não foram alcançadas coberturas vacinais somente para Influenza 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; Houveram seis mudanças de versão; Envio dos dados em versão desatualizada, falta de alimentação oportuna do SI-PNI pelos municípios (43 municípios não alimentaram regularmente o sistema de informação o que corresponde a 48,42% das salas de vacinas do estado); Erro de registro por parte de alguns municípios; Já houve correção dos dados pelo Ministério da Saúde em 2015; 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 Gerencia de Imunização.

Ressalta-se que, estes dados de 2016 são parciais e referem-se aos meses de janeiro a julho, 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 38 – Homogeneidade das Coberturas Vacinais, em menores de um e um ano de idade, por tipo de vacina. Tocantins, Janeiro a Julho 2015-2016\*.**

Vacina	Meta de cobertura de vacinação	% de municípios com CV adequada	
		2015	2016
BCG	≥90%	64,03	↓ 25,17
Meningocócica Conjugada C	≥95%	51,80	↓ 21,58
Pentavalente	≥95%	61,15	↓ 27,33
Pneumocócica Conjugada 10v	≥95%	46,04	↓ 30,93
Pólio	≥95%	53,24	↓ 23,01
Rotavírus	≥90%	62,59	↓ 34,53
Febre Amarela	100%	25,90	↓ 24,46
Tríplice	≥95%	44,60	↓ 36,69
Influenza	≥80%	74,10	↑ 81,29

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

É importante referir que, além das coberturas das vacinas estarem adequadas, as mesmas também precisam ser homogêneas. 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 julho nos dois anos avaliados, exceto para a Influenza.

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 39 – Cobertura Vacinal (CV) adequada e Homogeneidade, segundo Regiões de Saúde. Tocantins, Janeiro a Julho 2015-2016\*.**

REGIÃO/ESTADO	Nº Mun.	2015		2016	
		Nº Mun.	(%)	Nº Mun.	(%)
Amor Perfeito	13	7	53,8	3	23,07
Bico do Papagaio	24	6	25	2	8,33
Cantão	15	9	60	2	13,33
Capim Dourado	14	4	28,5	3	21,42
Cerrado Tocantins Araguaia	23	10	43,4	4	22,2
Ilha do Bananal	18	7	38,8	6	33,33
Médio Norte Araguaia	17	3	17,6	2	11,76
Sudeste	15	3	20	3	20
<b>TOCANTINS</b>	<b>139</b>	<b>49</b>	<b>35,25</b>	<b>25</b>	<b>17,98</b>

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

A homogeneidade de coberturas é estabelecida em 75% ou mais das vacinas com coberturas vacinais adequadas no município, e em 70% ou mais dos municípios de cada região administrativa. Esse indicador refere-se às vacinas BCG, Meningocócica Conjugada C, Pentavalente, Pneumocócica Conjugada 10v, Pólio, Rotavírus, Febre Amarela, Tríplice Viral e Influenza sazonal em crianças. No período avaliado observou-se que nenhuma Região de Saúde alcançou a homogeneidade em suas coberturas, sendo que em 2015 e 2016 dentre as oito regiões, Cantão e Ilha do Bananal, respectivamente foram as que apresentaram melhor desempenho.

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 40 – Percentual de salas de vacina com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações Implantado. Tocantins, Janeiro a Agosto 2015-2016\*.**

ANO	% SALAS DE VACINAS
2015	100
2016	100

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

**Quadro 41 – Proporção de salas de vacina alimentando mensalmente o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização/SIPNI.Tocantins, Janeiro a Julho 2015-2016\*.**

ANO	% SALAS DE VACINAS
2015	87,32
2016	51,58

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

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 redução considerável em relação ao mesmo período de 2015.

## CONTROLE DA HANSENÍASE

**Quadro 42 – Coeficiente de detecção de casos novos de Hanseníase na população geral segundo Região de Saúde. Tocantins, Janeiro a Agosto 2015-2016\*.**

REGIÃO DE SAÚDE	CASOS NOTIFICADOS		
	2015	2016	%
Bico do Papagaio	27,79	21,10	↓24,07
Médio Norte Araguaia	35,21	31,13	↓11,58
Cerrado Tocantins Araguaia	49,02	43,65	↓10,95
Capim Dourado	40,87	83,33	↑103,89
Amor Perfeito	41,09	44,91	↑9,29
Cantão	50,24	39,17	↓22,03
Ilha do Bananal	45,51	56,46	↑24,06
Sudeste	23,57	17,14	↓27,28
<b>Total</b>	<b>39,08</b>	<b>46,55</b>	<b>↑19,11</b>

Fonte: SES-TO/SVPPS/Sinan – TO, dados retirados em 02/09/2016

Obs: ↓ Redução ↑ Aumento

No período analisado, janeiro a agosto de 2016, o coeficiente de detecção geral de casos novos de Hanseníase no Tocantins apresentou um aumento de 19,11% comparado com o ano de 2015, encontrando-se acima da média nacional e da região norte.

**Quadro 43 – Coeficiente de detecção de casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos segundo Região de Saúde. Tocantins, Janeiro a Agosto 2015-2016\*.**

REGIÃO DE SAÚDE	CASOS NOTIFICADOS		
	2015	2016	%
Bico do Papagaio	11,10	3,17	↓71,44
Médio Norte Araguaia	12,90	10,32	↓20,00
Cerrado Tocantins Araguaia	9,34	4,67	↓50,00
Capim Dourado	13,77	24,10	↑75,02
Amor Perfeito	6,58	3,29	↓50,00
Cantão	3,06	12,22	↑299,34
Ilha do Bananal	15,43	13,22	↓14,32
Sudeste	6,99	0,00	↓100
<b>Total</b>	<b>11,04</b>	<b>10,79</b>	<b>↓2,26</b>

Fonte: SESAU/SVPPS/Sinan – TO, dados retirados em 02/09/2016.

Obs: ↓ Redução    ↑ Aumento

No período analisado, janeiro a agosto de 2016, o coeficiente de detecção em menores de 15 anos no Tocantins apresentou uma redução de 2,26% quando comparado com o ano de 2015. 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. Em detrimento desta situação, o Estado vem estimulando a formação de grupos de autocuidado nos municípios. No ano de 2015, ocorreu um incremento no número de grupos formados, passando de cinco em atividade para doze grupos formados e em funcionamento.

## 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.

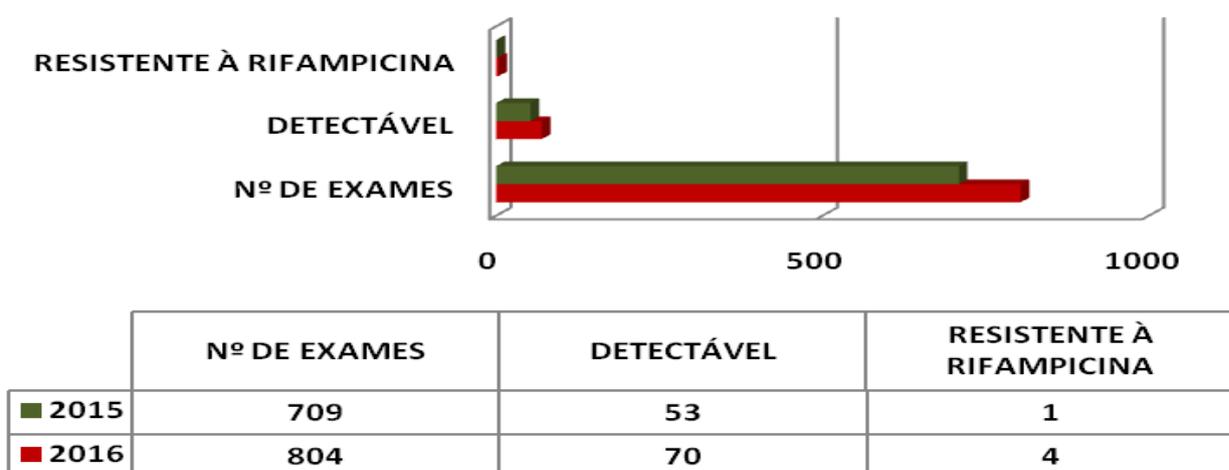
Entre os Estados da Federação, a taxa de incidência em 2014 variou entre o Tocantins, 10,5/100.000 hab., a menor taxa e o Amazonas, 70,1/100.00 hab., a maior taxa, (SINAN/SES/MS, 2016).

**Quadro 44 – Total de Casos Novos Notificados de Tuberculos segundo Região de Saúde. Tocantins, Janeiro a Agosto 2015-2016\*.**

REGIÃO DE SAÚDE	CASOS NOTIFICADOS
-----------------	-------------------

	2015	2016	%
Bico do Papagaio	17	7	58,8 ↓
Médio Norte Araguaia	18	25	28 ↑
Cerrado Tocantins Araguaia	6	13	53,8 ↑
Capim Dourado	32	24	25 ↓
Amor Perfeito	13	9	30,8 ↓
Cantão	7	9	22,2 ↑
Ilha do Bananal	7	7	0
Sudeste	10	5	50 ↓
<b>TOCANTINS</b>	<b>110</b>	<b>99</b>	<b>10 ↓</b>

**Gráfico 17 – Realização de Teste Rápido Molecular para diagnóstico da Tuberculose. Tocantins, Janeiro a Agosto 2015-2016\*.**



Fonte: SES-TO/SVPPS/LACEN/TO-GAL – dados obtidos em 31/08/2016

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 agosto de 2016 foram realizados **804** exames no Estado; destes, **70** exames (5% dentre o total de exames realizados) com resultado detectável pela presença do *Mycobacterium tuberculosis* e **4** exames (10% dentre o total com resultado detectável), acusaram resistência ao medicamento Rifampicina, (LACEN/TO-GAL, 31/08/2016).

Devido à implantação do teste rápido de TB estar recente, não temos como comparar se com a implantação do teste ocorreu aumento do número de resultados detectável ou de resistentes ao medicamento Rifampicina. Ressalta-se que com a implantação do TRM\_TB espera-se um aumento do número de casos de TB pulmonar confirmados, maior agilidade no diagnóstico da TB sensível e resistentes aos fármacos e agilidade no início do tratamento. 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 2º 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 agosto de 2016 – 15.288 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.

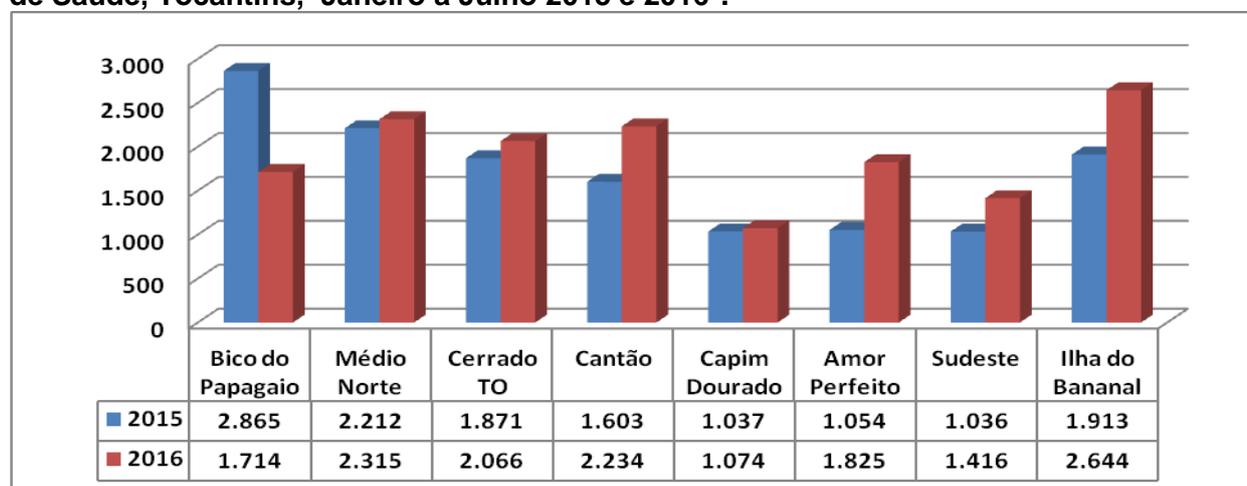
### Quadro 45 – Número de casos de Diarreia no Brasil, Região Norte e Tocantins, Janeiro a Agosto, 2015-2016\*.

REGIÃO	2015	2016
BRASIL	2.971.967	3.123.917
REGIÃO NORTE	372.055	392.763
TOCANTINS	28.574	34.262

Fonte: SESAU/SVPPS/SIVPE-DDA /janeiro a agosto - SE 01 a 35 - 2016

No quadro acima, observa-se um aumento relativo nos casos de diarreia em nosso Estado, o que provavelmente ocorreu em decorrência do período de estiagem (abril a outubro) e devido a sazonalidade que se repete todos os anos como também uma melhoria na qualidade do processo de monitoramento das subnotificações no SIVPE-DDA e ampliação das ofertas das capacitações e orientações sobre DDAs (Doenças Diarreicas Agudas) junto aos municípios/profissionais.

### Gráfico 18 – Comparativo da distribuição de hipoclorito de sódio a 2,5%, segundo Regiões de Saúde, Tocantins, Janeiro a Julho 2015 e 2016\*.



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

Essa medida é adotada como uma estratégia para tratar a água que é proveniente de fontes alternativas e está sendo 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. Neste 2º quadrimestre foi solicitada uma parceria com a FUNASA, Defesa Civil e Secretaria Especial de Saúde Indígena, para apoiar na distribuição deste insumo à população sem água tratada nos municípios do estado do Tocantins.

## CONTROLE DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

**Quadro 46 – Ações desenvolvidas para controle das Doenças Não Transmissíveis - DANT, Tocantins, Janeiro a Agosto 2015-2016\***

AGRAVOS		2º QUADRIMESTRE 2015	2º QUADRIMESTRE 2016	% COMPARATIVO
Nº de notificações	Violência	1943	2752	↑41,5%
Nº Acidentes que ocasionaram óbitos no Estado	Acidentes de Trânsito	381	346	↓9%
Nº de notificações	Beribéri	07 Indígenas (DSEI) e 03 Não Indígenas	07 Indígenas (DSEI)	Houve alteração
Nº de insulinas distribuídas (frasco)	NPH	44.841 frascos (1.479.753 doses).	46.999 frascos (1.550.967 doses)	↑4,81%
	REGULAR	9.983 frascos (329.439 doses).	8.271 frascos (272.943 doses).	↓17,15%
Nº de municípios com Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas implantado		06	01	-
Mortalidade precoce (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis.		993 (168,90/100.000)	915 (155,63/100.000)	↓13,27%

Fonte: Violência: SinanNet (02/09/2016), TABWIN/SIM - (02/09/2016); Beribéri: DSEI TO-12/09/16; Ficha de Notificação do HRA- Hospital Regional de Araguaína; FORMSUS 24/06/2016; DCNT: Mortalidade: TabWin/SIM/DATASUS (02/09/2016); DCNT: Insulinas: Assistência Farmacêutica (02/09/2016); DCNT: Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas: Monitoramento da Área Técnica de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Comparando-se o 2º quadrimestre de 2016 com o mesmo período em 2015 houve um crescimento de 41,5% nas notificações de violência no Estado. Inversamente ocorreram uma redução de 9% nos óbitos provocados por acidentes de trânsito.

Destacamos o nº de insulinas distribuídas (frasco), pois em comparação dos quadrimestres de 2015 e 2016, observa-se uma diminuição de 17,15% no fornecimento da insulina Regular e um aumento de 4,81% 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.

A taxa de mortalidade precoce (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, no período de janeiro a agosto foi de 155,63/100.000 habitantes. Quando se compara estes dados com o mesmo período do ano anterior, o resultado foi de 168,9/100.000 hab. Observa-se uma redução do mesmo de 13,27% comparado ao ano anterior detalhadas no quadro 43.

Contudo mesmo com a redução da mortalidade nos períodos avaliados (janeiro a agosto de 2015 e 2016), as do aparelho circulatório são as que mais aumentam sendo que a RS Médio Norte Araguaia apresenta o maior número de óbitos por este agravo; em segundo lugar estão as neoplasias/câncer, sendo a RS Médio Norte Araguaia (2016) que apresenta o maior número de óbitos e Capim Dourado em 2015; em terceiro o diabetes, na qual a RS Médio Norte Araguaia (2015) e Capim Dourado (2016) apresentaram maior número de óbitos; e por fim, as doenças respiratórias crônicas (Quadro 2.4), sendo a RS Bico do Papagaio e Ilha do Bananal (2015) e Médio Norte Araguaia e Bico do Papagaio (2016) com o maior número de óbitos.

**Quadro 47 – 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 Agosto, 2015-2016.**

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(*)
<b>TOCANTINS</b>	517	462	321	310	111	89	44	54
<b>Bico do Papagaio</b>	122	107	67	73	26	15	7	12
<b>Médio Norte</b>	52	55	33	19	17	8	8	12
<b>Cerrado</b>	66	65	30	29	13	13	2	7
<b>Capim Dourado</b>	81	75	89	69	16	20	7	6
<b>Amor Perfeito</b>	53	34	20	23	8	3	6	7
<b>Cantão</b>	30	33	28	38	8	12	1	1
<b>Ilha do Bananal</b>	75	59	37	44	18	16	8	8
<b>Sudeste</b>	37	34	17	15	5	2	5	1

Fonte: TabWin/SIM (Sistema de Informação de Mortalidade - 05/09/2016) (\*) Dados parciais (sujeitos a atualização)

## CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

### DENGUE

Entre os meses de janeiro a agosto de 2016 foram notificados 18.168 casos suspeitos, o que representa um aumento de 22%, 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 demonstra que os profissionais estão mais vigilantes, porém, ainda este cenário 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, enquanto que no mesmo período de 2015 foram 02 confirmados, os quais estão relacionados em grande parte ao diagnóstico tardio e ao 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, 93 municípios tocantinenses notificaram casos da doença contabilizando 9.878 casos suspeitos no Estado, notificados nos sistemas de informação: Sinan Net e FormSUS, sendo 1.500 confirmados em 16 municípios (Aguiarnópolis, Araguaína, Araguatins, Bom Jesus do TO, Colinas, Guaraí, Itacajá, Miracema, Miranorte, Nova Rosalândia, Palmas, Paraíso do TO, Porto Nacional, Tocantínia, Tocantinópolis e Xambioá). Há 356 gestantes suspeitas de infecção pelo vírus, destas 21 confirmadas.

## **LEISHMANIOSE**

**Quadro 48 – Casos suspeitos de Leishmaniose, Tocantins, 1º e 2º Quad. 2015-2016\***

Agravos	Leishmaniose Visceral		Leishmaniose Tegumentar	
	2º Quad. 2015	2º Quad. 2016	2º Quad. 2015	2º Quad. 2016
<b>Casos suspeitos<sup>1</sup></b>	43	216	0	0
<b>Casos novos confirmados</b>	145	150	375	180
<b>Recidivas</b>	2	3	18	11
<b>Outros<sup>2</sup></b>	2	3	8	11
<b>Óbitos</b>	12	5	2	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 agosto de 2016 foram notificados 216 casos humanos suspeitos, dos quais 150 tiveram o diagnóstico confirmado de LV, o que representa um aumento de 3,4% em relação ao mesmo período de 2015. Do total de casos confirmados, 116 evoluíram para a cura após tratamento específico, 29 estão sob cuidados das equipes de saúde, aguardando a conclusão do tratamento e/ou investigação epidemiológica e 5 pacientes foram a óbito, resultando em uma taxa de letalidade de 3,3%, 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. Realizaram-se duas capacitações, no mês de abril, visando ampliar o número de municípios utilizando o Teste Rápido para triagem da leishmaniose visceral canina. Já no mês de maio realizou-se uma capacitação para médicos sobre manejo clínico do paciente com leishmaniose visceral.

### **Leishmaniose Tegumentar Americana (Lta)**

Entre janeiro e agosto de 2016 foram notificados 180 casos humanos, o que representa uma redução de 52% em relação ao mesmo período de 2015. Dentre os pacientes, 123 tiveram acesso a métodos laboratoriais de diagnóstico, o que corresponde a 68,3%. Quanto à evolução, 114 pacientes concluíram tratamento específico, sendo o caso encerrado como cura, 65 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 49 – Ações desenvolvidas para o controle das doenças vetoriais (Chagas), Tocantins, Janeiro a Agosto, 2015-2016\*

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	2015			2016		
	PROGRAMADO	REALIZADO	%	PROGRAMADO	REALIZADO	%
Monitoramento do vetor por busca ativa (unidades domiciliares pesquisadas)*	35.987	24.733	68,72	28.409	16.282	57,31
Monitoramento do vetor por busca passiva (visitas domiciliares)*	3.028.704	1.587.339	52,40	2.873.248	1.297.784	45,16
Número de unidades domiciliares com investigação parasitológica e/ou sorológica da transmissão da doença de Chagas*	230	203	88,26	151	77	50,99
Número de casos de DCA notificados e confirmados no SINAN NET**	NP	0	-	NP	0	-
Número de casos de DCC detectados no GAL***	NP	151	-	NP	117	-
Número de municípios com captura de triatomíneos em unidades domiciliares*	NP	92	-	NP	101	-
Número de triatomíneos capturados em unidades domiciliares*	NP	2.505	-	NP	2.080	-
Número de triatomíneos infectados pelo <i>Trypanosoma cruzi</i> *	NP	305	-	NP	191	-

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 ZOONOSES

### Acidentes por Animais Peçonhentos

No período de janeiro a agosto de 2016 foram notificados **1.865 acidentes** por animais peçonhentos, não havendo oscilações significativas quando comparado ao mesmo período no ano anterior, registrando-se 1.823 acidentes. Do total de casos ocorridos nesse período, 3 pacientes evoluíram para óbito em 2015 e 2 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 agosto de 2016, foram notificados **4142 atendimentos antirrábicos**, sendo o cão o principal animal agressor, representando uma redução de 4,8% 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%.

### 3.3.2. Vigilância Sanitária

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 50 – Atividades de relevância da Programação Anual de Saúde da Vigilância Sanitária, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016\***

AÇÃO	QUANTIDADE
Licenciamento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária (Alvará Sanitário)	122
Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	862
Investigação de surtos de infecção em serviços de saúde	05
Atividade educativa para a população	00
Atividade educativa para o setor regulado	00
Análise de projetos básicos de arquitetura	128
Aprovação de projetos básicos de arquitetura	54
Recebimento de denúncias/reclamações	30
Atendimento a denúncias/reclamações	23
Laudo de análise laboratorial do programa de monitoramento de alimentos recebidos pela vigilância sanitária	48

Fonte: VISA Tocantins.

