FUNASA 2007–2009

Biblioteca MS
10001029035

Uma Gestão de Transparência e Muitas Conquistas

(047)

1000102903 5
Tombo: AG v. 2
Data: / /

Biblioteca do Ministério da Saúde
AG
614(21)
F381F
c.2

EXPEDIENTE

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva
Ministro da Saúde
José Gomes Temporão
Presidente da Funasa
Francisco Danilo Bastos Forte

Assessor de Comunicação e Educação em Saúde e Jornalista Responsável
Domingos Xisto (RJ 15.767–JP)
Núcleo de Imprensa
Rui Pizarro (RJ 15.300–JP)

Coordenação Editorial
Domingos Xisto e **Rui Pizarro**
Equipe
Anna Lima, **André Toscano**, **Carolina Stecher**, **Chico Dias**, **Cida Gutemberg**, **Cleide Barbosa**, **Júlio Aires**, **Lylia Diógenes**, **Lyvia Cavalcanti**, **Magdo Costa**, **Marcus Marconi**, **Ribamar Rocha**, **Ricardo Nobre** e **Thiago Norões**
Revisão
Leila Santos e Ascom/Funasa
Coordenação Gráfica
Gláucia Oliveira
Projeto Gráfico e Diagramação
José Gil Dieguez
Fotos
Ascom/Presi, **Ascom/Regionais** e **Arquivo Funasa**

Fundação Nacional de Saúde (Funasa)
Setor de Autarquias Sul – Quadra 4 – Bloco N
2º Andar / Ala Norte
70.070-040 / Brasília/DF
(61) 3314-6440 /-6446 /-6439
Fax: (61) 3314-6630
E-mail: nimp@funasa.gov.br
Site: www.funasa.gov.br
Twitter: www.twitter.com/funasa

SUMÁRIO

EXPEDIENTE 3

APRESENTAÇÃO 6

MISSÃO INSTITUCIONAL 11

DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE SAÚDE PÚBLICA 13

Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) - Eixos de Ação 15

Formação dos Núcleos Intersetoriais de Cooperação Técnica (Nicts) 18

Controle da qualidade da água 20

Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para prevenção e controle de agravos 24

Implantação e melhoria de serviços de drenagem e manejo ambiental para prevenção e controle da malária 25

Implantação e melhoria de serviços de saneamento em escolas públicas rurais – Saneamento em Escolas 25

Implantação de melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas 26

Implantação de projetos de coleta e reciclagem de materiais 32

Saneamento em áreas indígenas 33

Execução direta para construção de poços tubulares para abastecimento público de água 39

DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA 47

Estrutura do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena 48

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) 48

Os Polos-Base 50

OS Postos de Saúde 50

As Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casai) 50

Avanço nos indicadores 51

Saúde Bucal 62

Dados Epidemiológicos HIV/Aids e outras DSTs na população indígena 67

Plano de ação para intervenções em HIV/Aids e DST em comunidades indígenas 68

Principais ações de hepatites virais desenvolvidas 68

Vigilância de doenças transmitidas por vetores, zoonoses e acidentes por animais peçonhentos 71

Malária 71

Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) 72

Leishmaniose Visceral (LV) 73

Dengue 74
Doença de Chagas 75
Doença de Chagas Aguda (DCA) 75
Acidentes causados por exposições a animais peçonhentos 76
Raiva humana 77
Oncocercose 77
Tracoma 79
Saúde mental 80
Assistência farmacêutica 82
Influenza pandêmica (H1N1) 2009 83
Dados epidemiológicos 84
Principais aplicações dos recursos da saúde indígena 90
Financiamento de obras por fonte de recurso 94
Gestão de convênios 94
Gestão de recursos humanos 96
Capacitação de recursos humanos 99
Capacitação dos profissionais que atuam na saúde indígena 100
Controle social – A participação social no Subsistema de Saúde Indígena 101

AUDITORIA INTERNA 105

Principais ações do ano de 2007 105
Principais ações do ano de 2008 107
Principais ações do ano de 2009 108
Estudo comparativo dos exercícios de 2007 a 2009 110

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO 115

Aquisição de combustíveis 116
Aquisição de medicamentos 119
Aquisição de insumos odontológicos 123
Aquisição de veículos 127
Recomposição da força de trabalho 129

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL 133

Aprimoramento do modelo de gestão 133
Programa de Aceleração do Crescimento – PAC 136

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO (ASCOM) 140

Ampliação do programa de educação em saúde 140

APRESENTAÇÃO

Temos a satisfação de apresentar a publicação "Triênio 2007/2009–Relatório de Gestão". Este trabalho é um documento que retrata as principais realizações da Fundação Nacional de Saúde, nesse período. A publicação resulta dos dados consolidados pelas equipes dos diversos departamentos da Funasa, com edição da Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde da presidência.

Um dos objetivos é expor de forma concisa os resultados obtidos durante a atual gestão, promovendo a visibilidade das suas ações de forma transparente. Porém, a publicação não se limita a mostrar o trabalho das áreas finalísticas — saneamento ambiental e saúde indígena da Fundação.

Proporcionamos uma visão abrangente dos números da administração, e destacamos o desempenho da Auditoria Interna e do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional.

Este trabalho apresenta de forma clara e concisa todas as ações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), no âmbito da Fundação. Desde 2007 a Funasa é responsável pelos investimentos de R$ 4 bilhões do PAC a serem aplicados até dezembro de 2010.

Até agora foram contratados R$ 3,691 bilhões para ações em áreas indígenas, de quilombos, no combate à malária e à doença de Chagas, no saneamento rural, em escolas, no abastecimento e no controle da qualidade da água, melhorias sanitárias domiciliares e no esgotamento sanitário e para o programa de resíduos sólidos.

Todos esses investimentos precisam ser bem administrados, cuidados e, principalmente, ter a sua destinação e uso adequados. Motivo pelo qual, a fiscalização desse patrimônio — que é dever de todos os servidores — é também objeto de apreciação da Auditoria Interna da Funasa, que fecha a publicação apresentando seu trabalho e as ações correcionais efetivadas.

Este trabalho manifesta o rigor, a transparência, a legalidade e a lisura na gestão da Fundação Nacional de Saúde pela atual Diretoria e a comprovação do acerto dessa política são os pareceres da Controladoria-Geral da União (CGU) e do Ministério Público Federal no Distrito Federal.

Ao longo desses três anos, obtivemos conquistas significativas e inesquecíveis cuja magnitude não pode ser medida por cifras. Uma delas foi a realização do primeiro concurso público, em junho de 2009, com vistas à contratação de novos servidores para o quadro efetivo da Fundação, além de outro, de caráter temporário, concretizado em março de 2010.

O objetivo desses concursos — além de outros, que virão —, autorizados pelo Ministério do Planejamento e por meio de um Termo de Ajuste de Conduta com o Ministério Público do Trabalho (MPT) é substituir cerca de 12 mil terceirizados que atuam nas áreas indígena e de saneamento ambiental.

Outra grande alegria foi conseguir atender a uma antiga reivindicação dos povos indígenas: a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei). Com a assinatura do Decreto nº 6.878 pelo presidente Lula, essas unidades tornaram-se descentralizadas, com liberdade para coordenar, supervisionar e executar as atividades do Subsistema de Saúde Indígena dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

As providências necessárias para que essa autonomia se torne realidade já foram adotadas e a previsão é de que os 34 Dsei estejam em plena capacidade operacional em todo o Brasil até 31 de dezembro de 2010.

Ano após ano, a Funasa também conseguiu reduzir os gastos com custeio, ou seja, passagens, suprimentos de fundos, combustível e outros itens. Em 2008, o montante aplicado foi de R$ 85 milhões, contra R$ 112 milhões em 2007, e R$ 117 milhões em 2006. A diferença de gastos entre 2007 e 2008 é de R$ 27 milhões.

Só para se ter idéia, em 2006 o valor destinado para apoio administrativo era de R$ 2 milhões por mês. Hoje, R$ 350 mil são suficientes para manter o serviço. No mesmo período (de 2006 até agora), a Funasa economizou mais R$ 15 milhões na aquisição de combustível para as unidades distribuídas por todo o País.

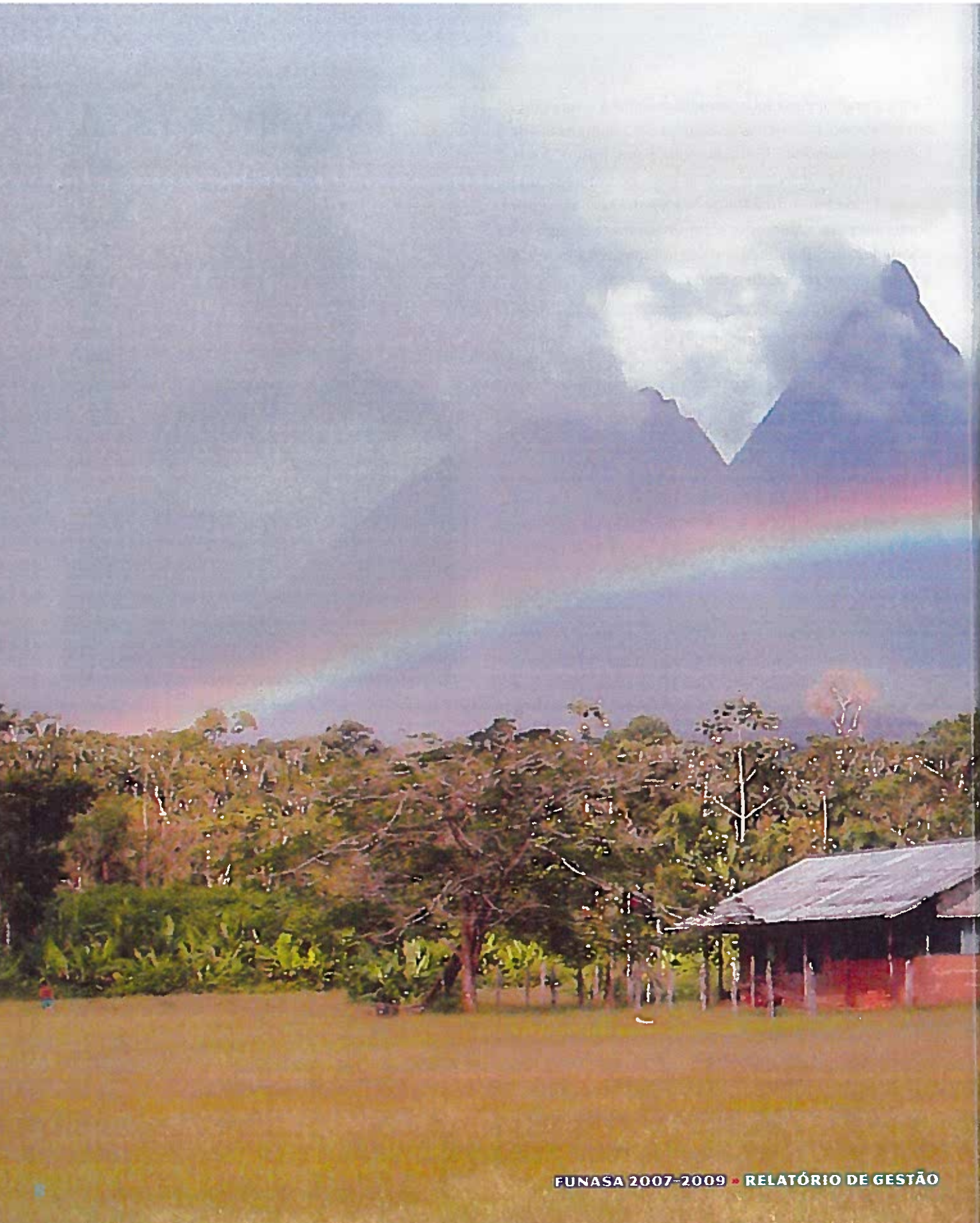
Importantes medidas saneadoras também foram motivo de grande contentamento. Em maio de 2007, logo após tomarmos posse, determinamos a suspensão de todos os processos licitatórios para análise e a auditoria de todos os convênios referentes às ONGs que atendem a saúde indígena.

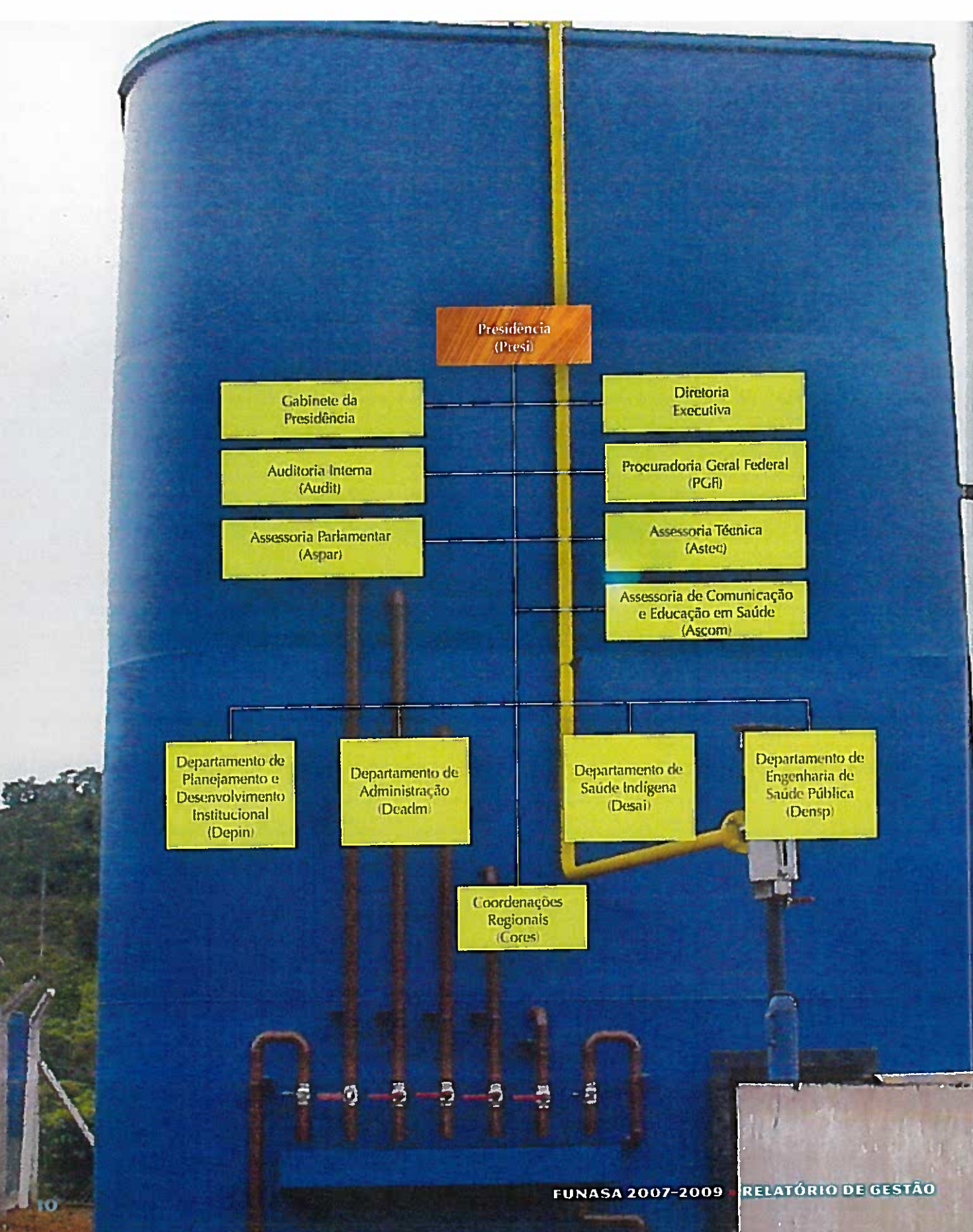
Além de auditar convênios de forma periódica e sistemática, a Funasa publicou, em maio de 2008, a Portaria nº 544, que prevê critérios e procedimentos para o maior controle na transferência de recursos das ações financiadas pela Fundação por meio de convênios e termos de compromisso.

Enfim, estes são apenas alguns exemplos do muito que temos para contar. E para comemorar!

Desejo a todos uma boa leitura.

Francisco Danilo Bastos Forte
Presidente da Fundação Nacional de Saúde




Presidência
(Presi)
Gabinete da Presidência
Auditoria Interna
(Audit)
Assessoria Parlamentar
(Aspar)
Diretoria Executiva
Procuradoria Geral Federal
(PGF)
Assessoria Técnica
(Astec)
Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde
(Ascom)
Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional
(Depin)
Departamento de Administração
(Deadm)
Departamento de Saúde Indígena
(Desai)
Departamento de Engenharia de Saúde Pública
(Densp)
Coordenações Regionais
(Cores)

MISSÃO INSTITUCIONAL

"Realizar ações de saneamento ambiental em todos os municípios brasileiros e de atenção integral à saúde indígena, promovendo a saúde pública e a inclusão social, com excelência de gestão, em consonância com o SUS e com as metas de desenvolvimento do milênio".

O PAPEL DA FUNASA

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é um órgão executivo do Ministério da Saúde e é uma das instituições do Governo Federal que promovem a inclusão social por meio de ações de saneamento. A Funasa é também a instituição responsável pela promoção e proteção à saúde dos povos indígenas.

As ações de inclusão social, pela promoção da saúde, são realizadas por meio da prevenção e controle de doenças e agravos ocasionados pela falta ou inadequação nas condições de saneamento básico em áreas de interesse especial, como assentamentos, remanescentes de quilombos, populações ribeirinhas e reservas extrativistas.

Na área de Engenharia de Saúde Pública, a Funasa é a instituição com a mais antiga e contínua experiência em ações de saneamento no País e a sua atuação é fundamentada em indicadores sanitários, epidemiológicos, ambientais e sociais como critérios para elegibilidade dos municípios beneficiados por suas intervenções.

A Funasa presta apoio técnico e/ou financeiro para o controle e a redução da mortalidade infantil e da incidência de doenças de veiculação hídrica ou aquelas causadas pela falta de saneamento básico e ambiental.

Os seus investimentos visam intervir no meio ambiente, na infraestrutura dos municípios de até 50 mil habitantes, prioritariamente, e nas condições de vida de suas populações mais vulneráveis.

DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE SAÚDE PÚBLICA (DENSP)

MAIS SANEAMENTO PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) realiza o apoio técnico e financeiro aos municípios e estados por meio de convênios e Termos de Compromissos na execução de Planos Municipais de Saneamento e obras de saneamento básico, a partir de critérios epidemiológicos, socioeconômicos e ambientais, voltadas para a promoção à saúde e para a prevenção e controle de doenças e agravos, com destaque para a redução da mortalidade infantil.

O Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Densp) foi criado na estrutura da Funasa para garantir os direitos humanos fundamentais de promoção da saúde por meio de ações de cooperação técnica, pesquisa, concepção e elaboração de projetos técnicos, elaboração de planos de saneamento, educação em saúde e mobilização social, construção e operação de obras e serviços de saneamento ambiental.

SANEAMENTO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Densp promove a melhoria da qualidade de vida, contribuindo para a redução de riscos à saúde, incentivando o acesso da população aos serviços de saneamento, focado no princípio da universalização dos sistemas de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário e gestão de resíduos sólidos urbanos, de acordo com a Lei nº 11.445/07, conhecida como a Lei do Saneamento.

O Departamento promove também a melhoria no manejo adequado dos sistemas de drenagem urbana em áreas endêmicas de malária, melhoria habitacional para controle da doença de Chagas, melhorias sanitárias domiciliares (banheiros) e ações de saneamento em comunidades indígenas, quilombolas e especiais.

O risco à saúde pública está ligado a fatores indesejáveis, mas possíveis de ocorrer em áreas urbanas e rurais, que podem ser minimizados ou eliminados com uso adequado de serviços de saneamento. O fornecimento de água potável de qualidade, neste caso é visto como uma garantia de saúde para a população.

O sistema de esgoto promove a interrupção da cadeia de contaminação humana. A melhoria da gestão dos resíduos sólidos reduz o impacto ambiental e elimina ou dificulta a proliferação de vetores. A drenagem urbana é utilizada para eliminação da malária humana.

Em parceria com órgãos e entidades públicas e privadas, presta consultoria e assistência técnica e/ou financeira para o desenvolvimento de ações de saneamento.

Alguns exemplos dos efeitos das ações de saneamento na saúde:

Água de boa qualidade para o consumo humano e seu fornecimento contínuo asseguram a redução e controle de diarreias, cólera, dengue, febre amarela, tracoma, hepatites, conjuntivites, poliomielite, escabioses, leptospirose, febre tifoide, esquistossomose e malária.

Coleta regular, acondicionamento e destino final bem equacionado dos resíduos sólidos contribuem para a diminuição da incidência de casos de peste, febre amarela, dengue, toxoplasmose, leishmaniose, cisticercose, salmonelose, teníase, leptospirose, cólera e febre tifoide.

Drenagem e esgotamento sanitário são fatores que contribuem para a eliminação de vetores da malária, diarreias, verminoses, esquistossomose, cisticercose e teníase.

Melhorias sanitárias domiciliares e melhoria habitacional estão diretamente relacionadas com a redução de doença de Chagas, esquistossomose, diarreias, verminoses, escabioses, tracomas e conjuntivites.

PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO (PAC) - EIXOS DE AÇÃO

A Funasa, como integrante do componente de infraestrutura social e urbana do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), vem atuando no período de 2007 a 2010 em articulação com os Ministérios das Cidades e da Integração Nacional priorizando cinco eixos de atuação, sendo:

I. Saneamento em Áreas Especiais: por meio do atendimento de ações de saneamento em áreas indígenas e em comunidades remanescentes de quilombos, sendo priorizadas as comunidades tituladas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), as comunidades em processo de titulação e comunidades com maior adensamento de famílias;

I. Saneamento em áreas de relevante interesse epidemiológico: serão desenvolvidas ações de melhoria habitacional para o controle da doença de Chagas nos municípios pertencentes à área endêmica da doença e de drenagem nos municípios com alta incidência da malária;

II. Saneamento em municípios com população total de até 50 mil habitantes: serão desenvolvidas ações visando à implantação e/ou ampliação de sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos e de saneamento domiciliar, em municípios com maiores taxas de mortalidade infantil, com potenciais riscos à saúde devido a fatores sanitários e ambientais e aqueles localizados na bacia do rio São Francisco;

III. Saneamento Rural: serão priorizadas as populações rurais dispersas ou localidades rurais com população de até 2.500 habitantes. Serão atendidos também os assentamentos da reforma agrária, reservas extrativistas e as escolas rurais;

IV. Ações complementares de saneamento: referem-se ao apoio às ações de controle da qualidade da água para consumo humano, assim como o apoio à reciclagem de materiais.

PEQUENOS MUNICÍPIOS E ÁREAS ESPECIAIS ATENDIDOS POR MEIO DO PAC/FUNASA

SELECIONADO 2007-2009 (R$ BILHÕES)	CONTRATADO 2007-2009 (R$ BILHÕES)	% CONTRATADO
R$ 4.032,7	R$ 3.691,4	91,6

CONTRATAÇÕES POR EIXO DE AÇÃO

EIXOS DE AÇÃO	Nº MUNICÍPIOS	VALOR CONTRATADO*	% EM OBRAS
Áreas Indígenas	261	131,61	83,3
Áreas Quilombolas	147	118,69	9,1
Combate à Malária	32	115,79	6,8
Combate à Doença de Chagas	557	274,54	30,7
Água, Esgoto, Melhorias Sanitárias e Resíduos Sólidos	1.270	2.692,58	13,7
Saneamento Rural	308	271,05	5,5
Saneamento em Escolas	217	36,40	4,3
Controle da Qualidade da Água	28	32,85	15,5
Apoio a Catadores	23	17,92	0,0
Total	3.691,4	16,4	

*Em milhões - Inclui contrapartida de estados e municípios

DETALHAMENTO DAS OBRAS POR REGIÕES E ESTADOS

REGIÃO/UF	CONTRATADO (R$)	% CONTRATADO	OBRA EM EXECUÇÃO	VALOR OBRA EXECUÇÃO	OBRA CONCLUÍDA	VALOR OBRA CONCLUÍDA	% EM OBRAS
Norte	655,34	85,8	371	96,15	254	17,55	17,3
AC	61,4	81,3	56	4,54	66	2,51	11,5
AM	106,18	73,2	45	4,34	43	2,43	6,4
AP	41,75	77,3	22	5,91	6	0,65	15,7
PA	292,64	92,3	66	49,88	39	5,34	18,9
RO	86,16	86,9	47	3,09	39	3,43	7,6
RR	34,37	91,3	74	15,92	28	1,13	49,6
TO	32,84	92,4	61	12,47	33	2,07	44,3
Nordeste	1.926,04	92,7	686	320,87	188	15,81	17,5
AL	195,76	89,8	34	9,78	16	1,36	5,7
BA	300,57	96	94	38,86	28	2,31	13,7
CE	373,57	95,1	190	112,08	70	3,43	30,9
MA	192,16	85,6	77	25,88	12	0,54	13,7
PB	205,05	97,2	77	30,3	17	1,58	15,5
PE	329,33	89,3	111	53,3	36	5,18	17,8
PI	158,56	97,3	66	27,23	6	0,33	17,4
RN	76,73	97,6	28	21,82	2	1,03	29,8
SE	94,31	86,6	9	1,63	1	0,04	1,8
Sudeste	413,95	91,3	150	50,44	117	8,46	14,2
ES	31,63	91,1	19	1,25	15	0,92	6,9
MG	261,47	91,7	73	28,63	85	3,22	12,2
RJ	60,5	94,5	31	19,05	8	2,27	35,2
SP	60,35	87,2	27	1,51	9	2,05	5,9
Sul	379,16	95,8	130	18,4	63	3,35	5,7
PR	188,73	98,7	77	4,92	46	1,55	3,4
RS	82,25	88,9	40	7,53	13	1,31	10,7
SC	108,18	96,4	13	5,95	4	0,48	5,9
Centro-Oeste	316,95	93,1	230	60,07	183	12,88	23
GO	83,27	87,3	22	9,37	5	0,43	11,8
MS	94,39	94,8	58	16,37	119	8,86	26,7
MT	137,79	95,6	150	34,33	59	3,6	27,5
DF	1,5	100	-	-	-	-	-
Total Brasil	3.691,4	91,6	1.567	545,93	805	58,05	16,4

COORDENAÇÃO GERAL DE COOPERAÇÃO TÉCNICA (DENSP/CGCOT)

A Coordenação Geral de Cooperação Técnica (Densp/CGCOT) é responsável por desenvolver atividades referentes ao "Apoio à Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico em Municípios de até 50.000 habitantes" (Ação 20AG) e ao "Fomento a estudos e pesquisas visando ao desenvolvimento tecnológico na área de engenharia de saúde pública" (Subação da Ação 20AG). A Ação 20AG é integrante do Programa 0122 – Serviços Urbanos de Água e Esgoto de responsabilidade do Ministério das Cidades.

A Política Federal de Saneamento, Lei nº 11.445/2007, aponta como uma das ferramentas estratégicas para a universalização e melhoria dos serviços de saneamento, a necessidade dos municípios elaborarem seus Planos Municipais de Saneamento Básico (PMSB).

O PMSB é um dos instrumentos da Política de Saneamento Básico do município. Essa política deve definir as funções de gestão dos serviços públicos de saneamento e estabelecer a garantia do atendimento essencial à saúde pública, os direitos e deveres dos usuários, o controle social, sistemas de informação, entre outros.

A Política Federal de Saneamento acentua ainda que, para os municípios adquirirem recursos da União destinados à infraestrutura de saneamento, será obrigatória a apresentação dos PMSB até o final de 2010.

Nesse sentido, a Funasa manteve como foco principal, no ano de 2009, atividades voltadas ao financiamento dos PMSB. Para tanto, foram trabalhados critérios de elegibilidade e priorização, baseados na estrutura de gestão dos serviços de saneamento dos municípios, na capacidade desses em gerenciar o recurso, bem como nos percentuais de cobertura dos serviços de saneamento, preservação de recursos naturais e Índices de Desenvolvimento Humano (IDH).

Verificada consistência dos critérios, esses foram publicados por meio de Portaria Funasa nº. 161.232 de 27 de outubro de 2009, que também chamava municípios a apresentarem seus pleitos no Sistema de Convênios do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Siconv).

Assim, dos 5.037 municípios com população inferior a 50.000 habitantes, mais de 40% cadastraram seus pleitos no Siconv, sendo que 819 eram elegíveis. O grande número de municípios interessados representou a importância da cooperação técnica da Funasa e a consciência dos municípios quanto à necessidade de elaborarem seus PMSB.

Determinados os municípios a serem beneficiados, foi editada a Portaria Funasa nº 1.602, de 23 de dezembro de 2009, que os convocou para apresentarem documentação técnica referente aos PMSB às Coordenações Regionais da Funasa nos estados.

Quanto ao desenvolvimento de outras linhas de cooperação técnica, como apoio à formação de consórcios públicos, foram desempenhadas atividades nos estados por meio da realização de seminários e oficinas de cooperação técnica, com a participação de prefeituras e técnicos das coordenações regionais e da presidência.

Outro eixo que integrou a cooperação técnica no ano de 2009 foi o financiamento de projetos técnicos de engenharia em vários estados da Federação, com o principal objetivo de minimizar um dos maiores entraves do desenvolvimento do Programa de Aceleração do Crescimento na Funasa. Desde 2007 observou-se a escassez de corpo técnico e projetos nas prefeituras municipais beneficiadas com recursos do PAC/Funasa. Assim, como medida imediatista, a Funasa optou por destinar recursos para financiamento de projetos técnicos de engenharia, principalmente nos municípios do Nordeste, onde os problemas referentes à escassez de recursos técnicos são mais eminentes.

FORMAÇÃO DOS NÚCLEOS INTERSETORIAIS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA (NICTS)

A partir da publicação da Portaria nº 1.232 de 2009, a necessidade de serem selecionados e capacitados profissionais que trabalhassem com cooperação técnica nas coordenações regionais ficou ainda mais implícita. Foram implementados os Núcleos Intersetoriais de Cooperação Técnica (Nicts) em todas as coordenações da Funasa, instituídos por meio de portarias pelos coordenadores regionais dos estados que escolheram profissionais das áreas de educação e saúde, engenharia, planejamento e convênios interessados em trabalhar na área em que tivessem alguma experiência.

Nesse primeiro momento, os Nicts trabalharão com Planos Municipais de Saneamento Básico, em virtude dessa ação já apresentar procedimentos de acompanhamento de convênios instituídos. Posteriormente, todos os eixos da cooperação técnica serão também trabalhados, como fomento à criação de consórcios, fomento à criação de autarquias municipais e apoio à gestão dos serviços de saneamento.

CGCOT - GESTÃO DAS AÇÕES (LOA 2009)

A ação da Lei Orçamentária Anual - LOA/2009 cuja unidade orçamentária é a Funasa e está inserida no âmbito das atividades relacionadas à CGCOT/Densp é a seguinte: Ação 10AG – Apoio à Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico em Municípios de até 50.000 habitantes (Programa 0122 – Serviços Urbanos de Água e Esgoto cujo órgão responsável é o Ministério das Cidades).

RECURSOS DESTINADOS AO APOIO À GESTÃO DOS SISTEMAS DE SANEAMENTO BÁSICO EM MUNICÍPIOS DE ATÉ 50.000 HABITANTES

APROVADO (R$)	EMPENHADO (R$)	LIQUIDADO (R$)	PAGO*	DESPESAS EXECUTADAS	LIQUIDADO / APROVADO %
27.851.331,00	27.837.276,60	27.837.276,60		27.837.276,60	99%

Fonte: Siafi (22-jan-2010)

APOIO À GESTÃO DOS SISTEMAS DE SANEAMENTO BÁSICO EM MUNICÍPIOS DE ATÉ 50.000 HABITANTES

PRODUTO	META	QUANTITATIVO PROGRAMADO	REVISADO	REALIZADO	REALIZADO / PROGRAMADO %
Município Atendido	Apoiar 222 municípios com até 50 mil habitantes na gestão dos Sistemas de Saneamento Básico	222	Apoiar 222 municípios com até 50 mil habitantes na gestão dos Sistemas de Saneamento Básico	264 municípios beneficiados	119%

Fonte: PlamSus/MS

Nesse sentido, as atividades abordadas nos itens acima, juntas, alcançaram o atendimento a 264 municípios no decorrer de 2009. Observa-se, portanto, que o número excede à meta física proposta no Plano Operacional 2009 (extraído da LOA 2009).

A tabela a seguir apresenta seminários ou oficinas realizados em diversos estados, onde a equipe da Coordenação de Assistência Técnica à Gestão em Saneamento (Coats) executou treinamentos e apresentações sobre os vários eixos.

QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS ATENDIDOS COM SEMINÁRIOS/OFICINAS NOS ESTADOS

SEMINÁRIOS/OFICINAS	MUNICÍPIOS ATENDIDOS	ESTADOS
Cooperação técnica	53	SP, ES
Planos Municipais	81	PI, CE, ES, MG, BA
Criação de consórcios públicos	42	ES, RN, BA
Total	176	

As atividades apresentadas na próxima tabela referem-se ao apoio técnico prestado pontualmente aos municípios. Para esse tipo de atendimento, municípios fazem requerimentos à Funasa por meio de ofícios e são atendidos com a visita "in loco" pelos técnicos da Coats, que os orientam para a criação de autarquias e para realização do diagnóstico técnico-administrativo, com intuito de melhorar a gestão dos serviços de saneamento prestados.

QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS ATENDIDOS PONTUALMENTE NOS ESTADOS

ATENDIMENTO TÉCNICO	MUNICÍPIOS ATENDIDOS	ESTADOS
Criação de autarquias municipais	5	SP, RO, BA
Apoio à gestão	2	AM
Total	7	

Ao todo são 69 municípios beneficiados com recursos orçamentários para planos municipais de saneamento básico e 12 com projetos de engenharia. Quanto aos PMSB, 24 estados da Federação foram contemplados, totalizando R$ 6.900.000,00. Já os beneficiados com projetos técnicos de engenharia foram: Rio de Janeiro, Maranhão, Piauí, Ceará e Paraná, totalizando R$ 14.540.478,22. Tais valores se referem a empenhos.

É interessante destacar que o número de municípios atendidos aqui apresentados excede ao número apresentado no Sistema de Planejamento, Orçamento e Monitoramento das ações do SUS (PlamSUS, Ministério da Saúde), pois não foram aferidos municípios contemplados com empenhos de Projetos Técnicos de Engenharia.

A Coordenação de Desenvolvimento Tecnológico em Engenharia Sanitária (Codet) da Cgcot/Densp atua com o objetivo de fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico na área de engenharia de saúde pública, sendo a Coordenação responsável pela efetivação do Programa de Pesquisa em Saúde e Saneamento da Funasa, realização de seminários, e participação na programação e realização de cursos e eventos de capacitação no âmbito da engenharia.

A Codet realiza suas atividades contando com a colaboração dos técnicos das Coordenações Gerais do Densp e Coordenações Regionais dos estados, dos Departamentos da Funasa, membros do Comitê Científico do Programa de Pesquisa em Saúde e Saneamento e de consultores ad-hoc.

A Coordenação de Desenvolvimento Tecnológico em Engenharia Sanitária está inserida no Plano Operacional da Funasa, no Programa 0122, Serviços Urbanos de Água e Esgoto, por intermédio da Ação 20AG, Apoio à Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico em Municípios de até 50.000 habitantes, subação de "Fomento a estudos e pesquisas visando ao desenvolvimento tecnológico na área de engenharia de saúde pública".

APOIO À GESTÃO DOS SISTEMAS DE SANEAMENTO BÁSICO EM MUNICÍPIOS DE ATÉ 50.000 HABITANTES - FOMENTO A ESTUDOS E PESQUISAS VISANDO AO DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO NA ÁREA DE ENGENHARIA DE SAÚDE PÚBLICA

PRODUTO	META	QUANTITATIVO PROGRAMADO	REVISADO	REALIZADO	REALIZADO / PROGRAMADO %
Acompanhamento de pesquisa	Acompanhar pesquisas financiadas pela Funasa	18	18	18	100%
Publicação de pesquisa	Divulgar pesquisas dos editais 2000, 2001 e 2003	13	13	13 (*)	-(*)
Publicação do Edital	Elaborar e publicar Edital 2009	1	1	0,5(*)	50(*)

Fonte: PlanSus/MS

CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA

A ação de apoio ao controle da qualidade da água para consumo humano teve como meta estabelecida no PAC/Funasa para o período de 2007-2010 implantar 28 laboratórios regionais de controle da qualidade da água. Em 2007 foram implantadas quatro unidades – valor de R$ 6.656.053,00, em 2008 mais cinco unidades no valor de R$ 12.122.317,00 e no ano de 2009 houve a contratação de mais quatro unidades, com o valor de R$ 12,70 milhões, tendo sido realizado 52% do previsto.

AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE APOIO AO CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO EM 2009:

A) APOIO AOS SISTEMAS PÚBLICOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Em 2009, por meio das diversas atividades desenvolvidas pelas Coordenações Regionais, foram apoiados 851 sistemas públicos de abastecimento de água, no controle da qualidade da água para consumo humano.

B) CONSÓRCIOS

Em 2005 a Funasa iniciou a implantação de centros de referência com laboratórios de controle da qualidade da água para o consumo humano. Até o momento, nove consórcios já foram firmados.

Em 2009 quatro consórcios nos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Amazonas e Rio Grande do Norte foram instituídos com a proposta de construção de laboratórios de média complexidade. O quadro abaixo mostra detalhes dos consórcios firmados em 2009.

INVESTIMENTOS EM CONSÓRCIOS PÚBLICOS

UF	MUNICÍPIO SEDE	VALORES EMPENHADOS	OBRA	EQUIPAMENTO	INVESTIMENTO	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS
AM	Tabatinga	R$ 2.097.050,00	R$ 1.992.197,50	R$ 104.852,50	Convênio	9
RN	Açu	R$ 1.800.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 600.000,00	Convênio	6
RS	São Lourenço do Sul	R$ 1.836.000,00	R$ 1.236.000,00	R$ 600.000,00	Convênio	17
SP	Amparo	R$ 1.836.000,00	R$ 1.236.000,00	R$ 600.000,00	Convênio	14
Subtotal	R$ 7.569.050,00	R$ 5.664.197,50	R$ 1.904.852,50		46	

C) FLUORETAÇÃO

As ações referentes ao subcomponente de fluoretação da água para consumo humano do Programa Brasil Sorridente foram retomadas em 2009 por meio das seguintes ações:

Revisão dos documentos com as diretrizes do subcomponente e as orientações técnicas sobre fluoretação;

Manual de orientações técnicas para elaboração e apresentação de propostas e projetos técnicos de fluoretação da água em sistema público de abastecimento;

Programa Brasil Sorridente – a saúde bucal levada a sério – Subcomponente de fluoretação da água - Cartilha do Gestor;

Elaboração do Manual de Fluoretação da água para consumo humano – Orientações Técnicas.

D) REVISÃO DE MANUAIS TÉCNICOS

Os trabalhos técnicos "Programação e Projeto Físico de Unidade Móvel para o Controle da Qualidade da Água" e "Manual Prático de Análises de Água" foram revisadas e impressas, com tiragem de 2.000 exemplares/cada.

E) ENCHENTES - APOIO AOS MUNICÍPIOS DO NORDESTE

A Funasa auxiliou as Secretarias de Saúde Municipais no diagnóstico dos dados relativos à qualidade da água para determinar os riscos relacionados e as necessidades imediatas dos municípios afetados pelas enchentes nos Estados do Ceará, Maranhão, Pará e Piauí.

Identificou as vulnerabilidades das áreas críticas e necessidade de adoção de medidas corretivas para garantir a qualidade da água consumida pela população. Nesses locais, foram realizadas, por meio de laboratórios móveis, análises dos parâmetros da qualidade da água e identificadas alterações (não conformidades com a Portaria MS nº 518/04) para os parâmetros de cloro residual livre, turbidez, cor e coliformes totais.

F) APOIO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA INVESTIGAÇÃO DO SURTO DE HEPATITE A EM ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS

A Funasa prestou apoio ao município de Águas Lindas de Goiás/GO nas atividades de investigação de um surto de Hepatite A na região. Nessa ocasião foi deslocada uma Unidade Laboratorial Móvel de Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano (UMCQA) de Belo Horizonte/MG para o município de Águas Lindas de Goiás/GO. O trabalho foi realizado em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), com o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle de Hepatites Virais (PNHV/SVS/MS), com a Coordenação Geral de Laboratórios (CGLAB/SVS/MS), com a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM/SVS/MS) e o Programa de Treinamento em Epidemiologia de Campo Aplicada aos Serviços do SUS (Episus/SVS/MS), tendo sido desenvolvidas atividades relacionadas à avaliação sanitária e aplicação de medidas corretivas emergenciais.

G) IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE CONTAGEM DE CIANOBACTÉRIAS

Diante da necessidade de estabelecer procedimentos e responsabilidades para o fortalecimento das ações no controle da qualidade da água em relação à ocorrência de cianobactérias, o Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Densp) inseriu o método para contagem de cianobactérias, orientando e capacitando os técnicos dos laboratórios das Unidades Regionais de Controle e Qualidade da Água (URCQA), para que essa análise se integre ao conjunto de ensaios realizados na rotina do laboratório, se apresentando mais uma ferramenta no monitoramento da qualidade da água. Inicialmente, o enfoque será a presença ou ausência de células de cianobactérias em mananciais superficiais.

Em 2009 iniciou-se a implementação da metodologia de contagem de cianobactérias nas URCQA dos Estados de Amazonas, Maranhão, Pará, Paraíba, Pernambuco e Rio de Janeiro. Com base na Portaria MS nº 518/04 o monitoramento de cianobactérias deve ser realizado segundo estabelece o §1º do Art. 19: "O monitoramento de cianobactérias na água do manancial, no ponto de captação, deve obedecer frequência mensal, quando o número de cianobactérias não exceder 10.000 células/mL ou 1mm3/L de biovolume, e semanal, quando o número de cianobactérias exceder esse valor".

H) OFICINAS/CAPACITAÇÕES E REUNIÕES TÉCNICAS RELEVANTES

- Oficina de Capacitação sobre a Legislação da Qualidade da Água. Período: 18 a 20/08/2009 em Fortaleza/CE.
- Reunião Técnica com os servidores de contrato temporário em controle da qualidade da água, a fim de discutir as demandas desenvolvidas nos laboratórios da URCQA, sistemas de abastecimento de água localizados em terras indígenas e sistemas que recebem apoio técnico da Funasa à luz da Portaria MS nº 518/2004. Período: 23 a 27/11/2009 em Recife/PE.
- I Curso-Taller Regional de Capacitación em Planes de Seguridad Del Agua de Consumo Humano (PSA) y Manejo de Residuos de Servicios de Salud Cancún, Mexico. Período: 05 a 08 de outubro de 2009.
- Reunião do Sisagua. Período: 04/11/2009.
- Curso-Taller Regional de Capacitación em Planes de Seguridad Del Agua de Consumo Humano (PSA) y Manejo de Residuos de Servicios de Salud. Cancún, Mexico - 05 a 08 de outubro de 2009

I) PARTICIPAÇÃO DA FUNASA NO GRUPO DE REVISÃO DA PORTARIA MS Nº 518/2004

Participação no processo de revisão da Portaria MS nº 518/2004, que estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, contribuindo com as experiências da Funasa, subsidiando e sugerindo questões/temas específicos de atuação do órgão para a nova redação da norma.

J) REFORMA/AMPLIAÇÃO/CONSTRUÇÃO DOS LABORATÓRIOS DE CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA (URCQAS)

Reforma das URCQA de Pernambuco e Paraíba com base nas normas da ABNT NBR ISO 17.025:2005 (Requisitos Gerais para Competência de Laboratórios de Ensaio e Calibração). Foram feitas adequações na disposição das salas e no uso de materiais para separá-las, tais como vidros e tintas. A disposição de armários e outras mobílias também foi considerada para atender as conformidades exigidas.

Conclusão da construção do laboratório da URCQA/RJ. Pretende-se tornar o laboratório do RJ um centro de referência para apoiar as ações do Laboratório Central de Saúde do estado.

K) AQUISIÇÃO DE "UNIDADES MÓVEIS DE CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA" (UMCQA)

Aquisição de novas UMCQA para as Coordenações Regionais do Rio Grande do Sul, Piauí, Pará, Paraíba e Paraná, com o intuito de prestar apoio, principalmente nas áreas indígenas e sistemas de abastecimento de água em pequenas comunidades, inclusive em situação de emergência, como surto, enchentes, etc, na área de abrangência de cada coordenação regional, garantindo que a água produzida e distribuída obtenha o padrão de qualidade compatível ao estabelecido na legislação vigente.

L) IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE

Desde 2007 vem sendo implantado nas Unidades Regionais de Controle da Qualidade da Água a política de qualidade, a fim de proporcionar resultados confiáveis e reprodutíveis, com tempo de resposta adequado aos compromissos estabelecidos, buscando, assim, a melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Esse sistema tem por objetivo a competência técnica na realização de ensaios e a produção de resultados tecnicamente válidos, seguindo o normativo ABNT NBR ISO/IEC 17025:2005 e demais normas de biossegurança.

M) SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (SISAGUA)

Este sistema foi estruturado com o intuito de "fornecer informações sobre a qualidade e quantidade da água proveniente dos sistemas, soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água, sendo composto de entrada de dados de cadastro, controle e vigilância". O conhecimento dessas informações é necessário para nortear as decisões e o direcionamento das práticas de vigilância da qualidade da água.

Em outubro de 2009 a SVS disponibilizou entrada dos dados da área indígena no Sisagua, os quais estão sendo implementados por meio de informações contidas nas tabelas de Dsei, Polo-Base, aldeias, dentre outras. O Sistema está em fase de teste e homologação. (endereço do site: http://200.214.130.46/sisagua).

N) PLANO DE SEGURANÇA DA ÁGUA (PSA)

O planejamento das diretrizes com vistas à aplicação da metodologia do Plano de Segurança da Água em sistemas de abastecimento de água foi pauta de discussão da Funasa, em 2009. Esse planejamento tem por intuito sistematizar o modelo prático de aplicação do PSA como ferramenta para identificar e controlar riscos sanitários relacionados aos sistemas de abastecimento de água para consumo humano em municípios com população de até 50.000 habitantes.

IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS SANITÁRIAS DOMICILIARES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS

Esta ação tem como objetivo dotar os domicílios de condições sanitárias adequadas, contribuindo, dessa forma, para a redução da morbimortalidade provocada por doenças de veiculação hídrica e aquelas relacionadas à falta ou inadequação de saneamento básico, contribuindo, ainda, para o aumento da expectativa de vida e da produtividade da população.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

UNIDADE DE MEDIDA	META	QUANTITATIVO PROGRAMADO	REVISADO	REALIZADO	REALIZADO / PROGRAMADO %
Família beneficiada	Nacional	(11)*	19.774	19.774	100 %

Fonte: PlanSus/MS

A meta estabelecida para a ação de Melhorias Sanitárias Domiciliares, no PAC/Funasa, para o período de 2007-2010: Atender 496 municípios contando com montante de R$ 290.983246,00. Em 2007 com a contratação de R$ 117.033.689,00, foram contratados empreendimentos que beneficiarão 183 municípios, assim como em 2008, com uma contratação de R$ 116.993.507,00, foram beneficiados 216 municípios. Em 2009, mais 104 municípios foram beneficiados com um montante de R$ 24,8 milhões totalizando 482 municípios, tendo sido realizado 97% do previsto, restando para cumprimento total da meta a contratação de 14 municípios no ano de 2010.

Em 2009 foram empenhados recursos na ordem de R$ 64.690.000,00, sendo que R$ 24.812.655,00 para atender os 104 municípios contratados no exercício de 2009, R$ 38.977.345,00 para suplementação dos projetos de Melhorias Sanitárias Domiciliares contratados em 2008 e R$ 900.000,00 para atender à complementação de projeto de MSD de 2007.

SISTEMA PÚBLICO DE MANEJO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM MUNICÍPIOS DAS BACIAS RECEPTORAS DO SÃO FRANCISCO ATÉ 50 MIL HABITANTES, EXCLUSIVE DE REGIÕES METROPOLITANAS OU INTEGRADAS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (RIDE)

Esta ação tem como meta no PAC/Funasa, para o período de 2007-2010: Atender oito municípios com o montante de R$ 11.479.889,00, todos foram selecionados.

RECURSOS DESTINADOS AO MANEJO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

APROVADO (R$)	EMPENHADO (R$)	LIQUIDADO (R$)	PAGO*	PAGO / APROVADO	LIQUIDADO / APROVADO %
2.000.000,00	1.960.000,00	1.960.000,00			

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

UNIDADE DE MEDIDA	META	QUANTITATIVO PROGRAMADO	REVISADO	REALIZADO	REALIZADO / PROGRAMADO %
Família beneficiada	Nacional	10.000	12.500	12.500	100%

Fonte: Plansus/MS

Inicialmente, como meta da LOA foi estipulado o número de 10.000 famílias beneficiadas, após suplementação de 10% nesse montante que era de R$ 1.600.000,00 passando para R$ 1.760.000,00, Em dezembro de 2009, houve nova suplementação agora de R$ 240.000,00 atingindo um total de recursos de R$ 2.000.000,00, recursos esses totalmente empenhados. Também foi alterada a meta para 12.500 famílias beneficiadas, como o valor foi totalmente empenhado se obteve esse significativo percentual de 100%.

IMPLANTAÇÃO E MELHORIA DE SERVIÇOS DE DRENAGEM E MANEJO AMBIENTAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA MALÁRIA

A ação de drenagem e manejo ambiental para prevenção e controle da malária tem como meta para o período de 2007-2010 atender 32 municípios com montante de R$ 122.499.915,00. Com a contratação de R$ 51.839.405,00, foram beneficiados 18 municípios em 2007. Em 2008, a contratação de R$ 51.258.958,00 beneficiou mais 13 municípios. Esta ação teve sua meta atingida em 2009 quando finalizou a contratação de mais um município.

Os recursos empenhados em 2009, na ordem de R$ 23.973.037,33, foram suficientes para beneficiar um total de 13.407 famílias. Ressaltando-se que 97,7% dos recursos empenhados foram utilizados como complementação das ações nos municípios com Termo de Compromisso celebrados nos anos de 2007 e 2008.

IMPLANTAÇÃO E MELHORIA DE SERVIÇOS DE SANEAMENTO EM ESCOLAS PÚBLICAS RURAIS – SANEAMENTO EM ESCOLAS

A partir de 2005 a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) assumiu a responsabilidade de promover o desenvolvimento das ações de saneamento nas escolas públicas rurais, incluindo-as no rol de suas atividades. Assim sendo, os recursos orçamentários do Programa Água na Escola passaram a fazer parte do Orçamento do Ministério da Saúde, por intermédio da Funasa, tendo como objetivo melhorar as condições de saneamento das escolas públicas rurais de ensino fundamental. Este objetivo principal poderá ser alcançado mediante a implantação ou otimização do abastecimento de água no estabelecimento escolar, bem como a implantação ou recuperação das cozinhas e das instalações hidrossanitárias.

Esta iniciativa do governo teve como fundamento o déficit de saneamento das escolas públicas rurais, apresentado nos censos escolares realizados pelo Inep/MEC. Os dados mostram que no Brasil existem 89.167 escolas públicas rurais (Censo Escolar 2005), dessas, cerca de 600 não dispõem de qualquer tipo de abastecimento de água e que mais de 11.157 não dispõem, sequer, de banheiro ou sanitário, cuja maior concentração é observada nas Regiões Norte (17,98%) e Nordeste (14,65%).

A meta estabelecida para esta ação no PAC/Funasa, para o período de 2007-2010 é o de atender 889 escolas, com previsão de recursos na ordem de R$ 40.005.000,00. Foram contratadas 289 escolas em 2007 - valor de R$ 12.886.362,00; em 2008 foram beneficiadas 139 escolas com o valor empenhado de R$ 6.258.457,00; e em 2009 beneficiou-se mais 178 escolas com recursos empenhados na ordem de R$ 8.000.000,00, correspondendo assim ao alcance de 68,2% do previsto para atendimento da meta estabelecida no PAC, restando para 2010, o atendimento de mais 283 escolas.

No caso específico da meta estabelecida na LOA 2009, ou seja, de atendimento de 284 escolas, onde com os recursos empenhados em 2009 foram beneficiadas 178 escolas, ou seja, o alcance de 63% da meta. Ressalta-se que o custo médio por escola, desde o ano de 2007, vem sendo o de R$ 45.000,00. No entanto, na programação para o exercício de 2009 foi utilizado um custo médio por escola de R$ 28.170,00, considerado insuficiente para atendimento das ações preconizadas pelo programa.

IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS HABITACIONAIS PARA CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS

O Programa de Melhorias Habitacionais para o Controle da Doença de Chagas tem como objetivo promover ações essenciais para o controle vetorial da doença de Chagas.

Essas ações visam à melhoria das condições físicas das casas, incluindo o ambiente externo (peridomicílio), constituindo o que denominamos de restauração (reforma). Nos casos em que a habitação não suporte estruturalmente a restauração (reforma), a mesma deverá ser demolida e reconstruída.

São passíveis de serem contemplados com as ações do programa os municípios que pertencem à área endêmica da doença de Chagas, com presença de vetor no intra ou peridomicílio e com a existência de habitações que necessitem de melhorias. A seleção dos municípios obedece a critérios epidemiológicos / entomológicos, priorizando aqueles classificados como de alto risco.

A ação de Melhoria Habitacional para o Controle da Doença de Chagas tinha uma meta, inicialmente estabelecida no PAC/Funasa, para o período de 2007-2010, de atender 622 municípios classificados como de alto risco para a doença de Chagas. No entanto, esta meta foi alterada para 574 municípios com o montante de R$ 280.000.000,00. No período de 2007 a 2009 foram contratados 557 municípios correspondendo ao alcance de 97% da meta revisada, com um montante de R$ 261.013.253,00. Em 2007 foram contratados empreendimentos que beneficiaram 187 municípios com uma contratação de R$ 80.179.763,00, assim como em 2008 foram 280 municípios com contratação de R$ 123.669.084,00. Em 2009, 127 municípios foram beneficiados com recursos empenhados na ordem de R$ 41,65 milhões, restando para cumprimento da meta 17 municípios a serem contratados em 2010.

Para o exercício de 2009, a LOA estabeleceu como meta 5.332 famílias. Após análise pela área técnica do que a estimativa inicial previa em consonância com a proposta do programa, um número significativo de restaurações em detrimento do número de reconstruções, tendo como custo médio de R$ 8.000,00 por

família. No entanto, levantamentos atuais apontam para um número de reconstruções bastante superior ao de restaurações, representando cerca de 80% do total das melhorias, situação esta oposta ao que se previa inicialmente, contribuindo dessa forma para o aumento do custo unitário. Assim, em valores atuais, estima-se que o custo médio para o exercício de 2009 foi de R$ 12.800,00 por família. Neste caso observou-se a necessidade de revisão da meta para 3.333 famílias a serem beneficiadas. Como no final do exercício houve uma suplementação de dotação orçamentária de R$ 42.656.000,00, a disponibilidade orçamentária para o exercício de 2009 passou a ser de R$ 90.000.000,00 e a meta revisada automaticamente para 7.031 famílias.

Os recursos empenhados em 2009 foram na ordem de R$ 90 milhões, suficientes para beneficiar 7.031 famílias, sendo que destes recursos 41,7 milhões para atender os 127 municípios contratados em 2009 e 48,3 milhões para complementação de metas dos municípios contratados em 2007 e 2008.

IMPLANTAÇÃO, AMPLIAÇÃO OU MELHORIA DO SERVIÇO DE SANEAMENTO EM ÁREAS RURAIS, EM ÁREAS ESPECIAIS (QUILOMBOLAS, ASSENTAMENTOS E RESERVAS EXTRATIVISTAS) E EM LOCALIDADES COM POPULAÇÃO INFERIOR A 2.500 HABITANTES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS

Nos últimos dez anos a população rural no Brasil teve um ligeiro crescimento. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/2007, no Brasil cerca de 31 milhões de pessoas residem em localidades rurais, representando aproximadamente 8,5 milhões de domicílios.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

UNIDADE DE MEDIDA	META	QUANTITATIVO PROGRAMADO	REVISADO	REALIZADO	REALIZADO / PROGRAMADO %
Comunidade beneficiada	Nacional	568	518	518	91%

Fonte: Plansus/MS

Os serviços de saneamento básico nas comunidades rurais sempre foram muito precários. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/2008, apenas 31,5% da população residente nas áreas rurais são atendidos por sistemas públicos de abastecimento de água com ou sem canalização interna e 24,3% por sistemas públicos de coleta de esgoto e fossas sépticas; o restante da população capta água de chafarizes e poços protegidos ou não, em cursos de água, sem nenhum tratamento, e em outras fontes geralmente insalubres 68,5%; e depositam os dejetos em fossas rudimentares e outros locais a céu aberto 75,7%. Somente 79,2% da população possuem banheiros e sanitários de uso exclusivo ou coletivo. O lixo é coletado diretamente ou indiretamente em apenas 30,1% dos domicílios rurais e o restante é depositado no solo ou jogado em cursos de água.

A) COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS

As comunidades quilombolas são grupos étnicos, predominantemente constituídos pela população negra rural ou urbana, que se autodefinem a partir das relações com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e práticas culturais próprias.

Estima-se que no Brasil existam mais de três mil comunidades quilombolas, no entanto, até novembro de 2009, a Fundação Cultural Palmares (FCP) emitiu a certidão de autorreconhecimento para 1.408 comunidades remanescentes de quilombos.

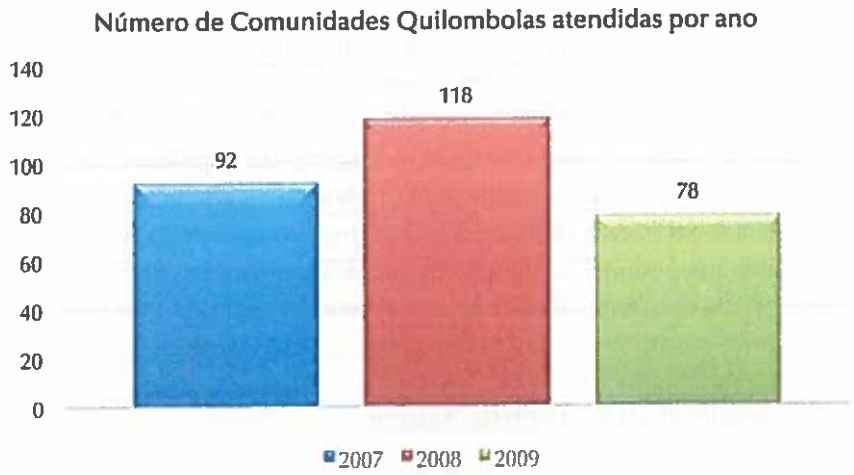
Questões inerentes à identificação, reconhecimento, delimitação e titulação das terras ocupadas pelos quilombolas ficaram a cargo do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), por meio do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), por força do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003.

Cabe ressaltar que a programação anual é elaborada com a participação direta da Secretaria Especial das Políticas da Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR).

Esta ação foi programada no PAC/Funasa com uma previsão de recursos de R$ 170.000.000,00, para atender a uma meta de 380 comunidades. Em 2007 com uma contratação orçamentária de R$ 23.305.877,62 foram beneficiadas 92 comunidades, assim como em 2008 foram empenhados recursos na ordem de R$ 38.815.438,12, beneficiando 118 comunidades. Em 2009 houve empenho na ordem de R$ 39.653.942,00 para o beneficiamento de mais 78 comunidades, totalizando 288 comunidades atendidas, representando 75,8% da meta prevista para o PAC, com recursos totais empenhados na ordem de R$ 101.775.257,74, conforme demonstrado.

AÇÕES DE SANEAMENTO EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS - 2007 A 2009

ANO	VALOR EMPENHADO	COMUNIDADES ATENDIDAS
2007	R$ 23.305.877,62	92
2008	R$ 38.815.438,12	118
2009	R$ 39.653.942,00	78
Total	R$ 101.775.257,74	288



B) ASSENTAMENTOS DA REFORMA AGRÁRIA

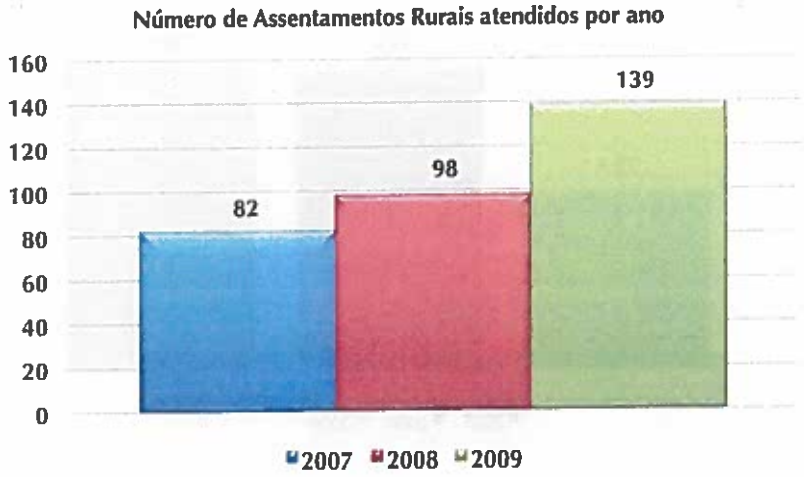
O Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) considera assentamento como sendo o retrato físico da Reforma Agrária. Estabelece, ainda, que após a emissão do termo de posse da terra (recebê-la legalmente) transfere-a para os trabalhadores rurais sem terra, a fim de que a cultivem e promovam seu desenvolvimento econômico.

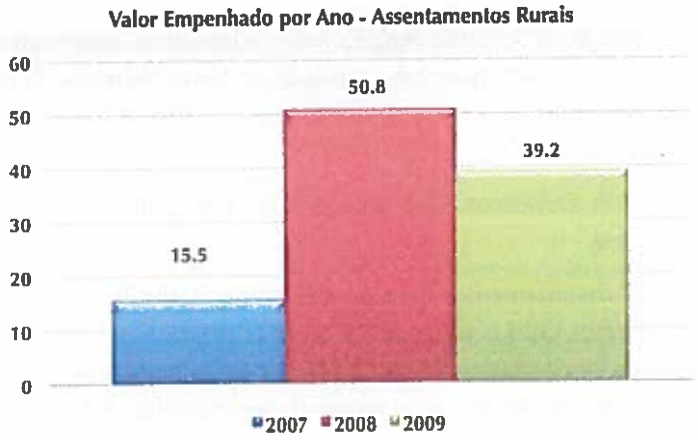
A programação anual das ações de saneamento voltadas para os assentamentos da reforma agrária é elaborada com a participação direta do Incra.

Em 2007 foram beneficiados 82 assentamentos com o valor empenhado de R$ 15.511.853,13. Em 2008 foram beneficiados mais 98 assentamentos com o valor de R$ 50.868.789,46, e no ano de 2009 foram beneficiados 139 assentamentos com recursos empenhados de R$ 39.246.004,00, englobando nos três anos do PAC um total de 319 assentamentos, com o montante de recursos empenhados na ordem R$ 105.626.646,59.

AÇÕES DE SANEAMENTO EM ASSENTAMENTOS DA REFORMA AGRÁRIA - 2007 A 2009

ANO	VALOR EMPENHADO	COMUNIDADES ATENDIDAS
2007	R$ 15.511.853,13	82
2008	R$ 50.868.789,46	98
2009	R$ 39.246.004,00	139
Total	R$ 105.626.646,59	319

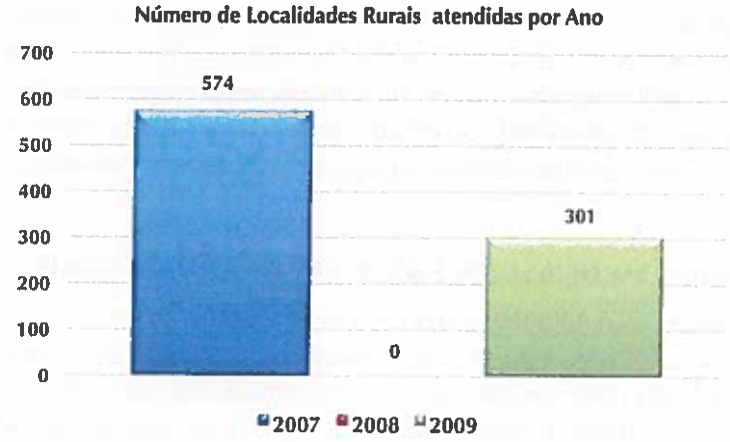


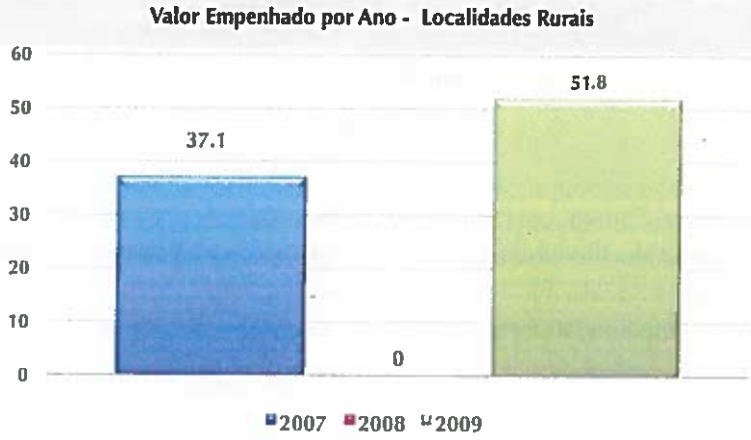


C) LOCALIDADES RURAIS COM POPULAÇÃO DE ATÉ 2.500 HABITANTES

São áreas rurais com população dispersa ou concentrada em localidades com até 2.500 habitantes. Estas localidades foram beneficiadas com ações de abastecimento de água, esgotamento sanitário e Melhorias Sanitárias Domiciliares. Em 2007 foram beneficiadas 574 localidades com recursos na ordem de R$ 37.173.062,59, em 2008 nenhuma localidade foi contemplada e em 2009, 301 localidades foram beneficiadas com recursos empenhados na ordem de R$ 51.807.559,00, atendendo nos três anos do PAC 875 localidades rurais com recursos empenhados na ordem de R$ 88.980.621,59.

AÇÕES DE SANEAMENTO EM LOCALIDADES RURAIS DE ATÉ 2.500 HAB. - 2007 A 2009





Conclui-se que no ano de 2009 a Ação: 7656 – Implantação, ampliação ou melhoria do serviço de saneamento em áreas rurais, em áreas especiais (quilombolas, assentamentos e reservas extrativistas) e em localidades com população inferior a 2.500 habitantes para prevenção e controle de agravos beneficiou 518 comunidades, sendo 78 em comunidades remanescentes de quilombos, 139 em assentamentos da reforma agrária e 301 em localidades rurais com até 2.500 habitantes.

BIBLIOTECA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

IMPLANTAÇÃO E MELHORIA DE SISTEMAS PÚBLICOS DE MANEJO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM MUNICÍPIOS DE ATÉ 50 MIL HAB. EXCLUSIVE DE REGIÕES METROPOLITANAS OU REGIÕES INTEGRADAS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (RIDE)

A meta inicialmente programada na LOA foi de beneficiar 1.107.501 famílias. No entanto, considerando que o custo médio por família para ação dessa natureza é de R$ 240,00, a área técnica entendeu que a meta deveria ser reduzida para 922.917 famílias e como houve um cancelamento/remanejamento de R$ 77.910.885,00, ficaram, portanto, recursos no valor de R$ 143.536.000,88, sendo que a meta também deverá ser reduzida para 592.287 famílias. Como o recurso orçamentário foi totalmente empenhado, considera-se que a meta revisada foi alcançada.

IMPLANTAÇÃO DE PROJETOS DE COLETA E RECICLAGEM DE MATERIAIS

O Governo Federal reconhecendo a importância dos catadores de materiais recicláveis, como agentes atuantes de maneira formal e informal no processo de coleta seletiva e reciclagem de resíduos sólidos urbanos; e, reconhecendo a necessidade do poder público em criar mecanismos e condições para promover a devida inclusão social desses catadores, dentre outras medidas, criou em 11 de setembro de 2003, por intermédio de Decreto do Presidente da República, o Comitê Interministerial da Inclusão Social de Catadores de Materiais Recicláveis.

RECURSOS DESTINADOS AOS PROJETOS DE COLETA E RECICLAGEM DE MATERIAIS		
Aprovado (R$)	Empenhado (R$)	Liquidado (R$)
16.800.000,00	16.685.743,40	16.685.743,40

Foi proposta, no âmbito desse Comitê, a viabilização, pelo Governo Federal, de recursos orçamentários e financeiros, de modo a beneficiar, diretamente ou indiretamente, as associações e cooperativas de materiais recicláveis formadas por pessoas físicas. Tais recursos seriam destinados à viabilização de ações de mobilização social, capacitação técnica, implantação e/ou melhoria da logística e infraestrutura, incluindo a execução de obras, serviços e a aquisição de equipamentos.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

UNIDADE DE MEDIDA	META	QUANTITATIVO PROGRAMADO	REVISADO	REALIZADO	REALIZADO / PROGRAMADO %
Unidade apoiada	Nacional	23	23	47	204%

Fonte: PlanSus/MS.

Seguindo a determinação da Casa Civil, a Fundação Nacional de Saúde – Funasa/MS passou a apresentar a partir de 2007 a ação destinada ao financiamento da implantação, ampliação e/ou melhoria de sistemas de manejo de resíduos sólidos e limpeza urbana, contemplando a efetiva participação dos catadores de materiais recicláveis no processo.

Na elaboração do PAC/Funasa foram previstos recursos na ordem de R$ 50 milhões de reais, para o período de 2007 a 2010, destinados a atender 210 cooperativas/associações de materiais recicláveis.

Nesse contexto e contando com a participação efetiva do Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis – MNCR e demais parceiros governamentais, após sucessivas reuniões a Funasa elaborou:

a) Portaria Nº 1.010, de 3 de Setembro de 2009 regulamentando a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros para a implantação, ampliação ou melhoria de unidades de triagem de resíduos sólidos para apoio às cooperativas e associações dos catadores de materiais recicláveis por intermédio de Termo de Compromisso com as Prefeituras Municipais, para o exercício de 2009;

b) Edital de Concurso de Projetos Funasa/MS n.º 01/2009 que tornou público o Concurso para Apresentação de Projetos por Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips).