**Quadro 51 – Total de Inspeções e Reinspeções, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016\***

ÁREA	Nº DE INSPEÇÕES	TOTAL DE INSPEÇÕES E REINSPEÇÕES
<b>Serviços de Saúde</b> (Hospitais, Clínicas, Laboratórios, UBS, Consultórios Odontológicos e outros).	203	314 Reinspeções
<b>Alimentos</b> (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).	67	
<b>Produtos</b> (Distribuidoras de medicamentos; correlatos; saneantes e cosméticos, Farmácias com Manipulação fórmulas magistrais e oficinais).	44	

Fonte: SES-TO/VISA/RAG JAN-AGO 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.

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 agosto/2016:

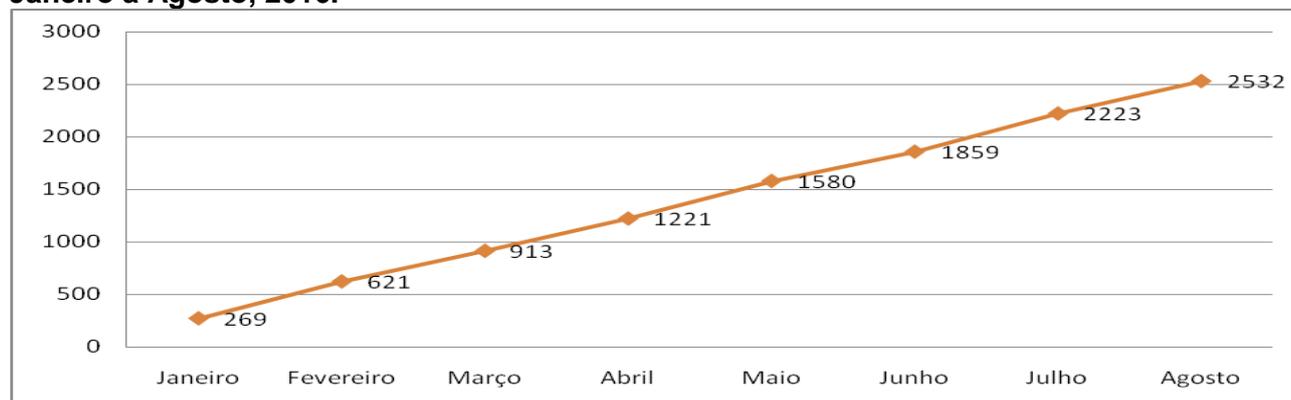
- Recebidas 128 (cento e vinte e oito) programações municipais de vigilância sanitária e apreciadas pela CIB, para posterior aprovação e homologação;
- Foram assessorados 50 municípios;
- Foram realizados 23 (vinte e três) treinamentos em ações de vigilância sanitária em conjunto com as Visas municipais;
- 09 (nove) 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 19 (dezenove) VISAs municipais.

### 3.3.3. Serviço de Verificação de óbitos - SVO

Os gráficos de 19 a 21 mostram os dados dos indicadores no estado do Tocantins de janeiro a agosto de 2016. Eis algumas considerações sobre os mesmos: É relevante notar que 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 (5,9% em 08/16).

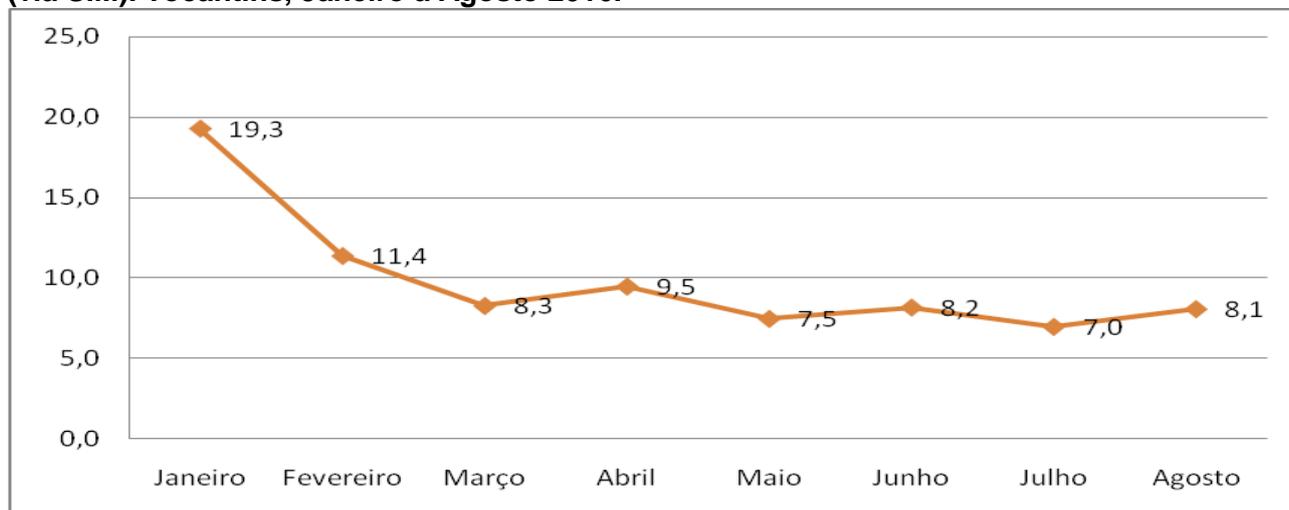
O indicador número de óbitos em Palmas e Araguaína, visa mostrar como é dado o aumento gradativo a cada mês no número de óbitos nos municípios (gráfico 19).

**Gráfico 19 – Número de óbitos nos municípios de Palmas e Araguaína (via SIM), Tocantins - Janeiro a Agosto, 2016.**



Fonte: SVO - TO

**Gráfico 20 – Porcentagem de óbitos de interesse epidemiológico em Palmas e Araguaína (via SIM). Tocantins, Janeiro a Agosto 2016.**

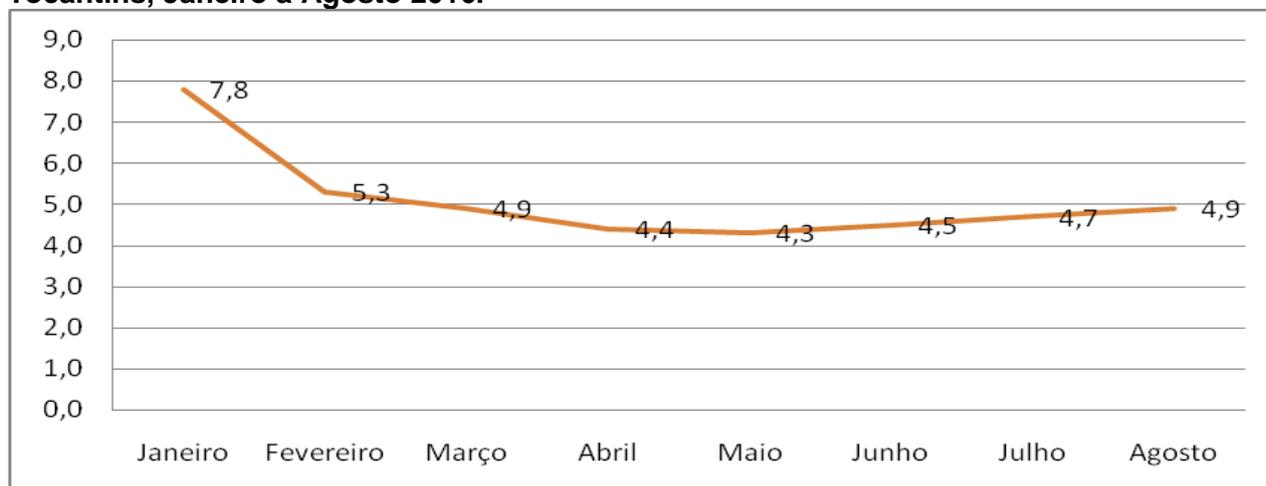


Fonte: SVO - TO

A quantidade de óbitos de interesse epidemiológico no Estado demonstra-se variando a cada mês desde o início do ano, porém manteve-se em torno de 8% a partir do segundo quadrimestre. (gráfico 19).

Houve um leve aumento entre os valores do indicador, porcentagem de óbitos necropsiados pelo SVO do total de óbitos em Palmas e Araguaína (gráfico 20). Os baixos valores da porcentagem ao longo do ano são devidos a um número inferior de necropsias captadas pelo SVO no período.

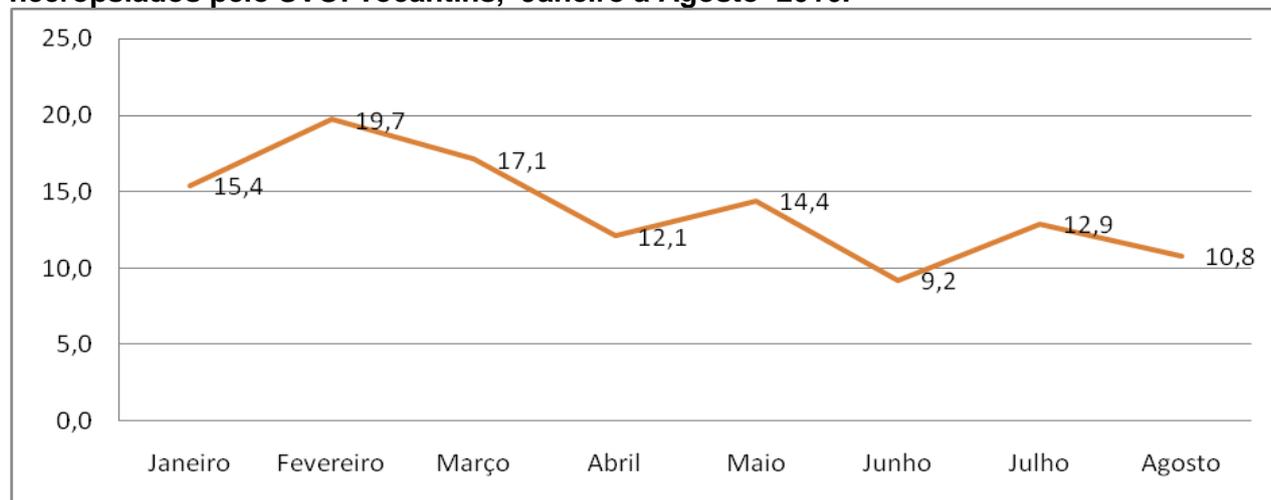
**Gráfico 21 – Porcentagem dos óbitos do município de Palmas necropsiados pelo SVO. Tocantins, Janeiro a Agosto 2016.**



Fonte: SVO – TO

Tem sido variável a quantidade de casos de interesse epidemiológico captados pelo SVO (gráfico 21). Cerca de 10% em média dos óbitos de interesse epidemiológico são necropsiados pelo SVO.

**Gráfico 22 – Porcentagem de óbitos de interesse epidemiológico em Palmas e Araguaína necropsiados pelo SVO. Tocantins, Janeiro a Agosto 2016.**



Fonte: SVO - TO

Em relação a **Porcentagem de Necropsias com Causa Mortis Melhorada após Necropsia do SVO**, com a conclusão dos laudos necroscópicos esse indicador vem sendo quantificado com mais precisão e demonstra que em média  $\frac{1}{4}$  dos óbitos com interesse epidemiológico que chegam ao SVO são melhorados.

### 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 agosto de 2016.

**Quadro 52 – Total de Exames Liberados por Setor. Tocantins, Janeiro a Agosto 2016.**

Ord	Setor	LACEN
1	Amostra de Água (Parâmetros)	19.891
2	Biologia Médica	12.842
3	Biologia Molecular	5.385
4	Biologia Animal	2.801
5	Amostra de produtos (Parâmetros)	106
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>41.025</b>

Fonte: GAL, Relatório Consulta por Status.

**Quadro 53 – Quantidade de Lâminas Analisadas no Setor de Controle de Qualidade Laboratorial e resultado da análise. Tocantins, Janeiro a Agosto 2016\* .**

LÂMINAS ANALISADAS		RESULTADO DA ANÁLISE							
		Insatisfatório		Positivo		Negativo		Discordantes	
DOENÇA/AGRAVO	TOTAL	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Hanseníase	623	21	3,37	122	19,58	477	76,56	03	0,48

Tuberculose	1.015	07	0,69	145	14,28	857	84,43	06	0,59
Malária	902	23	2,55	27	2,99	851	94,35	01	0,11
Chagas	1.663	80	4,81	00	0,00	1.583	95,19	00	0,00
Leishmaniose Tegumentar Americana	489	17	3,48	77	15,75	372	76,07	23	4,70
Leishmaniose Visceral	12	00	0,00	06	50,00	06	50,00	00	0,00
Diagnóstico Malária	03	00	0,00	00	0,00	03	100,00	00	0,00
Diagnóstico Esquistossomose	03	00	0,00	00	0,00	03	100,00	00	0,00
Diagnóstico Leishmaniose Visceral	00	00	0,00	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Diagnóstico Leishmaniose Tegumentar Americana	00	00	0,00	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Diagnóstico Doença de Chagas	00	00	0,00	00	0,00	00	0,00	00	0,00
<b>Total</b>	<b>4.710</b>	<b>148</b>	<b>3,14</b>	<b>377</b>	<b>8,00</b>	<b>4.152</b>	<b>88,15</b>	<b>33</b>	<b>0,70</b>

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

### Quadro 54 – Consolidado de amostras de água analisadas no LACEN. Tocantins - Janeiro a Agosto 2016\*

ORIGEM	TOTAL DE AMOSTRA DO PERÍODO	ANÁLISE REALIZADA				DEMANDA
		Parâmetro	Quant. de Amostra/Análise	Resultado		
				SAT	INS	
ÁGUA (VIGIÁGUA)	11.924	Coliformes Totais	5926	4774	1152	MONITORAMENTO
		E.coli	5926	5476	450	
		Turbidez	5998	5876	122	
		Fluoreto	1490	657	833	
		<b>Total</b>	<b>19.340</b>	<b>16783</b>	<b>2557</b>	
ÁGUA (SURTO)	36	E. Coli	18	18	0	ORIENTAÇÃO
		Coliformes Totais	18	16	2	
		Turbidez	11	11	0	
		Shigella sp	7	7	0	
		Salmonella	7	7	0	
		E. coli (membrana filtrante)	7	7	0	
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>73</b>	<b>2</b>			
ÁGUA (VIGIÁGUA) Físico-Química	0	Ferro Total	231	226	5	MONITORAMENTO
		Nitrato	231	231	0	
		Nitrito	231	231	0	
		Sulfato	231	231	0	
<b>Total</b>	<b>924</b>	<b>919</b>	<b>5</b>			
ÁGUA (Orientações)	12	Coliformes Totais	12	12	0	ORIENTAÇÃO
		E.coli	12	12	0	
		Turbidez	12	12	0	
		<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	
ÁGUA (Hospital)	100	Coliformes Totais	50	45	5	ORIENTAÇÃO
		E.coli	50	50	0	
		Turbidez	50	50	0	
		Fluoreto	40	24	16	
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>169</b>	<b>21</b>			
ÁGUA (Lacen)	19	Coliformes Totais	19	15	4	MONITORAMENTO
		E.coli	19	19	0	
		Turbidez	19	19	0	
		<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>53</b>	<b>4</b>	
VIBRIO CHOLERAEE	47	Microbiológico	47	43	4	MONITORAMENTO
		<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>43</b>	<b>4</b>	
ÁGUA REAGENTE	23	Bac. Heterotróficas	19	19	0	ORIENTAÇÃO
		Silica	19	10	9	
		Cloro total	19	13	6	
		<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>42</b>	<b>15</b>	
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>12.161</b>		<b>20.726</b>	<b>18.118</b>	<b>2.608</b>	

Fonte: LACEN-TO/2016 \*Dados Parciais Legenda: SAT (SATISFATÓRIA) INS (INSATISFATÓRIA)

### Quadro 55 – Consolidado Mensal de Amostras (Produtos) encaminhadas para análise Bromatológicas. Lacen- TO. Tocantins - Janeiro a Agosto 2016\*

ITEM	PRODUTO	PARÂMETROS ANALISADOS	RESULTADO		TOTAL
			SAT	INS	
1	Sal moído iodado	Teor de Iodo	12	0	12

2	Sal refinado iodado	Teor de Iodo	7	0	7
3	Sal refinado extra iodado	Teor de Iodo	2	0	2
4	Queijo mussarela	Coliformes a 45°C	1	1	2
		Salmonella spp	2	0	2
		Estafilococos Coagulase Positiva	2	0	2
		Listeria spp	1	0	1
5	Pão francês	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
6	Ovo cozido	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
7	Bolo de fubá	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
8	Maça	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
9	Arroz branco cozido	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
10	Carne assada de panela	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
11	Salada de cenoura e tomate	Coliformes a 45°C	0	1	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
12	Mandioca cozida	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
13	Suco de maracujá	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
14	Vitamina de maracujá	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	0	1	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
15	Leite pasteurizado integral	Coliformes a 45°C	1	1	2
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
		Coliformes totais	0	1	1
16	Iogurte com polpa de fruta	Coliformes a 45°C	0	1	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
17	Água mineral natural	Coliformes Totais	7	1	8
		Coliformes Termotolerantes	7	1	8
18	Steak empanado de frango	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	0	1	1
		Estafilococos Coagulase positiva	1	0	1
19	Tempero Baiano	Coliformes a 45°	1	0	1
		Salmonella spp.	1	0	1
20	Açafrão da Terra	Coliformes a 45°	1	0	1
		Salmonella spp.	1	0	1
21	Colorau	Coliformes a 45°	1	0	1
		Salmonella spp.	1	0	1
22	Pimenta com cominho	Coliformes a 45°	1	0	1
		Salmonella spp.	1	0	1
23	Canela Moída	Coliformes a 45°	1	0	1
		Salmonella spp.	1	0	1
24	Sorvete sabor artificial de brigadeiro	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
25	Picolé sabor uva	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
26	Picolé sabor artificial de leite condensado	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase Positiva	1	0	1
27	Hambúrguer de carne bovina	Coliformes a 45°C	1	0	1
		Salmonella spp	1	0	1
		Estafilococos Coagulase positiva	1	0	1

<b>GERAL</b>	<b>97</b>	<b>9</b>	<b>106</b>
--------------	-----------	----------	------------

Fonte: LACEN-TO/2016\*Dados Parciais Legenda: SAT (SATISFATÓRIA) INS (INSATISFATÓRIA)

**Quadro 56 – Quantidade de Amostras e Análises no setor de BM/Molecular e Animal. Tocantins - Janeiro a Agosto 2016\*.**

<b>Status de Análises – Biologia Médica</b>	<b>Quantidade de Amostra</b>
Resultado Liberado	13.904
Exame não-realizado ( Não Conformidades)	4.959
Exame em Análise (Resultado não Liberado)	1.888
Resultado Cadastrado (Resultado não Liberado)	37
<b>Total geral</b>	<b>20.788</b>

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: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) – SUS. Neste segundo 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 agosto 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 ao 4º bimestres de 2016 do SIOPS - Estadual, foi efetivada a transmissão e homologação apenas do 1º bimestre, sendo que os demais estão com pendência devido à apresentação da crítica 739 que é impeditiva de transmissão. Visando resolução da mesma, encaminhamos Ofício à Secretaria da Fazenda, informando da pendência, ficando definido que deverá ser marcada reunião para definição de providências a serem tomadas para sanar a mesma.
- **Cooperação técnica ao Relatório Anual de Gestão (RAG):** no primeiro quadrimestre a situação dos municípios com relação aos instrumentos de gestão do SUS, no SARGSUS se apresenta conforme quadro abaixo.