As diretrizes na portaria e no edital foram estabelecidas em conjunto com representantes dos catadores de materiais recicláveis, por meio de reunião entre a Funasa e a Diretoria Executiva do Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis – MNCR, ocorrida em 26 de março de 2009, inclusive a definição do percentual a ser aplicado nos projetos por meio das Oscips e via Prefeituras, ou seja, do total de recursos orçamentários programados para o exercício de 2009, 30% foram destinados a projetos junto às Oscips e 70% com as prefeituras municipais.

Assim sendo, a Funasa no ano de 2009, por meio do "Programa de Apoio aos Catadores de Materiais Recicláveis", investiu 16,8 milhões provenientes do recurso do PAC/2009, para construção de galpões e aquisição de equipamentos, especificamente, para atendimento de cooperativas e/ou associações. Este recurso foi empenhado em sua totalidade, sendo que parte do recurso - no valor de R$ 14.250.000,00 - foi destinado a Termos de Compromisso com Prefeituras Municipais, que atenderão as cooperativas e/ou associações por meio de cessão de uso; e, outra parte do recurso, no valor de R$ 2.550.000,00, foi destinada a cobrir os Termos de Parceria junto às Oscips, que repassarão os benefícios para as cooperativas e/ou associações.

Como resultado, a Funasa em 2009 atendeu projetos de 20 prefeituras, onde três delas foram atendidas de forma consorciada, beneficiando por cessão de uso a 30 cooperativas e/ou associações, atendendo também os projetos por meio de sete Oscips que beneficiarão mais 17 cooperativas, totalizando 47 cooperativas e/ou associações beneficiadas no ano de 2009.

Na LOA de 2009 foi estabelecida uma meta para essa ação de atendimento a 23 unidades (cooperativas e/ou associações) e como a Funasa celebrou termo de parceria e termo de compromisso para atender um total de 47 cooperativas/associações de catadores de materiais recicláveis cumpriu, dessa forma o equivalente a 204% do que foi previsto na LOA.

SANEAMENTO EM ÁREAS INDÍGENAS

A Coordenação de Saneamento em Áreas Indígenas (Cosan) da Cgesa é a responsável pelas ações de melhoria da qualidade de vida dos indígenas brasileiros por meio do abastecimento de água e outras ações. Com a estruturação do Plano de Aceleração do Crescimento, os recursos destinados às ações de saneamento em áreas indígenas aumentaram de forma significativa. Para elaboração da proposta do PAC, partiu-se da situação de cobertura das aldeias com abastecimento de água em março de 2007. Dessa forma, em 2010, a situação prevista seria de atender 71% das aldeias e 88% da população.

A ampliação e as melhorias dos serviços de saneamento têm prioridade nos planejamentos anuais. O grande desafio da Funasa será levar os serviços de saneamento para as aldeias com menor número de pessoas.

O orçamento previsto na LOA para esta ação em 2009 foi de R$ 46.200.000,00, valor este que foi incrementado posteriormente em R$ 4.620.000,00 e mais R$ 9.240.000,00. Do novo total aprovado de R$ 60.060.000,00, foi remanejado internamente para outras ações R$ 7.431.769,02, liquidado R$ 52.628.230,98, sendo R$ 40.169.234,35 para execução por administração indireta e R$ 12.458.996,63 para convênios com o Ceará, Mato Grosso do Sul e Pernambuco.

RECURSOS DESTINADOS AO SANEAMENTO NAS ALDEIAS

APROVADO (R$)	EMPENHADO (R$)	LIQUIDADO (R$)	PAGO*	PAGO / APROVADO	LIQUIDADO / APROVADO %
60.060.000,00	52.628.230,98	52.628.230,98	6.223.415,41	11,82%	8,76%

Deste modo, a Funasa beneficiará 429 aldeias com administração indireta e convênios. Por administração indireta serão atendidos 269 novas instalações de abastecimento de água, construção de melhorias sanitárias e esgotamento sanitário e 213 representam serviços de elaboração de projetos, melhorias ou ampliações de abastecimento de água e melhorias sanitárias. A previsão era de se atender 447 aldeias, porém, devido a não finalização de projetos ou processos licitatórios, o número alcançado foi de 429.

A partir da análise dos índices apurados, verifica-se que a meta não foi alcançada em sua totalidade, em função de três fatores: 1) aumento na demanda de serviços para melhoria dos sistemas de abastecimento de água existentes; 2) aumento do número de aldeias; 3) deficiências de recursos humanos e de infraestrutura das Coordenações Regionais.

Os indicadores apurados referem-se ao percentual da população indígena beneficiada com implantação de novos sistemas de abastecimento de água. Contudo, destaca-se que, a exemplo do que aconteceu em 2007 e 2008, existiu um aumento significativo na demanda para a realização de melhorias e/ou ampliação dos sistemas existentes, em detrimento de implantação de novos sistemas.

Quanto ao incremento no número de aldeias, verifica-se que em 2007 existiam 3.739 aldeias, crescendo para 4.320 (novembro/2009). Esses valores representam um aumento de 15,84% no número de aldeias, o que contribui para a diminuição do alcance da meta estabelecida. Soma-se a isso, o fato de algumas etnias apresentarem características nômades, e tendendo a abandonar áreas já contempladas com sistemas de abastecimento de água e requerendo novas implantações.

As ações de saneamento em áreas indígenas realizadas pela Funasa são executadas pelas Coordenações Regionais, sendo que a mesma elabora projetos e licita as obras, opera e mantém os sistemas.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

PRODUTO	META	QUANTITATIVO PROGRAMADO	REVISADO	REALIZADO	REALIZADO / PROGRAMADO %
Aldeia Beneficiada	Nacional	327	541	429	131,19% (*)

Fonte: PlanSus/MS
(*) % calculado em relação à meta estabelecida na LOA 2009.

Com os recursos aplicados ao longo dos anos de 1999 a 2009, houve um incremento considerável de aldeias com abastecimento de água. Vale ressaltar que a maioria das obras nas áreas indígenas é realizada pela Funasa, por meio de contratação/licitação de obras e serviços, bem como sua manutenção e operação dos sistemas de saneamento.

Somente 36,5% das aldeias possuem abastecimento de água, apesar do incremento de investimentos e quantidade de aldeias beneficiadas. Nota-se que aldeias com menos de 100 habitantes são as que carecem de investimentos, pois são as de difícil acesso localizadas principalmente na Região Norte. Porém, 64,5% da população está atendida, visto que as aldeias com maior população foram priorizadas com investimentos ao longo dos anos.

É importante ressaltar também que a Funasa adota como uma das estratégias para manutenção e operação dos sistemas implantados a capacitação dos próprios indígenas e técnicos das Coordenações Regionais. Em 2009 foram realizadas quatro capacitações, distribuídas em sete Coordenações Regionais, formando 90 Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan). Para essa ação foi descentralizado um total de R$ 693.071,78. Além das capacitações para a formação de Aisans, também foi realizada capacitação para 36 supervisores de saneamento em áreas indígenas, em nível nacional, com recursos da Coordenação Geral de Recursos Humanos.

ESTADO	Nº DE AGENTES CAPACITADOS	RECURSOS R$
PE	11	140.850,30
AL	3	
BA	4	
PB	4	
SP	13	114.040,40
MT	30	218.453,00
MG	25	219.728,08
Total	90	693.071,78

No decorrer de 2009 para o desenvolvimento das ações de saneamento básico nas aldeias indígenas, foram empenhados recursos num total de R$ 52.628.230,98, dos quais R$ 40.169.234,35 por administração indireta e R$ 12.458.996,63 por meio de convênios.

ENGENHARIA E ARQUITETURA

Em 2009 a Funasa, com relação às atividades de Engenharia da Coordenação-Geral de Engenharia e Arquitetura (CGEAR), foi a UO (Unidade Orçamentária) de ações integrantes de Programas sob responsabilidade dos Ministérios das Cidades (Programa – Serviços Urbanos de Água e Esgoto) e da Integração Nacional (Programa – Integração das Bacias Hidrográficas). As ações sob responsabilidade da Funasa relacionadas às outras coordenações do Densp, integrantes dos Programas - Saneamento Rural, Drenagem Urbana e Controle de Erosão Marítima e Fluvial, Resíduos Sólidos Urbanos, Proteção e Promoção dos Povos Indígenas, Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos e Gestão da Política de Saúde.

O processo de seleção, a análise de projetos, a liberação de recursos, o acompanhamento de obras e a prestação de contas seguem diversas etapas, todas interdependentes e monitoradas por sistemas de informação que permitem à concedente exercer a função gerencial fiscalizadora dos instrumentos de repasse existentes.

A Funasa faz uso de sistemas próprios de informação: Sistema Integrado de Gerenciamento de Obras – Sigob; Sistema de Convênios – Siscon; Sistema Gerencial de Projetos de Saneamento – Sigesan; e do Sistema de Convênios – Siconv, este último desenvolvido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Os Sistemas de informação desenvolvidos no âmbito da Funasa propiciam o amplo acompanhamento dos pleitos, tendo as seguintes etapas principais: o pré-enquadramento, que é realizado no módulo pré-projeto do Sigob; a análise técnica, realizada nos setores de engenharia e habilitação, com a utilização do Siscon e o acompanhamento das obras, utilizando-se o sistema Sigesan. Os relatórios de visita técnica oriundos da fase de acompanhamento das obras possibilitam aos setores competentes da Funasa a análise e aprovação das prestações de contas parciais e finais, que autorizam a liberação dos recursos financeiros pactuados.

MEDIDAS GERENCIAIS IMPLEMENTADAS

Ao longo do ano de 2009 foram tomadas diversas medidas para viabilizar o pleno cumprimento das metas institucionais estabelecidas, com ênfase na melhoria da qualidade dos projetos apresentados, e consequente celeridade no processo de análise e aprovação de projetos, propiciando a liberação de recursos e início das obras e ações gerenciais que permitiram a recomposição da força de trabalho nos setores de engenharia da Funasa. Uma estimativa realizada no ano de 2007 apontou a necessidade da contratação de 331 engenheiros, além dos 128 servidores e 46 contratados temporariamente, para acompanhamento dos convênios em andamento e das demandas programadas para o PAC/Funasa.

Merecem destaque as seguintes iniciativas implementadas em 2009:

- Realização de reuniões com os proponentes (estados e municípios), para fornecer apoio técnico, dirimir eventuais dúvidas e prestar esclarecimentos acerca dos procedimentos a serem tomados quando da apresentação de planos de trabalho e projetos técnicos de engenharia nas Coordenações Regionais da Funasa – Cores;
- Designação de técnicos para coordenar e avaliar as atividades relativas ao PAC/Funasa no âmbito do Departamento de Engenharia de Saúde Pública da Presidência - Densp, bem como para auxiliar as Core na condução dos processos de celebração e acompanhamento dos termos de compromissos, mapeando pontos de estrangulamentos e propondo alternativas para resolução dos mesmos (Portaria Funasa nº 202, de 17 de fevereiro de 2009, revogada pela Portaria nº 1.080, de 28 de setembro de 2009);
- Criação da figura do interlocutor, representante da Funasa/Presidência nas Core, com a atribuição de gerenciamento do PAC/Funasa e apontamento de soluções para os problemas detectados (Portaria Funasa nº 202, de 17 de fevereiro de 2009, revogada pela Portaria Funasa nº 1.080, de 28 de setembro de 2009);
- Publicação da Portaria nº154, de 11 de fevereiro de 2009, que adota no âmbito da Funasa a Portaria nº 628, de 19 de dezembro de 2008, do Ministério das Cidades, para os Termos de Compromissos celebrados a partir do PAC/ Funasa. Essa Portaria aponta soluções para os problemas relativos à documentação de posse de área objeto de intervenção;
- Publicação das Portarias nº 199, 200, 201 e 202, de 17 de fevereiro de 2009, para convocação de municípios que não apresentaram projetos e/ou pendências de projetos já submetidos à análise técnica, e para atendimento dos proponentes contemplados no PAC/Funasa 2007 a 2010, visando à eliminação e/ou redução das limitações técnico-administrativas, bem como ao estabelecimento formal de prazos, cronograma e responsáveis das áreas técnicas envolvidas no processo;
- Realização de videoconferências, em parceria com a Casa Civil, para reconvocação dos proponentes e auxílio a estes na identificação das pendências que impedem a aprovação dos projetos e a execução das obras do PAC/Funasa;
- Envio periódico das equipes da força-tarefa às Coordenações Regionais, para levantamento de informações quanto à situação da análise dos processos, verificação quanto ao protocolo de projetos na regional e solicitação de informações quanto ao andamento das obras;
- Instituição de Grupo de Trabalho para levantar, analisar e propor encaminhamento quanto aos pontos críticos e/ou pendentes, legislação, documentação, revisão dos manuais técnicos e ferramentas existentes referentes

aos procedimentos de engenharia para execução de obras nos Convênios, Termos de Compromisso, Contratos e Administração Direta no âmbito da Funasa (Portaria nº 627, de 09 de junho de 2009);

- Criação de Grupo de trabalho para discutir procedimentos e medidas que propiciem a melhoria da utilização dos sistemas Siconv e Sigob (Portaria nº 361, de 01 de abril de 2009).

Como medida mitigadora adotada para solucionar a carência de técnicos especializados em engenharia, pode ser citada a disponibilização de analistas de infraestrutura do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG, lotados no Ministério da Saúde, para exercício na Funasa, além da realização de concursos públicos para seleção de engenheiros efetivos e temporários para compor o quadro de funcionários da fundação.

Vale ressaltar que, apesar da realização de concursos públicos, a Funasa continua com carência de recursos humanos na área de engenharia, agravada pelo não preenchimento das vagas programadas nos concursos realizados. No Processo Seletivo Simplificado, realizado com vistas à contratação temporária, foram disponibilizadas 119 vagas, sendo preenchidas apenas 75; no concurso para provimento efetivo, foram disponibilizadas 70 vagas, mas 25 não foram preenchidas. A Funasa continua no aguardo de autorização do MPOG para a convocação dos 45 aprovados com formação em nível superior.

GESTÃO DAS AÇÕES (LOA 2009) - CGEAR

As ações da LOA/2009 cuja unidade orçamentária é a Funasa e estão inseridas no âmbito das atividades relacionada à CGEAR/Densp são as seguintes: Ação: 10GD - Implantação e Melhorias de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água em Municípios de até 50 mil habitantes, exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (Ride) – (Programa – Serviços Urbanos de Água e Esgoto cujo órgão responsável é o Ministério das Cidades); Ação: 10GE - Implantação e Melhorias de Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário em Municípios de até 50 mil habitantes, exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (Ride) – (Programa – Serviços Urbanos de Água e Esgoto cujo órgão responsável é o Ministério das Cidades); Ação: 10SV - Sistemas Públicos de Abastecimento de Água em Municípios das Bacias Receptoras do São Francisco com até 50 mil habitantes ou Integrantes de Consórcios Públicos, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (Ride) - (Programa – Integração das Bacias Hidrográficas cujo órgão responsável é o Ministério da Integração Nacional); Ação: 10SK - Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário em Municípios das Bacias Receptoras do São Francisco com até 50 mil habitantes ou Integrantes de Consórcios Públicos, exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (Ride) - (Programa – Integração das Bacias Hidrográficas cujo órgão responsável é o Ministério da Integração Nacional).

RECURSOS DESTINADOS À IMPLANTAÇÃO E MELHORIAS DE SISTEMAS PÚBLICOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA EM MUNICÍPIOS DE ATÉ 50 MIL HABITANTES, EXCLUSIVE DE REGIÕES METROPOLITANAS OU REGIÕES INTEGRADAS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (RIDE)

APROVADO (R$)	EMPENHADO (R$)	LIQUIDADO (R$)	PAGO	PAGO / APROVADO	LIQUIDADO / APROVADO %
301.955.251	301.955.251	2.014.134,00	2.014.134,00	0,65%	0,65%

Fontes: Siafi (22-jan-2010), PlanSUS/Ms (4-Siasus (15-jan-2010) e Siscon (15-jan-2010).

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

PRODUTO	META	QUANTIDADE PROGRAMADO	REVISADO	REALIZADO	REALIZADO PROGRAMADO
Famílias beneficiadas	Beneficiar 131.224 famílias com a implantação e melhorias de sistemas públicos de abastecimento de água	131.224	Beneficiar 235.913 famílias com a implantação e melhorias de sistemas públicos de abastecimento de água	574 famílias beneficiadas	0,24%

*Fonte: Siafi (22-jan-2010), Sigesan (15-jan-2010), * Siscon (15-jan-2010),PlamSus/MS.*

Esta ação objetiva ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços públicos urbanos de abastecimento de água em municípios de até 50 mil habitantes, com vistas à prevenção, ao controle de doenças e agravos e à equidade social e territorial no acesso ao saneamento básico.

Cerca de 98% do total da dotação orçamentária aprovada na LOA foram empenhados. É importante salientar que o valor "realizado refere-se à obra concluída de modo a atender a meta estipulada na LOA, cuja dotação previa R$ 171.600.000,00 para ação, beneficiando 131.224 famílias. Este crédito orçamentário foi revisado com base nas aprovações do Decreto Presidencial publicado no Diário Oficial da União em 15/07/2009, que propiciou suplementação de crédito em R$ 17.160.000,00, e na MP 477/2009, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 29/12/2009, que acrescentou mais R$ 119.741.000,00, viabilizando um aporte final de recursos financeiros e créditos extraordinários para a ação com suprimento de aproximadamente 80% em relação ao valor inicialmente aprovado, totalizando R$ 308.500.000,00.

As recomposições orçamentárias permitiram a revisão da meta física inicialmente prevista na LOA, que era de 131.224 famílias, passando para 235.913 famílias a serem beneficiadas. Portanto, deve ser desconsiderado o quantitativo apontado no Sistema de Planejamento, Orçamento e Monitoramento das Ações do SUS – PlamSus.

A Funasa reconhece que o simples empenho dos recursos não garante a execução efetiva das obras, mesmo porque o tempo necessário para conclusão de obras de implantação, ampliação ou melhoria de sistemas de abastecimento de água, normalmente, excede um ano, perpassando, inevitavelmente, o ano do exercício financeiro.

EXECUÇÃO DIRETA PARA CONSTRUÇÃO DE POÇOS TUBULARES PARA ABASTECIMENTO PÚBLICO DE ÁGUA

Conforme o Regimento Interno da Funasa (Portaria nº 1.776, de 08 de setembro de 2003) compete à Coordenação Geral de Engenharia e Arquitetura (Cgear), dentre outras atribuições, coordenar as atividades de construção, limpeza e recuperação de poços tubulares para abastecimento de água.

Visando a atender uma necessidade institucional para fins de programação, monitoramento e avaliação e proporcionar maior visibilidade às atividades de execução direta que envolvam equipe técnica e parque maquinário próprio da Funasa, criou-se esta subação, que é um desdobramento da Ação 10GD cujo principal objetivo é apoiar tecnicamente dez Coordenações Regionais (Core) nas atividades inerentes à construção, limpeza

e recuperação de poços tubulares para abastecimento público de água. Foram selecionadas as Coordenações Regionais que dispõem de equipe especializada e equipamento de perfuração de poços, a saber: Alagoas, Amazonas, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte.

A fim de subsidiar as Core no cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operacional/2009, o setor de hidrogeologia da Cgear realizou diversas atividades ao longo do ano, incluindo: visitas técnicas para acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelas equipes de construção de poços; acompanhamento dos processos de licitação para aquisição de materiais e insumos destinados à construção de poços tubulares, bem como para contratação de empresas especializadas em conserto e manutenção dos equipamentos de perfuração; elaboração de Pedido de Bens e Serviços (PBS) para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos relacionados a essa atividade.

RECURSOS DESTINADOS À IMPLANTAÇÃO E MELHORIAS DE SISTEMAS PÚBLICOS DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO EM MUNICÍPIOS DE ATÉ 50 MIL HABITANTES, EXCLUSIVE DE REGIÕES METROPOLITANAS OU REGIÕES INTEGRADAS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (RIDE)

APROVADO (R$)	EMPENHADO (R$)	LIQUIDADO (R$)	PAGO (R$)*	PAGO / APROVADO	LIQUIDADO / APROVADO %
228.240.000	227.633.934	228.240.000	1.630.000	0,71%	0,71%

Fonte: Siafi (22-jan-2010).

RECURSOS DESTINADOS OS SISTEMAS PÚBLICOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA EM MUNICÍPIOS DAS BACIAS RECEPTORAS DO SÃO FRANCISCO COM ATÉ 50 MIL HABITANTES OU INTEGRANTES DE CONSÓRCIOS PÚBLICOS, EXCLUSIVE DE REGIÕES METROPOLITANAS OU REGIÕES INTEGRADAS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (RIDE).

APROVADO (R$)	EMPENHADO (R$)	LIQUIDADO (R$)	PAGO*	PAGO / APROVADO	LIQUIDADO / APROVADO %
14.520.000	14.520.000	14.520.000	522.000	3,6	3,6

Fonte: Siafi (22-jan-2010).

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

PRODUTO	META	QUANTITATIVO PROGRAMADO	REVISADO	REALIZADO	REALIZADO / PROGRAMADO %
Famílias Beneficiadas	Beneficiar 10.154 famílias com sistemas públicos de abastecimento de água em municípios das bacias receptoras do São Francisco	10.154	Beneficiar 20.155 famílias com sistemas públicos de abastecimento de água em municípios das bacias receptoras do São Francisco	192 famílias beneficiadas	1,89%

Fonte: Plamsus/VIS

A ação 10SV objetiva aumentar a oferta de água em quantidade e qualidade suficientes à melhoria das condições de vida das comunidades ribeirinhas, dos pequenos agricultores instalados ao longo das várzeas de rios e açudes, dos centros industriais e da população urbana dos municípios das bacias receptoras do São Francisco com até 50.000 habitantes, exclusive de Regiões Metropolitanas ou Integradas de Desenvolvimento Econômico (Ride).

As recomposições orçamentárias permitiram a revisão da meta física inicialmente prevista na LOA, que era de 10.154 famílias, passando para 20.155 famílias a serem beneficiadas.

RECURSOS DESTINADOS AOS SISTEMAS PÚBLICOS DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO EM MUNICÍPIOS DAS BACIAS RECEPTORAS DO SÃO FRANCISCO COM ATÉ 50 MIL HABITANTES OU INTEGRANTES DE CONSÓRCIOS PÚBLICOS, EXCLUSIVE DE REGIÕES METROPOLITANAS OU REGIÕES INTEGRADAS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (RIDE)

APROVADO (R$)	EMPENHADO (R$)	LIQUIDADO (R$)	PAGO*	PAGO / APROVADO	LIQUIDADO / APROVADO %
12.400.000	12.400.000	0	0	0%	0

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

PRODUTO	META	QUANTITATIVO PROGRAMADO	REVISADO	REALIZADO	REALIZADO / PROGRAMADO %
Famílias beneficiadas	Beneficiar 3.000 famílias com sistemas públicos de esgotamento sanitário em municípios das bacias receptoras do São Francisco	3.000	5.813	0	0

Fonte: Planisus/MS.

A ação 10SV objetiva aumentar a oferta de sistemas de esgotamento sanitário em quantidade e qualidade suficientes à melhoria das condições de vida das comunidades ribeirinhas, dos pequenos agricultores instalados ao longo das várzeas de rios e açudes, dos centros industriais e da população urbana dos municípios das bacias receptoras do São Francisco com até 50.000 habitantes, exclusive de Regiões Metropolitanas ou Integradas de Desenvolvimento Econômico (Ride).

A dotação orçamentária aprovada na LOA foi plenamente empenhada. É importante salientar que o valor "realizado" refere-se à obra concluída. A meta estipulada na LOA cuja dotação previa R$ 6.400.000,00 para ação, beneficiando 3.000 famílias foi revisada com base nas aprovações do Decreto Presidencial publicado no Diário Oficial da União em 15/07/2009, que propiciou suplementação de crédito em R$ 640.000,00, e na MP 477/2009, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 29/12/2009, que acrescentou mais R$ 5.360.000,00 viabilizando um aporte final de recursos financeiros para a ação com suprimento de aproximadamente 94% em relação ao valor inicialmente aprovado, totalizando R$ 12.400.000,00. As recomposições orçamentárias permitiram a revisão da meta física inicialmente prevista na LOA, que era de 3.000 famílias, passando para 5.813 famílias a serem beneficiadas. Em função de um erro de cálculo, deve-se desconsiderar o número de 5.520

famílias a serem beneficiadas, registrado no Sistema de Planejamento, Orçamento e Monitoramento das Ações do SUS (PlamSus).

As obras previstas nas ações 10SV e 10SK são basicamente para atender as condicionantes da Licença de Instalação concedida pelo Ibama para transposição do Rio São Francisco. Para atendimento a essa condicionante é preciso que a população dos municípios situados nas Bacias Receptoras do São Francisco tenha acesso aos serviços de água e esgoto necessários para boas condições de saúde pública e saneamento ambiental. Um ponto que deve ser destacado para o índice nulo de liquidação e pagamento do recurso financeiro na ação 10SK é o nível de complexidade e, em tese, da relação desse tipo de obra com as obras da ação 10SV. Por via de regra, para que sejam realizadas obras de esgotamento sanitário, é necessário primeiramente que o município ou localidade, possua um sistema de abastecimento de água, e, grande parte dos municípios contemplados com recursos desta ação, receberá concomitantemente recursos para implantação de sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário. Portanto, pressupõe-se que grande parte deles não possua ainda sistema de abastecimento de água operando, uma vez que verificou-se na ação 10SV que somente cerca de 1,89% da meta está concluída. Apesar de baixos índices de execução para estas obras verifica-se que há coerência entre os resultados observados. Seria incoerente um alto número de obras concluídas para esgotamento sanitário e um baixo número de obras concluídas de sistemas de abastecimento de água. A tendência é que, com o aumento da execução das obras da ação 10SV, as obras de esgotamento sanitário acompanhem gradualmente esse ritmo de execução.

ESFORÇOS DA FUNASA PROPORCIONAM QUALIDADE DE VIDA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Nos últimos anos a Funasa tem incrementado os investimentos voltados para o apoio técnico e financeiro aos responsáveis pela operação e manutenção de sistemas ou solução alternativa de abastecimento de água, visando à melhoria dos procedimentos relacionados ao controle da qualidade da água.

No caso específico das ações voltadas para a área indígena, além da ampliação dos serviços de saneamento destinados àquelas populações, a Funasa tem realizado iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade e das condições de operação e manutenção dos serviços já implantados, especialmente no que se refere às ações de abastecimento de água. Nesse aspecto, destaca-se o conjunto de atividades voltadas para o controle da qualidade da água para consumo humano, de modo a garantir a segurança em termos ambientais e de saúde pública, da água disponibilizada para as comunidades indígenas.

Em 2008, foram priorizadas as ações voltadas para a instalação de Laboratórios de Controle da Qualidade da Água que servirão de apoio aos consórcios de Juazeiro/BA, Limoeiro do Norte/CE, Viçosa/MG e Ariquemes/RO. Além disso, foram adquiridas uma unidade móvel, para a Coordenação Regional do Pará e uma unidade de coleta para controle da qualidade da água para a Coordenação Regional da Paraíba, as quais darão apoio aos municípios e área indígena nas ações de controle da qualidade da água.

No Estado do Piauí a Funasa celebrou convênio com o Município de Teresina, por meio da Fundação Municipal de Saúde, visando à reforma e ampliação do laboratório de controle da qualidade da água, o qual fortalecerá as ações de vigilância da qualidade da água. No Rio de Janeiro a Core priorizou as obras de construção do laboratório no Distrito de Barra de São João/Cassimiro de Abreu, as quais encontram-se em estágio bastante avançado. O referido laboratório fortalecerá a parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, servindo de

referência para as ações da vigilância ambiental no estado, bem como apoiar os municípios e a área indígena nas ações de controle da qualidade da água.

Tendo em vista a importância das Unidades Regionais de Controle da Qualidade da Água (URCQA) no desenvolvimento das ações, em cumprimento da Portaria MS nº 518/2004, tanto no apoio aos municípios como nas áreas indígenas, a Funasa tem investido recursos na melhoria da infraestrutura desses laboratórios, tanto em reforma como na ampliação da área física e aquisição de equipamentos. Destaca-se a reforma que foi iniciada em 2008 no laboratório da URCQA da Coordenação Regional de Pernambuco, unidade esta que além de ser responsável pelas ações de apoio a qualidade da água no Estado de Pernambuco, também opera como referência para os Estados de Alagoas e Sergipe.

No mesmo ano, o controle da qualidade da água contou com o orçamento inicial para esta ação foi de R$ 11.103.000,00. Após a recomposição orçamentária na forma da Lei nº 11.755 de 23.07.08 e Decreto de 26.06.08, a ação recebeu duas suplementações totalizando R$ 19.103.000,00. Houve, entretanto, um remanejamento de R$ 3.330.090,00 e a ação contou com um aporte orçamentário da ordem de R$ 15.772.910,00. A liquidação de R$ 13.842.317,00 que corresponde a um percentual de 87,76%, possibilitará o atendimento a 1.277 sistemas, equivalente a 106,42% da meta inicial programada no Plano Plurianual (PPA).

Já para o apoio à gestão dos sistemas de saneamento básico em municípios de até 50.000 habitantes, a Lei Orçamentária Anual fixou para esta ação um orçamento no valor de R$ 820.764,00. Deste total, foi liquidado o montante de R$ 568.312,00 representando uma execução de 69,24% do orçamento. A meta estabelecida no PPA 2008 foi beneficiar 200 municípios com atividades de apoio à gestão de sistemas de saneamento básico. O resultado da ação possibilitará o atendimento a 138 municípios, correspondendo a 69% da meta nacional.

Até 31 de dezembro de 2008, foram conveniadas 67 pesquisas voltadas para o saneamento, concluídas 49 por intermédio dos editais de convocação 2000, 2001, 2003 e 2007, no valor total de R$ 4.458.902,84. Esses convênios foram efetuados com 41 instituições de 17 Unidades Federadas das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul.

As ações de Educação em Saúde contaram com o orçamento previsto na LOA de R$ 3.693.440,00. Deste foram executados R$ 3.039.010,00 correspondendo a 82,28% da dotação orçamentária aprovada. Em relação à meta física a Coordenação de Educação em Saúde (Coesa)/Assessoria de Comunicação (Ascom), juntamente com as Coordenações Regionais, conseguiu desenvolver as atividades planejadas, alcançando um resultado bastante positivo, atingindo um percentual de 101,79% da meta física prevista, o que corresponde ao beneficiamento de 1.079 municípios. Essa superação da meta se deu devido à aceleração dos projetos de Educação em Saúde, frente ao PAC/Funasa. Ressalta-se ainda, que a contagem dos municípios é realizada a cada mês conforme a execução de cada ação, podendo um mesmo município ser contemplado mais de uma vez no mesmo exercício.

LOA previu para ação de Melhorias Sanitárias Habitacionais um valor total de R$ 82.520.000,00, dos quais R$ 45.000.000,00 de programação nacional da Funasa e R$ 37.520.000,00 para o atendimento a emendas parlamentares. Após suplementações no ano de 2008, por intermédio da Lei nº 11.755 de 23.07.08 e do Decreto de 26.06.2008, foi definido um novo orçamento de R$ 141.707.906,00. O montante liquidado de R$ 117.863.748,00 representou uma execução de 82,28% do orçamento. Este recurso permitirá o beneficiamento de 36.368 famílias, quando finalizadas as obras, resultado 24,61% superior ao quantitativo programado inicialmente.

Em 2008, a implantação e melhorias de sistemas públicos de abastecimento de água em municípios de até 50 mil habitantes ou integrantes de consórcios públicos, exclusive de regiões metropolitanas ou regiões integradas de desenvolvimento econômico constante do PAC contava, quando da aprovação do orçamento, com o montante de R$ 272.758.166,00. Após a publicação da Lei nº 11.755 de 23.07.08 e do Decreto Presidencial de 26.06.2008, a ação recebeu suplementações no valor de R$ 58.432.054, passando para R$ 331.190.220,00. O recurso orçamentário, considerando-se todas as alterações, foi quase totalmente liquidado a partir da execução de 97,37% do orçamento. Com esses recursos serão beneficiadas 145.849 famílias, o que corresponde a 122,45% da meta inicial programada.

O orçamento inicialmente previsto para implantação e melhorias de sistemas públicos de esgotamento sanitário em municípios de até 50.000 habitantes ou integrantes de consórcios públicos, exclusive de regiões metropolitanas ou regiões integradas de desenvolvimento econômico foi de R$ 349.334.883,00 para beneficiar 99.429 famílias. Em função das suplementações determinadas pela Lei nº 11.755 de 23/07/08 e pelo Decreto de 26/06/08 o orçamento importou em R$ 401.534.883,00. Com a execução orçamentária de R$ 364.228.758,00 serão beneficiadas 97.718 famílias ao término das obras, o que representa um alcance de 98,27% da meta física prevista. O saneamento rural teve liquidação de R$ 8.364.398,00 representa uma execução orçamentária de 90,68% em relação ao valor aprovado em 2008.

Para o controle da doença de Chagas a dotação prevista na Lei Orçamentária Anual foi de R$ 100.124.697,00, sendo R$ 21.000.000,00 de programação Funasa e o restante, R$ 79.124.697,00, para atendimento de emendas parlamentares. A ação recebeu três suplementações ao longo de 2008 no valor total de R$ 58.400.000,00, conforme apresentado no decreto presidencial de 26/06/2008, na Lei nº 11.755 de 23/07/2008 e na Lei nº 11.870 de 19/12/2008. Com o total aprovado de R$ 158.524.697,00, foi liquidado o montante de R$ 155.394.018,00 representando uma execução de 98,03% do orçamento. Esse recurso beneficiará, quando da conclusão das obras, um total de 19.235 famílias, em 317 municípios, resultado 73,77% superior à meta prevista no Plano Plurianual 2008.

No decorrer de 2008, para o desenvolvimento das ações de saneamento básico nas aldeias indígenas, foram empenhados recursos num total de R$ 47.252.621,53 e pagos R$ 4.281.966,79. Para o saneamento nas escolas a LOA estabeleceu um orçamento inicial de R$ 6.000.000,00 para esta ação. Com a publicação de Decreto Presidencial em 26/06/2008 e da Lei 11.755 de 23/07/2008, o valor aprovado passou a ser de R$ 10.000.000,00. Internamente, entretanto, foram remanejados R$ 664.900,70 e o valo final ficou em R$ 9.335.100,00. Com a execução de 98,32% deste orçamento, a Funasa beneficiará 280 escolas, número 64,7% acima da meta estipulada para 2008 que era de atender 170 escolas.

A implantação e melhoria de sistema público de manejo de resíduos sólidos em municípios de até 50 mil habitantes ou integrantes de consórcios públicos, exclusive de regiões metropolitanas ou regiões integradas de desenvolvimento econômico teve destinação de R$ 31.440.000,00. Destes, R$ 21.000.000,00 são de programação nacional da Funasa e R$ 10.440.000,00 para emendas parlamentares. Conforme Decreto Presidencial de 26/06/2008 e Lei nº 11.755 de 23/07/2008, em 2008 houve uma suplementação de R$ 1.000.000,00 e um cancelamento de R$ 8.000.003,00. Com isso, o total aprovado final ficou no montante de R$ 24.439.997,00 de onde foi efetivamente liquidado R$ 22.639.997,00, representando assim, uma execução de 92,63% do orçamento aprovado.