**Quadro 57 – Situação de entrega dos instrumentos de gestão do SUS pelos municípios do Tocantins, 1º e 2º Quad. 2016.**

ORD.	MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE 2014-2017	RAG 2015	PAS 2016
1	Abreulândia	X	X	
2	Aguiarnópolis	X	X	X
3	Aliança do Tocantins	X	X	X
4	Almas	X	CMS	
5	Alvorada	X	X	X
6	Ananás	X	X	X
7	Angico	X	X	X
8	Aparecida Rio Negro	X	X	X
9	Aragominas	X	X	
10	Araguacema	X	X	X
11	Araguaçu	X	X	X
12	Araguaína	X	CMS	
13	Araguanã	X	X	X
14	Araguatins	X	X	X
15	Arapoema	X	X	
16	Arraias	X	CMS	
17	Augustinópolis	X	X	
18	Aurora do Tocantins	X	X	X
19	Axixá do Tocantins	X	CMS	
20	Babaçulândia	X	CMS	
21	Bandeirantes do TO	X	X	
ORD.	MUNICÍPIO	PLANO DE SAÚDE 2014-2017	RAG 2015	PAS 2016
22	Barra do Ouro	X	CMS	
23	Barrolândia	X	X	X
24	Bernardo Sayão	X	X	
25	Bom Jesus do TO	X	X	
26	Brasilândia do TO	X	X	X
27	Brejinho de Nazaré	X	X	X
28	Buriti do Tocantins	X	CMS	
29	Cachoeirinha	X	X	X
30	Campos Lindos	X	X	X
31	Cariri do Tocantins	X	CMS	
32	Carmolândia	X	CMS	
33	Carrasco Bonito	X	X	X
34	Caseara		CMS	
35	Centenário	X	X	X
36	Chapada Natividade	X	X	X
37	Chapada de Areia	X	X	X
38	Colinas do Tocantins	X	X	X
39	Colméia	X	CMS	
40	Combinado	X	X	X
41	Conceição do TO	X	X	X
42	Couto de Magalhães	X	X	X
43	Cristalândia	X	X	X
44	Crixás do Tocantins	X	CMS	
45	Darcinópolis	X	X	X
46	Dianópolis	X	X	X
47	Divinópolis do TO	X	X	X
48	Dois Irmãos do TO	X	CMS	
49	Dueré	X	CMS	
50	Esperantina			
51	Fátima	X	X	X
52	Figueirópolis	X	X	X
53	Filadélfia	X	CMS	
54	Formoso do Araguaia	X	CMS	
55	Fortaleza do Tabocão	X	X	
56	Goianorte	X	X	X
57	Goiatins	X	CMS	
58	Guaraí	X	X	X
59	Gurupi	X	X	X
60	Ipueiras	X	X	X
61	Itacajá	X	X	X
62	Itaguatins	X	X	X
63	Itapiratins	X	X	
64	Itaporã do Tocantins	X	X	X
65	Jaú do Tocantins	X	X	X
66	Juarina	X	X	X
67	Lagoa da Confusão	X	X	X
68	Lagoa do Tocantins	X	X	

69	Lajeado	X	CMS	
70	Lavandeira	X		
71	Lizarda	X	X	X
72	Luzinópolis	X	X	X
73	Marianópolis do TO	X	CMS	
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	X	
79	Monte Santo do TO	X	X	
80	Muricilândia	X	CMS	
81	Natividade	X	X	
82	Nazaré	X	CMS	
83	Nova Olinda	X	X	X
84	Nova Rosalândia	X	X	X
85	Novo Acordo	X	CMS	
<b>ORD.</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>PLANO DE SAÚDE 2014-2017</b>	<b>RAG 2015</b>	<b>PAS 2016</b>
86	Novo Alegre	X	X	X
87	Novo Jardim	X	X	X
88	Oliveira de Fátima	X	CMS	
89	Palmas	X	X	X
90	Palmeirante	X	X	X
91	Palmeiras do TO	X	X	
92	Palmeirópolis	X	X	X
93	Paraíso do TO	X	X	X
94	Paraná	X	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	X	X	
100	Piraquê	X	CMS	
101	Pium	X	X	X
102	Ponte Alta Bom Jesus	X	X	
103	Ponte Alta do TO	X		
104	Porto Alegre do TO	X	X	X
105	Porto Nacional	X	X	X
106	Praia Norte	X	X	X
107	Presidente Kennedy	X	CMS	
108	Pugmil	X	X	X
109	Recursolândia	X	X	
110	Riachinho	X	CMS	
111	Rio da Conceição	X	X	X
112	Rio dos Bois	X	X	
113	Rio Sono	X	X	X
114	Sampaio	X	X	X
115	Sandolândia	X	X	X
116	Santa Fé do Araguaia	X	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	CMS	
121	Santa Terezinha TO	X	X	
122	São Bento do TO	X	X	X
123	São Félix do TO	X	X	
124	São Miguel do TO	X	X	X
125	São Salvador do TO	X	X	X
126	São Sebastião	X	X	
127	São Valério Natividade	X	X	
128	Silvanópolis	X	X	X
129	Sítio Novo do TO	X	X	X
130	Sucupira	X	X	X
131	Taguatinga		CMS	
132	Taipas do TO	X	X	X
133	Talismã	X	X	X
134	Tocantínia	X	X	X
135	Tocantinópolis	X	X	X
136	Tupirama	X	X	
137	Tupiratis	X	X	
138	Wanderlândia	X	CMS	
139	Xambioá	X	CMS	

TOTAL	136	136	74
-------	-----	-----	----

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 o Projeto “Descentralização de Ações e Serviços de Saúde – Média e Alta Complexidade Ambulatorial no estado do Tocantins” foi construída uma proposta no exercício de 2015 abrangendo os 139 municípios, onde foi explicitado o resultado esperado com o Projeto e as etapas a serem desenvolvidas para continuidade do mesmo. Este já foi apresentado ao gestor atual da pasta em março deste ano e realizado articulações com apoiador do Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Bipartite – CIB e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS para retomada e continuidade das etapas do projeto na Câmara Técnica de Gestão, bem como no seu grupo de trabalho. Assim neste período foram realizadas 02 (duas) reuniões do grupo de trabalho da Câmara Técnica de Gestão da CIB cuja pauta foi a construção de uma minuta de convênio a ser celebrado entre municípios. Apesar dos esforços, esta proposta de minuta ainda não foi concluída, devido as dificuldades técnico jurídicas. Uma das principais dificuldades para execução deste projeto pode ser elencado a escassez de recursos financeiros da **fonte** 102 necessários à proposta construída.
- **Cooperação técnica em práticas DOMI:** Neste segundo quadrimestre, foi efetivada a pactuação DOMI na etapa municipal com 139 municípios, distribuídos em 08 regiões de saúde no espaço das Comissões Intergestores Regionais - CIR obedecendo ao calendário das reuniões ordinárias do mês de junho. Ainda nas CIR de junho, 133 municípios aprovaram as sugestões de atividades estratégicas para contribuir para o alcance dos indicadores pactuados para o ano de 2016, tais propostas foram construídas pelas áreas técnicas. Somente no mês de agosto o Ministério da Saúde divulgou a Resolução CIT nº 02, que dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, relativa ao ano de 2016. A partir daí, iniciou os trabalhos para a pactuação na etapa regional e estadual, seguindo a mesma metodologia utilizada na etapa municipal. Para a compatibilização das metas pactuadas na etapa municipal, já prevista no consenso CIR assinado pelos gestores na reunião que aprovou os indicadores DOMI, foi encaminhado via e-mail aos 139 gestores municipais a Resolução com o novo rol, onde passou de 66 indicadores para 29 indicadores, e realizado contato para garantir o recebimento e orientar o mesmo sobre a utilização das planilhas com a co-relação das metas pactuadas com o novo rol para posteriormente alimentação do aplicativo quando for liberado.
- **Regionalização da Saúde:** Neste segundo quadrimestre de 2016, coordenou e organizou 16 (dezesesseis) reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Regional - CIR, sendo 02 (duas) por Região de Saúde, e 02 (duas) Reuniões Extraordinárias nas Regiões de Saúde Capim Dourado e Médio Norte Araguaia. 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: **41 (quarenta e um) consensos** (aprovações produzidas e pactuadas pelos representantes da CIR) produzidos nas reuniões de junho, aprovando políticas, ações e serviços de saúde como a Aprovação da Pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o ano de 2016, dos Municípios

que compõem as Regiões de Saúde do Tocantins; Aprovação da alteração de Membro Titular ou Suplente da Comissão de Integração Ensino-Serviço CIES-CIB-TO, representando a Comissão Intergestores Regional/CIR; Aprovação da proposta de Atividades Estratégicas para o ano de 2016, para a organização e sistematização do planejamento em âmbito municipal; e, **29 (vinte e nove) encaminhamentos** (são situações existentes nas regiões de saúde que necessitam de posicionamento das áreas técnicas da SES), demandados nas reuniões do primeiro e segundo quadrimestre de 2016, sendo que destes, 20 (vinte) foram respondidos até o segundo quadrimestre e 09 (nove) ainda não, logo encontram-se programados para as próximas reuniões. Quanto à articulação para a participação de parceiros nas reuniões da CIR, realizadas e esquema de rodízio entre os municípios que compõem as Regiões de Saúde, houve 11 (onze) participação do Conselho Estadual de Saúde – CES, 05 (cinco) participações do Distrito Sanitário Indígena – DSEI, 04 (quatro) participações do Ministério da Saúde (MS), 2 (duas) participações do Conselho Municipal de Saúde – CMS, 2 (duas) participações do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, e 1 (uma) participação da Universidade Federal do Tocantins – UFT. Ainda com vista ao franco processo de efetivação e fortalecimento da governança nas 08 (oito) regiões de saúde, a SUPLAN viabilizou a participação de profissionais da Área Técnica de Regionalização da Saúde em eventos e reuniões de relevância para a regionalização, tais como oficinas e reuniões do projeto entre a SES-TO e a Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS.

- **Qualificação dos desdobramentos do Decreto 7.508/2011:** No segundo quadrimestre foi realizada uma oficina com duração de dois dias, sendo no primeiro com a participação de representantes do MS, SES e COSEMS e acrescentando no segundo dia um representante de cada região de saúde do estado, nesta oficina discutiu-se a construção de proposta de contratualização com ênfase nas responsabilidades organizativas a fim de fortalecer o planejamento regional integrado no estado, observando o cenário atual vivenciado pelos entes, definindo a metodologia a ser adotada, buscando um alinhamento entre os entes federados envolvidos no processo. Após foram realizadas reuniões para discussão da composição e grupo da Portaria para condução do Planejamento Estratégico Regional de Saúde e proposição de agenda, metodologia de trabalho. Dificuldades encontradas para o desenvolvimento do projeto de qualificação dos desdobramentos do Decreto 7.508/2011: 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; 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 58 – Produção da Regulação, Tocantins, 1º e 2º quad. de 2016.**

PRODUÇÃO REGULACÃO	Quantidade 1º QUAD	Quantidade 2º QUAD
Acessos regulados	228.053	122.891
Ajudas de custo a paciente	2.040	1.832
Ajudas de custo a acompanhantes	1.921	2.777
Passagens aéreas e/ou terrestres para pacientes	1.396	1.596
Passagens aéreas e/ou terrestres para acompanhantes	1.296	1.540

Fonte: SPAS/SES-TO.

**Quadro 59 – Principais demandas para atendimento, Tocantins, 1º e 2º quad. de 2016.**

PRINCIPAIS DEMANDAS REGULAÇÃO	Quantidade 1º QUAD	Quantidade 2º QUAD
Oftalmologia	479 pacientes	494 pacientes
Oncologia	232 pacientes	274 pacientes
Multidisciplinares	185 pacientes	206 pacientes
Nefrologia	120 pacientes	152 pacientes

Fonte: SPAS/SES-TO.

**Quadro 60 – Principais estados de destino de atendimento, Tocantins, 1º e 2º quad. de 2016.**

PRINCIPAIS DESTINOS REGULAÇÃO	Quantidade 1º QUAD	Quantidade 2º QUAD
Goiás	739 pacientes	791 pacientes
São Paulo	310 pacientes	367 pacientes
Distrito Federal	223 pacientes	259 pacientes

Fonte: SPAS/SES-TO.

**Quadro 61 – Principais municípios que encaminham para TFD, Tocantins, 1º e 2º quad. de 2016.**

MUNICÍPIO	Quantidade 1º QUAD	Quantidade 2º QUAD
Palmas	383 pacientes	466 pacientes
Araguaína	282 pacientes	313 pacientes
Gurupi	131 pacientes	122 pacientes
Porto Nacional	87 pacientes	103 pacientes
Paraíso	68 pacientes	83 pacientes
Augustinópolis	34 pacientes	18 pacientes

Fonte: SPAS/SES-TO.

No que se refere à atividade de regulação de consultas e exames, na região Macro-Norte efetivamos **294.059** procedimentos regulados entre janeiro e agosto, sendo **98.853** procedimentos realizados no segundo quadriestre, 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 entre os meses de janeiro a agosto **46.168** procedimentos, sendo **17.073** procedimentos neste quadrimestre, 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 entre no período de janeiro a agosto, o acesso a serviço de UTI a **1.389** pacientes, sendo **623** adultos, **580** neonatal e **186** pediátrica. Dos pacientes que necessitaram de UTI adulto, **380** foram originados do Hospital Geral de Palmas, **37** de Araguaína, **9** do Hospital Dona Regina, **84** do Hospital Regional de Gurupi, **03** do Hospital de Doenças Tropicais – HDT, **04** do Hospital Regional de Guaraí, **101** do Hospital Dom Orione e **01** do Hospital Regional de Porto Nacional, **01** do Hospital Regional de Augustinópolis, **01** do Hospital Regional de Miracema, **01** do IOP – Instituto Ortopédico de Palmas, **01** do Hospital Osvaldo Cruz. A UTI adulto do Hospital Regional de Palmas, recebeu, neste período, **285** pacientes, já a UTI do Instituto Ortopédico de Palmas – IOP recebeu **109** pacientes adultos, o Hospital Dom Orione recebeu **144** pacientes regulados, o Hospital Regional de Gurupi recebeu **84** pacientes.

Das **580** (quinhentos e oitenta) UTI's neonatal reguladas, as que mais originaram pacientes foram: o Hospital Dona Regina com **268**, Hospital Dom Orione com **184** pacientes,

Hospital Regional de Gurupi com **20** pacientes, o Hospital Regional de Augustinópolis **14** pacientes e o Hospital e Maternidade Tia Dedé **10** pacientes. Já quem mais recebeu foram: o Hospital Dona Regina 282, Hospital Dom Orione **232** e IOP **58** pacientes.

Já no caso da UTI pediátrica, o Hospital Infantil originou **106** pacientes, ou seja, 56% do total dos pacientes transferidos. E a UTI pediátrica do Hospital Geral de Palmas recebeu 68% dos pacientes (equivalente a **127**).

Dos **1389** acessos à UTI reguladas, **401** necessitaram de transporte em UTI Terrestre, e **54** em UTI Aérea e Terrestre.

No que se refere à regulação das cirurgias eletivas, **2.464** 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.

As demandas registradas na Ouvidoria no ano segundo quadrimestre de 2016, percebe-se que de 466 manifestações registradas apenas 127 ainda estão em andamento - não foram respondidas à Ouvidoria, destas 40 são denúncias, as quais necessitam de um período maior para serem respondidas, devido a necessidade de auditoria, sindicância ou fiscalização sanitária, e 48 tratam-se de reclamações que também demandam um período para tomada de providências para solução do problema. Portanto, do total de 466 registros 339 já foram respondidos com as devidas providências e problemas solucionados.

#### **Quadro 62 – Relatório Estatístico de Demandas à Ouvidoria, Tocantins, Janeiro a abril, 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
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>69</b>	<b>0</b>	<b>94</b>	<b>228</b>

Fonte: Gerência de Ouvidoria/SES-TO

#### **Quadro 63 – Relatório Estatístico de Demanadas à Ouvidoria, Tocantins, Maio a Agosto, 2016**

STATUS	DENÚNCIA	ELOGIO	INFORMAÇÃO	RECLAMAÇÃO	SUGESTÃO	SOLICITAÇÃO	TOTAL
Andamento	40	00	0	48	00	39	127
Concluída	2	00	0	3	00	7	12
Fechada	9	4	26	59	2	67	167
Arquivado	16	2	10	63	0	70	160
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>173</b>	<b>2</b>	<b>183</b>	<b>466</b>

Fonte: Gerência de Ouvidoria/SES-TO

#### **Quadro 64 – Relatório Estatístico de Atendimento na Ouvidoria, Toantins, 1º e 2º Quad. de 2016.**

Tipo de Atendimento/Quantidade							
QUAD.	TELEFONE	WEB	E-MAIL	PESSOALMENTE	CARTA	CORRESPONDÊNCIA	TOTAL
1º QUAD.	185	8	6	22	3	4	228
2º QUAD.	395	30	24	13	1	3	466

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.

No período de maio a agosto de 2016, foram realizados quatro (04) reuniões ordinárias (12/05/2016, 09/06/2016, 23/06/2016 e 11/08/2016) e uma reunião extraordinária em 30/06/2016 do Conselho Estadual de Saúde, foram deliberados três (03) itens em forma de Resoluções e três

(03) 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 quadro de pessoal do 1º Quadrimestre, a SES-TO possuía **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 era composta por **75%** de servidores efetivos (9.304 servidores) e **25%** de servidores com vínculo empregatícios precário (contratado/ comissionado), onde **23%** eram de servidores que atuavam em atividades técnicas-assistenciais e **2%** de comissionados que estavam em atividades inerentes aos cargos da estrutura organizacional da Secretaria.

Já no 2º Quadrimestre, a SES-TO possui **12.712** servidores remunerados em uma folha de pagamento mensal de aproximadamente **R\$82 Milhões**. Conforme as informações obtidas do sistema da Folha de Pagamentos (sistema ERGON), os servidores efetivos representam **73%** (9.242 servidores) do total de servidores, os contratados que atuam em atividades técnicas-assistenciais representam **26%** do total de servidores e os comissionados representam um percentual pequeno de **2%**.

**Quadro 65 – Relatório físico/financeiro do Quadro de Pessoal da SES-TO, Tocantins, Competências Abril e Agosto, 2016.**

Tipo de Vínculo do Servidor		Físico – Total Mês 2016				Financeiro – Total Mês			
		1º Quad.	%	2º Quad.	%	1º Quad.	%	2º Quad.	%
<b>E</b> <b>f</b> <b>e</b> <b>t</b> <b>i</b> <b>v</b> <b>o</b>	Servidor Efetivo	9.165	75%	9.109	73%	70.521.368,54	86%	68.754.064,58	84%
	Remanescente de Goiás	122		115					
	Servidor Efetivo Requisitado	17		18					
	<b>Total de Efetivo</b>	<b>9.304</b>		<b>9.242</b>					
	<b>Contrato Temporário</b>	2.889		23%					
<b>Comissionado</b>	212	2%	219	2%	842.997,13	1%	889.586,48	1%	
<b>Total</b>		<b>12.405</b>	<b>100%</b>	<b>12.712</b>	<b>100%</b>	<b>81.803.678,19</b>	<b>100%</b>	<b>81.740.103,57</b>	<b>100%</b>

Fonte: Sistema ERGON- Folha SES-TO, competências abril e agosto/2016.

No 1º quadrimestre o quadro de pessoal da SES-TO estava 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%).

Podemos verificar que no 2º quadrimestre a estrutura da Secretária de Saúde apresentou-se da mesma forma, sendo composta em sua maioria pelos técnicos de enfermagem, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que somam um total de 6.066 servidores (47,71% do total de servidores) e também pela categoria médica com 1.249 profissionais (9,83%).

**Quadro 66 – Demonstrativo do Quadro de Pessoal da SES-TO por Categoria Profissional, Tocantins, Competências Abril e Agosto, 2016.**

Ord	Categoria Profissional/ Cargo	1º Quad. 2016 – Total Mês				2º Quad. 2016 – Total Mês			
		Físico	%	Financeiro (R\$)	%	Físico	%	Financeiro (R\$)	%
1	Técnico em enfermagem	2947	23,76%	9.380.786,80	11,47%	2952	23,22%	9.200.514,24	11,26%
2	Enfermeiro	1589	12,81%	12.220.674,42	14,94%	1653	13,00%	12.390.188,54	15,16%
3	Auxiliar de enfermagem	1474	11,88%	5.982.946,69	7,31%	1461	11,49%	5.837.334,51	7,14%
4	Médico	1200	9,67%	26.877.663,00	32,86%	1249	9,83%	27.196.764,64	33,27%
5	Assistente de Serviço de Saúde	1146	9,24%	2.552.370,20	3,12%	1214	9,55%	2.452.669,52	3,00%
6	Cirurgião Dentista	380	3,06%	5.768.243,09	7,05%	376	2,96%	5.732.873,55	7,01%
7	Farmacêutico/Bioquímico	366	2,95%	2.829.307,34	3,46%	367	2,89%	2.748.138,77	3,36%
8	Fisioterapeuta	321	2,59%	2.119.220,32	2,59%	337	2,65%	2.046.180,34	2,50%
9	Assistente social/ Analista em Desenvolvimento Social	330	2,66%	2.312.613,87	2,83%	335	2,64%	2.219.424,04	2,72%
10	Técnico em Radiologia	236	1,90%	846.296,82	1,03%	235	1,85%	837.128,08	1,02%
11	Psicólogo	189	1,52%	1.201.842,27	1,47%	191	1,50%	1.218.503,35	1,49%
12	Nutricionista	97	0,78%	728.931,82	0,89%	102	0,80%	752.516,67	0,92%
13	Fonaudiólogo	91	0,73%	603.842,64	0,74%	93	0,73%	616.543,38	0,75%
14	Terapeuta Ocupacional	22	0,18%	127.285,68	0,16%	23	0,18%	131.814,00	0,16%
<b>Subtotal</b>		<b>10.388</b>	<b>83,74%</b>	<b>73.552.024,96</b>	<b>89,91%</b>	<b>10.588</b>	<b>83,29%</b>	<b>73.380.593,63</b>	<b>89,77%</b>
Demais categorias/cargos		2.017	16,26%	8.251.653,23	10,09%	2.124	16,71%	8.359.509,94	10,23%
<b>Total</b>		<b>12.405</b>	<b>100%</b>	<b>81.803.678,19</b>	<b>100%</b>	<b>12.712</b>	<b>100%</b>	<b>81.740.103,57</b>	<b>100%</b>

Fonte: Sistema ERGON- Folha SES-TO, competências abril e agosto de 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. No 2º quadrimestre 12.712 profissionais com vínculo na SES-TO e o total de 23.468 cadastrados no CNES/SUS, portanto **54%** dos profissionais que atuam na saúde ligados a esfera estadual, permanecendo a mesma proporcionalidade do quadrimestre anterior.

Em abril, a SES-TO estava 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. Analisando os dados obtidos da folha de agosto de 2016, observamos que este percentual de cessão para os municípios caiu para 6,96% (Quadro 62).

**Quadro 67 – Total de servidores da SES-TO cedidos aos municípios por categoria profissional, Tocantins, Competências Abril e Agosto, 2016.**

Categoria Profissional	1º Quad. 2016 – Total Mês				2º Quad. 2016 – Total Mês			
	Físico	%	Financeiro	%	Físico	%	Financeiro	%
Técnico Radiologia	6	1%	34.993,47	1%	6	1%	34.993,47	1%
Técnico de Laboratório	12	1%	52.315,71	1%	13	1%	55.896,72	1%
Médico	49	6%	829.201,82	12%	51	6%	724.493,86	11%
Enfermeiro	152	17%	1.638.589,21	24%	147	16%	1.558.974,37	23%
Técnico de Enfermagem	160	18%	799.410,43	12%	166	19%	776.699,33	11%
Auxiliar de Enfermagem	162	19%	588.469,64	9%	158	18%	572.170,61	8%
Cirurgião Dentista	165	19%	1.651.782,00	24%	170	19%	1.737.824,59	26%
Outros	168	19%	1.154.011,08	17%	183	20%	1.331.025,50	20%
<b>Total</b>	<b>874</b>	<b>100%</b>	<b>6.748.773,36</b>	<b>100%</b>	<b>894</b>	<b>100%</b>	<b>6.792.078,45</b>	<b>100%</b>

Fonte: Sistema ERGON- Folha SES-TO, competências abril e agosto de 2016.

No mês de abril, a cessão de servidores às entidades filantrópicas (Quadro 63) representou 0,44% de seu quadro de pessoal, com um total de **55** servidores efetivos cedidos, dos quais 24 estavam no Hospital e Maternidade Dom Orione de Araguaína - entidade privada sem fins lucrativos contratualizada como referência para a gestação de alto risco e alta complexidade em cardiologia para a Região Norte do Estado. Verificou-se que já no mês de agosto, a cessão as essas instituições aumentou em seu percentual, passando a representar 0,59% do universo de 75 funcionários cedidos. Observou-se também, que a quantidade de profissionais cedidos para o Hospital Dom Orione (Quadro 64) permaneceu o mesmo quantitativo (24 servidores).