Já a implementação de projetos de coleta e reciclagem de materiais teve alterado o valor do orçamento inicialmente previsto na LOA de R$ 9.702.000,00 para R$ 8.421.400,00, sendo R$ 6.321.400,00 do PAC e R$2.100,00 de emendas. Até o fechamento do exercício nenhum valor foi empenhado nesta ação, tendo em vista a dependência da aprovação de regras de repasse de recursos.

O controle da malária contou com o montante previsto na Lei Orçamentária Anual de R$ 18.100.000,00. Posteriormente, ocorreram duas suplementações no total de R$ 13.000.000,00 conforme Lei nº 11.755 de 23/07/08 e Decreto Presidencial de 26/06/08. O valor liquidado da ação foi de R$ 30.800.000,00 representando quase 100% do orçamento aprovado. Os recursos beneficiarão a implantação e melhoria de serviços de drenagem e manejo ambiental para 23.845 famílias representando 185,35% do quantitativo inicial programado. É importante salientar que a expectativa de beneficiar 31 municípios selecionados no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), de 2007 a 2010, já foi atingida no período 2007-2008, sendo 18 em 2007 e 13 em 2008.

Sistema Público de Manejo de Resíduos Sólidos em Municípios das Bacias Receptoras do São Francisco com até 50 mil Habitantes ou Integrantes de Consórcios Públicos, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Integrantes de Desenvolvimento Econômico contou com o orçamento estabelecido na LOA para execução desta ação em 2008 foi de R$ 549.669,00. No Decreto Presidencial de 26/06/2008 e na Lei nº 11.755 de 23/07/2008 houve um reforço que elevou o orçamento para R$ 1.049.669,00.

PRESERVANDO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

O Subsistema de Saúde Indígena, instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, de autoria do então deputado Sérgio Arouca, garantiu aos indígenas brasileiros, pela primeira vez, o acesso integral à saúde de acordo com os princípios do SUS, contemplando inclusive a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de maneira a favorecer a superação dos determinantes que faz dessa população a mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros.

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é a gestora do Subsistema de Saúde Indígena, na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua missão institucional compreende duas vertentes principais que se desenvolvem mediante a elaboração de planos estratégicos nos segmentos da Atenção Integral à Saúde Indígena e do Saneamento Ambiental para municípios menores de 50 mil habitantes e em áreas indígenas.

Dentre as unidades técnicas que compõem a Fundação Nacional de Saúde destaca-se o Departamento de Saúde Indígena (Desai), considerada a pirâmide do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Outro componente importante, nas ações de atenção integral à saúde, são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) que em 2009, por meio do Decreto nº 6878, de 18 de junho, passaram a ser uma unidade descentralizada e autônoma, reivindicação antiga da população indígena, desde a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em 1993. Essa autonomia está sendo assegurada pela Funasa, através das 26 Coordenações Regionais (Cores), responsáveis pelas atividades administrativas e operacionais da instituição, e instaladas em todos os estados, com exceção do Distrito Federal, sede da Funasa.

O modelo instituído foi o de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), que foram concebidos de modo a dispor de uma rede de serviços de assistência básica hierarquizada e integrada com a rede de complexidade crescente do SUS. As ações de saúde devem ser realizadas, preferencialmente nas aldeias indígenas ou em Polos-Base, por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento. A inclusão de outros profissionais - antropólogos, engenheiros sanitaristas, educadores entre outros - deverá ser considerada de acordo com as necessidades locais.

Como modelo teórico, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas do Brasil configura-se como único nas Américas. Idealizado de maneira a suprir as disparidades históricas e a situação de vulnerabilidade dos primeiros habitantes do território nacional. Entretanto, é necessário pontuar que, ao se aplicar uma política desta natureza, alguns fatores interferem nos resultados esperados, sejam de ordem política, administrativa, logística e até mesmo cultural.

Primeiramente apresentamos a evolução do crescimento da população indígena nas aldeias, tanto pelo aspecto do crescimento vegetativo quanto do crescimento relacionado ao constante reconhecimento de grupos indígenas, principalmente na Região Nordeste do Brasil. No período de 2000 a 2009, o aumento foi de 84,3%, passando de 306.849 indígenas, para uma população total cadastrada de 565.154 em 2009.

Todas as conquistas a seguir apresentadas são resultado dos trabalhos das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsi) nas ações de atenção à saúde da mulher e da criança, de vigilância alimentar e nutricional, vacinação, saúde bucal, prevenção da tuberculose, da malária, das doenças sexualmente transmitidas e outros agravos que ainda acometem os índios.

E, por último, mas fundamental para a melhoria dos indicadores epidemiológicos, temos que registrar a importância das ações de saneamento nas aldeias desenvolvidas pelo Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Densp) da Funasa que proporciona água de qualidade para 63,7%. da população indígena.

ESTRUTURA DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A organização dos serviços de atenção à saúde na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas foi um dos principais avanços adotados para o cumprimento das diretrizes da Pnaspi. Atualmente, fazendo parte da rede de atenção básica tem-se 34 Dsei, localizados em diversas regiões do território nacional. Além deles, unidades como os Polos-Base e as Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casai) estão à disposição das comunidades indígenas, como se verá ao longo deste capítulo.

OS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS (DSEI)

O Distrito Sanitário é um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, com foco na eficiência e na celeridade, bem de acordo com as especificidades dos povos indígenas. Existem hoje no País 34 Dseis, responsáveis pelo conjunto de ações técnicas e qualificadas que têm por objetivo promover a atenção à saúde e as práticas sanitárias adequadas, estimulando também o controle social.

Ao contrário das Coordenações Regionais da Funasa, os Dsei não foram divididos por estados, mas, estrategicamente, por área territorial, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Um exemplo dessa política ocorre em Roraima. Lá, o Dsei Yanomami também cuida dos indígenas dessa etnia que vivem no Amazonas, na divisa entre os dois estados.

A quantidade de Distritos de uma região/estado depende, entre outros fatores, do número da população indígena. Na maioria das unidades da Federação existe apenas um Dsei. Já no Amazonas, que concentra 44% dos índios brasileiros, funcionam sete Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Todos dedicados a servir às comunidades espalhadas pela floresta amazônica.

LOCALIZAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS

01 - Alagoas e Sergipe - AL/SE
02 - Altamira - PA
03 - Alto Rio Juruá - AC
04 - Alto Rio Negro - AM
05 - Alto Rio Purus - AC/AM/RO
06 - Alto Rio Solimões - AM
07 - Amapá e Norte do Pará - AP/PA
08 - Araguaia - GO/MT/TO
09 - Bahia - BA
10 - Ceará - CE
11 - Cuiabá - MT
12 - Guamá - Tocantins - MA/PA
13 - Interior Sul - PR/RS/SC/SP
14 - Caiapó do Mato Grosso - MT/PA
15 - Caiapó do Pará - PA
16 - Leste de Roraima - RR
17 - Litoral Sul - PR/RJ/RS/SC/SP
18 - Manaus - AM
19 - Maranhão - MA
20 - Mato Grosso do Sul - MS
21 - Médio Rio Purus - AM
22 - Médio Rio Solimões e Afluentes - AM
23 - Minas Gerais e Espírito Santo - ES/MG
24 - Parintins - AM/PA
25 - Parque Indígena do Xingu - MT
26 - Pernambuco - PE
27 - Porto Velho - AM/MT/RO
28 - Potiguara - PB
29 - Rio Tapajós - PA
30 - Tocantins - TO
31 - Vale do Rio Javari - AM
32 - Vilhena - MT/RO
33 - Xavante - MT
34 - Yanomami - AM/RR

Fonte: Desai/Funasa/MS, setembro de 2009

OS POLOS-BASE

Na organização dos serviços de saúde, além dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, os Polos-Base representam outra importante instância de atendimento aos índios brasileiros. Eles são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que atuam nas aldeias, tanto na atenção primária como nos serviços de referência.

Cada Polo-Base cobre um conjunto de aldeias. Sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e supervisão dos AIS. Esses Polos estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde e contam com a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena compostas, principalmente, por médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de enfermagem. Atualmente, são 337 Polos-Base, localizados em 460 municípios.

OS POSTOS DE SAÚDE

Estas unidades funcionam como apoio estratégico aos Polos-Base e são construídas de acordo com as necessidades de cada região. Podem ter uma estrutura simplificada, representando a porta de entrada na rede hierarquizada de serviços de saúde, e possuem infraestrutura física necessária para o desenvolvimento das atividades dos Agentes Indígenas de Saúde.

Atualmente, existem 751 postos de saúde e neles são desenvolvidas atividades como o acompanhamento do desenvolvimento infantil e de gestantes, e o atendimento aos casos de doenças mais frequentes, como infecção respiratória aguda, diarreia e malária.

AS CASAS DE APOIO À SAÚDE DO ÍNDIO (CASAI)

As Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casai) estão localizadas em diversos municípios brasileiros. Nelas, são executados os serviços de apoio aos pacientes indígenas referenciados à rede do Sistema Único de Saúde. As Casai foram instaladas e multiplicadas a partir da readequação das antigas Casas do Índio.

Criadas pela Fundação Nacional do Índio (Funai) em 1999, essas unidades tiveram suas atribuições transferidas para a Funasa que, além de incorporar à sua missão a atenção integral à saúde dos índios, alterou o nome para Casa de Apoio à Saúde do Índio (Casai) e incluiu, também, novas funções.

As 62 Casai existentes atualmente – outras se encontram em construção – possuem condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem.

Além disso, promovem atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e atividades para os acompanhantes, e mesmo para os pacientes em condições de participar desses eventos.

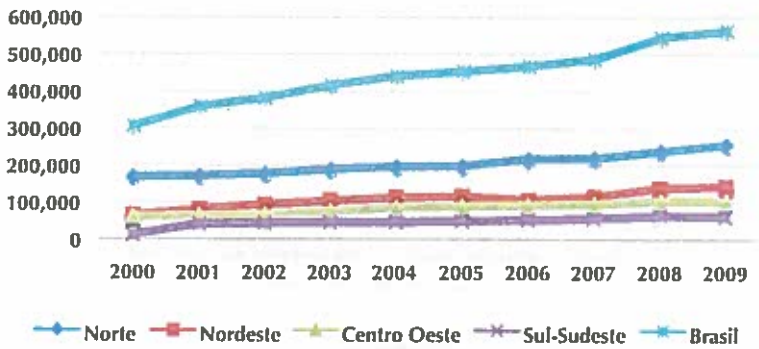
AVANÇO NOS INDICADORES

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA (SIASI)

O Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) foi inicialmente estruturado com o desenvolvimento do módulo demográfico e o cadastramento dos indígenas em 2000, porém foi oficialmente implantado nos Distritos a partir de 2002. O Siasi no contexto das ações com os povos indígenas tornou-se uma das ferramentas de grande importância para subsidiar o planejamento das ações de atenção e promoção à saúde dos povos indígenas, uma vez que sua base de dados demográficos hoje é referência para todas as diversas áreas setoriais.

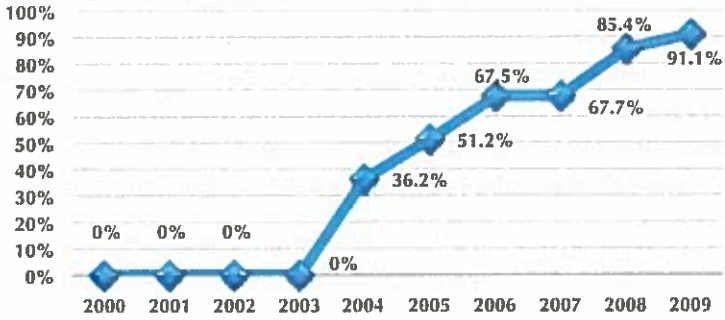
Com a coleta de dados demográficos no Siasi observou-se que a população indígena cadastrada registrou um aumento no período de 2000 a 2009, sendo quem em 2000 a população era de 306.849 e em 2009 o total foi de 565.982 indígenas, representando um aumento de 259.133 indígenas (84%) no decorrer do período. A Região Norte e a Nordeste apresentaram os maiores aumentos populacionais, sendo respectivamente o aumento de 88.236 (52%) e de 79.481 (124%) indígenas, considerados significantes. A melhoria na alimentação do Sistema pelos Dsei também pode ter contribuído com o aumento populacional, uma vez que em 2007 a proporção de aldeias cadastradas para o envio de lotes para a base de dados nacional era de 67,7%, e em 2009 mais de 91,1% das fontes notificadoras alimentaram o Sistema, demonstrando grande melhoria na cobertura do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena.

Série histórica do crescimento populacional indígena por região. Brasil 2000 a 2009.



Fonte: Siasi/2009.

Série histórica da alimentação do Siasi através do envio de lotes pelas aldeias cadastradas

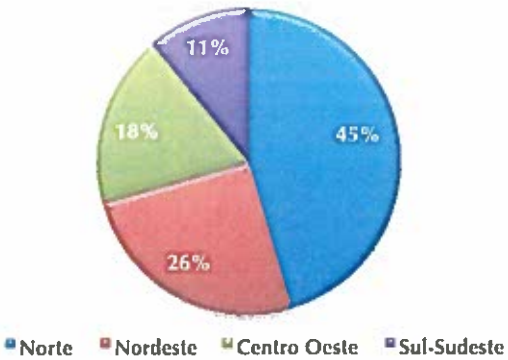


Fonte: Siasi/2009.

No ano de 2009 a população indígena distribuiu-se em 4.696 aldeias de 615 terras indígenas, ultrapassando os limites de aproximadamente 444 municípios de 24 estados brasileiros. Estão cadastrados no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) 565.982 indígenas e para atender essa população estão estruturados 344 Polos-Base como apoio para as Equipes Multidisciplinares (Emsi) para prestar assistência às aldeias sob sua competência, prestando atenção a saúde, acompanhando, supervisionando e providenciando o encaminhamento e remoção de casos de maior complexidade para os centros de referência. A maior extensão de terras indígenas encontra-se nas Regiões Norte e Centro-Oeste do País (mais de 98%). Nelas habitam mais de 63% da população cadastrada no Siasi. No entanto, os povos indígenas distribuem-se por todo o Brasil, sendo que uma parcela importante, quase 37%, vive dispersa pelas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul em menos de 2% das terras indígenas.

Em 2009, a distribuição da população indígena pelas regiões brasileiras foi a seguinte: 45% da população indígena na Região Norte, 26% na Nordeste, 18% no Centro-Oeste e 11% nas Regiões Sul/Sudeste.

Distribuição proporcional (%) da população indígena por região do Brasil, 2009



Fonte: Siasi/2009.

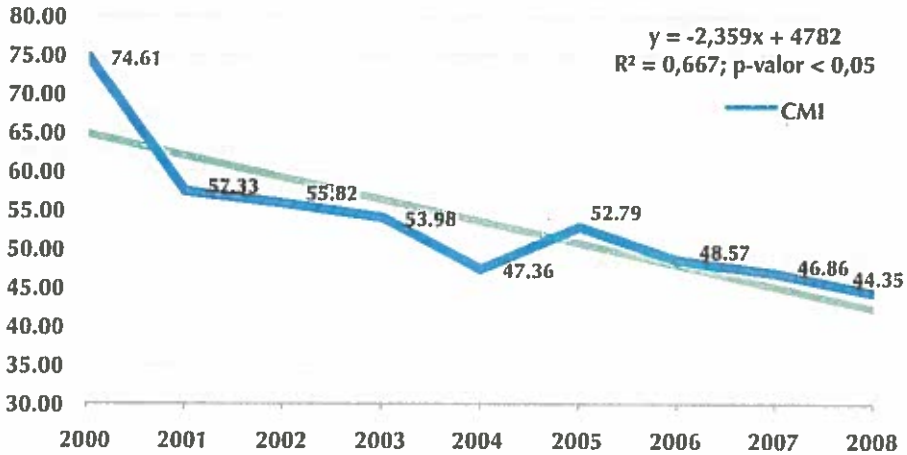
A população masculina é maior entre os indígenas, sendo 289.262 (51%) homens e 278.368 (49%) mulheres A população menor que 25 anos constitui 64% da população indígena, sendo que 43% têm menos de 15 anos. Por outro lado, a população em idade economicamente ativa com mais de 19 anos contempla 45% da população total.

MORTALIDADE INFANTIL

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

A TMI indígena vem apresentando queda significativa nos últimos anos, embora ainda persista como um grande problema de saúde pública a ser enfrentado. De 2000 a 2008 houve uma redução de 40,6%, caindo de 74,61/1000 NV em 2000 para 44,35/1000 NV em 2008. A análise de regressão linear demonstrou que essa tendência de queda foi estatisticamente significante, verificando que ocorreram 2,8 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos a menos por ano no período de 2000 a 2008.

Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) indígena por ano



Fonte: Comoa/Funasa/MS.

A redução da TMI indígena entre os anos de 2000 e 2008 foi observada também em todas as regiões brasileiras. A maior redução (62,3%) foi observada na Região Nordeste, com uma tendência de 3,7 óbitos por 1000 nascidos vivos a menos por ano. Em seguida vem a Região Centro-Oeste (51,8%), com uma tendência de 4,3 óbitos por 1000 nascidos vivos a menos por ano. As Regiões Sul e Sudeste apresentaram uma redução de 51,1%, com uma tendência de 4,3 óbitos por 1000 nascidos vivos a menos por ano. A Região Norte mostrou menor redução (21,7%), apresentando tendência de estabilização já que essa redução, observada pela regressão linear, não foi estatisticamente significante.

Em 2008 foi registrado no Siasi o total de 706 óbitos em menores de um ano e 15.919 nascimentos no período. Já em 2009, até o dia 24/02/2010 foi registrado no Siasi e documentos enviados por 23 Dsei o total de 515 óbitos

de menores de um ano, e 10.660 nascimentos no período. Observa-se que os dados de 2009 ainda estão sendo consolidados.

SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

As ações do Programa de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, nos Dsei, vêm sendo gradativamente implementadas. Para a melhor adesão da comunidade a este programa, alguns fatores podem ser destacados como essenciais: a comunicação mais estreita junto às organizações de mulheres indígenas, permitindo entender com mais propriedade as necessidades específicas de cada grupo étnico, em que a posição e os papéis sociais das mulheres assumem condições diferenciadas; o conhecimento dos perfis epidemiológicos das regiões; e a melhoria da qualidade dos serviços prestados junto a esses grupos populacionais.

As prioridades das ações de atenção à saúde da mulher vêm sendo focadas no controle do pré-natal, parto e puerpério; prevenção do câncer de colo de útero e de mama; prevenção das DST/HIV/Aids; atenção em planejamento reprodutivo e valorização das práticas tradicionais, fortalecendo a parceria com os especialistas e cuidadores tradicionais indígenas, entre eles as parteiras.

Embora os povos indígenas possuam sistemas próprios de parto, que incluem saberes, práticas e cuidadores tradicionais — e, em muitas regiões do País, o parto ocorra na aldeia —, os hospitais de referência, pactuados junto ao município, recebem o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) para que as especificidades indígenas, como alimentação adequada, parto em posição escolhida, direito a acompanhante ou "cuidador tradicional" e uso de redes, entre outras, sejam garantidas em caso de necessidade de parto hospitalar.

As ações prioritárias quanto à saúde da criança indígena estão relacionadas à Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), ao acompanhamento e desenvolvimento do crescimento da criança e da avaliação do estado nutricional, estímulo ao aleitamento materno e imunização.

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A iniciativa da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Indígena) no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), integrantes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, deu-se durante a elaboração do Plano Operacional do Departamento de Saúde Indígena, da Fundação Nacional de Saúde, para o período de 2004 a 2007. O Desai incluiu no PPA 2004-2007, no programa 0150: Identidade Étnica e Patrimônio Cultural de Povos Indígenas, a ação 6140: Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional de Povos Indígenas, para apoio a implantação do Sisvan Indígena.

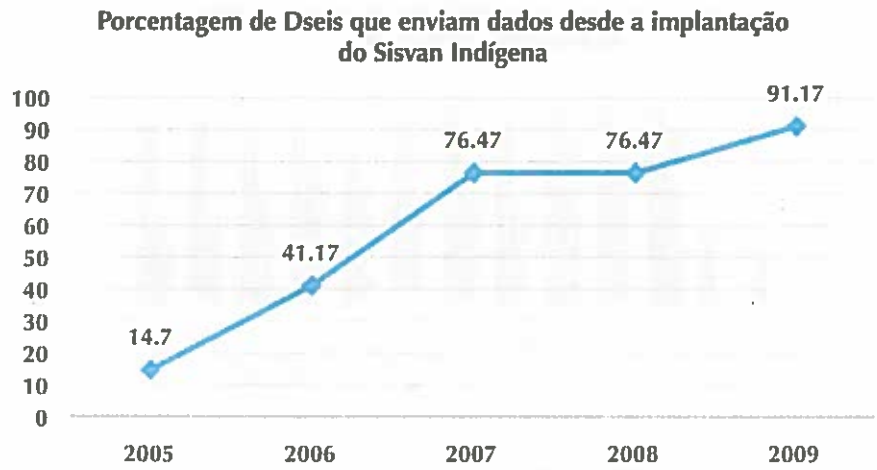
Também foi incluída - no âmbito do acordo de cooperação internacional entre o Governo Brasileiro e Banco Mundial, o Projeto Vigisus II, em seu Componente 2: Saúde Indígena, Subcomponente 2: Ações Inovadoras em Saúde Indígena - a Área de Intervenção 3: Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Esta proposta contemplava as demandas do I Fórum de Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas, que incluía a realização de um Inquérito Nutricional Nacional. As informações sobre a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas no Brasil não eram até então coletadas de forma sistematizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Inicialmente, o objetivo do Sisvan Indígena era implantar a vigilância em dez Distritos, entretanto, mediante a situação de fragilidade observada em todos os Distritos, o Desai assumiu o compromisso de ampliar o processo, com vistas a alcançar todos os Distritos. Para a capacitação dos técnicos em VAN para a saúde

indígena, realizou-se o acompanhamento das duas turmas do Curso de Vigilância Alimentar e Nutricional na modalidade a distância, que contou com 165 alunos formados na especialização (33,7% de desistência) e 198 no aperfeiçoamento (2,0% de desistência).

Levando-se em consideração a atual conjuntura política, onde o governo valoriza e apoia o tema Segurança Alimentar e Nutricional, e o interesse do Departamento de Saúde Indígena em implementar as ações nessa área, surgiram novas demandas, a saber: a implantação do programa nacional de Vitamina A e Programa Nacional de Suplementação de Ferro, a participação mais ativa em conselhos que discutem o tema, assentos permanentes em três Câmaras Técnicas do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), fóruns e discussões acerca do Sisvan Indígena e segurança alimentar e nutricional desses povos.

Em 2005, cinco Dseis enviavam dados regularmente com acompanhamento mensal médio de 12.000 crianças; em 2006, 14 Dseis passaram a enviar dados de 25.700 crianças acompanhadas; em 2007, 26 Distritos com acompanhamento de 26.041 crianças; em 2008, 26 Distritos com 52.500 crianças acompanhadas; e em 2009,/ 31 Distritos geraram dados de estado nutricional de crianças, gestantes, aleitamento materno e benefícios sociais, com acompanhamento médio de 41.488 crianças e 3.200 gestantes.



Fonte: Funasa, dados da VAN de 2009, Desai, 2009 .

Em 2009, foi descentralizado recurso em um plano interno específico para área de Vigilância Alimentar e Nutricional, no total de R$ 579.905,22 aos Distritos para realização das Oficinas de Capacitação em Vigilância Alimentar e Nutricional e temas correlatos para os trabalhadores de saúde, gestores locais e sociedade civil. Neste ano foram capacitados 1033 profissionais de saúde.

IMUNIZAÇÃO

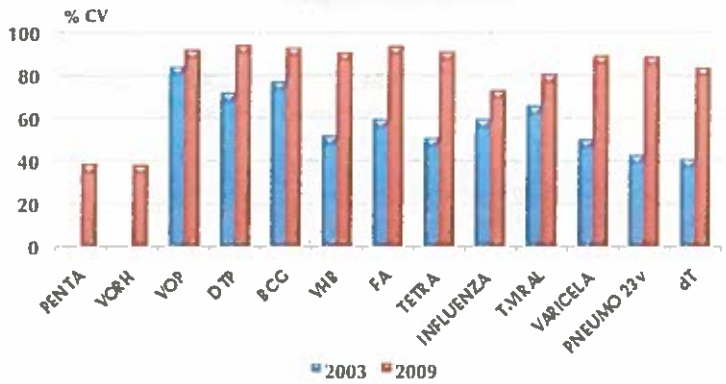
A Funasa passou a ser responsável pela ação de vacinação em áreas indígenas, com a publicação do Decreto nº23, de 04 de fevereiro de 1991, sendo a ação descentralizada para as Coordenações Regionais e realizada pelas Equipes de Saúde Indígena (Esai), de forma pontual, até julho de 1999. A partir deste período, com a organização da atenção à saúde indígena em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) e da publicação

da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a ação de vacinação nas aldeias passou a ser realizada de forma sistemática pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena dos Distritos.

No entanto, a operacionalização das ações de vacinação nas aldeias é complexa, e diversos fatores - como diversidade cultural, dispersão geográfica, rotatividade dos recursos humanos contratados, dificuldade de alguns municípios na liberação dos imunobiológicos, dificuldade na coleta, registro e análise dos dados e a necessidade de acondicionamento, conservação e transporte dos imunobiológicos, em condições especiais - têm contribuído para os atuais índices de coberturas vacinais dessa população.

Com relação às novas vacinas introduzidas no calendário de vacinação indígena, VORH e Pentavalente, observa-se que apresentam os menores percentuais de cobertura, podendo ser devido a VORH ter uma faixa etária muito limitada para a sua aplicação (2-4 meses), dificultando a operacionalização, principalmente nas áreas mais distantes, e a Pentavalente que, apesar de ter tido a faixa etária de aplicação ampliada para até quatro anos de idade no ano de 2008, ainda não é muito utilizada por todos os Dseis, tendo em vista uma parcela da população já ter sido vacinada com a vacina da Hepatite B (monovalente), e esta fazer parte da composição da Pentavalente. Isto poderia ser minimizado se a portaria do calendário da vacinação indígena fosse publicada.

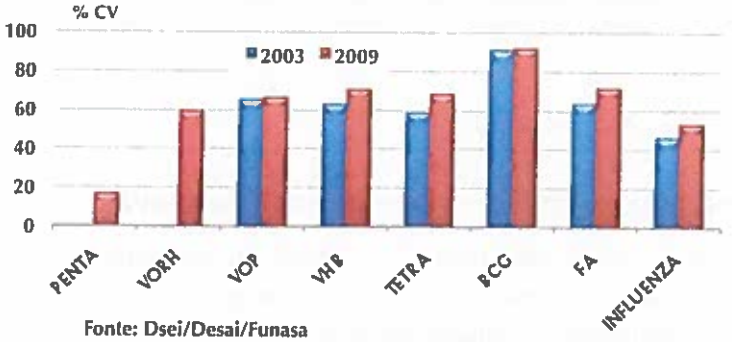
Cobertura vacinal da população indígena por imunobiológicos de rotina. Dsei, 2003 e 2009[1]



Fonte: Dsei/Desai/Funasa.
2003 - dados de 27 Dseis./2009 - dados de 31 Dseis.

Analisando as faixas etárias prioritárias – menores de um ano e de um a quatro anos de idade, pode-se observar uma dificuldade quando tratamos da cobertura em crianças menores de < um ano, principalmente com as vacinas multidoses. Com relação à VORH a maior dificuldade relatada pelos Dseis é conseguir vacinar com a segunda dose dentro do espaço de tempo preconizado, crianças de dois a quatro meses de idade. A baixa cobertura vacinal para a vacina Pentavalente pode ser justificada tanto pelo fato de parte desta população receber a primeira dose da vacina contra Hepatite B nos primeiros meses de vida e a Emsi preferir completar o esquema vacinal com as vacinas Hepatite B e Tetravalente, como também, em alguns casos, pela pouca disponibilidade deste imunobiológico pelas Coordenações Estaduais de Imunizações. A Influenza também apresenta baixas coberturas por serem preconizadas duas doses para primovacinação, com um intervalo mínimo de um mês entre as doses, o que pode dificultar a obtenção da cobertura adequada.

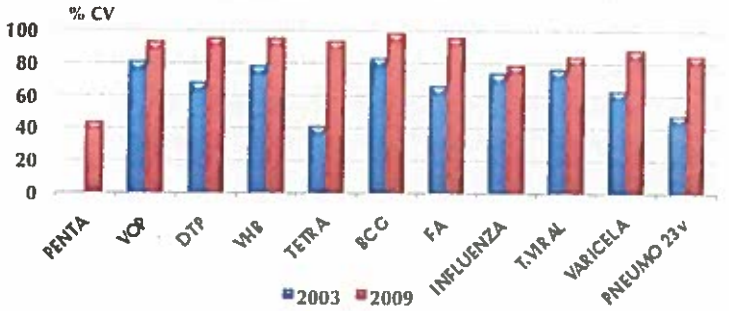
Cobertura vacinal na população indígena < 1 ano de idade. Dsei, 2003 e 2009



Fonte: Dsei/Desai/Funasa
2003 – dados de 27 Dseis/2009 - dados de 31 Dseis.

Com relação à faixa etária de um a quatro anos de idade, há um aumento das coberturas em todas as vacinas, corroborando com o fato de que as crianças indígenas completam os seus esquemas vacinais depois de um ano de idade. Um dos fatores para isso ocorrer é o atraso na programação da ação de vacinação pelos Dseis, principalmente os de difícil acesso geográfico, fazendo com que acumule vacinas para serem aplicadas nos menores de um ano de idade e a mãe não permita muitas aplicações simultâneas na mesma criança, além da pouca regularidade de entradas em áreas dentro de um mesmo ano. A maior diferença para a vacina Tetravalente pode ser explicada pelo aumento da faixa etária após o ano de 2003, de dois para quatro anos de idade.

Cobertura vacinal na população indígena de 1-4 anos de idade. Dsei, 2003 e 2009.



Fonte: Dsei/Desai/Funasa
2003 – dados de 27 Dseis/2009 - dados de 31 Dseis.

Outro indicador que vem sendo avaliado pelo Departamento de Saúde Indígena (Desai) é o percentual de pessoas com esquema vacinal completo, por ser mais abrangente e mostrar a situação de cada indivíduo no conjunto das vacinas, correspondente a cada faixa etária, e não apenas à cobertura de cada vacina isoladamente. Com esse indicador é possível acompanhar melhor o desempenho das equipes em campo, porque demonstra que nem sempre boas coberturas vacinais, analisadas de forma isoladas, correspondem às mesmas pessoas vacinadas.

PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO INDÍGENA COM ESQUEMA VACINAL COMPLETO, 2006 A 2009

BRASIL	2006	2007	2008	2009
	49,9%	63,8%	63,7%	70,4%

Fonte: Dsei/Desai/Funasa.
OBS: 2006 a 2008 - dados de 33 Desis/2009 – dados de 24 Dseis.

REALIZAÇÃO DO MÊS DE VACINAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS (MVPI)

Este evento ocorre no País desde o ano de 2003, sendo que de 2005 a 2008 abrangeu exclusivamente a população indígena, estando sob a coordenação do Desai/Funasa. É um evento que faz parte da Semana de Vacinação nas Américas, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e, no Brasil, normalmente acontece no mesmo período da campanha de vacinação do idoso, nos meses de abril e maio.

Os critérios para a seleção dos Dseis foram áreas de difícil acesso geográfico; dificuldade de informação sobre cobertura vacinal; baixas coberturas vacinais; problemas na qualidade, no fluxo ou no sistema de informações de vacinação; ocorrência de casos de doenças imunopreveníveis; nenhuma, uma ou apenas duas etapas de vacinação no ano anterior.

O MVPI ocorrido nos anos de 2006 a 2007 abrangeu diferentes Dseis selecionados seguindo os critérios estabelecidos. Assim, para os anos de 2006 foram selecionados 21 Dseis: Yanomami (DSY), Leste de Roraima (DSL), Kaiapó do Pará (KPA), Rio Tapajós (RTJ), Alto Rio Purus (ARP), Alto Rio Juruá (ARJ), Tocantins (TO), Bahia (BA), Pernambuco (PE), Minas Gerais e Espírito Santos (MG/ES), Cuiabá (CBA), Alto Rio Negro (ARN), Alto Rio Solimões (ARS), Parintins (PRT), Vale do Rio Javari (VRJ), Mato Grosso do Sul (MGS), Interior Sul-Santa Catariana (INT. SUL/SC) e Interior Sul-Rio Grande do Sul (INT. SUL/RS). Já no ano de 2007, todos os Dseis participaram do MVPI. Para o ano de 2008 foram selecionados 15 Dseis: Yanomami, Leste de Roraima, Kaiapó-PA (KPA), Alto Rio Purus, Alto Rio Juruá, Amapá e Norte do Pará (AP), Porto Velho (PVH), Kaiapó-MT (KMT), Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões (ARS), Manaus (MOA), Médio Rio Purus (MRP), Vale do Rio Javari, Médio Rio Solimões e Afluentes (MRS) e Parintins. Os Polos-Base e aldeias foram selecionadas por cada Dsei tendo em vista os critérios estabelecidos e a realidade da situação vacinal de cada um.

MAPA ESQUEMÁTICO DO ANO DE OCORRÊNCIA DO MVPI NOS DSEIS, 2006 A 2008

Fonte: Dseis/DESAI/Funasa

2006 2007 2008

NÚMERO DE POLOS E ALDEIAS QUE PARTICIPARAM DO MVPI, 2006 A 2008

ANO	2006		2007		2008	
	Pólos	Aldeias	Pólos	Aldeias	Pólos	Aldeias
Total Geral	113	1157	231	2.575	103	1.161

Fonte: Dsei/Desai/Funasa

Os grupos de idade priorizados para o cumprimento das metas e indicadores durante o MVPI, seguindo a padronização da OPS, foram as crianças < 1 ano de idade, de 1- 4 anos de idade, as Mulheres em Idade Fértil – MIF e as pessoas a partir dos 60 anos de idade. No entanto, por se tratar de uma área de atuação bem delimitada, sendo algumas localizadas em regiões de difícil acesso geográfico, foram disponibilizadas todas as vacinas do calendário de vacinação indígena para toda a população existente nas aldeias selecionadas

NÚMERO DE PESSOAS VACINAS POR FAIXA ETÁRIA DURANTE O MVPI, 2006 A 2008

ANO	< 1 ANO	1-4 ANOS	5-9 ANOS	10-14 ANOS	15-59 ANOS	≥ 60 ANOS	TOTAL	MIF	GESTANTE
2006	5.627	17.008	17.344	14.710	46.434	7.075	108.198	20.871	985
2007	8.236	29.962	32.649	24.312	74.787	11.247	181.193	36.268	1.849
2008	3.924	14.364	12.437	10.312	28.941	4.039	74.017	18.018	722
Total	17.787	61.334	62.430	49.334	150.162	22.361	363.408	75.157	3.556

Fonte: Dsei/Desai/Funasa

É interessante observar o número elevado de pessoas vacinadas na faixa etária de 15 a 59 anos de idade, evidenciando o esforço das equipes em vacinar uma população com maior fluxo migratório e a importância dessa estratégia para a atualização da situação vacinal desses povos, iniciando ou completando os esquemas vacinais já iniciados em entradas anteriores.

A) CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA EM 2008

Esta campanha foi uma estratégia adotada pelo Brasil para tentar cumprir o compromisso internacional assumido de eliminar a rubéola e a síndrome da rubéola congênita, na região das Américas, até 2010. A campanha em áreas indígenas se deu de forma seletiva, tendo em vista se tratar de uma população pequena, localizada em áreas geográficas bem delimitadas e conhecida da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. As faixas etárias foram as mesmas definidas para os estados e municípios.

A vacina disponibilizada para a população indígena foi exclusivamente a Tríplice Viral, principalmente pelo componente contra a caxumba, considerando que de 2003 a 2008 foram registradas 910 ocorrências deste agravo, sendo 94 em 2008. Com relação à rubéola neste mesmo período foram registradas 53 ocorrências, sendo sete em 2008. Vale ressaltar que, assim como no País, na área indígena os últimos registros de sarampo (4 ocorrências) foram no ano 2000 (dados Comoa/Desai).

B) OPERAÇÃO GOTA

A Operação Gota é uma estratégia de ação de vacinação em áreas de difícil acesso geográfico, resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Comando Geral de Operações Aéreas (Comgar) da Aeronáutica, por meio de um termo de cooperação técnica, para utilização de horas-vôo.

Esta ação teve início no Estado do Amazonas em 1993 exclusivamente nas áreas indígenas, por meio de acordo entre os Ministérios da Saúde, por meio do Desai e do Comgar. A partir de 1996 a ação de vacinação com apoio aéreo foi ampliada para a área rural e ribeirinha do Estado do Amazonas. Nos anos seguintes foram incluídas comunidades rurais, ribeirinhas e indígenas dos Estados de Roraima, Acre, Rondônia, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará e finalmente do Maranhão. No ano 2001 esta ação passou a ser acompanhada pelo Departamento de Saúde Indígena – Desai de forma mais sistemática, até o ano 2004 em que as ações de vacinação ocorreram segundo planejamento. Em 2005 a Operação Gota não foi realizada, retornando em 2006 com ações pontuais

até o ano de 2008, quando foram realizadas missões apenas nos Dsai Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Alto Rio Juruá e Vale do Rio Javari. Em 2009, seis Distritos foram contemplados: Alto Rio Purus (APU), Alto Rio Juruá (ARJ), Alto Rio Negro (ARN), Médio Rio Purus (MRP), Médio Rio Solimões e Afluentes (MRSA) e Vale do Rio Javari (VRJ), abrangendo assim as áreas indígenas dos Estados do Acre e Amazonas.

No decorrer da Operação Gota, 245 (92,1%) aldeias receberam a visita das Emsi, sendo vacinadas 4.610 pessoas com 8.741 doses de vacinas. Esses dados são relativos aos Dseis APU, ARJ, ARN, MRP e MRSA, visto que os dados da Operação Gota do Dsei VRJ foram perdidos durante o acidente com a equipe de saúde que participava da missão aérea. Durante a estada das Emsi nas aldeias, além das ações prioritárias de imunização, outras ações também foram realizadas, tais como: atendimentos de enfermagem, realização de exames, avaliação nutricional de crianças, acompanhamento de gestantes e palestras de educação em saúde para a população.

RESULTADOS OBTIDOS DURANTE A OPERAÇÃO GOTA, 2009

DSEI	ALDEIAS PACTUADAS	ALDEIAS VACINADAS	POPULAÇÃO VACINADA	TOTAL DE DOSES
APU	29	23	512	733
ARJ	23	22	1040	1331
ARN	171	165	1608	3319
MRP	27	24	699	1331
MRS	16	11	751	2027
VRJ	37	ND	ND	ND
Total (%)	303	245/266* (92,1%)	4610	8741

ND- Não Disponível.
**Resultados das aldeias pactuadas sem o Dsei Vale do Rio Javari.*
Fonte: Dsei/Desai/Funasa

SAÚDE BUCAL

A institucionalização das Diretrizes da Atenção à Saúde Bucal nos Dseis, se deu por meio da Portaria da Funasa nº 1.477, de 21 de novembro de 2006, que reafirma a importância das normas e auxilia na construção de sistemas locais de saúde bucal, com a flexibilidade necessária para atender às diferentes realidades regionais.

Pode-se observar o alcance das ações de saúde bucal na população indígena. Estes números evidenciam a evolução positiva do percentual de tratamentos concluídos, apontando para a melhoria da efetividade das ações.

PRODUÇÃO INDIVIDUAL EM SAÚDE BUCAL INDÍGENA NOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS. BRASIL, 2006 A 2009*.

TIPO DE PROCEDIMENTO	2006	2007	2008	2009*
Atendimentos	147.540	149.823	165.423	129.597
Raspagem	33.461	28.635	50.109	63.800
Aplicação de selante	21.633	15.883	17.112	16.308
Restaurações	131.186	115.648	133.330	96.700
Pulpotomias	3.296	3.131	2.579	1.546
Exodontias	73.184	64.460	73.323	53.234
Sutura	23.895	22.321	26.392	21.661
Tratamento de Alveolite	1.460	1.014	1.001	513

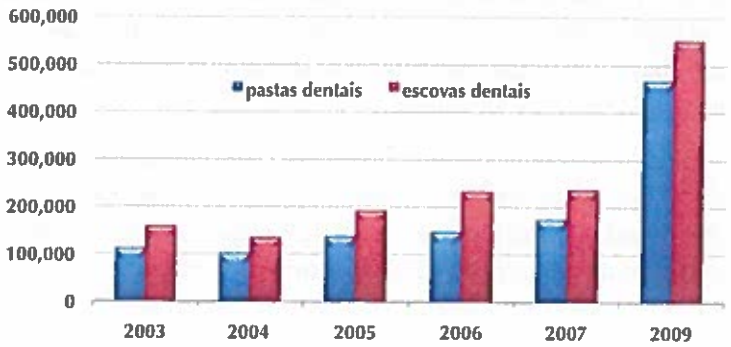
Fonte: Funasa/ Comoa/Cgasi/Desai.

Dentre as diferentes modalidades de procedimentos restauradores, o manejo de cárie dentária utilizando-se da técnica de restauração atraumática corresponde a quase 40% de todas modalidades utilizadas em saúde indígena. Por ser uma técnica manual de remoção de tecido dental cariado, não exige infraestrutura voltada ao atendimento odontológico, equipamentos elétricos e sofisticados sistemas restauradores, sendo uma técnica apropriada para as condições físicas nas quais a atenção à saúde dos povos indígenas aconteceu.

A educação em saúde bucal também é uma das responsabilidades da equipe odontológica da Funasa. Não existe um modelo padrão para a realização destas ações nas comunidades indígenas, muito embora seja preciso levar em consideração alguns aspectos importantes: conhecer as histórias de vida, o contexto social em que vivem e os fatores socioculturais é fundamental para o processo de ensino-aprendizagem. A educação em saúde bucal indígena considera o indivíduo, seu corpo, seus desejos e sua inserção social.

A Funasa tem investido fortemente, sobretudo nos últimos anos, na ampliação do acesso aos materiais de higiene oral (escova e creme dental fluoretado) pela população indígena.

Número de escovas e cremes dentais distribuídos à população indígena dos Dsei, no período de 2003 a 2009



Fonte: Fonte: Comoa/Desai/Funasa.

Conforme preconizado pelo documento de Diretrizes da Atenção à Saúde Bucal, o Desai, a partir de 2008, possibilitou a distribuição de 1,6 milhão de escovas dentais e cremes dentais, o que permitiu atingir uma cobertura anual de 79,5% da população indígena nacional, recebendo cada pessoa uma escova e um creme dental a cada quatro meses. Essa medida representou um incremento aproximado de 796% em relação a 2007, quando apenas 8,89%, em média, da população receberam escovas e cremes dentais quatro vezes ao ano.

Iniciou-se o trabalho de educação para o uso de fio dental, como método complementar na higiene bucal, para o qual foram disponibilizadas aproximadamente 250 mil unidades de fio dental e 400 mil protetores de cerdas, com a finalidade de garantir um armazenamento adequado das escovas distribuídas. Em 2009, foram adquiridos mais de 2 milhões de escovas e cremes dentais, além de 516 mil protetores de cerdas e cerca de 250 mil unidades de fio dental para serem descentralizados aos Dseis.

A preocupação com a integralidade da assistência tem mobilizado as equipes de saúde bucal e gestão dos Dseis no fortalecimento de articulações interinstitucionais visando garantir o acesso da população indígena referenciada a outros níveis de complexidade. Reflexo desse empenho são os número de usuários indígenas referenciados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena aos serviços odontológicos de média complexidade do SUS.

O Programa de Saúde Bucal Indígena é um exemplo de que para garantir os cuidados primários em saúde bucal não é preciso grandes infraestruturas e podem ser realizados por meio de tecnologias simples, eficientes e de baixo custo. Essa práxis vem sintetizar alguns resultados alcançados por meio do esforço dos trabalhadores de saúde indígena que anseiam por uma ação diferenciada, universal, integral e integrada em saúde.

TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é favorecida por condições de vida precárias e representa um sério problema de saúde pública no Brasil pela grande quantidade de pessoas que atinge. Segundo estimativas da OMS, um terço da população mundial está infectada. Desses, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano. O Brasil é um dos 22 países que abrigam 80% dos casos de TB no mundo. De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan/MS), a cada ano são notificados 85 mil casos novos e seis mil mortes em decorrência da doença.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as principais causas para a gravidade da situação atual da tuberculose no mundo são as desigualdades sociais, o envelhecimento da população, os grandes movimentos migratórios, o surgimento de cepas multidroga-resistentes e o advento da Aids. Esta última, a partir da década de 1980, mudou o perfil epidemiológico da tuberculose.

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está integrado à rede de serviços de saúde, inclusive o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. É um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal, garantindo desde a distribuição gratuita de fármacos e outros insumos necessários, até ações preventivas e de controle do agravo, permitindo, assim, o acesso universal da população às suas ações.

TUBERCULOSE NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

Na avaliação das ações de controle da tuberculose nas comunidades indígenas, deve-se levar em consideração alguns precedentes sobre as condições gerais de saúde dos índios brasileiros, de que a tuberculose é apenas um componente, bastante sensível, por sinal, às variações das condições de vida e de saúde da população, com o intuito de contextualizá-la. Vários aspectos contribuem com esta realidade, entre eles:

» Vulnerabilidade social e epidemiológica dos povos indígenas;

» Precariedade e desarticulação da rede do SUS nos municípios onde vivem os povos indígenas;

» Risco permanente de desassistência na rede de atenção primária oferecida pelos Dseis;

» Baixa articulação de políticas intersetoriais de desenvolvimento sustentável e acesso a políticas sociais para os povos indígenas.

Para o fortalecimento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose Indígena - PNCTI nos Dsei priorizados constituiu-se um grupo interinstitucional de colaboradores/parceiros, composto por representante dos seguintes setores/instituições: Desai/Funasa, PNCT – Ministério da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Instituto Oswaldo Cruz; Centro de Referência Professor Hélio Fraga – CRPHF; Programa de Controle de Tuberculose Municipal de Guajará-Mirim/RO e os Laboratórios Centrais de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul e Rondônia.

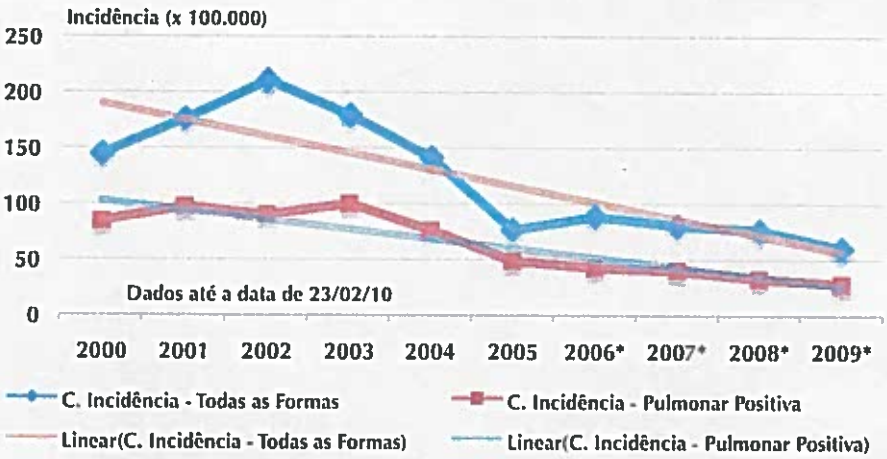
Em 2008, a Coordenação de Controle da Tuberculose e Hanseníase do Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Funasa, classificou 13 Distritos como prioritários para o desenvolvimento das ações de vigilância e controle da doença, utilizando os seguintes critérios: maior incidência de tuberculose pulmonar e de todas as formas e/ou Dseis que não havia nenhuma informação epidemiológica de tuberculose. Os Dseis priorizados foram: Alto Rio

Juruá, Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Alto Rio Solimões, Cuiabá, Kaiapó-Pará, Maranhão, Médio Rio Solimões, Porto Velho, Vilhena, Rio Tapajós, Xavante e Yanomami, com incidências de todas as formas, chegando a 485,3 por 100 mil habitantes.

Apesar da incidência da tuberculose ainda ser alta na população indígena comparada à população geral, o coeficiente de mortalidade (1,64/100mil) está abaixo do coeficiente nacional (2,58/100 mil habitantes) registrado em 2006. Tem-se observado uma queda que varia entre 13.6% e 21.6%. Essa queda na incidência reflete melhoria nas ações de controle, sendo necessário ainda intensificar a busca ativa de casos, reduzir a sub-notificação, além da necessidade de ampliar a utilização do protocolo do PNCT.

A série histórica de dados de incidência de tuberculose em áreas indígenas, projetando uma tendência de queda de todas as formas, no período de 2000 a 2009, verificou-se que, no ano de 2005, houve um declínio mais acentuado na incidência de todas as formas, com provável problema de sub-registro. Já em 2009, o encerramento dos casos se dará em junho de 2010, uma vez que os tratamentos preconizados pelo Ministério da Saúde têm uma duração mínima de seis meses. Portanto, os dados de 2009 poderão sofrer mudanças.

Coeficiente de incidência da Tuberculose BK+ e de todas as formas nas Populações Indígenas Brasileiras, período de 2000 a 2009.



Fonte: Departamento de Saúde Indígena/Funasa/MS.

Para se obter êxito no controle da TB nas áreas indígenas, são necessárias ações permanentes e sistematizadas, incluindo um sistema de atendimento de nível básico e de alta complexidade, que na Funasa é realizado pela área técnica de ações de controle da tuberculose nas aldeias, atuando de forma integrada com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde.

Em consonância com as metas estabelecidas pela OMS e pelo PNCT, o Desai estabeleceu estratégias para fortalecer o programa, como a criação de um grupo interinstitucional de colaboradores/parceiros; a disponibilização de recursos específicos para as ações de vigilância e controle da tuberculose nos Dseis.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) / AIDS E HEPATITES VIRAIS

As ações de controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/HIV/Aids tem sido possível por meio de parcerias com estados e municípios e o Programa Nacional de DST/HIV/AIDS da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Para a implantação das ações do programa nos Distritos foram estabelecidas diretrizes técnicas e executado um amplo programa de capacitações para os profissionais de saúde atuarem no contexto da diversidade étnica e cultural, compreendendo as representações sociais dos processos de saúde e doença das comunidades indígenas.

Foram estabelecidas estratégias conjuntas durante oficinas macrorregionais, em que a participação de representantes indígenas teve papel fundamental para construir políticas e ações que resultam em atitudes e práticas preventivas e na melhoria da qualidade dos serviços.

As principais ações do programa se traduzem em:

- Educação e promoção de práticas seguras contextualizadas culturalmente;
- Disponibilização de preservativos e outros insumos de prevenção;
- Vacinação contra a hepatite B;
- Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV e de VDRL (exame laboratorial para o diagnóstico para sífilis);
- Oferta do teste anti-HIV, VDRL e HBSAg (exame laboratorial para o diagnóstico da hepatite);
- Aquisição de medicamentos para DST e preservativos, em conjunto com estados e municípios;
- Manejo das DST por meio da abordagem sindrômica;
- Prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho durante a gestação) do HIV, das hepatites e sífilis congênita;
- Articulação com as propostas de prevenção do abuso de álcool e outras drogas.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS HIV/AIDS E OUTRAS DSTS NA POPULAÇÃO INDÍGENA

No período de 1988 a 2007, 624 casos de Aids foram registrados em grupos indígenas: entre 2000 e 2008, foram registrados 401 casos da doença em populações indígenas. A proporção de casos entre os sexos é semelhante à da população em geral, com 1,6 casos em homens para cada caso em mulheres. Mas essa tendência vem mudando, com um número maior de mulheres sendo afetadas; as pessoas na faixa etária de 30 a 60 são as mais vulneráveis, representando 65% de todos os casos notificados.

Os dados epidemiológicos mostram que a principal categoria de exposição é a heterossexual, representando 61% dos casos notificados. Mesmo assim, 21% dos casos foram notificados nas categoriais homo e bissexual, e 6,7% na categoria de usuários de drogas injetáveis. Com relação à transmissão vertical do HIV, de 2001 a 2008, 94 casos de mulheres foram registrados; e no período de 2005 a 2007, 132 casos de sífilis congênita foram notificados.

CASOS DE AIDS EM ÁREAS INDÍGENAS POR SEXO, 2000-2008

ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
2000	39	21	60
2001	36	22	58
2002	21	17	38
2003	22	16	38
2004	22	16	38
2005	23	21	44
2006	32	19	51
2007	49	20	69
2008	4	1	5
Total	248	153	401

Fonte: Sinan - até 30 de junho de 2008

Em 2008, foram estabelecidas quotas para o fornecimento de preservativos às comunidades indígenas e municípios; 35% dos Dsei foram equipados para o teste rápido de HIV; serviços de referência para o diagnóstico e tratamento de HIV e sífilis foram estabelecidos, incluindo exames para o monitoramento da carga viral, CD4 (para avaliar o estado imunológico).

Os Distritos também aprovaram planos para a prevenção e o controle do HIV/Aids e DST em comunidades indígenas, com financiamento da Funasa e assessoria técnica do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

PLANO DE AÇÃO PARA INTERVENÇÕES EM HIV/AIDS E DST EM COMUNIDADES INDÍGENAS

Em 2009 foi proposto pelo Ministério da Saúde e Funasa ao Banco Mundial o Projeto Aids-SUS Brasil - Programa Brasileiro para a Atenção à Saúde da População Indígena em HIV/Aids. O projeto visa apoiar a atual política de enfoque nos grupos sob maior risco, incluindo homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas e presidiários. As comunidades indígenas também são consideradas populações vulneráveis, e as estratégias deverão levar em consideração as questões epidemiológicas levantadas acima, em particular o fortalecimento dos programas de prevenção e assistência dentro dos Dseis e a preparação das equipes de trabalhadores indígenas de saúde para lidar com questões de orientação sexual. Essas questões poderão ser fatores decisivos para a contenção do crescimento da epidemia em comunidades indígenas.

PRINCIPAIS AÇÕES DE HEPATITES VIRAIS DESENVOLVIDAS

De dezembro de 2006 a maio de 2008 foram realizados inquéritos sorológicos para o diagnóstico de hepatites virais na população indígena do Vale do Javari.

RESULTADOS DOS INQUÉRITOS SOROLÓGICOS. VALE DO JAVARI, 2008.

TIPO DE HEPATITE / MARCADOR	RESULTADOS
Hepatite A (Anti-HAV IgG) Prevalência	Infecção passada Positivos: 2.334 (87,7%) Negativos: 326 (12,3%)
Hepatite B (Anti-HBs) Prevalência	Imunes Positivos: 1.832 (68,9%) Negativos: 828 (31,1%)
Hepatite B (HBsAg) Prevalência	Portadores Positivos: 234 (8,8%) Negativos: 2.426 (91,2%)
Hepatite B+Delta (HBsAg+Anti HDV) Prevalência	Portadores Positivos: 97 (48,7%) Negativos: 100 (50,3%)
Hepatite C (Anti HCV) Prevalência	Positivos: 150 (5,3%) Negativos: 2.503 (94,3%)

Fonte: Desai 2008

Concluída a etapa de diagnóstico, passou-se à etapa de manejo clínico dos portadores de hepatite crônica B e coinfecções para a seleção daqueles que necessitavam de tratamento. Para tanto, foi necessário capacitar os profissionais de saúde que atuam na área indígena.

Desde 2007 os portadores de hepatite crônica causada pelos vírus de transmissão parenteral e sexual (VHB, VHC e VHD) vêm sendo avaliados clinicamente e, aqueles que necessitam de tratamento vêm sendo assistidos na Casai em Tabatinga (AM). A unidade foi especialmente montada para oferecer o tratamento completo a esses doentes crônicos selecionados. Uma equipe multiprofissional de saúde indígena foi contratada e os medicamentos utilizados no tratamento (Interferon-Alfa Peguilado, recomendado para o tratamento da hepatite B) foram adquiridos com recursos da Funasa.

No ano de 2009 dois grupos de pacientes foram submetidos ao tratamento. No primeiro momento, foram selecionados seis indígenas e, no segundo, dos 20 pacientes selecionados, apenas 15 foram submetidos ao tratamento, apesar de ter sido garantida a medicação para todos os casos com indicação. Isto se deveu ao fato de um deles ter se recusado a se afastar da aldeia durante um ano, tempo necessário para a realização do tratamento completo; outro ter evoluído para a necessidade de transplante de fígado e os demais três terem falecido.

COBERTURA VACINAL CONTRA A HEPATITE B EM INDÍGENAS. VALE DO JAVARI (AM), 2009.

FAIXA ETÁRIA	POP. GERAL	HEPATITE B			
		META COBERTURA	Nº VACINADOS 3ª DOSE	%	A VACINAR
<1 ano	125	-	-	-	-
6 a 11 meses	82	63	15	23,80952	48
9 a 11 meses	37	-	-	-	-
1 ano	153	125	81	64,8	44
2 - 4 anos	436	410	374	91,21951	36
5 - 9 anos	626	626	580	92,65176	46
10 - 59 anos	2.216	2.216	2064	93,14079	152
60 e + anos	146	146	140	95,89041	6
TOTAL	3.702	3.586	3254	90,74177	332
10-49 MIF	1000	-	940	94	60
12-59 (Masc.)	1030	-	974	94,5631	56

Fonte: Dsei Vale do Javari (AM)
Dados parciais (1º semestre de 2009)

A vacinação contra a hepatite B em menores de um ano é prioridade na prevenção da doença. Entretanto, em aldeias de difícil acesso, ainda é um desafio obedecer a esta orientação, pois muitos dos partos ocorrem sem o acompanhamento da equipe de saúde, o que dificulta, inclusive, o controle da transmissão vertical. Consequentemente, a vacinação dos recém-nascidos filhos de mães positivas para o VHB (vírus causador da doença), bem como a administração da imunoglobilina nas primeiras 12 horas de vida não ocorrem como recomendado. Apesar disso, 90,74% da meta de cobertura foi cumprida.

Os Dseis estabeleceram parcerias com estados e municípios para coordenar a logística da distribuição de preservativos e a rotatividade do pessoal treinado na realização do teste rápido; coordenaram planos logísticos para receber os kits diagnósticos e monitorar sua implementação. Foram capacitados mais de 700 agentes indígenas de saúde, os quais têm um papel importante nas atividades de prevenção, funcionando com interlocutores entre os profissionais de saúde e a sua comunidade. Além disso, 35% dos Dseis implementaram o teste rápido, que teve aceitação de 83,3% nos dez Distritos onde foi utilizado. Os Dseis adotaram testagem para sífilis e HIV em gestantes: 61% tiveram acesso ao teste de sífilis e 49% tiveram acesso ao teste de HIV.

Todos os Dseis adotaram a abordagem sindrômica para DST, melhorando assim o diagnóstico e o tratamento das doenças, sendo que 52% deles fornecem medicamentos para o tratamento das DSTs e todos receberam protocolos de tratamento e materiais instrucionais para a capacitação de profissionais de saúde.

VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES, ZOONOSES E ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

A área técnica de Fatores Biológicos/Vigilância Ambiental é uma unidade de normalização, coordenação, intervenção e de avaliação, cujo objetivo principal é desenvolver uma vigilância ecoepidemiológica efetiva e direcionada à saúde da população indígena.

A vigilância deve ser apta para detectar mudanças no meio ambiente e nos fatores que envolvam riscos biológicos (vetores, hospedeiros e reservatórios), que possam causar danos à saúde humana.

Diante deste contexto, a vigilância ambiental/fatores biológicos voltada à saúde indígena surge como uma medida de intervenção eficaz no tocante à detecção de qualquer mudança nos fatores do meio ambiente que possam vir a interferir na saúde.

MALÁRIA

A malária está concentrada nos nove estados da Região Amazônica, com 99,8% dos casos do Brasil. É importante ressaltar que desde 2006 o Estado do Tocantins não registra casos de malária na população indígena.

As condições ambientais típicas da região sempre favoreceram a transmissão da doença, com o agravante de que o aumento das frentes de expansão agrícola, áreas de garimpo, extração de madeira e outros recursos naturais causaram um impacto no ecossistema amazônico e nos indicadores de controle da malária.

Em 2009, a população da Região Amazônica foi estimada em 24 milhões de habitantes. Dentre essa população foram notificados 303.512 mil casos de malária. Nesse mesmo período e nessa mesma região, a população indígena foi de 322.162 mil habitantes, registrando 31.561 casos positivos, ou seja, 10,4% dos casos de malária da região endêmica do País foram notificados entre a população indígena.

Em 2009 foi registrado um incremento de 7,8% nos casos positivos em relação ao de 2008, porém os Dseis Cuiabá, Xavante, Xingu e Tocantins não registraram casos da doença no referido ano. Dos 20 Distritos que registram casos positivos, 10 reduziram em média 21,2% o número de casos. Nesse mesmo período, nota-se uma redução de 25,2% nos casos de malária por Plasmodium falciparum, que favorece a ocorrência do caso grave e até mesmo o óbito.

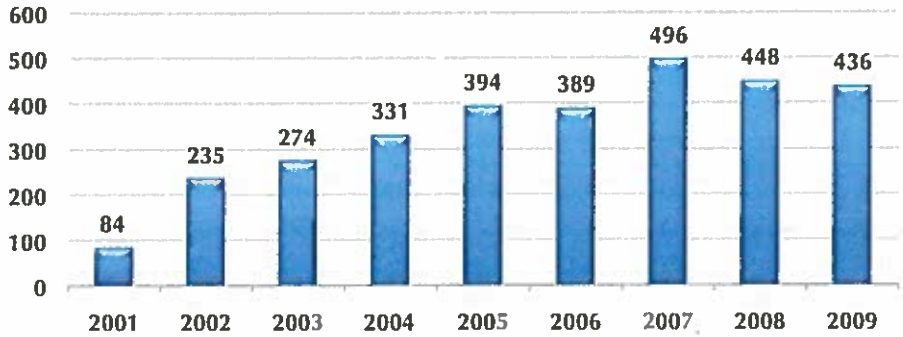
A implementação dos testes rápidos possibilitou a melhoria do acesso para diagnóstico de casos de malária, em áreas remotas e de difícil acesso, que possivelmente tenha contribuído para o aumento no registro de casos, entretanto representa a melhoria na organização dos serviços para o diagnóstico oportuno e tratamento precoce, com reflexo no controle da transmissão, casos graves e registro de óbitos.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA)

A transmissão da LTA está associada à área de vegetação primária, exploração desordenada das florestas e derrubadas de matas para construções de moradias. É fundamentalmente uma zoonose de animais silvestres, que pode acometer os índios devido aos seus hábitos, quando estes entram em contato com o ambiente silvestre, onde esteja ocorrendo a enzootia.

Segundo informações retiradas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no período de 2001 a 2009 foram atendidos em áreas indígenas com suspeita de LTA 3.087 indígenas, com uma média de 343 casos por ano.

LTA: casos em população indígena. Brasil, 2001 – 2009*.



Fonte: Sinan
(*) dados preliminares até 23/02/2010.

Em 2009, com o objetivo de ampliar a sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica da LTA e implementar as ações de prevenção e controle desse agravo com vistas a diminuir a ocorrência de novos casos, o Desai executou atividades específicas, das quais se destaca a supervisão técnica desenvolvida na área indígena Xavante, que levantou junto aos serviços de saúde da região erca de 220 novos casos de LTA.

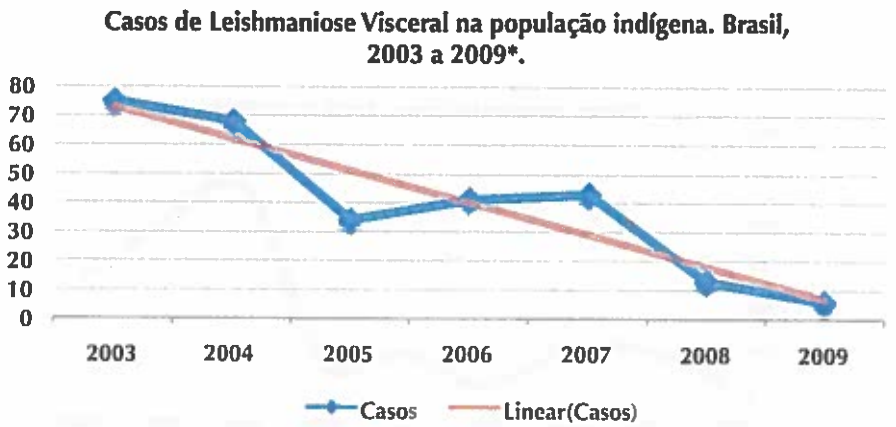
No período analisado, as áreas com maior transmissão de LTA entre a população indígena respondem por cerca de 53,7% dos casos e, segundo o Sinan, são os Estados de Mato Grosso, Amazonas e Pará.

LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)

Segundo o Siasi, no período de 2003 a 2009, foram registrados 280 casos de LV em população indígena com uma média anual de 40 casos. De uma forma geral a LV na população indígena mostra nesses últimos anos uma linha de tendência de queda, com uma curva descendente e contínua no que se refere ao atendimento de novos casos.

CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL NA POPULAÇÃO INDÍGENA. BRASIL, 2003 A 2009*.

Fonte: Siasi
(*) dados preliminares até 14/01/2010



Fonte: Siasi
(*) dados preliminares até 14/01/2010

No período analisado, as áreas com maior transmissão de LV entre a população indígena respondem por cerca de 60% dos casos e, segundo o Sinan, são os Estados de Roraima, Mato Grosso do Sul e Maranhão.

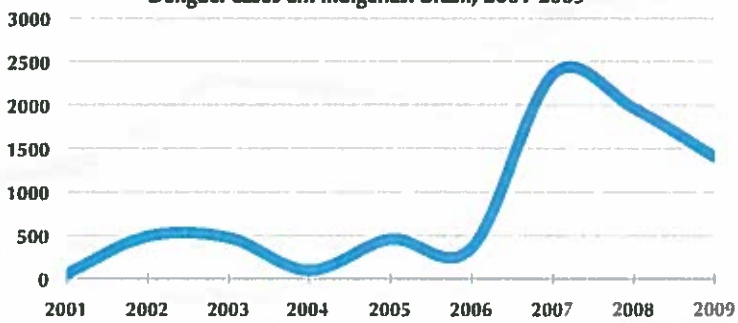
A LV, mesmo apresentando número menor de casos do que em relação aos notificados na população nacional, conforme outros relatórios, tem apresentando uma taxa de incidência na população indígena superior à taxa de incidência na população nacional. Esses dados demonstram que a população indígena dessas áreas de transmissão intensa é uma das populações de maior risco para esse agravo e que esse risco exige uma maior atenção, tanto no que se refere à vigilância, prevenção e controle, quanto ao acesso e disponibilidade de assistência.

DENGUE

A dengue é um agravo de grande magnitude e de igual transcendência. Há décadas, as tentativas de controle desse agravo têm obtido resultados irregulares e inconsistentes que se demonstram pelas constantes epidemias que atingem diferentes partes do país a cada ano. A população indígena, quer pelas suas peculiaridades culturais, quer por sua aproximação com os centros urbanos, a maioria com todas as condições necessárias para a transmissão intensa da dengue, necessita estar sob uma estratégia especial e concentrada de ações de vigilância e prevenção, de forma que se possa dirimir o máximo possível os danos que podem ser causados quando introduzida em uma comunidade indígena.

No período de 2001 a 2009 foram notificados no Sinan 7.668 casos de dengue em indígenas. Na figura a seguir, é possível observar ao longo desse período que a doença apresentou-se com um comportamento irregular entre 2001 a 2006, um pico epidêmico em 2007 e, a partir desse ano, uma curva decrescente, porém lenta.

Dengue: casos em indígenas. Brasil, 2001-2009*



Fonte: Siasi
(*) dados preliminares até 14/01/2010

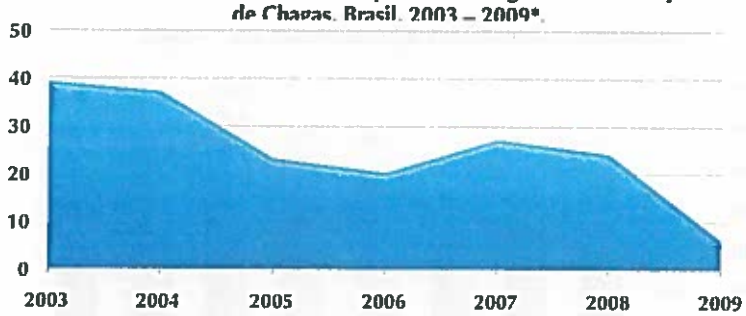
A média anual de casos no período analisado foi 852 novos registros, sendo que o ano de 2007 foi o que notificou o maior número: 2.367 casos, o equivalente a 30,9% do total de registros de todo o período. Os Estados do Ceará, Minas Gerais e São Paulo foram os que mais registraram casos, com uma média de 6,5%, cada um. Em cerca de 1/3 das notificações (2.540) não foi possível determinar o local provável de infecção, prejudicando uma análise mais concreta da transmissão da doença e o direcionamento das ações de prevenção e controle.

DOENÇA DE CHAGAS

A doença de Chagas tem se apresentado sob várias formas de transmissão para o ser humano, algumas já eliminadas como a vetorial e a transfusional e, outras emergentes, como a por alimentos.

A série histórica de atendimentos por doença de Chagas, a partir de 2003, mostra uma linha de tendência decrescente, exceto no ano de 2007 quando o Siasi registra um incremento positivo de 35% em relação ao ano anterior. No total, entre 2003 e 2009, foram notificados 176 atendimentos da doença de Chagas em área indígena, sendo que o Dsei de Minas Gerais/Espírito Santo registrou 44,1% dos casos suspeitos.

Atendimentos realizados em pacientes indígenas com doença de Chagas. Brasil. 2003 – 2009*.



Fonte: Siasi
(*) dados preliminares até 14/01/2010

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA (DCA)

A DCA, geralmente transmitida por via oral, não foi registrada em indígenas de 2006 a 2009, conforme dados do Sinan. Os últimos registros datados do período 2001 – 2005 mostram a notificação de 18 casos, a maioria (11) em áreas que não da Amazônia Legal.