**Quadro 68 – Total de servidores da SES-TO cedidos as entidades filantrópicas, Tocantins, Competências Abril e Agosto, 2016.**

Categoria Profissional	1º Quad. 2016 – Total Mês				2º Quad. 2016 – Total Mês			
	Físico	%	Financeiro	%	Físico	%	Financeiro	%
Técnico de Laboratório	1	1,82%	3.044,17	0,72%	1	1,33%	2.702,77	0,36%
Cirurgião Dentista	1	1,82%	13.127,04	3,11%	0	0,00%	0,00	0,00%
Médico	1	1,82%	23.031,52	5,45%	7	9,33%	227.115,89	30,57%
Enfermeiro	7	12,73%	72.525,24	17,17%	11	14,67%	119.618,89	16,10%
Auxiliar de Enfermagem	8	14,55%	28.476,62	6,74%	12	16,00%	43.178,68	5,81%
Técnico de Enfermagem	9	16,36%	47.416,87	11,23%	8	10,67%	40.042,06	5,39%
Outros	28	50,91%	234.787,92	55,58%	36	48,00%	310.192,66	41,76%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,00%</b>	<b>422.409,38</b>	<b>100,00%</b>	<b>75</b>	<b>100,00%</b>	<b>742.850,95</b>	<b>100,00%</b>

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

**Quadro 69 – Total de servidores da SES-TO cedidos ao Hosp Maternidade Dom Orione de Araguaína, Tocantins, Competências Abril e Agosto, 2016.**

Categoria Profissional	1º Quad. 2016 – Total Mês				2º Quad. 2016 – Total Mês			
	Físico	%	Financeiro	%	Físico	%	Financeiro	%
Fisioterapeuta	1	4%	4.137,56	1,16%	1	4%	4.137,56	1,15%
Técnico Radiologia	1	4%	5.911,49	1,66%	1	4%	5.911,49	1,64%
Assistente Social	1	4%	15.124,51	4,24%	1	4%	15.124,51	4,20%
Outros	2	8%	14.349,41	4,03%	2	8%	14.349,41	3,98%
Farmacêutico/Bioquímico	3	13%	39.301,92	11,03%	3	13%	39.301,92	10,91%
Auxiliar de Enfermagem	5	21%	18.794,04	5,27%	5	21%	17.297,74	4,80%
Enfermeiro	5	21%	49.971,39	14,02%	5	21%	52.778,25	14,65%
Médico	6	25%	208.737,06	58,58%	6	25%	211.452,81	58,68%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>356.327,38</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>360.353,69</b>	<b>100,00%</b>

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

**Quadro 70 – Total de servidores da SES-TO cedidos a outros poderes**

Categoria Profissional	1º Quad. 2016 – Total Mês				2º Quad. 2016 – Total Mês			
	Físico	%	Financeiro	%	Físico	%	Financeiro	%
Técnico enfermagem	1	2%	1.607,94	1%	3	4%	14.173,82	3%
Auxiliar de Enfermagem	1	2%	2.844,79	1%	6	8%	23.978,48	4%
Cirurgião dentista	2	4%	31.599,33	10%	2	3%	32.491,05	6%
Médico	4	8%	112.531,14	36%	5	6%	125.940,11	22%
Enfermeiro	5	10%	37.680,38	12%	13	17%	149.443,69	27%
Outros	35	73%	126.148,86	40%	49	63%	216.954,39	39%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>312.412,44</b>	<b>100%</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>	<b>562.981,54</b>	<b>100%</b>

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

Do total de profissionais do quadro de pessoal da SES-TO no 1º Quadrimestre, que representa 12.405 servidores depreende-se que:

- **92,12%** atuam nas unidades de saúde da administração direta na esfera estadual (11.428 servidores);
- **7,05%** estão cedidos aos municípios (874 servidores);
- **0,44%** estão cedidos a entidades filantrópicas (55 servidores); e
- **0,39%** estão 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).

No 2º Quadrimestre, do total de profissionais do quadro de pessoal da SES-TO, que representa 12.712 servidores depreende-se que:

- **91,76%** atuam nas unidades de saúde da administração direta na esfera estadual (11.665 servidores);
- **7,03%** estão cedidos aos municípios (894 servidores);
- **0,59%** cedidos a entidades filantrópicas (75 servidores); e
- **0,61%** cedidos a outros órgãos/poderes (78 servidores).

Estes totais físicos equivalem financeiramente:

- Nas unidades de saúde da administração direta na esfera estadual: R\$73.642.192,63 (90,09% da Folha);
- Cedidos aos municípios: R\$6.792.078,45 (8,31% da Folha)
- Cedidos a entidades filantrópicas: R\$742.850,95 (0,91% da Folha); e
- Cedidos a outros órgãos/poderes: R\$562.981,54 (0,69% 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 66. 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 na 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.

Em junho de 2016 a estrutura foi alterada, visando adequações às necessidades de gerenciamento dos serviços, registrando-se a extinção de 03 Assessorias de Gabinete e 01 Secretaria Geral do Gabinete para a inclusão de 7 Assessorias Técnicas; 3 Superintendências, 09 diretorias e 05 gerências. A estrutura possuía no 1º Quadrimestre 909 cargos (R\$R\$1.798.150,00) e no 2º Quadrimestre apresenta 913 (R\$1.932.200,00). As Assessorias Especiais totalizaram 179

no primeiro quadrimestre e no segundo 161; as Funções Comissionadas da Administração 185 no primeiro e 184 no segundo quadrimestre.

**Quadro 71– Estrutura Organizacional da SES-TO - Medida Provisória Nº 21, de 16/06/2016.**

CARGOS DA ESTRUTURA DA SES-TO		QUANT.	%	VALOR (R\$)		%
				UNIT.	MÊS	
ESTRUTURA CENTRAL	Secretário	1		13.000,00	13.000,00	
	Subsecretário	1		10.000,00	10.000,00	
	Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde	1		4.000,00	4.000,00	
	Secretário-Geral da Comissão Intergestores Bipartite - CIB	1		4.000,00	4.000,00	
	Assessor de Gabinete	1		4.000,00	4.000,00	
	Assessor de Gabinete I	5		9.500,00	47.500,00	
	Assessor Técnico de Gabinete	1		4.000,00	4.000,00	
	Auditor	1		6.500,00	6.500,00	
	Superintendente	11		9.500,00	104.500,00	
	Diretor	31		6.500,00	201.500,00	
	Gerente	82		4.000,00	328.000,00	
	Supervisor do Centro Estadual de Reabilitação II	3		3.000,00	9.000,00	
	Supervisor do Centro Estadual de Reabilitação I	1		2.500,00	2.500,00	
	Supervisor do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III	1		2.500,00	2.500,00	
	Supervisor do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Infantil	1		2.500,00	2.500,00	
	<b>Soma</b>	<b>142</b>	<b>16%</b>	<b>-</b>	<b>743.500,00</b>	<b>38%</b>
	Função Comissionada da Administração - FCA	184	20%		96.300,00	5%
Assessoria Especial	161	18%		342.500,00	18%	
<b>Total Estrutura Central</b>	<b>487</b>	<b>53%</b>	<b>-</b>	<b>1.182.300,00</b>	<b>61%</b>	
ESTRUTURA DOS HOSPITAIS	Diretor Técnico Regional Centro	1		9.500,00	9.500,00	
	Diretor Técnico Regional Norte	1		9.500,00	9.500,00	
	Diretor Técnico Regional Sul	1		9.500,00	9.500,00	
	Diretoria-Geral de Unidade Porte 1	6		3.000,00	18.000,00	
	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	
	<b>Soma</b>	<b>69</b>	<b>8%</b>	<b>-</b>	<b>386.000,00</b>	<b>20%</b>
Função Comissionada Especial - Supervisão nos Hospitais	357	39%		363.900,00	19%	
<b>Total Estrutura Hospitais</b>	<b>426</b>	<b>47%</b>	<b>-</b>	<b>749.900,00</b>	<b>39%</b>	
<b>Total Geral da Estrutura</b>	<b>913</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>1.932.200,00</b>	<b>100%</b>	

FONTE: MP Nº 21, de 16/06/2016, DOE Nº 4.642 e Sistema ERGON (Folha de Pagamento SES-TO competência Agosto/2016)

## 5.1. Regulação do Trabalho

**Quadro 72 – Demonstrativo do Atendimento aos Servidores da SES-TO-TO, por assunto do Requerimento, Tocantins, 1º. e 2º Quad. de 2016.**

ASSUNTO	1º QUAD. 2016			2º QUAD. 2016		
	Quant.	Atividade	Resultado	Quant.	Atividade	Resultado
<b>Solicitação de Insalubridade</b>	546	Análise e emissão de Parecer	501 deferidos	469	Análise e emissão de Parecer	Aptos
<b>Regularização de Insalubridade</b>	530	Análise e emissão de Parecer	45 indeferidos	-	-	-
<b>Afastamento para conclusão de TCC</b>	50	Análise e emissão de Parecer	47 deferidos	36	Análise e emissão de Parecer	26 deferidos
			03 indeferidos			10 indeferidos
<b>Progressão Horizontal</b>	1.587	Análise, emissão de Parecer, elaboração e publicação de Ato.	Aptos	741	Análise, emissão de Parecer, elaboração e publicação de Ato.	Aptos
<b>Progressão vertical/horizontal</b>	247	Análise, emissão de Parecer, elaboração e publicação de Ato.	Aptos	107	Análise, emissão de Parecer, elaboração e publicação de Ato.	Aptos
	18	Análise, emissão de Parecer, elaboração e publicação de Ato.	Indeferidos	9	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.	Aptos
	64	Elaboração e publicação de Ato de Retificações	Aptos			
<b>Atendimento</b>	86	Presencial/telefone		80	Presencial/telefone	
	30	Ofício/memorando		43	Ofício/memorando	
<b>Total</b>	<b>3.412</b>			<b>1.549</b>		

Fonte: Elaborado pela avaliadora com dados da SESR.

## 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. No 2º quadrimestre foram ofertadas para profissionais de saúde **532** vagas, sendo 509 alunos e 23 docentes. No total de 28 processos educacionais destes 18 iniciados no 2º quadrimestre.

### 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 73 – Demonstrativo da participação dos trabalhadores da saúde em eventos educativos realizados por outras Instituições, Tocantins, 1º e 2º. 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	<b>Médio Norte Araguaia</b> (Araguaína), <b>Sudeste</b> (Arraias), <b>Cerrado Tocantins Araguaia</b> (Colméia, Guarai), <b>Ilha do Bananal</b> (Gurupi), <b>Capim Dourado</b> (Miracema, Palmas), <b>Cantão</b> (Paraíso) e <b>Amor Perfeito</b> (Porto Nacional)
Congresso COSEMS		100	Servidores do SUS Estadual	<b>Todas as Regiões de Saúde</b>
Especialização em Terapia Intensiva		10	Médicos	<b>Capim Dourado</b> (Palmas), <b>Ilha do Bananal</b> (Gurupi), <b>Médio Norte Araguaia</b> (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	<b>Médio Norte Araguaia</b> (Araguaína), <b>Cerrado Tocantins Araguaia</b> (Brasilândia) e <b>Capim Dourado</b> (Palmas)
<b>TOTAL</b>		<b>207</b>		

Fonte: SESRT (1º Quadrimestre 2016).

**Quadro 74 – Demonstrativo da participação dos trabalhadores da saúde em eventos educativos realizados por outras Instituições, Tocantins, 2º. Quad. de 2016.**

PROCESSO EDUCACIONAL	No. DE VAGAS OFERTADAS (Docentes)	No. DE VAGAS OFERTADAS (Discentes)	PÚBLICO ALVO	REGIÃO DE SAÚDE CONTEMPLADA (municípios)
Especialização em Saúde Pública	16	40	Servidores graduados do SUS	Todo o Estado

Fonte: SESRT (2º quadrimestre 2016).

**Quadro 75 – Demonstrativo das vagas ofertadas para participação dos trabalhadores da saúde em eventos educativos, por público-alvo, Tocantins, Janeiro a Agosto, 2016.**

PÚBLICO ALVO	TOTAL DE VAGAS OFERTADAS (Discentes)
Servidores do SUS	410
Trabalhadores do SUS, profissionais de saúde, educadores da área da saúde, comunidade, movimentos sociais, controle social	189
Servidores Públicos Graduados	147
Agentes Comunitários de Saúde	120
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem Estaduais e Municipais	90
Servidores graduados em fisioterapia que atuam em Urgência e Emergência	40
Técnico de Enfermagem	30
Enfermeiros	30
Servidores de farmácias básicas e hospitalares	30
<b>TOTAL</b>	<b>1.086</b>

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

**Quadro 76 – Demonstrativo da participação dos trabalhadores da saúde em eventos educativos, Tocantins, 1º. Quad. 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	<b>Cerrado Tocantins Araguaia</b> (Guaiaí, Recursolândia, Pedro Afonso, Centenário) <b>Capim Dourado</b> (Miracema, Palmas, Rio Sono, Novo Acordo, Lizarda) <b>Cantão</b> (Cristalândia, Chapada de Areia, Divinópolis, Marianópolis, Paraíso) <b>Amor Perfeito</b> (Ponte Alta do Tocantins, Chapada da Natividade, Porto Nacional, Sudeste (Almas))
Especialização Técnica em Instrumentação Cirúrgica		30	Técnico de Enfermagem	<b>Capim Dourado</b> (Palmas) <b>Amor Perfeito</b> (Porto Nacional) <b>Cantão</b> (Paraíso) <b>Ilha do Bananal</b> (Gurupi) <b>Médio Norte Araguaia</b> (Araguaína)
Curso de acolhimento como Prática de Produção de Saúde – Turma de Palmas		40	Servidores do SUS	<b>Capim Dourado</b> (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	<b>Médio Norte Araguaia</b> (Araguaína (Hospital Regional, Secretaria Municipal de Saúde))
Curso de acolhimento como Prática de Produção de Saúde – Turma de Araguaína		40	Servidores do SUS	<b>Cantão</b> (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	<b>Amor Perfeito</b> (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	<b>Capim Dourado</b> (Palmas) <b>Amor Perfeito</b> (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	<b>Médio Norte Araguaia</b> (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	<b>Sudeste</b> (Dianópolis, Novo Jardim, Porto Alegre, Rio da Conceição) <b>Amor Perfeito</b> (Santa Rosa)
Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde / Formação Inicial – Turma de Palmas		30	Agentes Comunitários de Saúde	<b>Capim Dourado</b> (Palmas)
Urgência e Emergência para enfermeiros	3		Enfermeiros	<b>Capim Dourado</b> (Palmas)
Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde / Formação Inicial – Turma de Paraíso		30	Agentes Comunitários de Saúde	<b>Cantão</b> (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	<b>Amor Perfeito</b> (Natividade) <b>Bico do Papagaio</b> (Tocantinópolis)
<b>TOTAL = 12</b>	<b>7</b>	<b>370</b>		

**Quadro 77 – Demonstrativo da participação dos trabalhadores da saúde em eventos educativos, Tocantins, 1º e 2º. Quad. 2016.**

PROCESSO EDUCACIONAL	No. DE VAGAS OFERTADAS (Docentes)	No. DE VAGAS OFERTADAS (Discentes)	PÚBLICO ALVO	REGIÃO DE SAÚDE CONTEMPLADA (municípios)
Curso de acolhimento como Prática de Produção de Saúde – Turma de Palmas		40	Servidores do SUS	<b>Capim Dourado</b> (Palmas - servidores da gestão)
Curso de acolhimento como Prática de Produção de Saúde – Turma de Augustinópolis		40	Servidores do SUS	<b>Bico do Papagaio</b> (Augustinópolis (Hospital Regional e Secretaria Municipal de Saúde))
Curso de Atualização para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem com Ênfase em Urgência e Emergência - Turma de Porto Nacional		30	Auxiliares e Técnicos de Enfermagem Estaduais e Municipais	<b>Amor Perfeito</b> (Porto Nacional - SEMUS, Hospital Regional)
Curso de acolhimento como Prática de Produção de Saúde – Turma de Guaraí		40	Servidores do SUS	<b>Cerrado Tocantins Araguaia - Semus, Hospital Regional</b>
Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde / Formação Inicial – Turma de Augustinópolis		30	Agentes Comunitários de Saúde	<b>Bico do Papagaio</b> (Augustinópolis, Carrasco Bonito, São Miguel, Axixá, Esperantina, Sítio Novo, Buriti e Araguatins)
Urgência e Emergência para enfermeiros	3	30	Enfermeiros	<b>Capim Dourado</b> (Palmas, Miracema, Paraíso, Porto Nacional e Ipueiras)
Curso de Assistência em Farmácia		30	Servidores lotados em farmácias básicas e hospitalares do SUS	<b>Palmas</b> (Guaraí, Miracema, Porto Nacional)
Curso a Enfermagem na Assistência Pediátrica e Neonatal para Técnicos de Enfermagem	2	99	Trabalhadores gestores do SUS, profissionais de Saúde, educadores da área da saúde, comunidade, movimentos sociais e o controle social	<b>Palmas</b> (Palmas, Araguaína, Augustinópolis, Dianópolis, Guaraí, Gurupi, Miracema, Paraíso, Pedro Afonso, Porto Nacional)
Curso a Enfermagem na Assistência Pediátrica e Neonatal para Enfermeiros	2	90	Trabalhadores gestores do SUS, profissionais de Saúde, educadores da área da saúde, comunidade, movimentos sociais e o controle social	<b>Palmas</b> (Palmas, Araguaína, Augustinópolis, Dianópolis, Guaraí, Gurupi, Miracema, Paraíso, Pedro Afonso, Porto Nacional)
Curso a Fisioterapia na Assistência Pediátrica e Neonatal	1	40	Servidores graduados em Fisioterapia que atuem na área de urgência e emergência pediátrica e neonatal.	<b>Palmas</b> (Palmas, Araguaína, Augustinópolis, Dianópolis, Guaraí, Gurupi, Miracema, Paraíso, Pedro Afonso, Porto Nacional).
<b>TOTAL = 12</b>	<b>7</b>	<b>469</b>		

Fonte: Elaborado pela avaliadora com dados da SESRT – 2º Quadrimestre 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. A obra encontra-se paralisada desde o dia 01 de agosto de 2016, conforme DOE nº 4.692 do dia 25 de agosto de 2016.

- 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\$ 430.024,90, 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.
- Ambas as obras do Hospital Regional de Paraíso encontra-se paralisada desde o dia 18 de março de 2016, conforme DOE nº 4.713 do dia 28 de setembro de 2016

### **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\$ 13.410.771,87 e R\$ 8.217.723,17 Contudo o Processo 2013/3055/1912 cujo objeto é Reforma e Ampliação do Hospital Geral de Palmas está com 32,88 % 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, 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 os quais foram aprovados em 14/09/2016, os projetos encontram-se em fase de finalização dos projetos complementares que após será encaminhado para execução do processo licitatório da edificação.
- Construção do Hospital Geral de Araguaína (Fonte 4219 Operação de Crédito) houve execução financeira no valor de R\$ 10.919.874,60 contudo o Processo 2013/3055/2541 cujo objeto é Construção do Hospital Geral de Araguaína está com 6,78 % 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) teve solicitação para arquivamento por parte da diretoria de atenção especializada, por já estar sendo construído, pelo município de Araguaina, um Centro de Reabilitação tipo IV. Não havendo justificativa para construção de outro CER;

### **Hospital Regional de Augustinópolis**

- Reforma e ampliação do Hospital Regional de Augustinópolis está com 34,18% 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.	Resultado do 2º 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%	NI
o Região de Saúde Médio Norte Araguaia			1,33%	1,33%	NI
o Região de Saúde Ilha do Bananal			1,16%	1,45%	NI
o Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia			2,05%	2,05%	NI
o Região de Saúde Capim Dourado			0,99%	0,99%	NI
o Região de Saúde Cantão			0,43%	0	NI
o Região de Saúde Bico do Papagaio			2,38%	1,04%	NI
o Região de Saúde Amor Perfeito			0,97%	0,97%	NI
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b>					
<b>Análise descrita no primeiro quadrimestre:</b> a meta para a região <b>Capim Dourado</b> 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 <b>Sudeste</b> é de 1,62% de cobertura, foi realizada no primeiro quadrimestre de 2016. A meta para a Região do <b>Bico do Papagaio</b> 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 <b>Médio Norte</b> 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 <b>Cerrado Tocantins Araguaia</b> 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 <b>Amor Perfeito</b> 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 <b>Cantão</b> foi executada nesse primeiro quadrimestre. <b>Ilha do Bananal:</b> 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%.					
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	NI
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b>					
<b>Análise descrita no primeiro quadrimestre:</b> 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 hoje temos uma cobertura de 44% a meta para 2016 é de 58% 55%, 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 colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária 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	NI

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

**Análise descrita no primeiro quadrimestre:** 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	NI
--	---	-------	------	------	----

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

**Análise descrita no primeiro quadrimestre:** 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	NI
o Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia		Unidade	4.200	929	NI
o Região de Saúde Médio Norte Araguaia		Unidade	2.400	1.061	NI
o Região de Saúde Amor Perfeito		Unidade	2.400	1.080	NI

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

**Análise descrita no primeiro quadrimestre:** **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 Araguaia, 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.	Resultado do 2º Quad.	
Índice de cobertura assistencial no Estado do Tocantins.	32,16	31,95	31,95	$\frac{\text{Nº de USF} + \text{Nº de un. RUE} + \text{Nº de un. CAPS} + \text{Nº de un. RASPD} + \text{Nº de un. Amb e Hosp.}}{\text{População de abrangência}} \times 100.000$
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b>                      Não Houve abertura de novos serviços e estabelecimentos de saúde no período de janeiro a agosto de 2016. <b>Indicador do PPA: Índice de cobertura assistencial no Estado do Tocantins</b> – Pontos de Atenção: USF: 386; UPA: 6; SAMU: 7; CAPS: 21; CER: 2; Ambulatorial e Hospitalar: 20; Total: 442 <math>442/1.383.445 \times 100.000 = 31,95</math>. 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.</p>				

**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.	Resultado do 2º 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	1,88

**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 (Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde). O resultado do indicador, em percentual, foi obtido considerando que das 1.515.126 pessoas residentes no Estado do Tocantins, 228.088 pessoas participaram da ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada de janeiro a agosto de 2016 (Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde). Isto resultou no alcance de 1,88% (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS, acesso em 01 nov. 2016) de ação coletiva de escovação no período. O resultado (1,88%) é insatisfatório considerando a proposta de meta no Plano Estadual de Saúde para o ano de 2016 de 2,87% e em relação ao Plano Plurianual (2016-2019) está com a execução acumulada de 53,71% sabendo-se que a meta é de 3,50%. Justifica-se este resultado em virtude de 17 municípios não terem informado nenhuma ação de escovação até o 2º quadrimestre (SIA/SUS, acesso em 01 nov 2016); e que apenas 26 municípios estão, até momento, com seus resultados compatíveis com a meta pactuada. Esta ação de escovação dental supervisionada constitui-se num importante benefício para a saúde da população uma vez que previne as principais doenças bucais - cárie dentária e a doença periodontal, além de contribuir para a diminuição do número de exodontias. Recomenda-se apoiar os municípios no fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças

bucais; estimular que as ações do Programa Saúde na Escola sejam realizadas de forma sistemática pelas equipes de Saúde da Família; que, além de realizarem a ação nos escolares ampliem também aos demais grupos populacionais; estimular realização de monitoramento dos sistemas de informações com vistas à certificação de que a atividade realizada está sendo informada.