No entanto, ainda que os números mostrem o contrário, a DCA é um agravo que merece uma vigilância especial na população indígena da Amazônia Legal, pois é a área onde está registrada a maior parte dos surtos na população nacional, veiculada, principalmente, por alimentos.

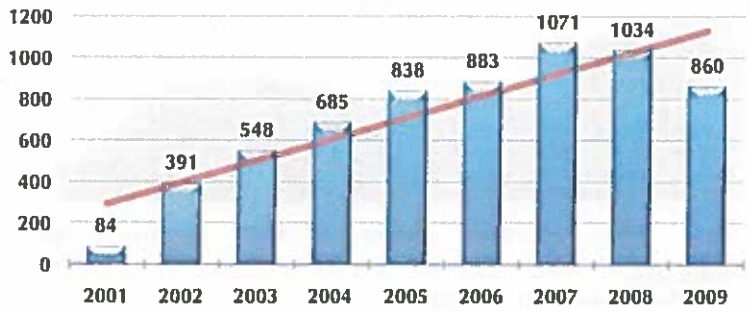
ACIDENTES CAUSADOS POR EXPOSIÇÕES A ANIMAIS PEÇONHENTOS

Segundo informações retiradas do Sinan, no período de 2001 a 2009, foram registrados em áreas indígenas 6.394 acidentes causados por exposições a animais peçonhentos, com uma média de 710 casos/ano.

Essa alta incidência está diretamente relacionada ao meio ambiente em que vive a população indígena, uma vez que muitos ainda mantêm seus costumes tradicionais, buscando seus alimentos dentro das matas. O desmatamento desordenado e o garimpo são outros fatores que favorecem esse agravo, além das populações pequenas onde um caso tem uma representação maior que na população nacional.

Apesar da distribuição destes acidentes dar em quase todo o País, observa-se uma maior concentração de casos na região da Amazônia Legal.

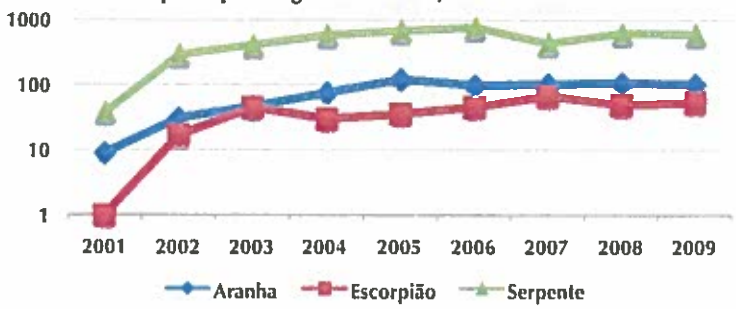
Exposições a animais em indígenas. Brasil, 2001 – 2009



Fonte: Sinan
(*) dados preliminares até 23/02/2010.

A maioria dos acidentes causados por animais peçonhentos na população indígena foi por serpentes, representando 80,8% das notificações; seguidos pelos acidentes por aranhas com 12,8%; e os provocados por escorpiões, com cerca de 6% dos casos notificados.

Acidentes por animais peçonhentos em população indígena por espécie agressora. Brasil, 2001 -2009*.



Fontes: Sinan (*) dados sujeitos à revisão.

O tempo decorrido entre a picada e o atendimento é fundamental para o prognóstico do acidentado por animal peçonhento. A população indígena apresenta uma maior vulnerabilidade nesse contexto, em face das dificuldades de acesso e principalmente das grandes distâncias a serem percorridas para o tratamento adequado em unidade de referência.

RAIVA HUMANA

A raiva humana no Brasil é outro agravo, assim como a doença de Chagas, que mudou seu comportamento epidemiológico nos últimos anos: o ciclo urbano, transmitido por animais de estimação (cães e gatos) deixa de ser o mais importante e tem seu lugar ocupado pelo ciclo silvestre, cuja transmissão se dá ao ser humano principalmente por morcegos.

Não há registro de casos de raiva humana em indígenas do Brasil na última década. No entanto, as populações indígenas estão entre as que estão mais expostas às agressões por animais silvestres, principalmente morcegos hematófagos e, portanto, passiveis de infecção pelo vírus rábico, com a agravante de se manifestar sob a forma de surtos. Um sistema de vigilância de agressões por animais e o acesso aos esquemas profiláticos contra a raiva humana podem contribuir para que a incidência desse agravo entre a população indígena permaneça zero.

ONCOCERCOSE

No Brasil, a oncocercose acomete quase tão somente os indígenas residentes no território Yanomami, e mais alguns não índios que permanecem no território por motivos profissionais, lidando com a assistência aos indígenas. O controle da oncocercose é, portanto, uma responsabilidade principalmente do Ministério da Saúde.

O programa adotou, como metodologia para alcançar o controle da doença e a interrupção da transmissão, a quimioterapia em massa com a ivermectina (mectizan), medicamento doado pelo laboratório farmacêutico Merck Sharp Dohme. O tratamento teve início no segundo semestre de 1995, e no período de 1999 a 2001 recebeu um incremento considerável, graças a um maior envolvimento de organizações não governamentais que prestam assistência às populações indígenas na área Yanomami.

Devido ao apoio dado por essas organizações, principalmente nos locais de acesso mais difícil, e pela decisiva atuação do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami, a partir de 2001 vêm sendo alcançadas e mantidas taxas de cobertura satisfatórias. A meta principal do programa é garantir a manutenção do tratamento para 100% dos habitantes elegíveis, na área endêmica de oncocercose no território Yanomami.

A área de oncocercose no Brasil está situada no extremo norte do País, nos Estados de Roraima e Amazonas, região fronteiriça com a Venezuela, habitada por uma população de aproximadamente 15000 indígenas Yanomami do lado do território brasileiro.

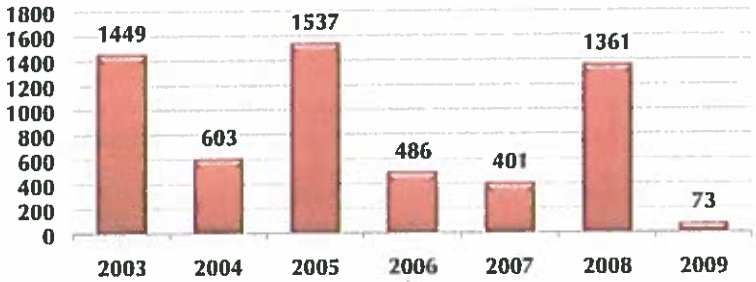
Os locais de maior endemicidade se concentram nas áreas mais altas da serra do Parima (principalmente próximo à fronteira com a Venezuela): regiões yanomamis de Xitei, Surucucu, Balawau, Homoxi, Tukuxim. E outras circunjacentes: Toototobi, Xiriana/Arathau, Parafuri, Paapiu, Novo Demini, Palimiu, Alto Catrimani.

O programa da oncocercose possui vários parceiros, principalmente com instituições científicas visando ao respaldo técnico-científico como a:

- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz);
- Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA);
- O apoio técnico-científico ao Programa de Oncocercose também tem sido proporcionado pelo Programa de Eliminação da Oncocercose para as Américas (OEPA), através de consultorias.

O resultado do último inquérito parasitológico, realizado em 2007, quando comparado com o anterior em 2003, demonstrou uma redução na prevalência de 20,2% para 14,8% nessa população alvo. No entanto, dados de 2008 mostram um incremento na detecção de novos casos, números esses muito superiores aos de 2006 e de 2007. Os dados de 2009, ainda preliminares, não indicam a real quantidade de atendimentos por esse agravo nas comunidades indígenas.

Oncocercose: casos em área indígena. Brasil, 2003 – 2009*

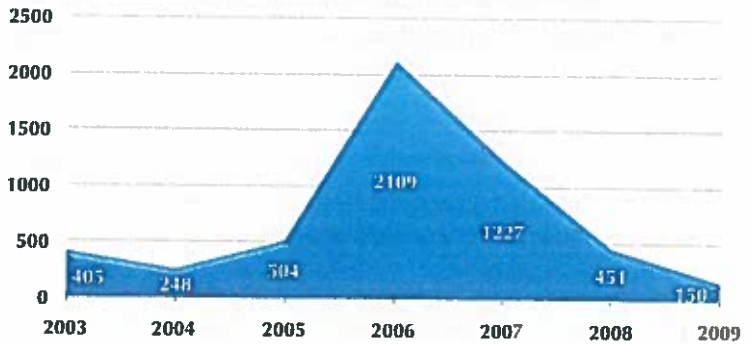


Fonte: Sinan
(*) dados preliminares até 14/01/2010.

TRACOMA

Segundo o Siasi, entre 2003 e 2009 foram diagnosticados 5.094 casos, com média anual de 728 registros, sendo que 90% deles na região da Amazônia Legal. Nesse período a doença apresentou uma curva epidêmica entre 2005 e 2006 e, a partir daí, observa-se uma tendência decrescente e contínua no atendimento. Os Dseis Tocantins, Alto Rio Negro e Vilhena notificaram nesse período cerca de 90% dos casos.

Tracoma em indígenas. Brasil, 2003 – 2009*



Fonte: Sinan
(*) dados preliminares até 14/01/2010.

Ainda que os dados mostrem uma curva contínua com uma queda na detecção de novos registros de casos nos últimos três anos, medidas de vigilância, prevenção e controle devem ser intensificadas nas áreas das populações indígenas sob maior risco.Essa necessidade se faz face às características do tracoma: agravo de distribuição universal, especialmente em áreas com deficientes sistemas de saneamento, abastecimento de água e destino inadequado do lixo e deficientes condições de moradia e urbanização. Todas essas peculiaridades tornam a população indígena extremamente susceptível a essa doença.

SAÚDE MENTAL

Desde 1999 durante a criação e desenvolvimento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), no Departamento de Saúde Indígena foi colocada a preocupação sobre o problema do suicídio e o abuso de consumo de álcool em alguns Dseis.

Foram desenvolvidos projetos que buscaram a compreensão dos problemas de maneira participativa. Em todos os projetos foi identificado pela população que o consumo de bebidas alcoólicas é um problema histórico e que foi introduzido pelo contato com os colonizadores, posteriormente como mediador nas relações de trabalho (introduzido na rotina ou/e salário) e depois incorporado aos rituais e festas de cada etnia. Ou seja, o consumo e as dependências estão incorporados à própria reatualização das estruturas sócias e culturais da população.

Ficou demonstrado que alcoolismo e suicídio são fenômenos que atingem especialmente jovens, se manifestam de maneira crescente e significativa. Pode ser sublinhado que nos últimos anos o consumo de estupefacientes está em aumento. Todos os estudos mostraram que o processo de alcoolização não é um problema só individual, ele se manifesta no âmbito familiar e comunitário. Em algumas famílias, os pais dão bebidas alcoólicas aos filhos desde a primeira infância.

Foram estabelecidas linhas de base epidemiológicas de consumo de bebidas alcoólicas, não foi possível obter taxas de dependência por falta de um instrumento válido. De outra parte as experiências mostram que estas taxas são muito variáveis devido que é possível a redução de consumo, más as recidivas são muito freqüentes.

Desde 2007 foram realizados esforços para a contratação de recursos humanos nos Dseis para assumir a responsabilidade do desenvolvimento da saúde mental. Para tal fim foram produzidos documentos e reuniões nacionais com o objetivo de incorporar a área de saúde mental nos Planos Distritais, definir um planejamento específico com objetivos, estratégias, metodologias e resultados explicitados num documento titulado Plano de Ação de Saúde Mental Indígena.

Nesse mesmo ano, produto de um trabalho conjunto com a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, foi aprovada a Portaria no 2.759, de 25 de outubro de 2007 que estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor.

Esta Portaria reconhece os povos indígenas como atores sociais imprescindíveis; consequentemente, é fundamental apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade.

A estratégia atual prioriza o trabalho dos responsáveis pelo Programa de Saúde Mental dos Dseis e Assessorias de Saúde Indígenas das Coordenações Regionais, assim como o treinamento dos recursos humanos mediante a educação continuada para desenho e implementação dos planos de ação em saúde mental, visando efetivar a vigilância epidemiológica e a intervenção sobre os problemas de maneira coletiva e individual.

Em cada Dsei a implementação dos planos tem distinto desenvolvimento, dentre estes destaca-se o Dsei Mato Grosso do Sul onde foram realizadas 18.642 procedimentos durante o ano 2009. Estas intervenções foram para realizar orientações/aconselhamentos de tipo ambulatorial, domiciliar, hospitalar, escolar, em pacientes na Casai; avaliação psicológica, visitas domiciliares e encaminhamentos para serviços especializados. Nas atividades comunitárias (grupos, palestras e oficinas) participaram 9.600 indígenas.

Outra experiência importante é a do Dsei Cuiabá, onde a contribuição fundamental para a saúde mental indígena foi a continuidade de quatro anos de trabalho no tratamento psicossocial na aldeia para dependentes de álcool. Esta alternativa foi desenvolvida pela rejeição dos pacientes ao tratamento realizado nos serviços oficiais de saúde. Por outra parte, no primeiro semestre de 2009, foi iniciada a experiência de réplica desta estratégia com pacientes residentes em outras aldeias, proposta e implementada pelo grupo inicial de participantes, e finalmente pela articulação atual com as ações de promoção e prevenção desenvolvidas junto a todas as etnias atendidas pelo Dsei.

Em relação ao suicídio, foi implantada a Vigilância Epidemiológica em dois Dsei que apresentavam alta frequência de casos, as taxas em 2009 apresentam uma tendência a diminuir no Dsei Mato Grosso do Sul= 98,06 (x100.000) e houve uma tendência à aumentar no Dsei Alto Rio Solimões= 47,74 (x100.000). Durante 2009 no Dsei Alto Rio Negro foi realizada a coleta de dados e a análise está sendo realizada. Em termos qualitativos foi realizado um estudo sobre os modelos explicativos de causalidade do suicídio entre os Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul constituindo-se como subsídio para as intervenções de prevenção e pósvenção.

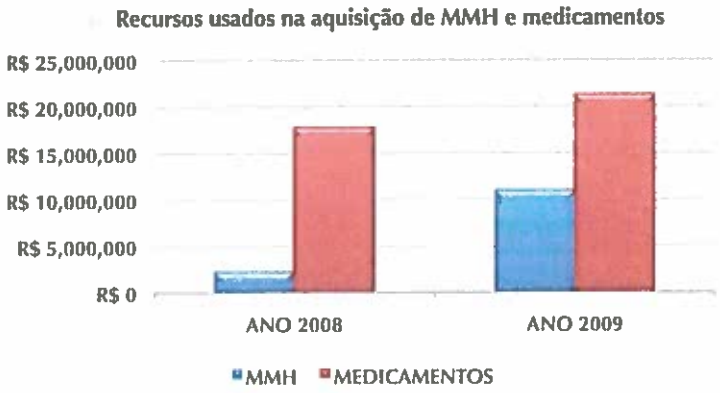
Todos os Dsei estão providenciando arranjos institucionais para estabelecer os princípios de corresponsabilidade, assim como da participação fundamental com organizações da sociedade indígena na procura da autossustentabilidade das ações. Entre elas participam os agentes indígenas de saúde, as organizações de professores indígenas, caciques e pajés, e no caso do Dsei Alto Rio Solimões o serviço de polícia indígena.

Na atualidade existem perto de 1.100 profissionais (que incluem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena) com uma cobertura aproximada de 153.000 indígenas.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002) tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a prescrição e dispensação, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas de forma a garantir os medicamentos necessários. Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopéia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos à saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.



Dos 189 medicamentos distribuídos diretamente aos Distritos, cerca de 70% fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). No ano de 2009, foram disponibilizados mais de 32 milhões de reais na aquisição de insumos farmacêuticos, sendo que 2/3 desse recurso foram empregados em medicamentos e 1/3 em materiais médico-hospitalares.

Até o ano de 2008, a aquisição e entrega de insumos farmacêuticos era centralizada na Presidência/Funasa. Em 2009, isso mudou. A aquisição permanece centralizada, entretanto, a entrega dos insumos passa a ser descentralizada, na qual, cada Distrito recebe os insumos diretamente do fornecedor, o que gerou economia e agilidade na logística de distribuição.

Outra mudança foi a possibilidade de aquisição de insumos farmacêuticos diretamente pelos Distritos na falta de algum item da lista básica fornecida pelo Desai, ação que até então era feita exclusivamente pela Presidência.

Isso reforçou a descentralização da Assistência Farmacêutica e favoreceu as ações regionais de promoção da saúde indígena.

Com a reestruturação da Assistência Farmacêutica, outra conquista foi a implantação do Sistema de Controle de Estoque e Consumo (Siscoesc) que possibilitou melhorias na logística de compra e armazenamento de medicamentos, além de possibilitar maior visibilidade ao controle e distribuição de medicamentos entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas até os Polos-Base e Casas de Apoio à Saúde do Índio. Atualmente, o Siscoesc está implantado e em uso em 30 Dsei, sendo que sua implantação se deu após a capacitação de 32 profissionais farmacêuticos.

A reorganização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a partir da reestruturação das áreas relacionadas a medicamentos com instalações físicas adequadas, sob o controle e supervisão de um profissional farmacêutico, possibilitou a identificação e implementação das diversas etapas do Ciclo Logístico da Assistência Farmacêutica. Com isso, a Assistência Farmacêutica desenvolveu ações de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos em parceria com os Distritos para a promoção do uso racional de medicamentos junto à população Indígena.

INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1) 2009

A vigilância epidemiológica da Influenza em populações indígenas teve início a partir da Semana Epidemiológica (SE) 29 de 2009, após a declaração de transmissão sustentada do vírus influenza pandêmica (H1N1) 2009 no Brasil. A Funasa, por meio dos Distritos Sanitários, monitora semanalmente todos os casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), considerando a reconhecida vulnerabilidade das populações indígenas às doenças respiratórias.

BIBLIOTECA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

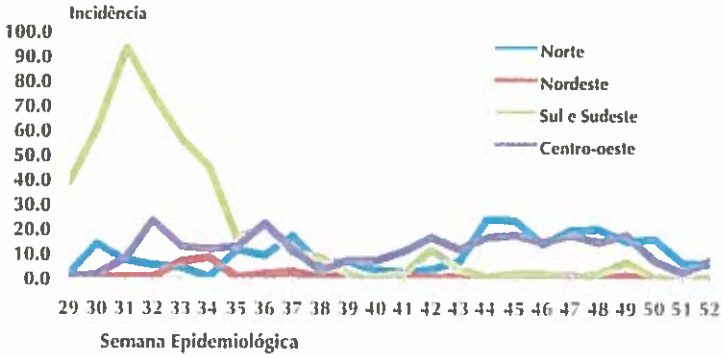
Na população indígena, entre as SE 29 e 52 de 2009, foram registrados 24.798 casos de SG e 1.176 casos de SRAG. O período com maior incidência de casos graves foi durante a SE 31 (de 02 a 08/08/09), com pico de 14,7 casos para cada cem mil índios, onde a população mais afetada era das Regiões Sul e Sudeste do País (92,7 por cem mil). O segundo pico de casos graves foi verificado durante a SE 45 (de 08 a 14/11/09), com 13,7 casos para cada cem mil índios, onde a região mais afetada foi a região Norte (23,0 por cem mil).

Em 2009, verificou-se que não houve redução dos casos de SRAG na população indígena, observando flutuação na incidência de casos entre as semanas epidemiológicas . Este fato reflete o já reconhecido perfil epidemiológico da população indígena, que é marcado por altos números de casos de doenças respiratórias. Redução significativa foi observada apenas nas Regiões Sul e Sudeste, nas quais não foram notificados casos entre as três últimas SE do ano (50, 51 e 52).

Incidência dos casos de SRAG em populações indígenas por semana epidemiológica, Brasil. SE 29 a 52 de 2009.

Fonte: Sinan

Incidência dos casos de SRAG, em populações indígenas, por região geográfica e semana epidemiológica, Brasil. SE 29 a 52 de 2009.

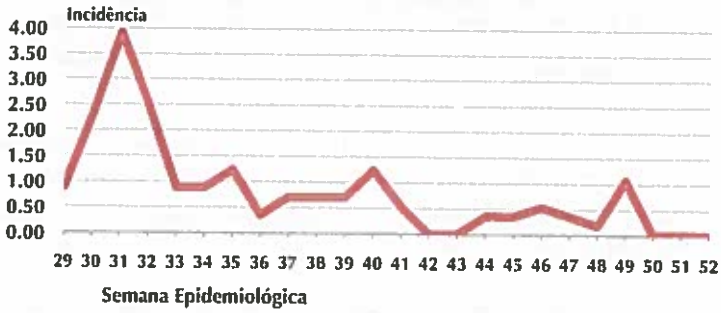


Fonte: Sinan

Foram confirmados laboratorialmente para Influenza Pandêmica 111 casos indígenas – incidência de 19,7 para cada cem mil. O período com o maior número de casos foi observado na SE 31 (de 02 a 08/08/09).

As regiões mais afetadas foram o Sul e Sudeste, onde foram registrados 76 casos de SRAG com H1N1 em 2009, sendo 29 no Paraná; 25 casos no Rio Grande do Sul; 18 em São Paulo; e 4 em Santa Catarina, calculando-se uma incidência de aproximadamente 121 casos para cada cem mil indígenas. A Região Centro-Oeste apresentou a segunda maior incidência (23,68), com casos registrados nos Dsei Kaiapó do Mato Grosso (5) e Xavante (20). Não foram confirmados casos de Influenza Pandêmica na Região Nordeste.

Incidência dos casos confirmados para influenza pandêmica (H1N1) 2009, em populações indígenas, por semana epidemiológica, Brasil. SE 29 a 52 de 2009.



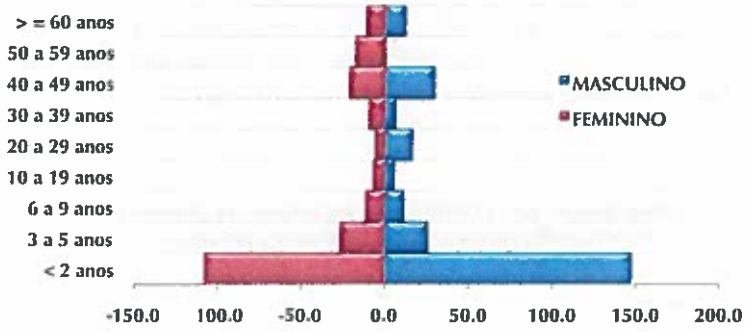
Fonte: Sinan

INCIDÊNCIA DOS CASOS CONFIRMADOS PARA INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1) 2009, EM POPULAÇÕES INDÍGENAS, POR DSEI E REGIÃO GEOGRÁFICA, BRASIL, SE 29 A 52 DE 2009.

REGIÃO GEOGRÁFICA	DSEI	INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1) 2009	INCIDÊNCIA (POR CEM MIL)
Norte	Porto Velho	6	3,96 (10)
	Yanomami	3	
	Tocantins	1	
Sul e Sudeste	Interior Sul (PR)	29	121,44 (76)
	Interior Sul (SC)	4	
	Interior Sul (RS)	12	
	Litoral Sul (RS)	13	
	Litoral Sul (SP)	18	
Centro-Oeste	Kaiapo (MT)	5	23,68 (25)
	Xavante	20	
Total		111	19,71

Fonte: Siasi

Incidência dos casos confirmados para influenza pandêmica (H1N1) 2009, em populações indígenas, por faixa etária e sexo, Brasil, SE 29 a 52 de 2009.



Fonte: Sinan

A população indígena de faixa etária menor de dois anos de idade foi a mais afetada pelo vírus, assim como os indígenas do sexo masculino. A incidência de casos nessa faixa etária e sexo foi de 147,3 para cada cem mil. A idade mediana dos casos confirmados foi de quatro anos aproximadamente e dentre as notificações de indígenas do sexo feminino (50), 34,0% (17/50) estavam em idade fértil e destas 17,6% (3/17) eram gestantes.

Dos casos confirmados, 13 evoluíram para óbito, calculando-se uma taxa de mortalidade de 2,31 para cada cem mil indígenas. Os casos se distribuíram entre os Estados do Mato Grosso (8), Rio Grande do Sul (3) e São Paulo (2).

TAXA DE MORTALIDADE DE INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1) 2009, EM POPULAÇÕES INDÍGENAS, POR DSEI E REGIÃO GEOGRÁFICA, BRASIL, SE 29 A 52 DE 2009.

REGIÃO GEOGRÁFICA	DSEI	ÓBITOS	TAXA DE MORTALIDADE (POR CEM MIL)
Sul e Sudeste	Interior Sul (RS)	2	7,99 (5)
	Litoral Sul (RS)	1	
	Litoral Sul (SP)	2	
Centro-oeste	Kaiapo (MT)	2	7,58 (8)
	Xavante	6	
Total		13	2,31

Fonte: Sinan

FINANCIAMENTO DA SAÚDE INDÍGENA

O financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é proveniente, desde 1999, de três fontes de recursos distintas:

1. do Tesouro Nacional, alocado diretamente na Funasa, no Programa 0150 – Proteção e Promoção dos Povos Indígenas, contido no Plano Plurianual;

2. do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), denominado de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) e Incentivo da Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE- PI), comrepasse mensal, regular e automático diretamente ao Fundo Municipal de Saúde e estabelecimentos de saúde, visando atender às ações de contratação de Equipes Multidisciplinares e incentivos a hospitais credenciados e;

3. do Acordo de empréstimos pactuado entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial, denominado Projeto de Vigilância e Controle de Doenças – Projeto Vigisus. Esse projeto divide-se em dois componentes distintos, que passaram a funcionar na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), com ações voltadas para a população brasileira e na Fundação Nacional de Saúde, com ações voltadas para a saúde dos índios e população quilombola.

Entre os exercícios de 1999 a 2009, os recursos do orçamento da União, destinados à saúde indígena e executados sob a gestão da Funasa, passaram de R$ 66.174.319,00 para R$ 436.102.519, resultando num aumento da ordem de 659,32%. O próximo gráfico mostra a distribuição de recursos, nesses dez anos, no Programa de Proteção e Promoção dos Povos Indígenas, nas ações de saneamento básico em aldeias indígenas e nas ações do Vigisus.

EXERCÍCIOS	LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL	ORÇAMENTO APROVADO
1999	9.789	25.836.670
2000	9.969	60.445.000
2001	10.171	100.816.000
2002	10.404	125.921.000
2003	10.640	138.831.000
2004	10.837	186.284.000
2005	11.100	222.396.319
2006	11.306	298.210.000
2007	11.451	342.714.000
2008	11.647	342.199.367
2009	11.897	319.730.686
Total (R$)		2.163.384.042

PRINCIPAIS APLICAÇÕES DOS RECURSOS DA SAÚDE INDIGENA

ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA

A Funasa possibilitou, nesses dez anos, a estruturação das unidades de saúde em todo território nacional, dotando-as de equipamentos médico-hospitalares, odontológicos, de informática, aparelhos de comunicação, mobiliários em geral e sistema de energia solar, entre outros, bem como equipando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) de veículos terrestres e fluviais e também investindo na construção, ampliação e reforma de Postos de Saúde, Polos-Base e Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casais).

A aquisição desses equipamentos resultou em melhorias significativas nos indicadores de saúde indígena. Além dos investimentos em saúde, as ações de serviços e de logística adotadas no atendimento às comunidades indígenas ajudaram a reduzir, por exemplo, a mortalidade infantil. Para se ter uma ideia da reestruturação empreendida, somente no biênio 2008-2009 foram adquiridos 1.427 equipamentos médico-hospitalares e odontológicos, 221 rádios de comunicação, 562 aparelhos eletroeletrônicos e 1.623 mobiliários em geral, além de equipamentos de informática, totalizando 5.883 itens.

No período de 2007 a 2009 foram adquiridos e entregues 364 picapes, três vans, 49 ambulâncias e 100 automóveis, totalizando 516 veículos. Os Dseis receberam, ainda, 63 barcos e 159 motores de popa.

AQUISIÇÕES REALIZADAS DIRETAMENTE PELA FUNASA

VEÍCULOS PARA DESLOCAMENTO DAS EMSI E PACIENTES

Neste importante item - veículos para deslocamentos das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsis) e remoção de pacientes - estão incluídos tanto veículos automotores e aquáticos (barcos) quanto motores de popa para as embarcações. Essas aquisições custaram o valor de R$ 41.678.951, representando 68,34% do total das aquisições de bens móveis e equipamentos no período de 1999 a 2009.

DISTRIBUIÇÃO DE VEÍCULOS POR COORDENAÇÃO REGIONAL, QUANTITATIVO E MODELO, ENTRE OS ANOS DE 2007 E 2010.

UF	2007		2008	2009			2010		TOTAL VEÍCULOS
	PICAPE	VAN	PICKUP	PICKUP	AMBULÂNCIA	AUTOMÓVEIS	PICAPE	AMBULÂNCIA	
AC	6		6	5	2	4	2		25
AL	2		2	3	1	2	1		11
AM	3	1	13	16	2	17	5	1	58
AP	3		4	3	2	4	1		17
BA	4		6	7	1	2	2		22
CE	2		2	3	1	2	2		12
DF	2			13	1	6	0		22
GO	2		1	1	2	3	0		9
MA	8		5	4	3	4	1		25
MG/ES	4		4	2	1	3	2		16
MS	2		2	6	2	3	2		17
MT	16		8	11	7	12	2	2	58
PA	10		6	7	5	10	3	1	42
PB	2		3	3	1	2	1		12
PE	5		5	9	1	2	0		22
PR	5		10		1	2	0		18
RJ	1			1	1	1	0		4
RO	5	1	12	5	4	8	3		38
RR	8		6	10	2	4	3		33
RS	3		3	8	1	2	2		19
SC	1	1	2	3	1	2	1		11
SP	1		1	2	1	2	0		7
TO	6		3	2	2	3	2		18
Total Geral	101	3	104	124	45	100	35	4	516

É importante ressaltar a necessidade de se complementar à frota própria de transportes terrestre e fluvial existente, despesas com locação de aeronaves, dada a existência de localidades cujo acesso somente é possível por este meio de transporte. Despesas estas que, somadas aos gastos com passagem e locomoção urbana de servidores, resultaram na importância de R$ 40,4 milhões, no período de 1999 a 2009.

EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA E COMUNICAÇÃO

Computadores, nobreak, impressoras, aparelhos de fax, estabilizadores, telefones, centrais telefônicas, projetores de imagem, máquinas fotográficas e filmadoras estão incluídas nesse item. Pela importância de permitir a inclusão digital, amenizar sensivelmente as condições de isolamento cultural e geográfico de muitas aldeias e de representar, muitas vezes, possibilidade vital de entrar em contato com os Polos-Base e Dseis, por motivo de morbidades graves, foi aplicada, de 1999 a 2009, a quantia de R$ 5.161.208. No triênio 2007-2009 foi executado, diretamente, o valor de R$ 3.061.789, um aumento de 45,84% frente ao total gasto de 1999 a 2006, de R$ 2.099.419,01.

EQUIPAMENTOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS E HOSPITALARES

Os equipamentos utilizados para estruturar as unidades de saúde e equipar as Equipes Multidisciplinares, no atendimento exclusivo aos povos indígenas, representaram o segundo maior gasto. Totalizaram, de 1999 a 2009, o valor de R$ 5.211.149,76, correspondendo a 8,54% do total global desse item na década. As aquisições, que incluem desde nebulizador à mesa ginecológica, de cama hospitalar a microscópio, representaram em 2009, 2008 e 2007 a terceira maior despesa. Os percentuais referentes a esses anos alcançaram 19,92%, 18,26% e 11,55%, respectivamente, perdendo somente para o ano de 2005 que importou emuma despesa de 26,24% do total do item no período em questão.

APARELHOS ELETROELETRÔNICOS PARA OS DSEIS E CASAIS

Este item representou uma despesa de R$ 2.435.897, no período de 1999 a 2009, sendo 3,99% do total global deste item na década. É composto por ventilador, refrigerador, ar condicionado, bebedouro, fogão a gás, freezer, cama comum, calculadora elétrica, entre outros utilizados para equipar osDseis, Polos-Base, Postos de Saúde e Casai. Nos anos de 2007, 2008 e 2009 os gastos foram de R$ 1.483.220,93, ou seja, 61% do aplicado em dez anos.

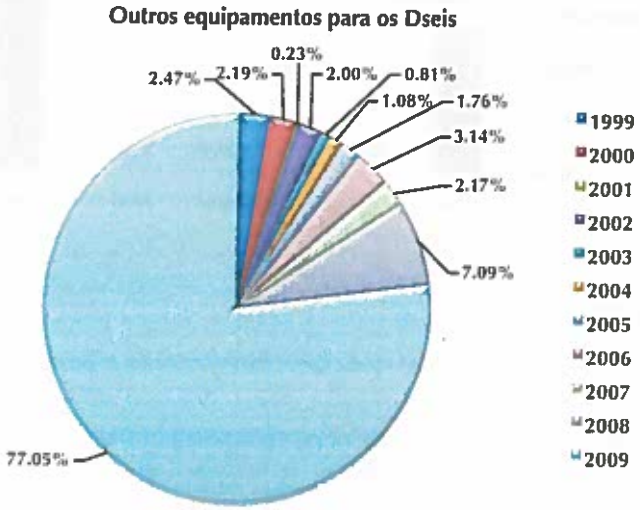
MOBILIÁRIOS EM GERAL E MATERIAL PARA ESCRITÓRIO

Como complemento importante para a estruturação dos Dseis e unidades de saúde indígena, este item representou o quinto maior gasto dentre os itens em análise. Nos anos de 1999 a 2009, estas despesas somaram R$ 2.847.666, representando assim, 4,67% do total global de todos os itens. Em termos percentuais, 2007, 2008 e 2009 participaram com 65,20% no total deste item na década.

OUTROS EQUIPAMENTOS PARA OS DSEIS

Este item composto, dentre outros, pela aquisição de roçadeira manual, carrinho de mão, cadeira de roda, extintor, bombas em geral, caixa térmica, placa solar e aparelho de controle de coagulação e demais equipamentos e máquinas que não constaram nos demais itens representou R$ 3.341.388 ao longo dos dez anos, tendo participado com menos de 5,48% no total da despesa global de todos os itens no período de 1999 a 2009. Ressalte-se que, para o ano de 2009, foram incorporados a este item todos os demais equipamentos e máquinas, excetuando os contemplados pelos itens 2-Equipamentos de Informática e Comunicação, 3-Equipamentos Médicos, Odontológicos e Hospitalares, 7-Geradores de Energia e 8-Sistema de Energia Solar, o que fez com que se inflacionasse o ano de 2009 para este item.

Os itens Equipamentos de Informática e Comunicação, Equipamentos Médicos, Odontológicos e Hospitalares e Outros Equipamentos totalizaram, nesses dez anos, R$ 13.713.747, representando 22,49% do total das aplicações diretas.



FINANCIAMENTO DE OBRAS POR FONTE DE RECURSO

Nesses dez anos, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena recebeu recursos de R$ 34.683.502,43 para a construção, ampliação e reforma de 346 obras, sendo 289 Postos de Saúde tipos I e II, 18 Polos-Base tipos I e II, 38 Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casais) e uma sede de Dsei, em 176 municípios beneficiados. Cabe ressaltar que devem ser adicionados a essas obras construídas, as unidades de saúde em imóveis alugados. Outro fator que deve ser considerado é que uma mesma obra pode ter sido beneficiada com recursos em dois ou mais exercícios ou de mais de uma fonte de recursos no mesmo ano. As fontes de recursos, nessa década, vieram do Projeto Vigisus, Desai, Estados, municípios e ONGs.

GESTÃO DE CONVÊNIOS

Gerenciar e promover saúde em área indígena requer um planejamento preciso e constitui uma tarefa complexa devido às diferenças sócioculturais, logísticas e orçamentárias. Por isso, sistematizar a organização dos serviços é fundamental para reduzir gastos, otimizar a assistência, evitar desperdícios de recursos financeiros e de tempo, aumentar a satisfação do usuário e garantir a qualidade do serviço de saúde.

Desde o ano de 1999, até a presente data, a Funasa passou a executar ações complementares de saúde indígena por meio de convênios com ONGs, prefeituras municipais e universidades que possuíam como princípios basilares a capacidade técnica e a eficiência.

Inicialmente, a definição das entidades proponentes tinha por requisito apenas o interesse na atuação da assistência à saúde indígena, mediante comprovação de experiência em ações junto aos povos indígenas, registrada nos objetivos estatutários voltados especificamente ao atendimento da saúde. Isso, de certa forma fragilizou o alcance do objeto proposto diante da falta de demonstração pelas conveniadas de capacidade organizacional, estrutural e administrativa para aplicação do recurso público, resultando no ano de 2002 no encerramento de 20 convênios, dos 58 existentes.

Nos anos seguintes, teve-se por iniciativa a extensão de convites às universidades federais, tendo por garantia a expertise na administração do recurso público e a existência de capacidade operacional e administrativa. Porém, não houve manifestação de interesse, o que influenciou em estudo sobre o perfil técnico das entidades

privadas, onde somente no ano de 2008 pôde ser efetivado por intermédio do chamamento público. Em dez anos, existiram 582 convênios, envolvendo o montante orçamentário de R$ 1.244.544.861,53.

No ano de 2002 chegou-se à conclusão que a experiência de convênio com ONG Indígena não foi totalmente satisfatória, devido a problemas diversos, como não prestação de contas. No ano de 2004, o Tribunal de Contas da União (TCU), após análise em um convênio de saúde indígena, publicou o Acórdão n.º 823 – Plenário, com disposição sobre o que não poderia ser descentralizado para a responsabilidade das conveniadas, como por exemplo realização de obras/reformas na rede de serviços dos Dsei, aquisição de bens permanentes e aquisição de medicamentos, salvo em casos de emergência devidamente atestados. A partir dessa recomendação, a Funasa passou a orientar todos os chefes dos Dseis e a coordenadores regionais sobre o devido cumprimento das recomendações do TCU.

No cumprimento do papel que lhe cabe como gestor federal da assistência integral à saúde dos povos indígenas, a Funasa, por meio do Departamento de Saúde Indígena (Desai), empenhou-se em apoiar mudanças capazes de promover a efetiva execução das ações complementares de saúde indígena, pactuada mediante celebração de convênios, considerando-se a gestão participativa da comunidade indígena e de seus Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena.

Nesse período, iniciou-se um grande avanço na regularização e regulamentação interna dos atos de celebração de convênio. Assim, em 2007, o Desai elaborou o Manual para Capacitação e Treinamento de Executores Internos e Externos em Celebração de Convênios, com 200 tiragens na 1ª edição e 150 na 2ª, distribuído a todos os Distritos Sanitários, regionais, entidades conveniadas e aos técnicos da presidência, com disposição no endereço eletrônico *http://www.funasa.gov.br/internet/Bibli_saudeInd.asp*.

Também foram elaboradas portarias voltadas a disciplinar os critérios para seleção das entidades proponentes e regulamentação sobre o acompanhamento e monitoramento das ações de saúde indígena, a fim de resultar no aprimoramento da formalização processual de forma clara e objetiva.

ANO	Nº DE CONVÊNIOS				TOTAL	VALOR ORÇAMENTÁRIO (R$)
	ONG		PREFEITURA MUNICIPAL	UNIVERSIDADE		
	INDÍGENA	NÃO INDÍGENA				
1999	11	15	18	01	45	39.001.599,12
2000	14	13	18	01	46	42.005.775,40
2001	22	16	13	01	52	101.678.354,11
2002	29	20	08	01	58	116.597.065,42
2003	27	22	06	01	56	116.909.019,16
2004	31	20	04	06	61	126.780.721,54
2005	31	20	04	06	61	126.680.910,90
2006	26	26	05	06	63	145.280.528,70
2007	18	26	05	05	54	126.774.645,07
2008	21	22	05	04	52	153.180.950,88
2009	11	18	04	01	34	149.655.291,23
Total	241	218	90	33	582	1.244.544.861,53

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

A Medida Provisória nº 1.911-8, de 29 de julho de1999, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios determinou a transferência dos Postos de Saúde e Casas do Índio e dos bens móveis e imóveis, acervo documental e equipamentos da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a Funasa. Foram redistribuídos os cargos de provimento efetivo, ocupados ou vagos em 31 de dezembro de 1998, que se destinavam ao exercício das atividades de assistência à saúde do índio, conforme § 1 do Art. 28-B do referido diploma legal.

Naquela oportunidade, a Funasa recebeu 711 servidores oriundos da Funai. Este quantitativo demonstrou, de imediato, ser insuficiente para a assunção integral da nova responsabilidade, levando-se em conta o processo de descentralização de recursos humanos desta para os estados e municípios, a fim de atuarem junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o combate às endemias.

Ao longo dessa década foram contratados profissionais para a saúde indígena, por meio de convênios, celebrados pela Funasa e pelas prefeituras municipais, por intermédio dos incentivos recebidos do Fundo Nacional de Saúde (MS). Os profissionais foram contratados, em sua grande maioria, para integrar as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsi), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagens, técnicos de higiene dental, Agentes Indígenas de Saúde (AISs), Agentes Indígenas de Saneamento (Aisans), entre outros.

Para a gestão do Desai e dos Dseis são necessários profissionais de nível superior da área da saúde, administradores, contadores, economistas, pedagogos, antropólogos, farmacêuticos, nutricionistas, entre outros e agentes administrativos de nível médio.

Atualmente, para o atendimento à saúde indígena, a Funasa possui, em seu quadro de recursos humanos, 1.725 servidores efetivos, assim distribuídos: 53 no Desai, 1.672 nos 34 Dseis, Polos-Bases, Postos de Saúde e Casais e 1.016 profissionais requisitados de municípios e outras esferas de governo.

A Funasa, por meio de celebração de convênios, contratou 5.385 profissionais. Os municípios que recebem incentivos da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) contrataram 860 profissionais de nível superior e 4.940 de nível médio.

Apesar de contar, atualmente, com 13.926 profissionais atuantes na saúde indígena, a Funasa tem dificuldades em atender a população indígena com a eficiência, eficácia e efetividade desejada, haja vista a alta rotatividade de profissionais, principalmente os contratados por meio de convênios e municípios, decorrente do salário pouco atrativo e as dificuldades de adaptação destes às regiões de difícil acesso.

Até o ano de 2008 a Funasa não realizava concurso público, há mais de 19 anos, por falta de autorização dos órgãos competentes, tornando ainda mais difícil a missão assumida para a saúde indígena, não dispondo de um plano de cargos e carreiras e salários atrativos que possam manter profissionais qualificados para compor o seu quadro de recursos humanos.

A situação da contratação de profissionais, por meio de convênios, foi entendida pelo Ministério Público do Trabalho como terceirização e, em 13 de dezembro de 2007, ajuizou a Ação Civil Pública Trabalhista de nº 00751-2007-018-10-00-4., pela qual determinou à Funasa que: " ....se abstenha de realizar novos convênios com instituições da sociedade civil que envolvam contratação de trabalhadores para a prestação de serviços à comunidade indígena, sob pena de multa diária de R$ 200,00, bem como de renovar ou prorrogar os já existentes, sob pena de multa diária de R$1.000,00, por trabalhador, ao tempo em que declarou nulos todos os contratos de trabalho dos trabalhadores subordinados à Funasa contratados via convênio com as referidas entidades civis."

O ajuizamento dessa Ação impediu a Funasa de celebrar novos convênios, renovar e prorrogar os já existentes até o mês de março/08. Após diversas rodadas de negociações foi assinado, em 10/07/2008, o Termo de Conciliação Judicial pelos representantes da Funasa, Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Procuradoria Geral do Trabalho, que estabeleceu:

Cláusula Segunda:

"a Funasa e a União Federal, por intermédio do Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento, orçamento e gestão se comprometem a regularizar a situação jurídica dos recursos humanos da Fundação, com a consequente rescisão dos contratos de prestação de serviços cujas atividades exercidas pelos trabalhadores terceirizados não estejam de acordo com o disposto no Decreto nº 2.271, de 7 de junho de 1997"

Parágrafo 1º da Cláusula Segunda:

"A Funasa deverá encaminhar, até 30.09.2008, ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, através do Ministério da Saúde, proposta de regularização da situação jurídica dos seus recursos humanos, que deverá conter, necessariamente":

a) o quantitativo de pessoal necessário a substituir trabalhadores terceirizados que estejam em desacordo com o Decreto nº 2.271, de 7 de junho de 1997, acompanhado de estudo que comprove a real necessidade da força de trabalho para a prestação dos serviços;

b) o quantitativo de cargos, empregos e/ou funções públicas a serem criados, se for o caso;

c) a previsão de realização de concursos públicos para a admissão de novos servidores e/ou empregados públicos;

d) o impacto orçamentário-financeiro das medidas;

e) o cronograma de execução."

A Cláusula Terceira estabelece percentuais de substituição de terceirizados, sendo 20% em 2009, 20% em 2010, 20% em 2011 e 40% em 2012, competindo ao Ministério do Planejamento autorizar em tempo hábil os concursos públicos.

A Cláusula Quarta permite a substituição dos terceirizados por contratados temporários (Lei nº 8745), limitando esta possibilidade ao ano de 2012, quando deverá ser concluída a contratação de concursados, conforme previsto na Cláusula Terceira.

Com o objetivo de atender à Ação Civil Pública Trabalhista foi autorizada a realização de concurso público para 419 cargos do quadro de pessoal da Funasa, por meio da Portaria nº 151, de 05/06/2008, do Ministério do Planejamento. O referido ministério, em 23/09/2009, editou a Portaria nº 311 na qual autoriza o provimento de 205 cargos de nível intermediário.

Visando à substituição da mão de obra terceirizada no âmbito da Funasa e atendendo ao Termo de Conciliação Judicial nº 0751-2007-018-10-00-4, firmado com o Ministério Público do Trabalho, foi autorizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por intermédio da Portaria Interministerial nº 102, de 12 de maio de 2009, a contratação temporária, com fundamento na Lei nº 8.745/93, de 802 profissionais para atuarem na gestão da saúde indígena. As vagas foram assim distribuídas: 440 vagas para profissionais de nível superior, destinadas à Gestão da Atenção da Saúde Indígena e 362 vagas para profissionais de nível médio, destinadas ao Apoio Administrativo e Suporte Operacional à Gestão da Atenção à Saúde Indígena.

A Funasa, após realizar processo licitatório, contratou a Fundação Dom Cintra, ligada a Universidade Católica de Petrópolis, para realizar o Processo Seletivo Simplificado, por meio do Edital de Seleção Pública nº 01/2009, publicado em forma de extrato no Diário Oficial da União de 31/12/2009, com previsão de admissão do pessoal selecionado a partir do mês de abril de 2010, com o objetivo de impulsionar a autonomia administrativa e gerencial dos Dseis, atendendo ao previsto no Decreto nº 6.878, de 18 de junho de 2009.

CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE

O Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS teve início em 1999 e faz parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas constituindo-se como um dos pilares na construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Busca, além das ações assistenciais de saúde, a autonomia dos povos indígenas sobre sua saúde e tem por objetivo valorizar, fortalecer e qualificar o trabalho que vem sendo desenvolvido pelos AIS em todo o Brasil, além de propiciar novas bases para seu processo de formação e inserção na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena - Emsi.

Como recursos de apoio pedagógico a instrutores e alunos no desenvolvimento do processo de formação profissional dos AIS, que abrange períodos de concentração e dispersão, existem seis módulos curriculares, a saber: "Introdutório", "Doenças Endêmicas", "Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele", "DST/Aids", "Saúde da Mulher e da Criança e Saúde Bucal" e "Saúde do Adulto e Atendimento de Urgência". No ano de 2009 foram distribuídos aos Dseis 3.000 exemplares desses módulos, denominados "Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde, conforme Quadro a seguir:

Nº	DSEI	Nº DE MÓDULOS*	Nº	DSEI	Nº DE MÓDULOS*
1	Alagoas/SE	25		SP	40
2	Altamira	20	18	Manaus	150
3	Alto R. Juruá	80	19	Maranhão	280
4	Alto R. Negro	180	20	Mato G. do Sul	150
5	Alto R. Purus	80	21	Médio Solimões	70
6	Alto R. Solimões	170	22	Médio R. Purus	60
7	Amapá	60	23	MG/ES	70
8	Araguaia	30	24	Parintins	70
9	Bahia	100	25	Pernambuco	105
10	Ceará	30	26	Porto Velho	50
11	Cuiabá	30	27	Potiguara	40
12	Guatoc	60	28	Rio Tapajós	50
13	Kaiapó Redenção	40	29	Tocantins	70
14	Kaiapó-Colider	30	30	Vale do Javari	50
15	Leste de RR	280	31	Vilhena	70
16	Litoral Sul - PR	50	32	Xavante	70
	RJ	10	33	Xingu	70
17	Interior Sul - SC	50	34	Yanomami	110
	RS	100		Total	3.000

Em março de 2010 estavam em processo de formação 3.963 AIS, dentre os quais estão com os módulos concluídos, em processo de certificação, 55 AIS do Dsei Pernambuco, 25 do Dsei Araguaia e 20 do Dsei Kaiapó Redenção/PA. Outros 479 foram certificados pelas Escolas Técnicas do SUS - ETSUS dos respectivos estados, abrangendo os Distritos do Ceará (17), Leste de Roraima (372), Cuiabá (35) e Pernambuco (55).

A Funasa tem trabalhado na orientação e apoio aos Dseis visando a continuidade dos processos de formação de acordo com as necessidades e o andamento das turmas de alunos de cada Distrito. As ETSUS exercem um papel fundamental tanto no acompanhamento do curso, em especial, no período de dispersão, bem como na parte didática e nos procedimentos administrativos para que, ao término da aplicação dos seis módulos, haja a possibilidade de certificação dos AIS.

Dando continuidade às ações desenvolvidas em anos anteriores, foram realizadas gestões junto à Câmara dos Deputados, Ministério do Trabalho e Emprego – MTE e Ministério da Saúde com intuito de discutir estratégias para a regulamentação profissional dos AIS e Aisan.

Avanço significativo nesta questão foi a realização de uma Oficina de Trabalho com técnicos do MTE, MS/CGTES, Funasa e representantes indígenas dos AIS e Aisan, no Desai, para fazer um estudo sobre as atribuições profissionais desses agentes, o que resultou na inclusão dessas duas categorias profissionais na edição de 2010 da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, sob os códigos 5151-25 para o AIS e 5151-30 para o Aisans.

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA SAÚDE INDÍGENA

Os investimentos para a capacitação na saúde indígena, conforme dados da Coordenação de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos, da Funasa, entre 2005 e 2008, 13.205 profissionais participaram de atividades de capacitação, totalizando o custo de R$ 7.278.125,44, abrangendo as áreas de: assistência farmacêutica; tuberculose; saúde da mulher e da criança; vigilância epidemiológica; entomologia; doenças endêmicas; microscopia; controle da malária; manejo e controle de morcegos e ratos; imunização e vigilância das doenças imunopreviníveis - sala de vacina; rede de frios e reações adversas; segurança alimentar e nutricional; sistema de informações/Siasi; saúde ocular e tracoma; DST/Aids, diagnóstico laboratorial da Sífilis; HIV e teste rápido; capacitação pedagógica; hipertensão arterial e diabetes; mellitus; saúde bucal; aleitamento materno; AIDPI e capacitação de conselheiros locais e distritais.

Para o exercício de 2009 foi previsto como orçamento extra teto o valor de R$ 6.774.055, dos quais foram descentralizados R$ 5.251.420,00 e empenhado o montante de R$ 2.180.099,00, de acordo com projetos enviados pelos Dsei, para realizar ações de capacitação dos profissionais da saúde indígena das Emsis de 6.129 profissionais das Emsis em 122 eventos dos programas de saúde indígena dos 34 Dseis.

No escopo do Projeto Vigisus, como estratégia de fortalecimento da capacidade institucional, houve investimento em basicamente dois tipos de capacitações:

- Capacitações de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (incluindo agentes indígenas de saúde).

- Capacitações de conselheiros distritais.

A meta do projeto (200 equipes capacitadas) foi ultrapassada somando um total de 540 equipes ao longo de cinco anos. As capacitações de conselheiros distritais foram realizadas como suporte à IV Conferência Nacional de Saúde Indígena ocorrida em 2006, com a realização de oficinas de pré-conferências em todos os 34 Distritos. Foram também financiadas sete reuniões do Fórum de Presidentes de Condisis.

O subcomponente também atuou financiando seminários de planejamento e avaliação (mês de vacinação indígena, malária e tuberculose).

Por fim, duas atividades devem ser destacadas como atuações inovadoras do subcomponente de fortalecimento institucional:

- O financiamento de bolsas para 24 estudantes indígenas em cursos de nível superior (medicina, enfermagem e odontologia) em diferentes universidades federais do País, com o custo por bolsa de estudo "per capta" mensal de R$ 900,00, totalizando, no ano de 2009, R$ 583.200,00, para formar profissionais de saúde indígenas e atuar no problema de rotatividade de mão de obra.

CONTROLE SOCIAL - A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

Em articulação com o SUS, as instâncias de controle social no âmbito da Saúde Indígena são compostas por Conselhos Locais de Saúde Indígena – CLSI; Conselhos Distritais de Saúde Indígena – Condisis; Fórum Permanente dos Presidentes dos Condisis; tendo ainda os representantes indígenas com a participação assegurada no Conselho Nacional de Saúde – CNS, contemplados com duas vagas no segmento de usuários, os quais na condição de conselheiros, atualmente, coordenam a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – Cisi, do CNS.

Os Conselhos Locais, em geral, são compostos pelos membros da própria comunidade indígena. São instâncias consultivas que discutem a saúde indígena no seu âmbito de abrangência que pode ser uma aldeia, uma ou mais terras indígenas, um município ou a uma aldeia ligada a um respectivo Polo-Base. Podem ainda incluir a participação dos trabalhadores das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – Emsis em sua respectiva área.

Os Condisis estão legalmente constituídos nos 34 Dseis, por meio do Decreto n.º 3.156, de 27/8/1999, e funcionando de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS n.º 333, de 4/11/2003, que dispõe sobre as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. São instâncias deliberativas e sua composição é paritária, representada pelos segmentos, no âmbito da saúde indígena, envolvendo os usuários/indígenas, trabalhadores e gestores/prestadores de serviço, no âmbito de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – Dsei.

As reuniões e capacitações dos Conselhos Locais e Distritais são custeadas pela Funasa e no exercício de 2008 foram aplicados R$ 575.698,00. Para o exercício de 2009 foi previsto o orçamento no valor de R$ 4.247.438,00 dos quais foram descentralizados R$ 3.167.627 e empenhado o montante de R$1.485.360 para realizar 76 reuniões de Conselheiros Locais e 18 reuniões de Conselheiros Distritais, com a participação de 3.760 Conselheiros de Saúde Indígena e capacitações dos conselheiros, com 2.412 participações de indígenas.

O Desai, em 2009, intensificou a política de fomento do controle social, garantindo os recursos extra-teto, ou seja, o custo dessas reuniões e capacitações não incide sobre o teto distrital, com o objetivo de não comprometer a execução orçamentária e financeira dos recursos destinados à assistência à saúde e, por outro lado, agilizar a execução dos projetos de capacitação, controle social e educação em saúde na área da saúde indígena.

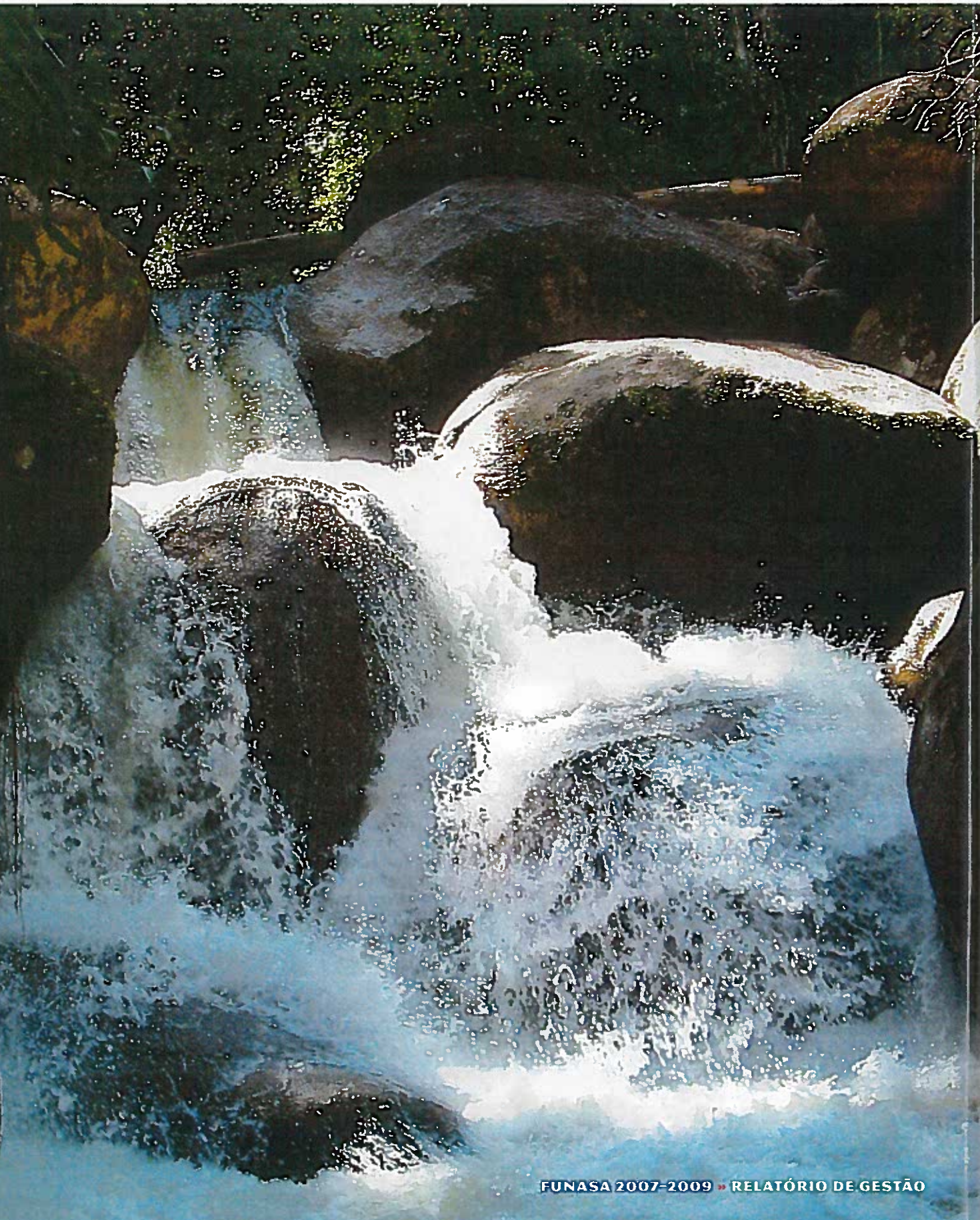
O Fórum Permanente dos Presidentes dos Condisis, composto pelos presidentes dos 34 Condisis, foi instituído pela Portaria n.º 644, 27/3/2006. Possui caráter consultivo, propositivo e analítico, tendo como finalidade zelar pelo cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, Leis Complementares Específicas à Saúde Indígena, promover o fortalecimento e promoção do controle social em saúde, atuar na formulação e controle de execução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Ressalta-se que o seu funcionamento é garantido e custeado pela Funasa.

Em 2008 foram realizadas, em Brasília, reuniões do Fórum nos meses de abril, julho, agosto, outubro, novembro.

No exercício de 2009 foram realizadas três reuniões do Fórum, com 81 participações de presidentes de Condisis, com as quais foram gastos um total de R$ 183.512,00.

A Funasa também apoiou a realização do Seminário Nacional, em novembro de 2008, com a participação de 200 pessoas, entre representantes indígenas, trabalhadores e gestores da saúde indígena, para discutir a estruturação da saúde indígena, na perspectiva da transferência das ações para o Ministério da Saúde.

No exercício de 2008, a Funasa editou a cartilha 'Controle Social' que tem por finalidade estimular a discussão de temas de interesse das comunidades e promover uma maior participação de todos no planejamento, no acompanhamento e na fiscalização das atividades relacionadas à saúde indígena, cuja elaboração contou com a participação de representantes indígenas e de servidores dos Dseis e do Desai.



AUDITORIA INTERNA

O CONTROLE E A TRANSPARÊNCIA NA FUNASA

As ações desenvolvidas pela Funasa atingiram, nos últimos três anos, resultados que refletem diretamente o bom desempenho das áreas finalísticas da instituição. Porém, há outros setores de extrema importância para o cumprimento da missão institucional, como é o caso da Auditoria Interna da Funasa. O setor funciona conforme o Art. 8º do Anexo I do Estatuto da Fundação - aprovado pelo Decreto Federal nº 4.727, de 9 de junho de 2003 - e tem como competência acompanhar e fiscalizar a gestão das políticas públicas, a execução dos programas de governo, além de avaliar os resultados da gestão orçamentária, financeira e patrimonial sob a responsabilidade da Funasa. Também é responsável pela promoção de ações disciplinares e o monitoramento das ações de ressarcimento decorrentes de Tomadas de Contas Especiais (TCE), além de apoiar os órgãos de controle interno e externo, principalmente o Tribunal de Contas da União (TCU), a Controladoria-Geral da União (CGU) e o Ministério Público Federal (MPF).

A atenção dedicada à transparência e à legalidade nas ações desenvolvidas pela Funasa, no período de 2007 a 2009, mostram avanços significativos promovidos pela atual gestão, decorrentes de ações desenvolvidas pela Auditoria Interna, especialmente em relação à melhoria da gestão, do ponto de vista das suas ações fins e da eficiência administrativa, materializadas em medidas concretas advindas do acolhimento de orientações e recomendações da Auditoria Interna pela presidência da instituição, as quais foram reconhecidas pelos órgãos de controle e pelo Ministério Público Federal.

A Auditoria Interna da Funasa tem como grande função auditar o uso de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) consignados no orçamento da Funasa, constituindo-se na prática, não apenas em órgão de auditoria interna, mas numa unidade que funciona como uma espécie de Controladoria Interna.

PRINCIPAIS AÇÕES DO ANO DE 2007

O primeiro ano da atual gestão foi 2007, que se revelou atípico considerando as constatações decorrentes da atuação da Auditoria Interna e dos demais órgãos de controle. Nesse sentido, a determinação da presidência da instituição foi para que a Auditoria desenvolvesse um plano anual voltado para a verificação dos aspectos de gestão, tendo em vista a necessidade de reavaliação de contratos e licitações, bem como a proposição de melhorias nos controles da entidade. Então foram realizadas diversas auditorias, que culminaram em encaminhamentos ao Ministério Público Federal de contratos que apresentavam irregularidades, e, de forma paralela, na instauração, por intermédio da Auditoria Interna, de processos disciplinares, bem como na anulação de licitações e contratos em decorrência das recomendações dos relatórios das auditorias realizadas.

Os resultados das ações de controle causaram a revogação de dez licitações que tinham previsão de abertura naquele exercício, principalmente processos relacionados à tecnologia da informação. As inspeções indicaram problemas na motivação, direcionamento dos certames, no uso indevido ou inexistência de orçamento e de sobrepreços.

As medidas culminaram, por exemplo, em nova licitação para aquisições de mobiliários, com quantitativos menores e dentro da necessidade da instituição, cuja contratação, no valor total de R$ 4,3 milhões, resultou numa economia potencial de aproximadamente R$ 6,5 milhões.

Foram realizadas duas novas licitações na área de informática que foram encaminhadas para análise da Auditoria Interna preventivamente e ainda submetidas à audiência pública na forma da Lei de Licitações, visando garantir ampla transparência e competitividade. Foi realizado contrato emergencial em decorrência do cancelamento do processo de licitação, que resultou na contratação do mínimo de postos de trabalho para manutenção das atividades de informática da Funasa, reduzindo-se o valor praticado anteriormente de R$ 5,86 milhões para R$ 2,2 milhões em seis meses.

Em relação à contratação de serviços para fornecimento de passagens aéreas e terrestres, a Funasa realizou nova licitação, obtendo o preço final estimado de R$ 10 milhões, o que propiciou, comparando-se com a estimativa do processo cancelado, a economia de aproximadamente R$ 6,8 milhões.

Além das licitações canceladas, a atual gestão também anulou contratos ou ainda estudos quanto à adequação do planejamento das licitações, após a realização de trabalhos da Auditoria Interna, evitando prejuízos substanciais à instituição, a exemplo da aquisição do Software de Recursos Humanos, a aquisição do Software de Gestão do Conhecimento, contratação de veículos executivos e outros.

As ações da Auditoria em 2007 tiveram impacto positivo na gestão da Funasa, mostrando economia, ações de ressarcimento, mediante instauração de Tomada de Contas Especiais, ou ainda prejuízos evitados, de aproximadamente R$ 150 milhões anuais, conforme dados, inclusive, já informados à Secretaria Federal de Controle Interno (SFC/CGU), do final de 2007, ressaltando ainda que todas essas informações foram repassadas ao Ministério Público Federal.

Os esforços da Unidade de Controle Interno, agregados à atual gestão da Funasa, desde que assumiu em 2007, tiveram resultados relevantes na economia para os cofres públicos, inclusive com avaliações positivas da CGU, conforme a conclusão inserida no Relatório de Auditoria nº 2008/94, especificamente no que concerne à atuação da Unidade de Auditoria Interna, dispôs:

> *"A Unidade de Auditoria tem atuado para a melhoria da Gestão da Funasa. (...). As atividades de auditoria realizadas, bem como as providências que vêm sendo adotadas estão refletindo positivamente na gestão dos recursos da Fundação. Tendo em vista as graves irregularidades apontadas e o montante de recursos envolvidos, evidenciados nos trabalhos realizadas pela CGU, pelo TCU e pela própria Unidade de Auditoria Interna da Fundação, torna-se imprescindível que a presidência priorize o fortalecimento de seu Controle Interno, seja na otimização dos recursos humanos por meio de remanejamento de servidores com qualificação técnica de outros setores para aumentar o quadro, seja nas negociações que devem ser mantidas no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão visando à realização de concurso público".*

Outro fato que merece destaque é realização do curso de pós-graduação, em nível de especialização – MBA – "Auditoria Interna com ênfase em Auditoria de Desempenho e Avaliação de Programa", realizado no decorrer de 2007, junto à Fundação Getúlio Vargas – FGV. No total, 30 técnicos participaram do treinamento.

PRINCIPAIS AÇÕES DO ANO DE 2008

Mantendo as mesmas diretrizes do ano anterior, a Auditoria Interna priorizou os controles internos exercidos na presidência do órgão e pelas unidades descentralizadas na execução das respectivas despesas. A Auditoria passou a focar o desempenho da Funasa e deu sequência às investigações disciplinares que vinham sendo feitas.

Foi realizada auditoria no contrato relativo à prestação de serviços e agenciamento de viagens, com o fornecimento de passagens aéreas e terrestres, nacionais e internacionais, no valor de R$ 16,8 milhões, sendo recomendado o encerramento do contrato (com o objetivo de realizar nova contratação), o que foi acolhido.

As ações de saneamento do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) no âmbito da Funasa também mereceram a atenção da Auditoria Interna, que contribuiu para a melhoria do acompanhamento e dos critérios de transferências de recursos.

Em 2008, a atual gestão, atendendo recomendação da Auditoria Interna, estabeleceu critérios transparentes para a escolha de entidades responsáveis pela execução das ações de atenção à saúde indígena, instituindo a Portaria/ Funasa nº 293, de 7.4.2008, exigindo que a entidade interessada em celebrar convênio com a Funasa para atuar na execução complementar da saúde indígena deve comprovar experiência de trabalho com comunidades indígenas; serviços ou ações nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde e possuir estrutura administrativa, ter quadro gerencial com a qualificação compatível com o objeto do convênio, composto minimamente por profissionais de nível superior habilitados para as funções de administração, contabilidade e coordenação técnica dos serviços de saúde.

Ainda em relação às recomendações atendidas da Auditoria Interna, foi editada a Portaria nº 126, de 14.02.2008, definindo competências e procedimentos para acompanhamento da execução dos convênios relacionados às ações de atenção à saúde indígena.

No exercício de 2008, a avaliação da Controladoria-Geral da União quanto à atuação da Auditoria Interna foi positiva, conforme a conclusão consignada no Relatório de Auditoria nº 220618:

> *"A Unidade de Auditoria tem atuado para a melhoria da Gestão da Funasa, embora haja dificuldades quanto ao cumprimento integral das atividades definidas em seu Plano Anual de Atividades de Auditoria Interna – Paint (...). As atividades de auditoria realizadas, bem como as providências que vêm sendo adotadas estão refletindo positivamente na gestão dos recursos da Fundação. (...) Em relação ao fortalecimento do quadro de pessoal da Auditoria Interna, mantém-se a necessidade da adoção de medidas com vistas a aumentar a sua capacidade operacional".*

PRINCIPAIS AÇÕES DO ANO DE 2009

A Auditoria Interna no ano de 2009 priorizou trabalhos com foco operacional. Assim, houve a necessidade de direcionar trabalhos de auditoria operacional com objetivo de avaliar a gestão administrativa da Divisão ou Serviços de Engenharia de Saúde Pública, das Coordenações Regionais, compreendendo os procedimentos de aprovação de projetos, fiscalização, acompanhamento e análise de prestação de contas dos convênios relacionados a obras de saneamento, buscando garantir a continuidade dos projetos previstos no PAC/Funasa.

Deve-se ressaltar que no tocante às providências adotadas para recomposição de dano causado ao erário por irregularidade cometida na aplicação dos recursos públicos pelas Entidades Parceiras, que desenvolviam ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em caráter complementar, vários procedimentos de Tomadas de Contas Especial -TCE já foram instaurados por recomendação da Auditoria Interna, conforme quadro a seguir:

CONVÊNIOS CELEBRADOS - SAÚDE INDÍGENA

ANO	NÚMERO DE CONVÊNIOS				VALOR (R$)
	CELEBRADOS	ADIMPLENTES	INADIMPLENTES	EM TCE	
Anterior	1	0	1	1	-
1998	7	4	2	2	625.902,19
1999	45	37	8	8	3.163.234,62
2000	10	7	3	3	895.385,69
2001	43	31	11	10	5.437.469,53
2002	54	34	20	20	12.647.195,76
2003	6	5	2	3	75.580,65
2004	52	42	10	11	6.960.013,31
2005	9	9	0	0	-
2006	14	13	1	1	2.472.912,63
2007	5	5	0	0	-
2008					-
Total	246	187	58	59	32.277.694,38

Fonte: Astec/Auditoria

No exercício de 2009 foram realizados processos de chamamento público, de acordo com a Portaria nº 293/2008, o que mostra a efetividade da atuação da Auditoria Interna, que vem acompanhando tais chamamentos.