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	11,71
--	---	------	------	-------	-------

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

O indicador da meta é a Taxa de detecção de sífilis em gestantes obtido pela 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 (Boletim Epidemiológico – Sífilis – 2015, Ministério da Saúde). Foram notificados até o momento, 191 casos de sífilis em gestantes residentes no Estado do Tocantins, que dividido por 16.306, número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e no mesmo ano, e multiplicado por mil, resultou na taxa de 11,71/1000 nv (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC - Base Estadual, jan./ago. 2016), conforme cálculo previsto no Boletim Epidemiológico – Sífilis – 2015, Ministério da Saúde. Apesar da redução, essa taxa superou a meta proposta no Plano Estadual de Saúde para o ano de 2016 que é de 4,35/1000nv e de 5,01/1000nv do Plano Plurianual (2016-2019), representando uma execução acumulada de 233,73% no quadriênio. 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. Nota-se uma subestimação da meta para o ano corrente, equívoco que foi corrigido no momento da revisão do PPA e a mesma foi excluída por entender que a detecção de sífilis em gestantes trata-se de um processo operacional, cujo fim é a redução da sífilis congênita. Saliencia-se a importância dessa taxa ser crescente, visando beneficiar principalmente as gestantes e parceiros quanto ao tratamento oportuno e a diminuição da transmissão vertical da sífilis ocasionando a sífilis congênita. Esta meta contribuiu para a resolubilidade na medida em que oportunizou a detecção precoce da sífilis, possibilitando o tratamento adequado e melhoria da assistência. Recomenda-se que, por meio da integração com áreas relacionadas ao contexto, viabilize educação permanente com os profissionais da Atenção Básica em relação ao teste rápido de sífilis, e o fornecimento de insumos para a realização do teste.

3. Aumentar de 59,62% para 72,4%, até 2019, a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	Porcentagem	62,6	62,7	64,39
--	--	-------------	------	------	-------

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

Para o cálculo da meta utiliza-se o seguinte indicador: 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, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde). Até o momento, nasceram 16.306 crianças de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, dividido por 10.499, correspondendo ao número de nascidos vivos no Tocantins de janeiro a agosto, que multiplicado por cem, resultou na proporção de 64,39% (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC - Base Estadual, jan./ago. 2016, acesso em 01 nov. 2016) (Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde). Percebe-se uma crescente nessa proporção, superando a cada quadrimestre a meta de 62,60% proposta no Plano Estadual de Saúde para o ano de 2016, e progressão satisfatória com um alcance de 88,93% em relação à meta do Plano Plurianual até 2019. Esses percentuais resultaram de esforços contínuos em relação à atenção ao pré-natal, parto e puerpério e também do estímulo ao preenchimento dos instrumentos de informação como a caderneta da gestante e SISPRENATAL. Tudo isto converge para ampliar as consultas ao pré-natal às mulheres no território tocantinense e conseqüentemente a oportunidade para promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças destas mulheres, do parceiro e da criança. Recomenda-se a intensificação de cooperações técnicas articulando Área Técnica de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Homem e Área Técnica da Rede Cegonha, para apoiar e nortear os municípios a darem continuidade às ações de qualificação do pré-natal e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.

4. Aumentar de 73% para 77%, até 2019, a cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa	Porcentagem	74	19,81	76,44
--	--	-------------	----	-------	-------

Bolsa Família (PBF).	Bolsa Família (PBF).				
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>Para obtenção do dado, divide-se o número de família beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela Atenção Básica pelo número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano, multiplicado por cem. O valor usado como base para pactuação estadual e nacional, refere-se à última vigência do ano (julho - dezembro), e o período para avaliação do dado é semestral, conforme o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 (Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde). Foram acompanhadas até o momento, 91.055 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela Atenção Básica, que dividido por 119.112 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, e multiplicado por cem, resultou no percentual de 76,44% de cobertura (Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, última consolidação em 05 jul. 2016, emissão em 14 set. 2016). Considerando a meta de 74% proposta no Plano Estadual de Saúde (PES) para o ano de 2016, o alcance é satisfatório devido à mesma ter sido superada, atingindo beneficentemente as famílias inseridas no Programa do Estado do Tocantins, por meio do 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 puerpério. Quanto à meta de 77% de cobertura, prevista no Plano Plurianual, o resultado representa uma execução acumulada de 99,27%. Apesar do alcance no período avaliado, considerando a série histórica dessa meta, é possível observar um decréscimo no acompanhamento que indica a possibilidade de não alcance de meta, principalmente por se tratar de indicador que é baseado na segunda vigência do Programa (2º semestre) o qual só será viável realizar o cálculo com o fechamento da vigência que ocorrerá em dezembro.</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	100,00
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></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. O indicador de cobertura não deve passar de 100%. Caso ultrapasse esse valor, considerar o número total de habitantes residentes (Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde). Dividindo 19.236, que é a soma da carga horária dos cirurgiões dentistas por 40 e multiplicado por 3.000, resultou em 1.442.700 pessoas cobertas por atendimento de cirurgiões dentistas, no âmbito da Atenção Básica, e posteriormente dividido por 1.417.694 habitantes no mesmo local e período, multiplicado por 100, resultou em 100% de cobertura (MS/SAS/DAB, População, ago. 2016; CNES ago. 2016). O valor alcançado é superior ao desejado representando alcance satisfatório no período em relação a meta proposta no Plano Estadual de Saúde para o ano de 2016 que é de 82%; e uma execução acumulada de 117,64% em relação à meta do Plano Plurianual (2016-2019). Este resultado beneficia diretamente a população no que tange ao acesso a equipes básicas de Saúde Bucal em seus territórios como possibilidade de participarem de ações de promoção da saúde bucal, prevenção de doenças e tratamento oportuno. O apoio às equipes de saúde bucal e gestão para ampliação e manutenção dessas equipes contribui com o alcance do objetivo, pois a mesma se faz por meio de cooperações, acompanhamento, monitoramento e avaliações do cenário atual e progresso do município, com vistas em colaborar com a estruturação e adequação do processo de trabalho. Recomendamos como estratégia para a manutenção e ampliação da cobertura de Saúde Bucal do Estado, o apoio a projetos de implantação de novas equipes de Saúde Bucal junto aos municípios, o monitoramento sistemático do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, bem como a realização das ações de acompanhamento, monitoramento, avaliação e cooperação técnica aos municípios, com o intuito de colaborar com a organização do processo de trabalho das equipes.</p>					
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	95,47
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>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 no contexto municipal 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</p>					

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde). De posse dessas informações, para obter a cobertura do Estado, divide-se a população coberta pela população total no mesmo local e período, posteriormente multiplicado por 100. Dividindo 1.351.403 pessoas cobertas por equipes de Atenção Básica do Estado no Tocantins por 1.417.694 habitantes no mesmo período, multiplicado por 100, resultou em 95,47 % de cobertura (MS/SAS/DAB, População, ago. 2016; MS/SAS/DAB, Equipes Saúde da Família Implantadas, ago. 2016, atualização em 18 nov. 2016; CNES, Equipes equivalentes, ago. 2016, atualização em 18 nov. 2016). O resultado superou a meta do Plano Estadual de Saúde para 2016 que é de 89%, assim como a do quadriênio 2016-2019 (93%) que obteve uma proporção execução acumulado de 102,65%. Justifica-se o resultado alcançado em virtude da adequação de algumas equipes de Atenção Básica que apresentavam algum tipo de inconformidade no seu processo de trabalho ou problemas no envio de informações via Sistema de Informação da Atenção Básica – SISAB, situação que devolve ao município a condição de equipe implantada. Este resultado beneficia diretamente a população, uma vez que a ampliação da cobertura favorece o acesso às equipes de Atenção Básica em seus territórios como possibilidade de participarem de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento oportuno. Recomendamos como estratégia para a manutenção e ampliação da cobertura da Atenção Básica do Estado, o apoio a projetos de implantação de novas equipes de Saúde da Família junto aos municípios, o monitoramento sistemático do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, bem como a realização das ações de acompanhamento, monitoramento, avaliação e cooperação técnica aos municípios, com o intuito de colaborar com a organização do processo de trabalho das equipes. Além disso, apoio aos Programas de Provimento de profissionais para Atenção Básica.

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	9,21
--	--	-------------	------	------	------

**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, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde). O resultado do indicador foi obtido a partir de 43.455 extrações dentárias realizadas no Estado do Tocantins de janeiro a agosto de 2016, dividido por 471.948 procedimentos clínicos individuais, preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período, multiplicado por cem. Isto resultou em um alcance de 9,21% de exodontia (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS, jan. – ago. 2016, acesso em 03 nov. 2016). O resultado (9,21%) é considerado insatisfatório, levando em consideração que a proposta de alcance de meta no Plano Estadual de Saúde para o ano de 2016 e plurianual (PPA 2016-2019) é manter índices menores que 6,75%. Justifica-se este resultado em função de apenas 52 municípios terem atingido a meta pactuada entre os três entes federativos. Além disso, em um município houve erro nos dados digitados, com informação de um número superior de exodontia ao que foi realizado. O aumento dos procedimentos individuais, preventivos e curativos constitui-se num importante benefício para a saúde da população uma vez que promove a prevenção e reabilitação de doenças bucais, além de contribuir para a diminuição do número de exodontias. Salientamos ainda que o Sistema de Informações Ambulatorial fica disponível por até 3 meses para os responsáveis inserirem informações referentes às internações dos municípios. Sugerimos como estratégia de enfrentamento para melhoria da meta, a realização de cooperações técnicas com abordagem relacionada à necessidade de processos de educação em saúde e educação popular; apoio quanto à organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, com vistas no equilíbrio entre demandas programadas e espontâneas; estimular realização de monitoramento constante do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) com intuito de identificar erros de digitação para possíveis correções dentro do prazo e planejamento das ações. Além disso, estimular a realização de levantamento do índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) dos municípios; e apoiar na organização da rede de saúde bucal, para melhorar o acesso do usuário ao atendimento especializado.

<b>INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL</b>				
<b>OBJETIVO</b> 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 2016	Resultado do 1º Quad.	Resultado do 2º Quad.	
Taxa de mortalidade infantil	11,18	13,57	10,38	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><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b>                      Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano / número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano x 1000 (Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde). A taxa de 10,38 óbitos por 1000 nascidos vivos, referente ao período de janeiro a agosto de 2016 (SIM/SINASC - Base Estadual, jan. a ago. 2016, acesso em 01 nov. 2016) mantém-se decrescente, considerada satisfatória em relação à meta proposta no Plano Estadual de Saúde para o ano de 2016 de 11,18 óbitos/1000nv, e para o quadriênio 2016 - 2019 no Plano Plurianual de 8,08 óbitos/1000nv. Comparando a taxa atual ao período de janeiro a junho de 2015, 14,5 óbitos/1000nv (SIM/SINASC - Base Estadual, jan. a jun. 2015), verifica-se redução de 28,41%. Portanto, recomenda-se ao Estado a intensificação da integração e articulação, entre as políticas públicas de saúde relativas à atenção materno-infantil, principalmente no contexto da Rede Cegonha, com vista à redução da mortalidade infantil.</p>				
Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	29,44	34,25	32,33	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><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b>                      Número 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 (Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2016, Ministério da Saúde). Até agosto de 2016 o alcance foi de 32,33% (Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS - Base Estadual, jan. – jun. 2016, acesso em 02 set. 2016), que foi obtido a partir de 5.613 internações por condições sensíveis à Atenção Básica registradas no período de janeiro a junho de 2016 (período que existe a informação disponível), dividido por 17.360, que representa o total de internações registradas no Estado do Tocantins no mesmo período, e posteriormente multiplicado por 100. O resultado obtido está acima da meta no Plano Estadual de Saúde para o ano de 2016 que é de 29,44% e 24,54% para o quadriênio 2016/2019 no Plano Plurianual, no entanto apresenta tendência decrescente em relação ao quadrimestre anterior (34,25%) (SIH/SUS - Base Estadual, jan. – fev. 2016, acesso em 02 mai. 2016). Sabendo – se que a tendência do indicador é decrescente, o alcance no período avaliado de 2016 (32,33%) representa desempenho inadequado em relação ao período de janeiro a julho de 2015, que foi de 29,92% (SIH/SUS - Base Estadual, jan. – jul. 2015, acesso em 03 set. 2015). Salientamos ainda que o Sistema de Informações Hospitalares fica disponível por até 12 meses para os responsáveis inserirem informações referentes às internações dos municípios. Visando a qualificação da Atenção Básica recomenda-se o investimento em cooperações técnicas para a implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), enquanto dispositivo de efetivação das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica. Além disso, apoio aos Programas de Provimento de profissionais para Atenção Básica e o monitoramento contínuo das principais causas de internação.</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.	Resultado do 2º 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	75
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> Atualmente 5.456 usuários estão cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF, sendo que 3.929 foram considerados ativos, ou seja, usuários com Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC vigente, para os quais, houve média mensal de 2.942 usuários atendidos no período janeiro a agosto de 2016. Para análise da execução da meta foram utilizados como parâmetros para o total de atendimentos previstos os usuários com APAC vigente. Portanto, para a aferição do alcance dessa meta para o primeiro e segundo quadrimestre de 2016, a fórmula de cálculo utilizada considera a somatória de usuários atendidos dividido pelo total de atendimentos previstos multiplicado por cem. Conclui-se que o desempenho de execução da meta foi satisfatório, considerando que 75% dos usuários com APAC vigente foram atendidos. O atendimento é realizado a todas as regiões do estado em unidades de atendimento descentralizadas nos municípios de Palmas, Araguaína, Gurupi e Porto Nacional. Alguns fatores contribuíram para o não alcance do índice desejado: Processos de compras em andamento; 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 pelo Ministério da Saúde ficaram com estoque zerado durante parte do período avaliada (janeiro a agosto de 2016). Os beneficiários gerados pela meta são os usuários cadastrados e ativos no CEAF 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	50,00
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> O indicador da meta refere-se ao percentual de repasses aos municípios. A fórmula de cálculo utilizada para aferição da meta consiste no número de repasses realizados por município multiplicado pelo número de municípios dividido pela quantidade de repasses previstos por município multiplicado pelo total de municípios, multiplicado por cem. Conclui-se que o desempenho da meta foi satisfatório visto que no período avaliado, janeiro a agosto de 2016, foi realizada a transferência referente a contrapartida estadual (exercício de 2016) para aquisição dos medicamentos do componente básico para os 139 municípios até a competência de JUNHO/2016 (número de repasses = 6). Foi realizado também, o repasse parcial da dívida referente exercícios de 2014 e 2015. Os municípios foram os beneficiários da meta, uma vez que, os recursos transferidos são destinados a aquisição dos medicamentos e insumos do componente básico da assistência farmacêutica sob responsabilidade dos municípios.</p>					
<b>INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL</b>					
<b>OBJETIVO</b> 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.	Resultado do 2º Quad.		
Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService.	55%	18,42%	53%	$\frac{\text{Número de municípios com sistema Hórus implantado ou enviando conjunto de dados por meio de serviço webservice no Estado}}{\text{Nº Total de municípios no Estado}} \times 100$	

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

O cálculo da taxa consiste no número de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService, dividido pelo número de municípios no estado multiplicado por cem. No período de janeiro a agosto de 2016, 73 municípios (53%) do Tocantins implantaram o sistema HÓRUS ou enviaram dos dados por meio do serviço WebService. Considerando que a meta desejada para 2016 é 55%, conclui-se que o desempenho do indicador foi satisfatório tendo. O alcance da meta no 2º quadrimestre justifica-se pela especificidade na execução das ações previstas para mensuração do indicador, sendo considerado o envio de dados pelo sistema HÓRUS ou por meio do serviço WebService pelos 139 municípios no período avaliado. 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 permite: Qualificar os serviços gerenciais e assistenciais; Monitorar e avaliar a gestão da Assistência Farmacêutica; Disponibilizar informações de acesso e uso dos medicamentos; Otimizar os recursos financeiros aplicados na Assistência Farmacêutica no SUS.

**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.	Resultado do 2º 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	55
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>No 2º quadrimestre de 2016 foi possível ter acesso aos dados do número de partos via sistema DATASUS dos meses de janeiro a julho, sendo estes o que se encontravam fechados. Nos meses de maio a julho de 2016 foram registrados no DATASUS/MS 6.541 partos realizados no Estado do Tocantins, sendo destes 3.580 partos normais e 2.961 partos cesáreo. Esses números representam percentual de 55 % de partos normais e 45% de partos cesáreo. Na análise do quadrimestre observamos que o percentual de partos normais realizados foi maior do que a meta alcançada em 2015 (52,8%). A meta foi alcançada. Todavia 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, foi 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. As principais dificuldades encontradas para a realização da ação foram número reduzido de recursos humanos na área técnica da Rede Cegonha, a morosidade na conclusão dos processos em andamento, principalmente os de reforma e ampliação de ambiências, que permitirão o fortalecimento da Rede Cegonha no estado. Outra dificuldade são os cancelamento de processos de compras de equipamentos para estruturação dos serviços e o número insuficiente de profissionais especializados principalmente nos hospitais regionais estaduais.</p>					
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	0,18

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

A meta 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 2016 2º quadrimestre de 2016 é 0,20 procedimentos ambulatoriais de média complexidade. Esta meta não foi alcançada, a razão foi 0,18 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 agosto de 2016, que eram os dados disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial/DATASUS/Ministério da Saúde, coletados em 10 de novembro de 2016. Diante dos dados concluímos que existe 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.

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	2,59
--	--	-------	------	------	------

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

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 2º quadrimestre é alcançar a razão de 2,84 procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, no entanto a razão foi de 2,59 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 agosto de 2016, dados disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial/DATASUS/Ministério da Saúde, coletado em 10 de novembro de 2016. O não alcance da meta deve-se a insuficiência/inexistência de equipamentos médico hospitalares e descontinuidade de manutenção preventiva e corretiva dos mesmos, a, principalmente equipamentos de imagem, tais como endoscópio comum e para CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica), ultrassom, tomógrafo, torre urológica, eletroencefalógrafo, eletroneuromiógrafo 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. 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, bem como o movimento grevista, no qual foram suspensos todos os atendimentos de caráter eletivo, priorizando apenas os atendimentos de urgência e emergência.

4. Aumentar para 18,6 a razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente, até 2019.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade pela população residente.	Razão	4,65	0,87	2,36
--	---	-------	------	------	------

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

A meta é alcançar anualmente a razão de 4,65 de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade para a população dos 139 municípios do estado do Tocantins e tem por finalidade avaliar a melhoria do desempenho, resolutividade e qualidade das internações clínico-cirúrgicas realizadas no estado. A meta proposta para 2016, para 2º quadrimestre é alcançar a razão de 3,10 internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, no entanto o resultado alcançado foi de 2,36 internações clínico-cirúrgicas/habitante/ano não tendo sido alcançada a meta pactuada. Para cálculo foi utilizada a população estimada IBGE 2016 (1.532.902 hab.). A meta foi analisada considerando os meses de janeiro a agosto de 2016, dados disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial/DATASUS/Ministério da Saúde, coletado em 10 de novembro de 2016. O não alcance da meta deve-se à insuficiência de leitos cirúrgicos; a escassez de profissionais especializados no estado; a paralização do trabalho dos anestesistas nos hospitais estaduais, que passaram a executar procedimentos somente nos casos de emergência; suspensão do pagamento da produtividade aos médicos cirurgiões, descontinuidade do abastecimento de insumos médico hospitalares, a insuficiência de carga horária médica para realização de cirurgias eletivas e a descontinuidade dos serviços de imagem e laboratoriais têm dificultado a manutenção e o aumento da oferta da assistência clínica cirúrgica de média complexidade aos usuários, bem como o movimento grevista dos servidores

estaduais, que gerou suspensão dos atendimentos de caráter eletivo, priorizando apenas os atendimentos de urgência e Há a necessidade de ampliação e reestruturação física e funcional de algumas 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	1,50
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>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 2º quadrimestre alcançar a razão de 1,56 internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade , no entanto a razão foi de 1,50 internações clínica-cirúrgica de alta complexidade habitante/ano. Para cálculo foi utilizada a população estimada IBGE 2016 (1.532.902 hab.). Esta meta não foi alcançada. A insuficiência de leitos 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, paralisação dos mutirões de cirurgias eletivas, bem como o movimento grevista, no qual foram suspensas todos os atendimentos de caráter eletivos, priorizando apenas os atendimentos de urgência e emergência contribuindo assim para a redução da oferta de cirurgias e consequentemente de internações cirúrgicas</p>					
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	1,18
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>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 2º quadrimestre de 2016 ocorreram 9.388 internações de menores de 15 anos nas UTI's públicas do estado, nos meses de janeiro a julho, e 111 óbitos neste mesmo período.. A meta não foi alcançada. Considerando que o indicador tem polaridade negativa, não houve redução do número de óbitos, o resultado (proporção) 1,18% no quadrimestre foi superior a meta proposta de 0,75 para o ano. No 2º Quadrimestre a Gerência da Rede de Atenção às Urgências realizou visitas técnicas no SAMU 192 de Palmas para conhecer e apoiar o serviço quanto as inconformidades que favoreceram a perda da qualificação do SAMU 192; Realizada Visita Técnica nos Hospitais de Porta de Entrada (Hospital Regional de Araguaína, Hospital Regional de Augustinópolis, Hospital Regional de Araguaçu e Hospital Regional de Gurupi). Foi discutido os protocolos de Classificação de Risco nas portas de entrada e institucionalizado as 05 cores de classificação conforme preconiza a Política Nacional da Humanização (PNH). Realizada Oficina na Região de Saúde da Ilha do Bananal para alinhamento da Rede. Nesta oficina foi construído um plano de trabalho que reflita as necessidades e nós críticos apontados pelos municípios da região.</p>					
<b>INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL</b>					
<b>OBJETIVO</b> Melhorar o desempenho, resolutividade e qualidade das unidades hospitalares do Estado.					
<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>			<b>Fórmula de cálculo</b>	
	<b>Meta Anual 2016</b>	<b>Resultado do 1º Quad.</b>	<b>Resultado do 2º Quad.</b>		
Índice de desempenho e qualidade da gestão dos serviços hospitalares.	4,0	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. A informação deste indicador estará disponível no 3º quadrimestre.

**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.	Resultado do 2º Quad.
1. Atingir 50% de doações espontâneas na Hemorrede em 2019. Estadual	Taxa de doação espontânea	Porcentagem	37	48	49
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> No 2º quadrimestre observou-se erro nos dados compilados e expostos no 1º quadrimestre, sendo necessário fazer as devidas correções. Então, no 1º quadrimestre de 2016, a porcentagem de doações espontâneas foi de 48%, pois nesse período, o total de doações foi 10.521, sendo 5.076 destas, espontâneas. Comparando com o mesmo período do ano de 2015, tem-se 2% a mais: No 2º quadrimestre, temos um total de doações de 21.524, sendo 10.617 espontâneas. Portanto, já temos 49% de doações espontâneas.					
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	2,5
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> o 2º quadrimestre manteve-se o índice de produção de 2,5 e observou-se um discreto aumento do número de bolsas processadas que foram 7.619 bolsas, o que resultou na produção de 19.141 hemocomponentes no período, totalizando 37.749 hemocomponentes produzidos.					
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	17,5
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> No 2º quadrimestre foram produzidos 14.440 concentrados de hemácias, destes, 2.531 foram descartados correspondendo a um percentual de 17,5% de descarte de concentrado de hemácias; comparando com a meta anual estabelecida no Plano Estadual de Saúde, houve uma redução de 3,4%.					
4. Reduzir o percentual de inaptidão sorológica de doadores de sangue para 4% até 2019. Estadual	Taxa de inaptidão sorológica	Porcentagem	5	4	3,6
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> No 2º quadrimestre foram realizados exames sorológicos em 15.538 doadores de sangue, destes, 554 doadores foram considerados inaptos (pois tiveram resultado do exame sorológico reagente ou inconclusivo para algum marcador sorológico), atingindo um total de índice de inaptidão sorológica de 3,6% no período.					

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.	Resultado do 2º Quad.	
Taxa de cobertura transfusional no estado do Tocantins.	100%	66%	71%	Números de transfusões / nº de leitos X 100 / 8
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b>                      Para avaliar este Indicador considera-se os leitos hospitalares públicos e privados (excluindo os leitos crônicos e psiquiátrico) num total de 2.860 leitos do estado cadastrados no CNES. No 2º quadrimestre foram realizadas 16.317 transfusões, significando 1.405 transfusões a mais com relação ao 1º quadrimestre e uma taxa de 71% de cobertura transfusional demonstrando que a meta anual estabelecida no Plano Estadual de Saúde, será alcançada.</p>				

**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.	Resultado do 2º 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	9.504
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b>                      O indicador designado a mensuração desta meta é "Número de testes sorológicos Anti-HCV realizados". Ela refere-se a realização de exames para realização do diagnóstico da Hepatite Tipo C que é uma DST . A fórmula de cálculo utilizada para aferição do alcance dessa meta é: <i>Número de testes sorológicos Anti-HCV realizados no ano para diagnóstico da hepatite C</i> e sua Fonte: SIA/SUSA meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 17.532 exames e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 13.172 exames. No período de janeiro a agosto de 2016, foram registrados no DATASUS das sorologias para hepatite C até a presente data 9.504 exames, (Fonte: SIA/SUS – 01/09/2016) o que representa um alcance de 54,2% da meta do PPA (quadrienal) e 72% da meta do PES( anual), apontando uma tendência de alcance da meta. No mesmo período do ano passado foram realizados 8.392 exames realizados. OBS: Este banco de dados só disponibiliza os dados fechados a cada dois meses. 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.</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	134

<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 175 unidades e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 151 unidades. No período avaliado do mês de Janeiro a agosto de 2016, o resultado obtido foi de <b>134</b> unidades de saúde notificantes, alcançando <b>76,57%</b> da meta do PPA e <b>88,7%</b> da meta do PES (dados obtidos do SINAN, analisado em 02/09/2016), considerada satisfatória para o período. Em relação ao mesmo período do ano anterior, foram 110 unidades notificantes. A área tem previsto ações por meio de capacitações dos profissionais da rede de atenção à saúde <i>in loco</i> e sensibilização dos gestores (a ação consiste em ampliar o atendimento às pessoas em situação de violência, passando 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).</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	55	16,70	41,70
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de número de casos confirmados de meningites bacterianas por técnicas laboratoriais específicas” e expressa a qualidade do diagnóstico das meningites bacteriana por critério laboratorial com exames específicos pelas técnicas de cultura, contraímunoelctroforese (CIE) e látex nos casos de pacientes suspeitos de meningite nas unidades hospitalares de referencia no Estado. O diagnóstico por estas técnicas é um fator de qualidade e garante maior eficácia na identificação do agente patogênico e medidas de controle mais imediatas e específicas impedindo o surgimento de novos casos ou intervindo de forma mais rápida para evitar o óbito. Sua fórmula de cálculo compreende o número de casos confirmados de meningite por técnica laboratorial especifica dividido pelo número total de casos confirmados de meningite multiplicado por 100. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 60% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 55%. O valor aferido neste ano de 2016 de janeiro a agosto foi de <b>41,70%</b> (Fonte: SINAN-NET/SESAU-TO, dados obtidos em 06/09/2016), referindo-se a <b>69,5%</b> da meta do PPA e a <b>75,8%</b> da meta do PES. Este resultado, comparado ao mesmo período do ano anterior, havia sido de 60%. 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.</p>					
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	20
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 70 municípios e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 28 municípios. O valor aferido neste ano de 2016 e acumulado até o momento foi de <b>20</b> municípios equivalendo ao alcance de <b>28,6%</b> da meta do PPA e a <b>71,4 %</b> da meta do PES, demonstrando uma tendência satisfatória. Esta meta será corrigida para 2017 haja vista que seu enunciado refere-se a número absoluto e seu indicador é de proporção. Os 20 municípios que alcançaram a meta até o momento segundo região de saúde foram: Ananás, Carrasco Bonito, Araguaína, Presidente Kennedy, Lajeado, Palmas, Paraíso, Oliveira de Fátima, Pindorama, Porto Nacional, Aliança, Jau do TO, Aurora, Combinado, Conceição, Dianópolis, Novo Jardim, Porto Alegre, Taguatinga.</p>					
5. Alcançar 70% dos municípios com as cobertura 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	70	12,23	17,98
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.”.</p>					

Este é um dos mais importantes A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 e para o PES – 2016 é de 70% No período de janeiro a agosto de 2016, apenas **17,98%** dos municípios do Estado (25 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 05/09/2016). Ressalta-se que, estes dados são referentes aos meses de janeiro a julho, pois o fechamento do mês de agosto se dará até o dia 10 do mês subsequente. Nesse período, a avaliação foi realizada tendo como base 09 (nove) vacinas do calendário básico de vacinação da criança (BCG, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite, Rotavírus, Febre Amarela, e Tríplice Virale Influenza), quando se compara estes dados com o mesmo período de 2015 (35,25%), 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 seis mudanças de versão; Envio dos dados em versão desatualizada; Sistema vem dando vários erros na base de dados; Falta de alimentação oportuna do SIPNI pelos municípios (43 municípios não alimentaram regularmente o sistema de informação o que corresponde a 48,42% 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.

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	65	77,69	76,40
--	---	-------------	----	-------	-------

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

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. O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de municípios alimentando regularmente (por semana epidemiológica) o número de casos de Doenças Diarreicas Agudas no Sistema de Informação SIVEP-DDA.”. Sua fórmula de cálculo compreende o número de municípios alimentando regularmente (por semana epidemiológica) o sistema de informação SIVEP-DDA dividido número total de municípios (139), multiplicado por 100. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 - 2019 é de 80% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 65%. No período avaliado do mês de janeiro a agosto, o resultado registrado foi de **76,40%** equivalendo a **95,5%** da meta do PPA (quadrienal) e a **117,5%** da meta do PES, com forte tendência a alcance da meta do PPA e superação das meta anual proposta do PES. Não é possível o comparativo com mesmo período do ano anterior, em razão deste indicador ser recente. Justifica-se essa melhora em virtude de ações de monitoramento que foram ampliadas, tanto por via telefônica, quanto por e-mails junto aos municípios/profissionais de saúde.

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	65	17	42,67
---	--	-------------	----	----	-------

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

O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.”. Sua fórmula de cálculo compreende: **Passo 1:** calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (pct): numerador: número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância. Denominador: total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais. Fator de multiplicação: 100. **Passo 2:** calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez (pt): numerador: número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância. Denominador: total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez. Fator de multiplicação: 100. **Passo 3:** calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre (pchl): numerador: número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância. Denominador: total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre. Fator de multiplicação: 100. **Passo 4:** calcular a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez: A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 80% e em relação a meta anual do

PES para o ano de 2016 é de 65%. O valor aferido referente ao período de Janeiro a Agosto de 2016 foi de 42,67% (Fonte: SISAGUA, atualizado em 31/08/2016)

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	70	86,01	77,83
---	--	-------------	----	-------	-------

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

A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 85% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 70 %. O valor aferido neste ano de 2016, acumulado de janeiro a agosto alcançou **77,83%** equivalendo a **91,56%** da meta do PPA (quadrienal) e a **111%** do PES (anual), que é considerado satisfatório. 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. Ressalta-se que o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN possui prazos para encerramento dos casos de até cento e oitenta dias (180), podendo este limitador temporal dificultar a avaliação uma vez que as informações só poderão ser consideradas definitivas após o prazo supracitado.

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	80	96,8	90,9
--	--	-------------	----	------	------

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

A Proporção de exames anti HIV nos casos novos de tuberculose é um indicador que reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes portadores de AIDS, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado. A fórmula de cálculo utilizada para aferição do alcance dessa meta leva em consideração o total de casos novos de tuberculose com exame anti HIV realizado dividido pelo total de casos novos de tuberculose diagnosticados no ano multiplicado por 100. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 85% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 80%. No período avaliado do mês de Janeiro a agosto de 2016, o resultado obtido foi de 90,9% de exames anti-HIV realizados nos casos novos de TB (Fonte: SINAN-NET/SESAU-TO, dados obtidos em 31/08/2016), superando a meta para o ano para ambos Instrumentos de Gestão (105,9% para o PPA e 112,6% para o PES) . Este resultado comparado com o mesmo período do ano anterior foi de 90,5%. 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).

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	80	68,1	81,3
--	---	-------------	----	------	------

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

A Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera é um indicador que mensura o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença, possibilitando a verificação, de forma indireta da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas de gestão do SUS. A fórmula de cálculo utilizada para aferição do alcance dessa meta leva em consideração o total de casos Novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados dividido pelo total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial diagnosticados multiplicado por 100. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 85% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 80%. No período avaliado no mês de Janeiro a agosto de 2016, o alcance da meta foi de **81,3%** (Fonte: SINAN-NET/SESAU-TO, dados parciais obtidos em 31/08/2016), equivalendo a **95,6%** em relação ao PPA (quadrienal) e a **101%** do PES (anual) apontando para uma evolução favorável ao seu alcance. Para o mesmo período do ano anterior, o alcance da meta foi de 81,6%. Em comparação ao ano anterior, o alcance da meta no período avaliado tem resultados semelhantes, visto que o encerramento como ignorado/branco, ou seja, pacientes que já deveriam ter recebido alta, diminuiu, resultando em um número maior de pacientes com encerramento favorável. Ressalta-se que com a versão 5.0 do SINAN-NET (ocorreu inclusão de novos campos na ficha de 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 SINAN junto aos municípios via e-mail, e telefone e quando da visita técnica aos municípios objetivando o alcance da meta ao longo do ano.					
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	72	0	0
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> A Dengue é uma doença endêmica em todo o Estado do Tocantins e uma das principais DNCI. O controle do vetor é uma das medidas mais importantes de vigilância epidemiológica e para sua mensuração a execução dos ciclos de visita domiciliares se faz necessária para identificação de focos do vetor e sua imediata eliminação, contribuindo assim para a redução de casos da doença e consequente alcance do objetivo. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 87% e para o PES para o ano de 2016 é de 72%. <b>Contudo o indicador de aferição desta meta é anual e não pode ser mensurado trimestralmente.</b>					
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	80	56	51,58
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> No período de janeiro a agosto, 51,58% 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 05/09/2016). Ressalta-se que, estes dados são referentes aos meses de janeiro a julho, pois o fechamento do mês de agosto se dará até o dia 10 do mês subsequente. Quando se compara estes dados com o mesmo período de 2015, havia sido alcançado a meta de 87,32% , observando-se que houve uma redução da mesma, porém uma tendência ao alcance em 2016. Os possíveis fatores para o não alcance são: a liberação do sistema para a digitação se deu apenas na segunda quinzena de fevereiro; mudança do Calendário Básico de Vacinação, o sistema necessitou passar por algumas adequações; Houve seis mudanças de versão; Envio dos dados em versão desatualizada; Sistema vem dando vários erros na base de dados; Alta rotatividade dos digitadores e técnicos das salas de vacina nos municípios; Já houve correção dos dados pelo Min. da Saúde em 2015. Em contrapartida, ao longo dos anos deveremos alcançar esta meta intensificando as ações de monitoramento e acompanhamento junto aos municípios.					
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	85	58	86
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados”. Sua fórmula de cálculo compreende o número de municípios com casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificado, por residência dividido número total de municípios (139), multiplicado por 100.OBS: Para o cálculo do indicador o numerador deve captar os casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho notificados por município de residência. Dessa forma serão captadas as informações da proporção de municípios que, no recorte anual, tiveram pelo menos um caso de trabalhador ou trabalhadora notificado no SINAN. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 90% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 85%. O valor aferido neste ano de 2016 e acumulado até o momento foi de 86% referente ao período de Janeiro a Agosto de 2016. (Fonte: SINAN)					
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	90,3	81,20	82,4
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b>					

O indicador desta meta é “Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados” e sua importância se deve pelo fato de medir a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, para detecção de outros casos novos. Sua fórmula de cálculo compreende o Número de contatos intradomiciliares examinados entre os casos novos diagnosticados de hanseníase por local de residência atual nos anos de coortes (Paucibacilares – PB – diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e Multibacilares – MB – diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) dividido pelo número de contatos intradomiciliares registrados de hanseníase por local de residência atual, entre os casos novos em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes (Paucibacilares – PB – diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e Multibacilares – MB – diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) multiplicado por 100. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 90,7% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 90,30%. No período avaliado do mês de janeiro a agosto/2016, o resultado foi alcançado foi de **82,4%** do exame de contatos intradomiciliares nas coortes. No mesmo período do ano anterior, o resultado foi de 87,3% de avaliação de contatos (Fonte: SinanNet, em 01/09/2016). O resultado equivale a **90,8%** da meta prevista no PPA(quadrienal) e a **91,25%** do PES com uma característica de alcance satisfatório.

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	92,2	79,20	75,6
--	---	-------------	------	-------	------

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

O indicador desta meta é “Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes” e sua importância se deve pelo fato de possibilitar a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de Saúde a pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas. Sua fórmula de cálculo compreende o Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes (Paucibacilares – PB – diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e Multibacilares – MB – diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação dividido pelo Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local multiplicado por 100. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 92,6% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 92,2% . No período avaliado de janeiro a agosto de 2016, o resultado alcançado foi de **75,6%** da proporção de cura dos casos novos de hanseníase nas coortes, referindo-se a **81,64%** de alcance da meta do PPA (quadrienal) e a **82%** da meta do PES (anual) com uma tendência satisfatória. É importante ressaltar que, o banco de dados da hanseníase é fechado em março do ano subsequente ou seja em março/17. Em comparação com o mesmo período do ano anterior, o resultado foi de 87,2% de cura. (Fonte: SinanNet, em 01/09/2016). Este resultado 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, visando o alcance da meta destacamos as capacitações, supervisões, monitoramento do SINAN NET previstas pra o 3º quadrimestre de 2016.

16. Alcançar <b>93%</b> 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	91	97	97,68
--	--	-------------	----	----	-------

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

O indicador designado a mensuração desta meta é “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.”. Sua fórmula de cálculo compreende o total de óbitos notificados no SIM até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência por local de ocorrência dividido pelo total de óbitos informados multiplicado por 100. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 93% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 91%. O valor aferido neste ano de 2016 e acumulado até o momento foi de **97,68%** equivalendo a **105 %** da meta do PPA e a **107%** da meta do PES. A superação da meta é positiva pois registra uma melhoria na qualidade das notificações de óbitos no Estado, apontando que as informações foram digitadas oportunamente, isto é informada dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da

Saúde. 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%.					
17. Alcançar <b>93%</b> de cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade-SIM em relação a estimativa do IBGE até 2019.	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado	Porcentagem	91	28	64
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>O indicador designado a mensuração desta meta é “Registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado”. Sua fórmula de cálculo compreende o Número informado de óbitos residentes dividido pelo Número estimado de óbitos residentes, multiplicado por 100, sendo este um importante indicador de qualidade da Vigilância em Saúde, pois 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. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 93% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 91%. A cobertura de óbitos alcançada nos meses de janeiro a agosto foi de <b>64%</b>; (dados parciais - prazo para digitação é de 60 dias após ocorrência do óbito), sendo <b>68,8%</b> da meta do PPA e a <b>70%</b> da meta do PES, sendo considerado satisfatório. Contudo a área técnica, para aumentar este percentual, 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.</p>					
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	95	46	66
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>A investigação de óbito em idade fértil tem sua importância, pois visa identificar óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar 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. O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) Investigados”. Sua fórmula de cálculo compreende os casos investigados de óbito em mulheres em idade fértil cadastrados no Modulo de Investigação do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM dividido pelo total de casos notificados e registrados no Modulo de Investigação do SIM multiplicado por 100.</p> <p>A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 96 % e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 95%. O valor aferido da proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados no período de janeiro a agosto neste ano de 2016 foi de <b>66%</b>, equivalendo a <b>68,75%</b> da meta do PPA(quadrienal) e a <b>69,5%</b> da meta do PES (anual), apontando uma tendência de alcance em ambos os Planos, 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. 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 16/11/2016.</p>					
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	0,36
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>O indicador designado a mensuração desta meta é “Número de testes de sífilis por gestante”.Esta meta refere-se ao alcance da razão de dois testes de sífilis por gestantes anualmente. A meta quadrienal projetada para o PPA 2016 -2019 e para o PES – 2016 é de 2 testes. No período avaliado de janeiro a junho de 2016 foram realizados <b>0,36</b> exames de VDRL e teste rápido para sífilis em gestantes/parturientes, usuárias do SUS, residentes do Tocantins (o que corresponde a <b>18%</b> da meta). No mesmo período do ano anterior foram alcançados a razão 0,03 exames, configurando assim uma melhora significativa de um ano para outro, mais um resultado insatisfatório. (este banco só disponibiliza dados fechados a cada dois meses) – (Fonte: SIA/SUS – 05/09/2016).</p> <p>Salientamos que na revisão do PPA e PES para o ano de 2017 esta meta será excluída, por ter sido excluída da avaliação em nível nacional e também em virtude da mesma refletir uma ação operacional em nível municipal, não contribuindo como meta estratégica neste nível de planejamento realizado influenciando muito pouco o alcance do objetivo proposto, pois se trata de uma atividade processual obrigatória de rotina dos serviços de pré-natal.</p>					

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	9,63
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> O indicador designado a mensuração desta meta é a Taxa de detecção de HIV". Para avaliação desta meta foi utilizado o seguinte método de Cálculo: A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de <b>26,58 por 100.000 hab</b> e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de <b>19,97/100.000hab</b>. No período de janeiro a agosto de 2016, a taxa de detecção foi de <b>9,63/100.000</b> habitantes. No mesmo período do ano anterior, a taxa foi de 10,28/100.000hab. 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 31.095 (Trinta e um mil e noventa e cinco) Teste Rápido para diagnóstico do HIV, com foco nas campanhas de carnaval, e de praia 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 – 05/09/2016).</p>					
21. Alcançar anualmente 100% de vacinação antirrábica dos cães na campanha no quadriênio – 2016 – 2019.	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	Porcentagem	100	102	102
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> A vacinação antirrábica é uma meta que aponta ao percentual de cães e gatos que foram imunizados com a vacina antirrábica animal, contribuindo diretamente no alcance do indicador do objetivo por referir-se a prevenção de uma doença de notificação compulsória imediata (DNCI) que é a Raiva Humana transmitida por cães e gatos possuindo uma letalidade (poder de matar) de 100% em quem adquire a doença. O indicador designado à mensuração desta meta é "Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina". A fórmula de cálculo utilizada para aferição do alcance dessa meta considera o número de cães existentes no estado do Tocantins que foram vacinados divididos pela população estimada de cães do Estado multiplicado por 100. Observação: estima-se, com base nos dados censitários caninos, que a população de cães. Pode variar entre 10 e 20% em relação à população humana de cada município. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 100% e a meta anual do PES para o ano de 2016 é também é de 100%. Para o ano de 2016, a campanha de vacinação antirrábica dos cães foi realizada no período de 15/02 a 15/04, sendo o dia "D" 27/02. O Estado do Tocantins superou a meta estimada de 100% tanto do PPA quanto do PES, atingindo a cobertura vacinal de <b>102%</b>, alcançando a meta programada com a vacinação de <b>231.824 cães (102%)</b> e 61.087 gatos (99%). 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. Fonte: Consolidado municipal, 09/05/2016.</p>					
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	40
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> A ampliação da quantidade de municípios que desenvolvem ações de vigilância, prevenção, controle e combate da Doença de Chagas é um indicador de relevância por mensurar a cobertura destas ações nos municípios e grau de alerta a uma doença que é endêmica em varias Regiões de Saúde do Estado. O indicador designado a mensuração desta meta é "Realizar vigilância passiva para controle de vetores da Doença de Chagas através da notificação de insetos suspeitos, feita pela população". A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 85 municípios e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 72. No período de janeiro a agosto, <b>40</b> municípios alcançaram cobertura de 80% das ações de vigilância passiva da doença de Chagas, alcançando <b>47%</b> da meta do PPA e a <b>55%</b> da meta do PES, o que é satisfatório em relação ao PPA (quadrienal), pois estamos no decurso de 01º ano do quadriênio, e intermediária em relação ao PES (anual), quando era estimado no período ter alcançado pelo menos 47 municípios. Considera-se município que realiza vigilância passiva da doença</p>					

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. Para o 3º quadrimestre as ações de capacitação, supervisão e articulação estão programadas visando alcançar a meta de 72 municípios realizando a vigilância passiva da doença de Chagas. Fonte: Área Técnica de Controle da Doença de Chagas . 06/09/2016.

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	80
---	--	---------	----	----	----

**Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:**  
O indicador e a fórmula de cálculo designado a mensuração desta meta é “Número de municípios número de municípios que realizam vigilância laboratorial da raiva”. Esta meta refere-se ao monitoramento da circulação do vírus da raiva na população canina, com envio de amostra (cérebro) de cães com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial pelos nos municípios. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 110 municípios e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 90 municípios. O valor aferido neste ano de 2016 e acumulado até o momento é de **80** municípios equivalendo a **72,72%** da meta do PPA e a **89%** da meta do PES. Estes 80 municípios, no período de janeiro a agosto de 2016, segundo relatório do LACEN, encaminharam 451 cérebros caninos para análise laboratorial. 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 agosto, foram encaminhados para a análise laboratorial 460 cérebros caninos por 80 municípios. Fonte: relatório emitido pelo LACEN, 06/09/2016. Salientamos que na revisão do PPA e PES para o ano de 2017 esta meta será excluída, em virtude da mesma refletir um processo de trabalho contínuo já realizado pelas equipes municipais de saúde considerado um nível operacional de planejamento, não contribuindo como meta no nível de planejamento estratégico do PPA, não havendo portanto prejuízo na vigilância e controle da raiva.

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	113
--	---	---------	----	-----	-----

**Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:**  
teste rápido pra triagem de Leishmaniose canina é de grande importância para a detecção imediata de cães contaminados pelo protozoário do gênero Leishmania, promovendo a rápida intervenção pela eliminação do cão doente, impedindo eu o mesmo continue a transmitir a doenças a outras pessoas, principalmente à idosos e crianças. O indicador designado a mensuração desta meta é “Municípios realizando o teste rápido de leishmaniose visceral canina”. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é 139 municípios e para o PES -2016 65 municípios. O valor aferido de janeiro a agosto e acumulado até o momento foi de **113** municípios que conseguiram realizar o teste rápido para leishmaniose visceral canina equivalendo a **81,30 %** da meta do PPA e **173,8 %** da meta do PES, sendo este um resultado satisfatório com tendência a alcance do PPA até o final de 2019 e superação da meta do PES - 2016. No mesmo período do ano anterior, apenas 36 municípios realizaram esse exame equivalendo a 25% da meta final do PPA 2016-2019. A justificativa para a superação da meta do PES – 2016 foi que ocorreu pela Área Técnica uma intensificação da descentralização do teste rápido de triagem para LV canina e uma maior adesão dos gestores e equipes municipais de vigilância em saúde. Fonte: Planilha de controle dos municípios capacitados para o TR DPP, 06/09/2016.

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	1
o Região de Saúde Ilha do Bananal			3	2	2

o Região de Saúde Médio Norte Araguaia			3	3	3
o Região de Saúde Amor Perfeito			4	2	3
o Região de Saúde Bico do Papagaio.			3	1	1
o Região de Saúde Capim Dourado			3	2	2
o Região de Saúde Cantão			4	4	4
o Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia			4	3	4

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

O indicador designado a mensuração desta meta é “Número de municípios com estrutura de vigilância em saúde do trabalhador implantada e executando as ações”. Esta meta refere-se à descentralização das ações de vigilância em saúde do trabalhador - VISAT pela implantação de serviços nos municípios. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 56 municípios e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 27 municípios. O valor aferido neste ano de 2016 e acumulado até o momento é de 20 municípios equivalendo a 35,7% da meta do PPA e a 74% da meta do PES. Salientamos que a partir de 2016, mediante Portaria Estadual 842/2015 publicada no DOE 4.440 de 19/08/2015, foi aprovado o repasse Fundo a Fundo, para facilitar a execução financeira planejada para os municípios já homologados por Resoluções da CIB desde 2012. Assim, dos 35 municípios para os quais foram descentralizadas as ações de VISAT, 27 deveriam receber o incentivo financeiro remanescente de anos anteriores, sendo 17 referentes a 2015 e os demais aos anos anteriores em 2016, sendo este número projetado como a meta para 2016. Salientamos que na revisão do PPA e PES para o ano de 2017 esta meta será excluída, em virtude da mesma refletir um processo de trabalho, não contribuindo como meta estratégica neste nível de planejamento realizado influenciando muito pouco o alcance do objetivo proposto. Os 20 municípios que receberam os recursos até o momento são segundo Região de Saúde foram:

Região de Saúde	Municípios
Bico do Papagaio	Araguatins
Médio Norte Araguaia	Campos Lindos, Goiatins, Xambioá
Cerrado Tocantins Araguaia	Arapoema, Colméia, Itacajá, Pedro Afonso
Capim Dourado	Miracema, Rio Sono
Amor Perfeito	Monte do Carmo, Porto Nacional, Silvanópolis
Cantão	Araguacema, Divinópolis, Lagoa da Confusão, Paraíso do TO
Ilha do Bananal	Formoso do Araguaia, Peixe
Sudeste	Arraias

26. Elevar para 90% a Investigação dos óbitos infantis e fetais até 2019.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Porcentagem	87	17	67
---	--	-------------	----	----	----

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

O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de óbitos infantis e fetais investigados”. Sua fórmula de cálculo compreende os casos investigados de óbitos infantis e fetais notificados compulsoriamente no SINAN dividido pelo total de óbitos infantis e fetais ocorridos notificados e registrados no mesmo período e lugar multiplicado por 100. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 90% de óbitos investigados e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 87% de óbitos investigados. A proporção de óbitos infantis e fetais investigados período de janeiro a agosto do ano corrente foi de **67%**, tendo em vista que os municípios ainda estão dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde para realização das investigações. O alcance em relação ao PPA foi de 74,44% e do PES 77% apontando uma tendência de alcance das metas. 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 16/11/2016

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	92
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>A avaliação das causas básicas bem definidas de óbitos é de suma importância para o alcance do Objetivo, pois são primordiais para análise do comportamento da mortalidade de uma população, para detectar os seus fatores causais e de risco e assim melhorar a qualidade da informação norteando para subsidiar medidas de prevenção, vigilância, controle, combate, assistência e reabilitação de um determinado agravo ou doença. O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de registro de óbitos com causa básica definida”. Sua fórmula de cálculo compreende os registros realizados pelo profissional médico na Declaração de óbito (D.O.) em que a causa básica do óbito é definida dividido pelo total de Declaração de óbito (D.O.) no mesmo período e lugar multiplicado por 100. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 92 % e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 90%. No mês de janeiro a agosto do ano corrente o Estado alcançou 92% 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, alcançando e superando respectivamente a meta do PPA (quadrienal) e do PES (anual). Vale ressaltar que o banco de dados é um sistema que permite alterações das informações constantemente até seu encerramento. (Fonte: SIM/Tabwin). Atualizado dia 16/11/2016.</p>					
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	73	68,60	68,3
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>O diagnóstico laboratorial de LTA – aponta para a qualidade da confirmação diagnóstica da Leishmaniose. Tal confirmação por laboratório confirma a presença do tipo de agente transmissor que são protozoários do gênero Leishmania (Leishmania amazonenses, Leishmania guyanensis ou Leishmania braziliensis), transmitidas ao homem através da picada do mosquito Lutzomyia, conhecido popularmente no Tocantins por mosquito-palha. Tal medida contribui para viabilizar a segurança em medidas de controle e proteção ambiental e vetorial para interrupção da cadeia de transmissão e impedir a transmissão em novos suscetíveis, contribuindo em parte no alcance do objetivo. O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de casos de LTA com critério de confirmação laboratorial” e a fórmula de cálculo utilizada para aferição do alcance dessa meta considera o número de casos confirmados de LTA no Tocantins por critério de confirmação laboratorial divididos pelo total de casos notificados de LTA no Estado multiplicado por 100. Esta meta refere-se ao percentual de diagnósticos confirmados de LTA por critério laboratorial. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 80% e a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 73%. De acordo com os dados parciais de janeiro a agosto, <b>foram notificados 180 casos de LTA, dos quais 123 tiveram acesso ao diagnóstico laboratorial equivalendo a 68,3%. No mesmo período do ano anterior, a meta havia sido 75,7% (dos 375 casos de LTA, 278 tiveram acesso ao diagnóstico laboratorial).</b> O valor aferido equivale a <b>85,3%</b> da meta estimada para o PPA e <b>93,5%</b> meta estimada do PES para 2016, considerado satisfatório para ambos Instrumentos de Gestão. Contudo salientamos que ocorreram dificuldades 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 profissionais 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 tratadas podem evoluir para quadros críticos, causando transtornos psicológicos e sociais aos pacientes. Em 2015, 77,1% dos casos notificados receberam diagnóstico laboratorial. Fonte: SINAN, 06/09/2016. Ao analisar esta meta no decorrer no ano de 2016, optou-se na revisão do PPA para 2017 em excluí-la, pois percebeu-se que a mesma possui pouco impacto sobre o indicador, haja vista que existem outras metas inerentes à Leishmaniose contempladas no PPA/PES que caracterizam melhor no alcance do Objetivo. Outro aspecto a salientar é que a série histórica de comportamento desta doença apresenta um comportamento que independe da realização do diagnóstico laboratorial, por ter uma característica rural.</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	1
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b>O indicador designado a mensuração desta meta é “Número de casos novos de AIDS em menores de 5” e refere-se em manter a incidência de AIDS em menores de 5 anos em 1 caso</p>					

anualmente. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 1 caso e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é também de 1 caso. No período avaliado de janeiro a agosto de 2016 foi notificado 01 (um) caso de Aids em menores de 5 anos. No mesmo período do ano anterior houve registro também de 01(um) caso notificado (Fonte SINAN – 05/09/2016). A meta encontra-se dentro do estimado para seu alcance e a área técnica tem tomado medidas de prevenção e controle para que não ocorra mais nenhum caso. Esta é uma meta que apresenta uma positividade quando a tendência é decrescente, ou seja quanto menos melhor.

30. Manter em 100 % a investigação dos óbitos maternos até 2019.	Proporção de óbitos maternos investigados	Porcentagem	100	40	54
--	---	-------------	-----	----	----

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

O óbito materno é considerado um agravo de investigação compulsória e obrigatória por profissionais da 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 do evento para recomendar as medidas de prevenção dos óbitos evitáveis. A meta contribui diretamente no Objetivo do PPA/PES, pois avalia a qualidade da atenção tanto da vigilância em saúde como na assistência à saúde, e refere-se a um dos mais graves e piores indicadores epidemiológicos do país, sendo considerado estratégico na avaliação em saúde em âmbito nacional. O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de óbitos maternos investigados”. Sua fórmula de cálculo compreende os casos investigados de óbito materno notificados compulsoriamente no SINAN dividido pelo total de óbitos maternos ocorridos notificados e registrados no mesmo período e lugar multiplicado por 100. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 100% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 100%. A proporção de óbitos maternos investigados no período de janeiro a agosto do ano corrente foi de **54%**, equivalendo a 54% de alcance tanto do PPA (quadrienal) quanto do PES (anual), apontando uma tendência insatisfatória, contudo salientamos que o banco de dados de mortalidade é um Sistema Nacional que permite alterações das informações constantemente até seu encerramento que é de 06 meses após o término do ano. (Fonte: SIM Estadual). Atualizado dia 16/11/2016

31. Manter em zero a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária até 2019.	Incidência Parasitaria Anual (IPA) de malária	Unidade	0	0	0
--	---	---------	---	---	---

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

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	20	3,30	7,66
--	--	-------------	----	------	------

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

O indicador designado a mensuração desta meta é “Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários”. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 e para o PES – 2016 é de 20% O valor aferido neste ano de 2016 e acumulado até agosto foi de 7,66% equivalendo a 38,3 % da meta do PPA e do PES apontando para o não alcance da meta prevista. 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 conseqüentemente as mesmas ações deverão ser dirigidas aos seus contatos, quando detectado caso de tracoma ativo. No período de janeiro a agosto de 2016, 20 municípios realizaram busca ativa em 5.935 escolares, sendo, detectados 92 casos, no mesmo período em 2015 foram examinadas, 17.644 crianças e detectados 264 casos, em 12 municípios. Percebe-se que houve no período redução de 66,36% no número de escolares examinados em 2016. Quanto ao número de casos, observamos redução de 65,15%, essa diminuição pode estar atrelada ao menor número de exames realizados e principalmente, aos tratamentos realizados nos anos anteriores que acabam por diminuir a circulação do agente causador (*Chlamydia trachomatis*). Para este ano a meta de escolares a serem examinados é 15.495 escolares (20% dos escolares, segundo censo escolar da SEDUC 2014),

33. Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) de 241,2 para 218,03 por 100.000 hab. até 2019.	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Taxa	231,65/ 100.000	72,20	155,63
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> O indicador designado a mensuração desta meta é "Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)". A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 218,03/100.000 e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 231,65/100.000 hab. O valor aferido neste ano de 2016 no período avaliado de janeiro a agosto, teve como taxa de mortalidade 155,63/100.000 habitantes (Fonte: SIM Tocantins – 02/09/2016), sendo esta uma meta que apresenta uma positividade quando a tendência é decrescente, ou seja quanto menor melhor. Quando se compara estes dados com o mesmo período do ano anterior, o resultado foi de 168,90/100.000 habitantes, o que se observa uma redução do mesmo de 13,27%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</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	5
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> O número de óbitos absoluto por Leishmaniose visceral é um importante indicador de sensibilidade da utilização de medidas imediatas de diagnóstico, tratamento e cura desse agravo, pois tais óbitos são evitáveis quando vigilância e assistência interveem de forma imediata e precisa, cumprindo com o protocolo clínico nacional preconizado, pois quanto mais cedo o diagnóstico, maiores as chances de cura, ocorrendo casos de óbitos apenas quando as condições clínicas do paciente realmente são precárias. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de redução para 6 (seis) óbitos absolutos; e em relação a meta do PES (anual) é alcançar no máximo 10 óbitos em 2016. Esta é uma meta que apresenta uma positividade quando a tendência é decrescente, ou seja quanto menos melhor. O valor aferido do acumulado até o momento de janeiro a agosto foi de <b>5 óbitos</b> apenas. Para o PPA/2016-2019 equivale a <b>83,3%</b> da meta estipulada e para o PES-2016 <b>50%</b>, apontando um comportamento satisfatório, haja vista que no mesmo período no ano de 2015 já haviam ocorrido 15 óbitos por LV no Tocantins uma redução de mais 66% quando comparamos o período.</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	150
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> A redução de casos novos de Leishmaniose visceral (LV) é um dos maiores e mais necessários desafios para a Vigilância em Saúde no Tocantins, tendo em vista que a LV é endêmica no Estado, explodindo em virtude da urbanização e criação de cidades em antigas rurais, invadindo o habitat natural do vetor transmissor da doença (o mosquito Lutzomyia, conhecido popularmente no Tocantins por mosquito-palha) afugentado os seus antigos reservatórios que eram raposas e marsupiais, substituindo pelo cão domestico e o Homem. A redução de casos novos mede a eficácia das medidas de controle do vetor, prevenção e de tratamento dos casos, visando a interrupção da cadeia de transmissão e do número de casos contribuindo assim para o alcance do objetivo. A meta projetada no PPA 2016 -2019 (quadrienal) é de 858 casos novos e do PES (anual) para o ano de 2016 é de 231. O valor aferido neste ano de 2016 e acumulado até o momento de janeiro a agosto foi de <b>150</b> casos novos de LV representando um aumento de 3,4% em relação ao mesmo período de 2015 que foram de 145. Em relação ao PPA</p>					

(quadrienal) o valor alcançado representa um alcance de **17,5%** da meta e a **64,5%** da meta do PES, apresentando um tendência positiva de alcance, pois esta é uma meta que apresenta uma positividade quando a tendência é decrescente, ou seja quanto menos melhor. Adicionalmente, há 216 casos em aberto aguardando investigação. Um dos objetivos primários do Programa Estadual 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.

36. Reduzir os óbitos de dengue passando de 6 para 3 ao ano até 2019.	Número absoluto de óbitos por dengue.	Unidade	6	0	0
---	---------------------------------------	---------	---	---	---

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

Número de óbitos absoluto por Dengue é um indicador que mensura a utilização de medidas eficazes e imediatas de diagnóstico, tratamento e cura desse agravo, pois tais óbitos são evitáveis quando vigilância e assistência interveem de forma imediata e precisa, cumprindo com o protocolo clínico nacional preconizado, pois quanto mais cedo o diagnóstico e a utilização das medidas, maiores as chances de cura, ocorrendo casos de óbitos apenas quando as condições clínicas do paciente realmente são precárias, pois tais casos estão relacionados a forma mais grave da doença que pode evoluir para a Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) que é e uma das principais DNCI, assim como os casos de óbitos, interferindo extremamente no alcance ou não do objetivo. O indicador designado a mensuração desta meta é “Número absoluto de óbitos por dengue.”

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	23,81	0	15,1
---	--	-------------	-------	---	------

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

A redução do diagnóstico tardio pelo HIV é um indicador importante frente ao alcance do Objetivo, em virtude de que o diagnóstico precoce aumenta a expectativa de vida do soropositivo e permite o acompanhamento e tratamento nos Serviços de Assistência Especializados – SAE, pois quem inicia o tratamento especializado no tempo certo e segue as recomendações da equipe dos serviços de saúde especializados tem maiores chances de melhora na qualidade de vida, além de ser fundamental para o controle da infecção e disseminação do vírus. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 17,36% e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 23,81%. No período avaliado de janeiro a agosto de 2016, dos pacientes que realizaram CD4, **15,1%** apresentaram concentrações inferiores a 200 cel/mm<sup>3</sup>, alcançando em **86,9%** da meta proposta para o PPA e **63,4%** para o PES (este banco é disponibilizado pelo Ministério da Saúde anualmente, porém foram disponibilizados dados parciais, assim a informação corresponde ao período de Janeiro a abril). Não há como comparar esses dados com o mesmo período do ano anterior, em função de o Ministério da Saúde ter disponibilizado as informações referente ao período de Janeiro a Dezembro do ano de 2015 somente no início deste ano de 2016. (Fonte: MS-<http://www.aids.gov.br/dadosCOAP> – 05/09/2016). A Gerência Estadual de DST/Aids e Hepatites Virais vem ampliando as ações de diagnóstico precoce do HIV com a oferta de testes rápidos para as unidades básicas de saúde que possuem profissionais capacitados na metodologia de teste rápido para diagnóstico do HIV, triagem da Sífilis e Hepatites Virais e aumento da oferta de insumos de prevenção para todos os municípios.

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	152
---	---	---------	-----	----	-----

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

O indicador designado a mensuração desta meta é “Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade”. A redução da Sífilis congênita é um indicador de importância para o alcance do Objetivo, por ser uma doença sexualmente transmissível evitável e tratável, haja vista a existência de recursos para sua interrupção. A meta quadrienal projetada no PPA 2016 -2019 é de 93 casos e em relação a meta anual do PES para o ano de 2016 é de 127 casos. No período de janeiro a agosto de 2016 foram notificados 152 casos novos de sífilis congênita, um dado insatisfatório, superando em 163% da meta do PPA e em 119% a do PES, pois esta é uma meta que apresenta uma positividade quando a tendência é decrescente, ou seja quanto menor melhor. No mesmo período do ano anterior foram notificados 153 casos novos de sífilis congênita. Observa-se um aumento no número de casos novos, que teve como possíveis fatores determinantes no período a falta da matéria prima para a produção da Penicilina G Benzatina que é o principal medicamento para tratamento da gestante, e casos de reinfecção por parte dos parceiros pela resistência ao tratamento. 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 – 05/09/2016).

**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.	Resultado do 2º Quad.	
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 (sessenta) dias após a notificação	35%	16,60%	30,70%	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
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>A proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias é um indicador de pactuação nacional e mensura a capacidade de resolução imediata das investigações de casos de relevância epidemiológica para a saúde coletiva de indivíduos e da população. É calculado pelo total de registros de DNCI, ocorridos no estado do Tocantins por local de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de sua notificação, dividido pelo número total de registros de DNCI, ocorridos no estado do Tocantins por local de residência, notificados no período da avaliação, multiplicado por 100. Até a 34ª Semana Epidemiológica (Janeiro a Agosto de 2016) <b>30,70</b> das doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) notificadas no período foram encerradas oportunamente. (Base Estadual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, acesso em 15/09/2016). Em relação a meta estimada do PPA para o quadriênio 2016 – 2019, o valor aferido encontra-se com alcance de <b>61,4%</b>, apontando para uma tendência de alcance da meta deste indicador que apresenta uma progressão satisfatória tanto para a meta do PES (anual) que é de <b>35%</b>, quanto para a do PPA (quadriênio) que é de <b>50%</b>. O alcance de encerramento até 60 dias de doenças de notificação compulsória imediata contribuiu para verificar o alcance do objetivo, pois o mesmo identifica a eficiência das medidas imediatas de vigilância para interrupção da cadeia de transmissão de doenças consideradas graves, impedindo assim o surgimento de novos casos, realizado a partir de casos notificados (cl clinicamente declarados ou suspeitos) e seus contatos, identificando imediatamente a fonte de infecção e o modo de transmissão; os grupos expostos a maior risco e os fatores de risco; bem como confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas. O seu propósito final é orientar medidas de controle para impedir a ocorrência de novos casos. Consoante Resolução - CIB nº 127/2015, de 04 de dezembro de 2015, publicada no DOE-TO Página 96 em 21/01/2016 são consideradas DNCI para o Estado do Tocantins a Paracoccidiodomicose; Beribéri; Brucelose Humana; Doença Ocular de Etiologia Desconhecida – DOED; Toxoplasmose; Toxoplasmose congênita; Doença de Lyme; Febre pelo vírus Zika; Outras febres virais específicas transmitidas por artrópodes; Vítimas de Acidente de Trânsito; Síndrome das Feridas na Região Genital: Cancro Mole, Donovanose, Linfogranuloma Venéreo e Síndrome da Verruga Genital: Condiloma Acuminado -Infecção pelo Papilomavírus Humano- HPV, além das definidas no elenco nacional que são as com maior magnitude e/ou relevância do grupo de notificação imediata: Botulismo; Cólera; Dengue (óbitos); Zika (óbito); Doenças com suspeita de disseminação intencional: Antraz pneumônico Tularemia Variola; Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: Arnavírus, Ebola, Marburg; Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação; Febre Amarela; Febre de Chikungunya; Febre do Nilo Ocidental; Febre Maculosa; Hantavirose; Influenza por novo subtipo viral; Poliomielite por poliovírus selvagem; Paralisia Flácida Aguda (PFA); Peste; Raiva; Rubéola; Sarampo; Síndrome da Rubéola Congênita; Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a coronavírus - Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016).</p>				
Porcentagem de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	7%	0,72%	5,04%	<p><u>Número de municípios que executam as *ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios x 100</u> Nº de municípios</p> <p>*Observação: ações consideradas necessárias a todos os municípios (i) Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária;</p>

- (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:**

A porcentagem de municípios que executam ações de vigilância sanitária é um indicador de pactuação nacional que permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária, colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. As ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios são: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população. O estímulo às ações preventivas ou de promoção à saúde devem ser um compromisso de todo gestor. Dados constantes na programação municipal das ações de vigilância sanitária que devem ser computados mensalmente no Sistema Nacional de Informações Ambulatoriais. O indicador proposto permite identificar quais os municípios da região de Saúde realizam as ações consideradas necessárias, uma vez que são ações possíveis de serem executadas por todos os municípios e essenciais para o alcance do objetivo proposto. De janeiro a agosto de 2016 alcançou-se o percentual de 5,04%, ou seja, neste período sete municípios executaram as 07 ações de vigilância sanitária preconizadas. (Base Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS janeiro a julho, acesso em 15/09/2016). 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% dos 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. O valor aferido encontra-se com alcance de 38,76% em relação a meta estimada do PPA para o quadriênio 2016 – 2019, e em relação a meta estimada do PES para o ano de 2016 o alcance é de 72%, apontando para uma progressão satisfatória tanto para a meta do PES (anual) que é de 7%, quanto para a do PPA (quadriênio) que é de 13%. Salientamos que 105 municípios já conseguem realizar entre 06 a 04 ações, destes cerca de 27 já conseguem executar 06 das 07 ações, sendo a ação de instauração de processo administrativo sanitário o maior gargalo para o alcance ou superação da meta, devido a carência, principalmente nos municípios de menor população, de apoio jurídico municipal para o suporte no rito processual. Desde 2014 a Visa Estadual tem capacitado as vigilâncias para instauração da PAS, porém sem êxito, vários são os problemas enfrentados pelas Visas municipais para a execução desta ação, dentre elas: ingerência política, insuficiência de recursos humanos, grau de escolaridade do agente sanitário, falta de instâncias julgadoras, falta de apoio jurídico e outros. Podemos observar que o alcance das seis ações é em maior percentual, e desta forma acreditamos que este indicador será compensado ao longo do exercício. Para o alcance deste indicador foram tomadas algumas medidas para intensificar a realização das ações nos municípios, dentre elas: auditorias em duas Visas municipais, e outras, como: assessorias e treinamentos para as Visas municipais desenvolverem as ações de vigilância sanitária, e desta forma alcançar o objetivo do nosso indicador.

**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.	Resultado do 2º 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	80

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

Foram realizadas no período de janeiro a agosto de 2016, oito (08) reuniões ordinárias nas datas (21/01/2016; 11/02/2016; 10/03/2016; 14/04/2016, 12/05/2016, 09/06/2016, 23/06/2016 e 11/08/2016) e duas reunião extraordinária em (23/02/2016 30/06/2016) do Conselho Estadual de Saúde, atingindo 80% da estabelecido, onde foram deliberados (onze) 11 itens em forma de Resoluções e seis (06) Moções, atendendo os objetivos estabelecidos pelo Conselho Estadual de Saúde e cumprindo a Legislação Vigente. Nessas reuniões foram debatidos os seguintes assuntos relacionados ao Controle Social: Apreciação e Deliberação de atas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias; Apreciação/Deliberação da Descentralização de ações e Serviços Ambulatoriais da MAC com Financiamento Tripartite-Proposta de Projeto; Deliberação do Termo de Cooperação Técnica que será firmado com esta Secretária de Estado e a Organização Pan-Americana de Saúde, com início previsto para o início de 2016; Deliberação sobre o Fomento do Controle Social, junto aos Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde; Apresentação de Relatório do Atendimento de Oftalmologia realizado pela equipe da carreta em Guarai; Deliberação sobre o Plano Estadual de Promoção a Saúde, Prevenção e Controle do Câncer do Estado do Tocantins; Deliberação de Remanejamento de recursos orçamentário-financeiro, no valor de R\$29.520,00 Fonte 240, natureza de despesa 4.4.9.52, da Ação "**Aparelhamento dos pontos da Rede de Atenção a Saúde**" para a Ação "**Promoção do controle social no SUS**" com vistas a **efetivar a aquisição de equipamentos de informática para o Conselho Estadual de Saúde - CES/TO**. Deliberação/Aprovação das inclusões por Emenda Parlamentares no PPA 2016-2019 e LOA 2016, as quais serão incorporadas ao PES 2016-2019 e PAS 2016, bem como suas retificações; Deliberação/Aprovação da obra de Reforma do espaço físico para abrigar o Complexo Regulador da Região Macro-Norte do Estado na cidade de Araguaina; Deliberação/Aprovação da obra de Reforma do espaço físico para abrigar o Complexo Regulador da Região Macro-Norte do Estado na cidade de Araguaina; Destinar R\$ 30.000,00 (trinta mil de reais) ao COSEMS para o custeio dos Presidentes dos CMS participarem do 4º Congresso Norte/Nordeste e 2º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do TO; Deliberação sobre a Secretária Executiva; Deliberação sobre as retificações dos instrumentos de Gestão do PES/PPA 2016-2019 e PAS 2016: No Objetivo "Reduzir os riscos, doenças e agravos de relevância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador por meio de ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância em saúde"; No Objetivo "Promover a valorização, educação permanente, qualificação e formação dos trabalhadores do SUS"; No Objetivo "Melhorar o desempenho, resolutividade e qualidade das unidades hospitalares do Estado"; Editar (inserir) no texto do PES 2016-2019 e da PAS 2016 os valores esperados referente aos indicadores dos 07 objetivos finalísticos; Deliberação sobre os participantes da Comissão Intergestores Regional – **CIR Maio; Junho**; Deliberação sobre os participantes (titular/suplente) da Comissão de Integração de Ensino e Serviço/CIB/ETSUS; Deliberação sobre a Reunião Ordinária do dia 14 de julho, antecipar para o dia 30 junho de 2016; Participação do 4º congresso Norte/Nordeste de Secretários Municipais de Saúde e 2º Congresso de Secretários Municipais de Saúde, participação do 12º Congresso Internacional da Rede Unida em Campo Grande Mato Grosso do Sul de 21 a 24 de março de 2016, participação do 4º Congresso Norte/Nordeste e 2º Congresso de Secretarias Municipais de Saúde do TO, que ocorrerá dos dias 18 a 20 de abril de 2016 em Palmas, Lançamento da Pactuação da Atenção à Saúde do Estado do Tocantins – PASE-SUS, dia 31 de maio de 2016, participação das Comissões Intercetorial Regionais-CIR no mês de maio e junho nas 08 regiões, sendo nas cidades Palmas, Pugmil, Novo Alegre, Sitio Novo, Gurupí, Brejinho de Nazeré e Colinas, participação 20ª Plenária de Conselheiros de Saúde, Entidades, Movimentos Sociais e Populares, com o tema "o SUS do Tamanho da Necessidade do Povo Brasileiro", Promovido pelo Conselho Nacional de Saúde em Brasília – DF.

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	94,95
--	--	-------------	----	-------	-------

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

Dos 139 municípios, foram elaborados, entre o primeiro ano de gestão municipal até o segundo quadrimestre de 2016, **94,95%** dos Planos de Saúde (2014-2017) e enviados aos Conselhos Municipais de Saúde através do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, onde corresponde a 132 municípios. Salientamos que nesse quadrimestre a Região de Saúde **BICO DO PAPAGAIO** enviou 01 (um) Plano de Saúde, equivalente a **4,16%**, totalizando **95,82%** de Planos de Saúde enviados aos CMS e a Região de Saúde **SUDESTE** enviaram 03 (três) Planos de Saúde, que equivalem a **20%**, passando de **73,33%** para um percentual de **93,33%**, dessa forma a meta proposta por região foi alcançada. Os municípios de Pindorama do Tocantins e Taguatinga, não anexaram os Planos Municipais de Saúde – PMS, pelo Sistema SARGSUS, os municípios de Arraias, Bom Jesus do Tocantins, Caseara, 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 Planos de Saúde. Apesar do alcance da meta proposta, a GAGPP não mede esforços para que todos os municípios tocantinenses tenham os Planos de Saúde 2014-2017. Foi feito contato com o COSEMS e enviado para o Presidente através de e-mail a relação dos municípios com pendências quanto aos Instrumentos de Gestão do SUS, onde foi informado aos gestores na reunião prévia da Comissão Intergestores Bipartite – CIB.					
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	23,81
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> Das 42 ações orçamentárias que compõem o Fundo Estadual de Saúde na Lei Orçamentária Anual - LOA no exercício de 2016, 10 (dez) ações sofreram redução no período de janeiro a agosto/16, correspondendo ao percentual de 23,81% de ações reduzidas. Esta meta está inferior ao percentual de reduções no mesmo período do ano anterior, que foi 36,21%, ou seja, das 58 ações orçamentárias do exercício de 2015, 21 (vinte e uma) tiveram redução orçamentária. 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	0
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> A meta do objetivo não está sendo alcançada, tendo em vista que o indicador no período de maio a agosto de 2016 é 0, sendo que os Planos de Ação encaminhados as unidades hospitalares já foram respondidos indicando os ouvidores, estão em fase de envio ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS e após aprovação será liberado o sistema ouvidorSUS nível I onde as Ouvidorias dos hospitais regionais de Gurupi, Augustinópolis e Hospital Infantil de Palmas passarão a registrar e tratar suas demanda. 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. São 18 (100%) unidades hospitalares sob gestão estadual, sendo que 04 (22%) possuem ouvidoria implantadas, 3 (16,66) estão sendo implantadas em 2016. Houve mudança no calculo devido anteriormente serem 19 hospitais sob gestão do estado e hoje são apenas 18. Na revisão do PPA 2017 essa meta terá como unidade de medida número absoluto.					
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	NP
o Região de Saúde Sudeste				NP	NP
o Região de Saúde Ilha do Bananal				NP	NP
o Região de Saúde Capim Dourado				NP	NP
o Região de Saúde Cantão			5,56	0	0
o Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia			5,56	0	0
o Região de Saúde Médio Norte Araguaia				NI	NI
o Região de Saúde Bico do Papagaio.				NP	NP
<b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b> 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 CIR	Porcentagem			
o Região de Saúde Sudeste			75	114	87

o Região de Saúde Médio Norte Araguaia			75	116,5	80
o Região de Saúde Ilha do Bananal			75	84,5	83
o Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia -			75	114,5	106
o Região de Saúde Capim Dourado			75	96	75
o Região de Saúde Cantão			75	122,5	106
o Região de Saúde Bico do Papagaio.			75	88	85
o Região de Saúde Amor Perfeito.			75	123,5	94

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

**Na Região de Saúde Sudeste** a meta alcançada do objetivo foi em média de **87%** neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal a meta alcançada do objetivo foi em média de **83%** de participantes, assim a meta proposta de **75%** de participação da esfera municipal foi superada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas até o segundo quadrimestre foi em média **92%**, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. **Na Região de Saúde Médio Norte Araguaia** a meta alcançada do objetivo foi em média de **80%** neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal a meta alcançada do objetivo foi em média de **76%** de participantes, assim, a meta proposta de **75%** de participação da esfera municipal foi superada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas até o segundo quadrimestre, a média foi de **85%**, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. **Na Região de Saúde Ilha do Bananal** a meta alcançada do objetivo foi em média de **83%** neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal a meta alcançada do objetivo foi em média de **85%** de participantes, assim a meta proposta de **75%** de participação da esfera municipal foi superada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas até o segundo quadrimestre a média foi de **82%**, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. **Na Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia** a meta alcançada do objetivo foi em média de **106%** neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de **81%** de participantes, assim, a meta proposta de **75%** de participação da esfera municipal foi superada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas até o segundo quadrimestre foi em média **132%**, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. **Na Região de Saúde Capim Dourado** a meta alcançada do objetivo foi em média de **75%** neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de **65%** de participantes, assim a meta proposta de **75%** de participação da esfera municipal não foi superada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas no segundo quadrimestre a média foi de **85%**, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. **Na Região de Saúde Cantão** a meta alcançada do objetivo foi em média de **106%** neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de **93%** de participantes, assim a meta proposta de **75%** de participação da esfera foi superada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas até o segundo quadrimestre a média foi de **120%**, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada. **Na Região de Saúde Bico do Papagaio** a meta alcançada do objetivo foi em média de **85%** neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de **75%** de participantes, assim a meta proposta de **75%** de participação da esfera municipal foi alcançada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas até o segundo quadrimestre, a média foi de **95%**, portanto a meta proposta para a esfera estadual foi superada. **Na Região de Saúde Amor Perfeito** a meta alcançada do objetivo foi em média de **94%** neste quadrimestre, considerando a esfera municipal e estadual. Na esfera municipal, a meta alcançada do objetivo foi em média de **77%** de participantes, assim a meta proposta de **75%** de participação da esfera municipal foi superada. Quanto à representação da Secretaria Estadual da Saúde nas reuniões realizadas até o segundo quadrimestre a média foi de **112%**, portanto a meta proposta para esfera estadual foi superada.

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.	Resultado do 2º Quad.	
Número de indicadores de objetivos alcançados do mapa estratégico da Secretaria	12	3	8	Número de indicadores do mapa estratégico que alcançaram pelo menos 70% da meta estabelecida no período
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>O indicador Número de objetivos alcançados no mapa estratégico da Secretaria foi calculado e o valor aferido (8) corresponde a 53,33% dos objetivos estabelecidos no Mapa Estratégico para 2019, para 2016 o número desejado era 12 (67%). Os objetivos cujos indicadores foram alcançados são: Melhorar a qualidade de vida da população; Reduzir a mortalidade infantil e materna; Ampliar a cobertura e qualidade dos serviços de saúde; Fortalecer a promoção e Vigilância em Saúde; Promover a capacidade de gestão e operacionalização da saúde nos municípios; Fortalecer a participação do controle social; Promover a educação permanente dos profissionais em saúde e Executar ao orçamento conforme a necessidade expressa na Programação Anual de Saúde. Este indicador foi calculado porém contem 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). Para o exercício de 2017 este indicador foi excluído porque os objetivos do Mapa estratégico já estão desdobrados no Plano Estadual de Saúde e/ou no PPA enquanto diretriz ou objetivo.</p>				
Índice de desempenho dos indicadores municipais prioritários do SISPACTO (DOMI) – 7 indicadores	9	6,75	8,6	Ver carteira de indicadores do planejamento estratégico
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>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; O Índice de desempenho dos indicadores municipais prioritários do SISPACTO (DOMI) - 7 indicadores foi aferido, obtendo-se o valor de 8,6 que corresponde a 86% do valor proposto para 2019. Em relação ao pactuado para 2016 o valor aferido corresponde a 95,5%. Em relação ao índice atual, que é 8,23 este índice encontra-se com um percentual de 104,49. 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). Para o exercício de 2017 este indicador foi excluído: Justifica-se a exclusão do indicador “<b>Índice de desempenho dos indicadores municipais prioritários do SISPACTO (DOMI) – 7 indicadores</b>” porque parte destes 7 indicadores foram excluídos da pactuação nacional, dificultando o seu monitoramento, por não se constituir em prioridade e portanto, fora do banco de dados do SISPACTO (Sistema de Pactuação Nacional).</p>				

**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.	Resultado do 2º 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 Trabalho	Porcentagem	25	0	98,31
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>O cálculo é feito considerando que para alcance de 100% da meta do PPA deve-se implantar as 09 etapas da Política. As 02 primeiras etapas concluídas correspondem a 18%, meta do PES em 2016. Como nenhuma etapa foi desenvolvida, o alcance atual é igual a 0. A meta do objetivo não está sendo alcançada, 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 PES no exercício de 2016 é a realização de 02 de um total de 09 etapas, que equivale a 18% e corresponde a 1 - Formação do Grupo de Trabalho e 2 - Definição dos Problemas (diagnóstico da Política de Gestão do Trabalho no Estado). A meta do PPA é 100% da Política instituída. Até o término do segundo quadrimestre, não houve conclusão de nenhuma etapa. Não há como fazer um comparativo com o alcance em período equivalente em exercício anterior, pois, este é o primeiro exercício em que acompanha-se esta meta. Identificou-se a inviabilidade do cumprimento desta meta e de mensuração do alcance da mesma, o que ocasionou a sua exclusão na revisão do PPA para 2017.</p>					
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	2.050
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p> <p>O cálculo é feito através do somatório de certificados emitidos pela ETSUS para processos educacionais em saúde desenvolvidos pela própria Escola, certificados emitidos pela ETSUS para processos educacionais em saúde desenvolvidos pelas áreas Técnicas da SES e certificados emitidos por instituições parceiras para processos educacionais em saúde, quando o público alvo é constituído pelos trabalhadores do SUS do Tocantins. 2.050 trabalhadores foram qualificados e formados de janeiro a agosto de 2016, o que corresponde a 136,67% da meta do PES do exercício de 2016, que é 1.500 e 34,17% da meta do PPA que corresponde a 6.000 trabalhadores qualificados e formados. A superação da meta em relação ao PES deve-se ao atendimento emergencial das demandas do Inquérito Civil Público – Hospitais e de prioridades estratégicas pela Gestão na Saúde Estadual. Foram 61 processos educacionais abordando temáticas de todas as áreas da saúde; porém tendo foco nos processos formadores das temáticas relativas às Redes de Atenção à Saúde. Destes cursos 18 foram realizados pela ETSUS, 42 foram realizados pelas demais áreas técnicas da SES-TO e certificados pela ETSUS e 01 por outras instituições, envolvendo os municípios de todas as Regiões de Saúde e contemplando todas as categorias profissionais.</p>					
<b>INDICADOR DE AVALIAÇÃO DO OBJETIVO NO PPA - PLANO PLURIANUAL</b>					
<b>OBJETIVO</b> Promover a valorização, educação permanente, qualificação e formação dos trabalhadores do SUS.					
Indicador	Valor			Fórmula de cálculo	
	Meta Anual 2016	Resultado do 1º Quad.	Resultado do 2º Quad.		
Número de Trabalhadores certificados em processos educacionais em saúde	1.600	1,071	2.050	Nº de trabalhadores certificados em processos educacionais em determinado período	
<p><b>Análise / Avaliação com indicação de medidas a serem adotadas para adequação/correções das ações, quando necessário:</b></p>					

Este indicador é aferido através da mensuração do número absoluto de certificados que são emitidos pela ETSUS para docentes e discentes em processos educacionais em saúde realizados pela ETSUS, pelas demais áreas técnicas da SES e por instituições parceiras. No 2º. Quadrimestre, a ETSUS certificou 72 profissionais pelo desenvolvimento da prática docente e 907 profissionais como alunos, totalizando **979 certificados emitidos** em 22 processos educacionais em saúde concluídos. Destes certificados, 40 docentes e 365 alunos participaram de processos desenvolvidos pela própria Escola e, 32 docentes e 542 alunos participaram de processos desenvolvidos pelas demais áreas da SES, certificados pela ETSUS. **De janeiro a agosto, foram emitidos 2.050 certificados**, contemplando processos educacionais realizados e concluídos em 2015 e 2016, o que corresponde a 136,67% da meta anual do PES de 1.500 certificados emitidos e 34,17% da meta quadrienal do PPA de 6.000 certificados emitidos. Este é o primeiro exercício em que este indicador é utilizado, impossibilitando a comparação do desempenho do mesmo com resultados de anos anteriores. O impacto deste alcance é positivo por refletir: o quantitativo de trabalhadores que concluíram processos educacionais objetivando o desenvolvimento de competências para melhorias no serviço e o quantitativo de profissionais de saúde que desenvolveram a prática docente nestes processos educacionais colaborando com o aprendizado de seus pares, sem desprezar a experiência em serviço e aliando a teoria e a prática; bem como, contribuindo com a valorização/evolução profissional.

Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.	90%	98,26	98,31	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:**

Esta proporção consiste no cálculo do número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública com vínculos protegidos, a saber: efetivos, estáveis, requisitados, contratados, comissionados, cadastrados no CNES, no Tocantins, dividido pelo número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública: incluindo os trabalhadores de empresas prestadoras de serviços, cadastrados no CNES, no Tocantins, multiplicado por 100. O indicador teve índice de **98,31% neste segundo quadrimestre** e está sendo alcançado com sucesso. A meta prevista para o PES em 2016 é de 90% e a do PPA é 94% e o alcance respectivo foi de 109,23% e 104,58%. Ao comparar-se com o mesmo período do exercício anterior percebe-se também esta superação, uma vez que em 2015 o alcance foi de 90% no 2º. Quadrimestre. O cálculo deste Indicador tem como fonte a base de dados do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES. Há subnotificação dos dados, mas destaca-se que as atualizações do cadastro no SCNES, estão sendo realizadas pelos setores de recursos humanos das unidades de saúde da SES-TO, o que resultará na redução do índice alcançado até agora. O objetivo de atualização do cadastro é mensurar o real percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos, promovendo assim uma análise da meta deste indicador de forma mais fidedigna e com qualidade. Recomenda-se que haja continuidade nos processos de trabalho que estão em andamento, bem como maior intensificação no monitoramento das ações/processos e documentação de todas as tentativas de resolução das dificuldades/riscos encontrados que possam prejudicar o desempenho do indicador.