Os trabalhos de auditoria realizados em 2009 também tiveram como resultado a orientação para suspensão de recursos para alguns municípios preventivamente, até o saneamento das falhas verificadas pela Auditoria Interna e pela CGU.

As auditorias sobre a folha de pagamento têm gerado recomendações para devolução de valores, além de outras medidas recomendadas, como a atualização de cadastros e a apuração disciplinar nos casos em que o procedimento é necessário.

Estas são demonstrações da dimensão dos trabalhos executados pela Auditoria Interna, podendo-se afirmar, como publicado na última edição da Revista da Funasa, que a Auditoria Interna contribuiu para cobranças em TCE ou economias de, aproximadamente, R$ 220 milhões, como reconhecido recentemente pelo Ministério Público Federal no Distrito Federal. Desde 2007 até o segundo semestre de 2009, foram realizadas cerca de 500 auditorias internas, com uma média anual de 170 auditorias.

Importante destacar as avaliações da CGU no que se refere à atuação da Auditoria Interna no exercício de 2009:

> *"Verificou-se que a atuação da Auditoria Interna atendeu ao seu planejamento, havendo alterações em algumas atividades previstas, mas plenamente justificável pela relevância das ações desenvolvidas, demonstrando a desejável flexibilidade no planejamento das atividades de controle.*
>
> *Como exemplo de atividades extraordinárias executadas pela Auditoria Interna da Funasa, pode-se citar as fiscalizações realizadas por solicitação deste Órgão de Controle, bem como do Ministério Público Federal."*

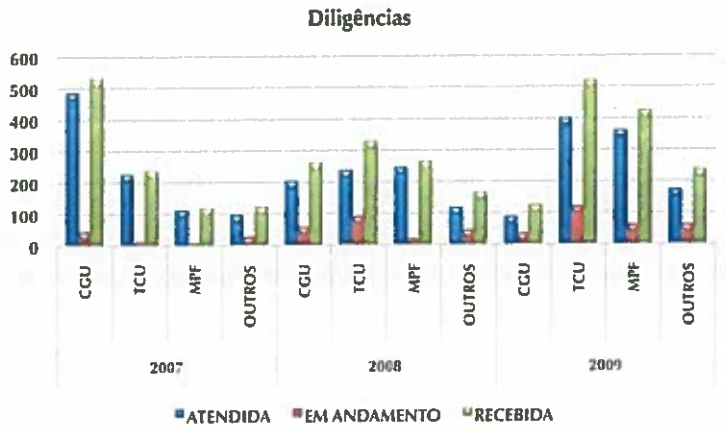
Em conclusão aos encaminhamentos sob a responsabilidade da SFC/CGU quanto ao processo de contas do exercício sob exame, foi emitido "Parecer do Dirigente de Controle Interno Consolidado":

> *"Conquanto tenham sido evidenciados alguns fatos na gestão da Funasa, verificam-se situações positivas na condução de áreas relevantes, tais como: redução das despesas contratuais para atender à atividade-meio (despesas administrativas); na realização de procedimentos licitatórios para contratar novas empresas para a prestação de serviços de natureza continuada, mesmo havendo a possibilidade legal de serem os contratos prorrogados. Tais atitudes demonstraram o atendimento às recomendações do controle interno e possibilitaram uma redução nas despesas citadas. Da mesma forma, a atuação da Auditoria Interna da Entidade se mostrou fundamental para a busca de soluções dos problemas enfrentados pela Entidade."*

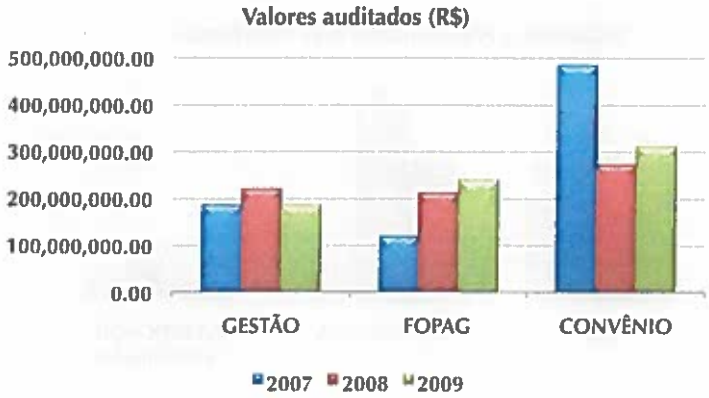
Ratificando tais posicionamentos, o Ministério Público Federal, em relatório de junho de 2009, destacou que a atual gestão do órgão "adotou medidas que lograram êxito em economizar expressivos recursos mediante o cancelamento de processos de licitação inadequados e que não atenderiam às exigências legais e às necessidades da Funasa, além de violar o princípio da economicidade, contratação essas de aproximadamente R$ 190 milhões".

ESTUDO COMPARATIVO DOS EXERCÍCIOS DE 2007 A 2009

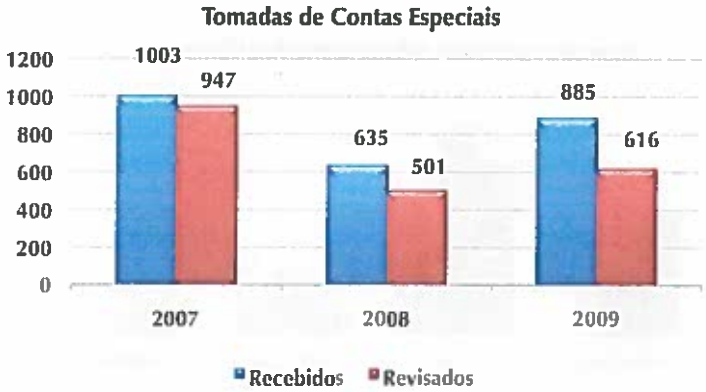
A Funasa vem atendendo satisfatoriamente aos órgãos de controle, com alto percentual de efetividade dentro dos exercícios específicos. O quadro abaixo demonstra a dimensão da atuação e a relevância de ações que desenvolve. O gráfico mostra dois momentos da Funasa, o primeiro em 2007, em virtude das diversas verificações e falhas relativas aos exercícios precedentes (2005 e 2006) e, em 2009, decorrente, principalmente, do sistemático acompanhamento sobre o PAC, não significando aumento de irregularidades, mas sim aumento das ações de controle:



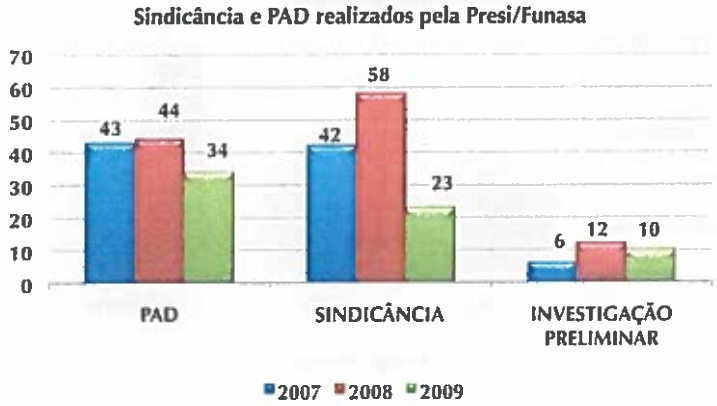
A Auditoria interna manteve uma atuação sistemática sobre as ações da Funasa, tendo diminuído o número de auditorias em 2009, considerando a redução do número de servidores atuando na Unidade. A recomposição é esperada com a nomeação em 2010 de 13 auditores recém concursados. Apesar disso, nota-se a mudança de foco dos trabalhos que passaram também a avaliar os resultados das ações fins da Funasa, a exemplo das auditorias sobre a saúde indígena realizada no Mato Grosso e a avaliação das Divisões/Serviços de Engenharia. Os gráficos a seguir mostram a situação:



As ações de ressarcimento são uma prioridade para a atual gestão, que revisou e encaminhou grande número de TCE ao Tribunal de Contas da União, via Controladoria-Geral da União, ou seja, a Funasa, por meio de sua Auditoria Interna, intensificou o monitoramento e a conclusão dos processos de ressarcimento junto aos gestores que cometeram irregularidades ou que não prestaram adequadamente suas contas, mostrando a transparência da gestão da entidade.



O gráfico a seguir demonstra com propriedade a evolução da gestão de 2007 a 2009, que teve atuação incisiva da Corregedoria, que é uma unidade da Auditoria Interna. Os exercícios de 2007 e 2008 foram marcados pela determinação em apurar as questões levantadas pela Auditoria Interna, CGU e TCU, relativamente às ocorrências dos exercícios de 2005 e 2006, principalmente. Em 2009, percebe-se um recuo no número de processos pela redução do passivo de processos correcionais e pelos resultados da gestão voltada para a transparência, ou seja, a efetividade da ação correcional aliada a relevantes providências de gestão, como a designação de servidores da própria instituição para assumirem cargos de gerência, o que culminou na melhoria da gestão como um todo.



O próximo gráfico mostra que a instituição puniu aqueles servidores que praticaram irregularidades, inclusive com punições capitais para servidores e ex-dirigentes, representadas por demissões e destituições de cargos em virtude dos processos administrativos disciplinares julgados:

Por fim, cabe registrar que a Auditoria Interna, no exercício do controle interno, vem promovendo a avaliação e sendo instrumento essencial da transparência na aplicação dos recursos públicos e contribuindo de forma exemplar para a melhoria das ações da Funasa, ressaltando que o acolhimento das recomendações de seus relatórios pela presidência da entidade refletiu positivamente na gestão da Funasa, evitando prejuízos e possibilitando economias para os cofres da instituição, o que fez com que a Controladoria-Geral da União e o Ministério Público Federal reconhecessem os avanços na atual gestão.

AMBULÂNCIA
AMBULÂNCIA
AMBULÂNCIA
MS - FUNASA
GOVERNO FEDERAL
PODER EXECUTIVO
NHZ-3493

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

MAIS AQUISIÇÕES E ECONOMIA DE GASTOS

O Departamento de Administração (Deadm) tem como atribuição planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas à gestão de recursos humanos, de recursos materiais e logísticos, patrimônio, compras e contratações, aquisição, armazenagem e distribuição de insumos estratégicos.

Sob sua responsabilidade está também o orçamento e finanças, inclusive descentralização de créditos e transferência de recursos para as unidades descentralizadas e conveniadas e a elaboração da proposta orçamentária da Funasa, em conjunto com o Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (Depin).

O Deadm cuida ainda do gerenciamento administrativo dos acordos com organismos internacionais, como o Vigisus II, com o Banco Mundial, que atua na saúde indígena e nas áreas quilombolas.

Na atual gestão, o Departamento se destacou pela economia obtida em diversos setores que demandam gastos, como pode ser verificado, inclusive, em relatórios de órgãos de controle externo, como a Controladoria Geral da União e o Ministério Público Federal.

Ocorreram significativos avanços no Departamento de Administração da Funasa no triênio 2007 a 2009, devidamente reconhecidos pelo Ministério Público Federal e pela Controladoria-Geral da União, na forma abaixo transcrita:

"RELATÓRIO N.º 224392 – CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO"

> 6. Conquanto tenham sido evidenciados alguns fatos que denotaram problemas na gestão da Funasa, verificam-se situações positivas na condução de áreas relevantes, tais como: redução das despesas contratuais para atender à atividade-meio (despesas administrativas); na realização de procedimentos licitatórios para contratar novas empresas para a prestação de serviços de natureza continuada, mesmo havendo a possibilidade legal de serem os contratos prorrogados. Tais atitudes demonstraram o atendimento às recomendações do controle interno e possibilitaram uma redução nas despesas citadas.

"MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL"

> Com base nos levantamentos preliminares da CGU e da própria Auditoria da Funasa, a administração que sucedeu Paulo Lustosa, tratando-se do seu Vice-Presidente, Danilo Forte, seja porque já conhecia onde se encontravam os pontos críticos em relação à gestão anterior, seja em decorrência das apurações dos órgãos de controle, adotou medidas que lograram êxito em economizar expressivos recursos mediante o cancelamento de processos de licitação inadequados e que não atenderiam às exigências legais e às necessidades da Funasa, além de violar o princípio da economicidade, contratações essas que atingiriam a expressiva cifra de aproximadamente R$ 190 milhões. Também foram adotadas outras medidas saneadoras, assim como a anulação de contratos em andamento, no valor estimado de R$ 30 milhões.

Portanto, os desafios foram enormes e fizeram com que a atual gestão da Funasa revisasse todos os processos licitatórios que se encontravam em andamento no início de 2007, assim como todos os contratos administrativos em vigência, acarretando em anulação de licitações e contratos que não demonstraram efetivamente as suas reais necessidades para continuação, somando o vultoso valor de R$ 210 milhões de economia aos cofres da Funasa.

Demonstraremos abaixo a inequívoca disposição da Funasa em buscar sempre o princípio da eficiência conjugado com o princípio da economicidade, respeitando-se sobremaneira o devido processo legal na condução dos processos licitatórios e na gestão dos contratos administrativos, conforme se comprovará a seguir.

AQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEIS

Um dos pontos críticos da Funasa sempre foi prover a Instituição de combustíveis, fazer com que os veículos e demais equipamentos da Funasa que necessitem de tais insumos para funcionamento possam servir como instrumentos de logística para proporcionar as equipes os deslocamentos, bem como utilização de motores geradores e demais equipamentos.

A Funasa atua em todo o Brasil, inclusive nos mais remotos locais, e acessos quase impossíveis, motivo pelo qual teve que mudar totalmente seu sistema de aquisição de combustíveis, antes feito de forma descentralizada pelas suas Coordenações Regionais, todavia encontrava sérias e intransponíveis dificuldades, principalmente na realização de licitações para abastecimento nos municípios mais longínquos e de pouca estrutura, tendo por conseqüência licitações desertas, fazendo com que os abastecimentos se dessem por meio de suprimento de fundos, sempre sendo motivo de apontamentos nos trabalhos de auditoria.

Com isso, pesquisando os modelos adotados pelos órgãos de abrangência nacional, decidiu-se realizar licitação para contratação de aquisição de combustíveis por meio de cartão combustível com a prestação de serviços de disponibilização de sistema informatizado de gerência de frota.

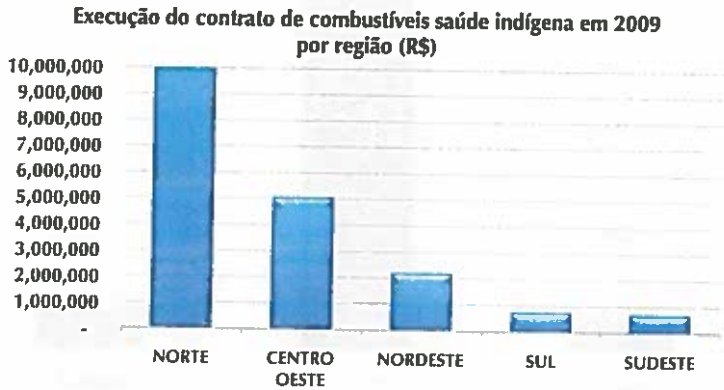
Para tal contratação foi realizada licitação em 2004, com abastecimento dos equipamentos por meio de um cartão combustível genérico, ou seja, com o mesmo cartão era possível abastecer qualquer equipamento. Foi um grande avanço, mas ainda não era o ideal, pois poderia proporcionar desvios de finalidade nos abastecimentos..

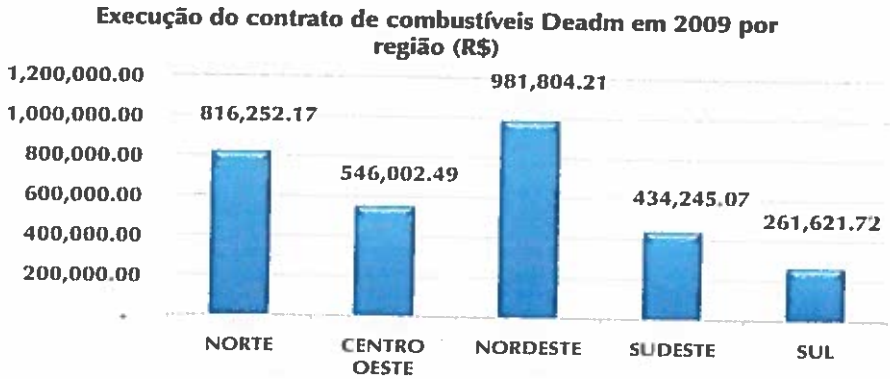
Em abril de 2007, foi realizado um estudo técnico por forma a aperfeiçoar o modus operandi da execução contratual, minimizando a ocorrência de fraudes e desvios, bem como incluindo os equipamentos utilizados pela Engenharia e Administração. E assim foi feito, com a realização de Pregão Eletrônico, tendo como resultado a redução da taxa de administração para 1,99%, ou seja, houve uma redução da referida taxa de 5% para 1,99%. O valor estimativo era para gastos de R$ 56 milhões anuais.

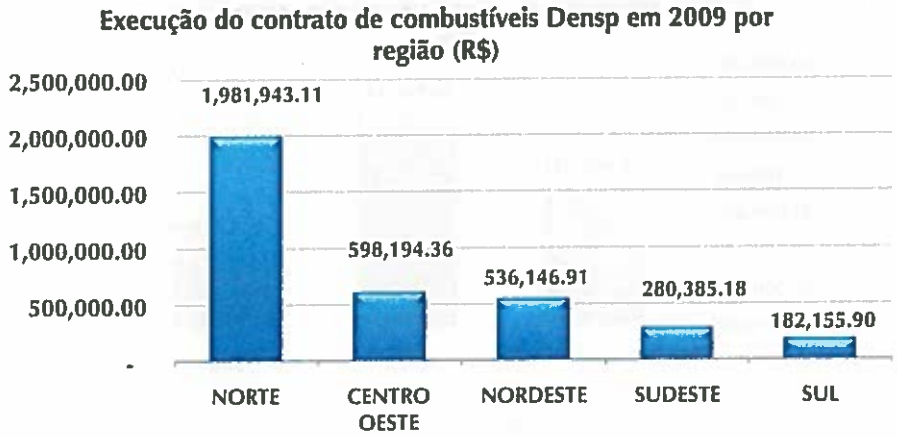
Na execução contratual, a Administração alterou a forma de execução, pois além de exigir o aperfeiçoamento do sistema informatizado de gestão dos abastecimentos, foi emitido um cartão para cada veículo e um cartão para cada motorista, de maneira que a aquisição de combustível somente possa ser concretizada com a passagem dos dois cartões e assim identificar tanto o veículo como o motorista.

Com tudo isso, demonstraremos abaixo os significativos resultados alcançados, frutos da exaustiva e rigorosa fiscalização do contrato por parte dos Departamentos de Administração e de Saúde Indígena.

Nos últimos anos foram adquiridos 690 veículos e mesmo assim não houve um aumento no contrato de abastecimento, pelo contrário, ocorreu uma redução dos gastos, devido ao controle rigoroso do Deadm e do Desai.







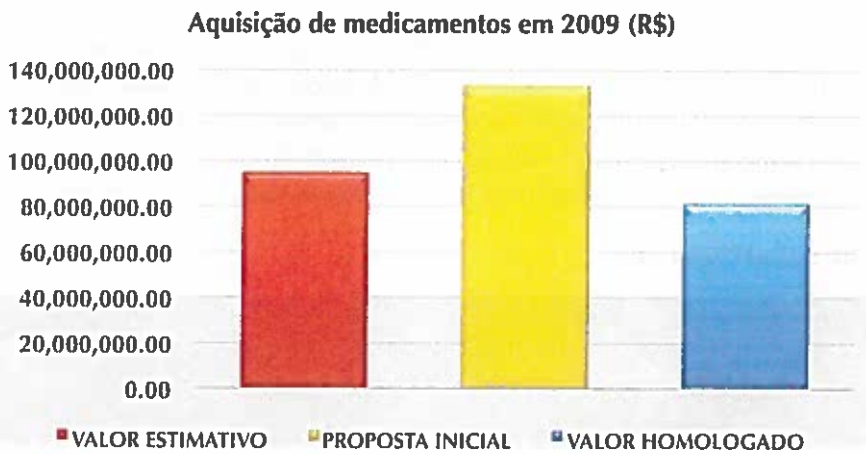
Os gráficos acima representam e demonstram a eficiência na gestão e na eficiência da utilização do Contrato de aquisição de combustíveis, mesmo sendo em nível nacional e com o abastecimento de milhares de equipamentos em todos os pontos do Brasil, proporcionando uma economia de mais de R$ 10 milhões anuais.

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

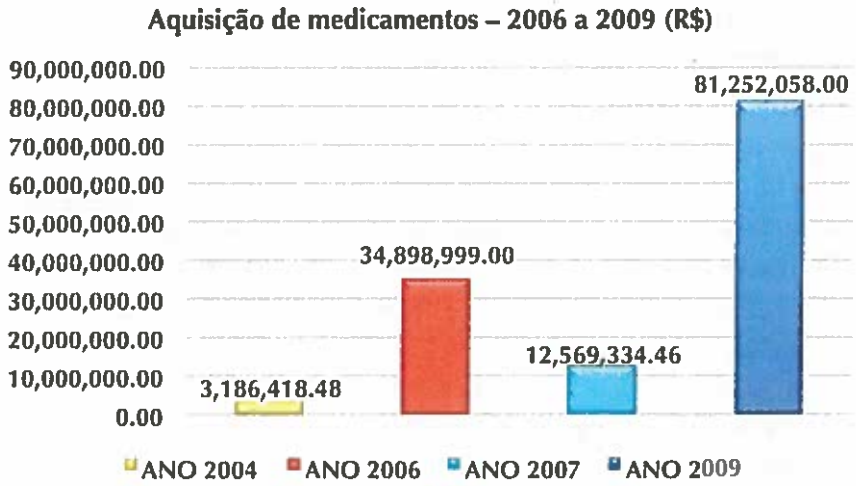
Em 2007 foi realizado um levantamento do estoque de medicamentos existente, remanescente do Pregão n.º 10/2006, em conjunto com o Desai para realização de uma nova licitação por meio de Pregão Eletrônico pelo critério de julgamento de menor preço por item, e não por lotes como havia sido feito no Pregão anterior e que acarretou em enormes prejuízos à Funasa.

Para tanto, por solicitação do Desai, foi alterada a forma de entrega dos medicamentos, de maneira que os licitantes vencedores fizessem a entrega diretamente nos Distritos Sanitários com uma reserva estratégica na presidência da Funasa, e assim foi feito, uma licitação na modalidade de Pregão Eletrônico n.º 26/2009, pelo Sistema de Registro de Preços para 191 itens da farmácia básica, com quantitativos suficientes para prover a Funasa por um período de no mínimo 18 meses, com possibilidade de entrega diretamente nos Distritos Sanitários e na presidência em Brasília.

O simples abastecimento dos medicamentos não era suficiente sem um efetivo controle de lote, distribuição, consumo e validade. Nesse sentido, foi implementado o Siscoesc – Sistema de Controle de Estoque, em uma atuação conjunta do Deadm, Desai e Depin, proporcionando em tempo real o estoque existente em qualquer lugar do Brasil, com informações completas dos medicamentos adquiridos, tais como preço pago, nome do fornecedor, nome do fabricante, nota fiscal, data de validade e outros, o que leva a uma gestão eficiente.



Pregão n.º 26/2009
Economia potencial: R$ 13,356,061,20



Como se pode observar na figura acima, o investimento na aquisição de medicamentos cresceu substancialmente, com o aumento do número de itens e quantitativos de medicamentos da farmácia básica, o que garante o fornecimento por 18 meses.

A aquisição de 2006 pode ser considerada como um divisor de águas, uma vez que foi realizada de forma equivocada, por meio de Pregão Presencial, com um critério de julgamento de menor preço por lote, ou seja, foi dividida em 4 grande lotes, no total de 130 itens. Por essa razão apenas 17 empresas participaram do certame, e tudo isso ocasionou em somente três licitantes vencedores, perfazendo o valor total de R$ 34.898.999,00, com prejuízos à Funasa, conforme apuração da Auditoria Interna e Controladoria Geral da União.

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM 2006

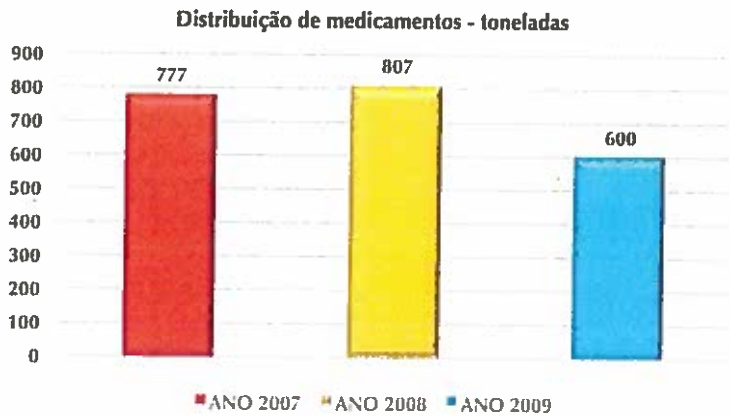
LICITAÇÃO 2006 PREGÃO PRESENCIAL 10/2006 - MEDICAMENTOS 25100.016641/2005-84	
Tipo de Julgamento	Menor preço por Lote
Nº de total Lotes	4 (138 itens)
Empresas participantes	17 empresas
Valor Estimado	R$ 92.797.322,00
Valor contratado	R$ 34.898.999,00
Lotes homologados	4 lotes
Homologado em 4 de abril de 2006	

Ante o ocorrido na licitação de 2006, a direção da Funasa decidiu por fazer a licitação mediante Pregão Eletrônico n.º 32/2007, com o critério de julgamento de menor preço por item, e não por lotes como havia sido feito em outrora, proporcionando uma maior competitividade com a participação de 60 empresas, sagrando-se vencedores mais de 20 licitantes, totalizando R$ 12.033.453,46, quase um terço do valor gasto na licitação de 2006 para praticamente o mesmo número de itens e quantitativos.

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM 2007

LICITAÇÃO 2007 PREGÃO ELETRÔNICO 32/2007 - MEDICAMENTOS 25100.025.146/2007-45	
Tipo de Julgamento	Menor preço por Item
Nº total de itens	130 itens
Empresas participantes	60 empresas
Valor estimado	R$ 26.180.394,60
Valor contratado	R$ 12.033.453,46
Itens homologados	128 itens
Homologado em 3 de dezembro de 2007	

Em 2009 foi realizada nova licitação na modalidade de Pregão Eletrônico n.º 26/2009, pelo Sistema de Registro de Preços, para um total de 191 itens e um quantitativo bem maior, com previsão de consumo por aproximadamente 18 meses.



TOTAL DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

2007/2008/2009
2.184 toneladas

Não bastassem os avanços na aquisição de medicamentos e a sua conseqüente normalização no fornecimento, foi possível também a pacificação no entendimento de aquisição de medicamentos sob demanda, o chamado contrato de farmácia, tendo em vista a edição da Nota Técnica n.º 04/PGF/PF/Funasa/2009, onde concluiu que:

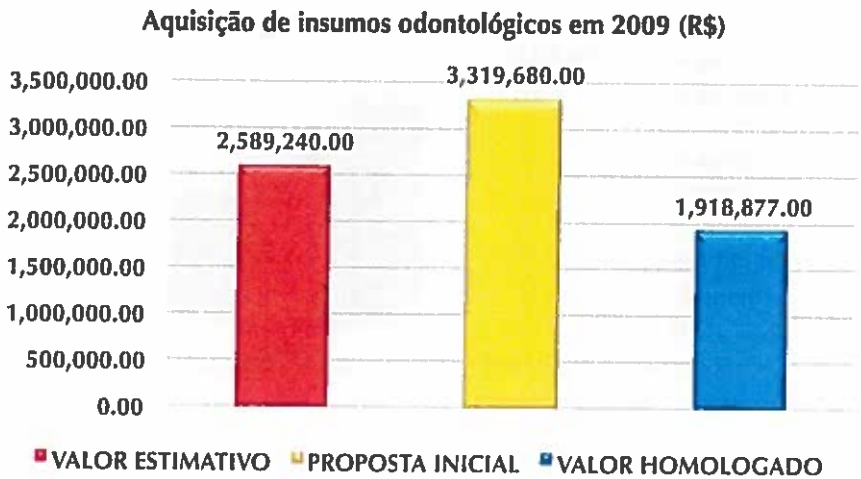
- Licitação na modalidade pregão eletrônico para formalização de contrato por preço estimado;
- Estimação do dispêndio com base em adequadas técnicas quantitativas de estimação;
- Adoção, preferencial, como critério de julgamento, o maior desconto sobre os valores unitários constantes na coluna pmc – Preço Máximo ao Consumidor – de tabela autorizada pela CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento;
- Divisibilidade do objeto em itens, pelo menos por gênero: referência, genérico, similar e manipulado (se for o caso);
- Priorização da aquisição de medicamentos com base no princípio ativo e daqueles com os menores preços, preponderando, em igualdades de condições, os classificados como genéricos, e
- Limitar a vigência contratual a 31 de dezembro, nos termos do art. 57, caput, Lei n.º 8.666/93.

Não podemos deixar de ressaltar a importância dessa Nota Técnica, tendo em vista que o mais comum era a aquisição de tais medicamentos lançando mão de suprimento de fundos, o que levava a vários apontamentos das Auditorias, seja interna seja da CGU.

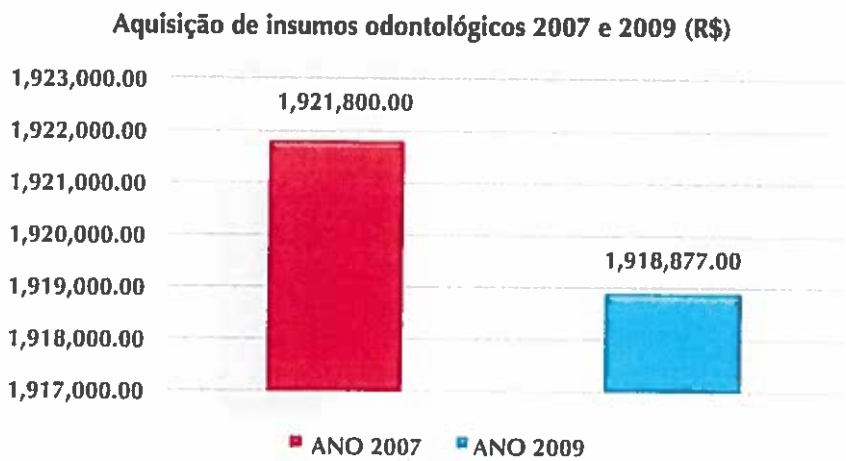
Desde a edição da referida Nota Técnica as Coordenações Regionais da Funasa já dispõem da ferramenta necessária para a realização de suas licitações para a contratação de farmácias e assim proporcionarem a aquisição dos medicamentos sob demanda, que não fazem parte da farmácia básica.

AQUISIÇÃO DE INSUMOS ODONTOLÓGICOS

Além da regularização dos estoques de medicamentos da farmácia básica, bem como da possibilidade de aquisição de medicamentos em contratos com farmácias, em atendimento a demanda do Desai, foram adquiridos insumos odontológicos para utilização na atenção da saúde indígena, conforme figuras abaixo:



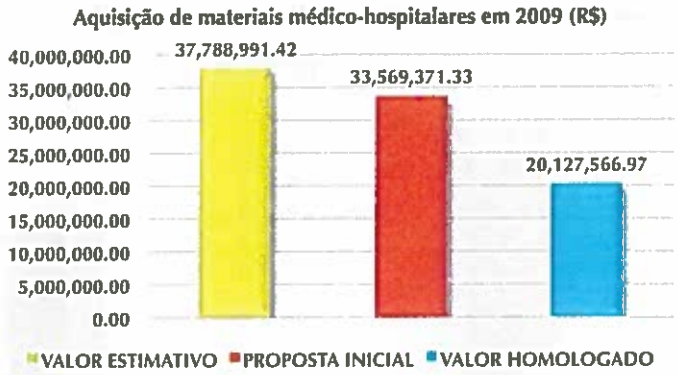
Pregão 11/2009
Economia potencial: R$ 670.463,00



Desde 2007 não faltam insumos odontológicos para a área de saúde bucal do Desai, estando os estoques totalmente regularizados e a disposição para a distribuição na medida em que for demandada.

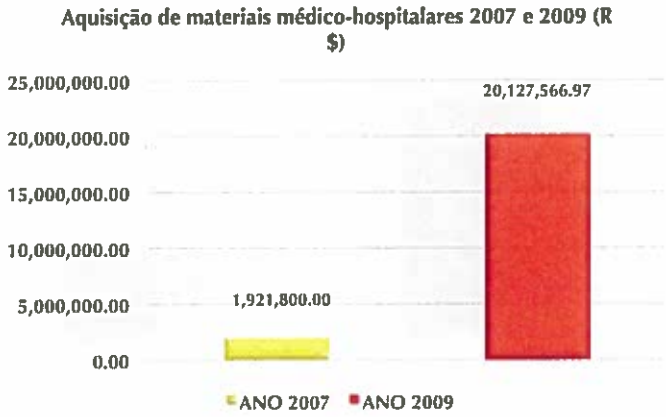
DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS ODONTOLÓGICOS 2007 E 2009

2008/2009
239 toneladas

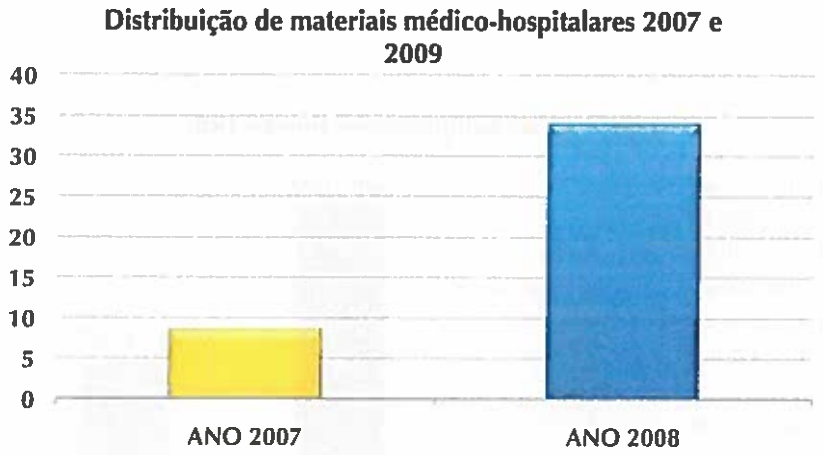


Pregão 43/2009
Economia potencial: R$ 13.441.804,30

A licitação para aquisição de materiais médico-hospitalares foi realizada por meio do Pregão Eletrônico n.º 43/2009, utilizando o menor preço por item como critério de julgamento. Esta licitação alterou a logística na entrega dos insumos, uma vez que os fornecedores vencedores devem entregar os produtos diretamente nos Distritos Sanitários e uma parcela na presidência em Brasília.



As figuras acima demonstram mais uma vez o significativo aumento no investimento na saúde indígena, com aquisição aproximadamente 1º vezes maior que a realizada em 2007, não sendo apenas em virtude da flutuação do preço dos produtos, mas principalmente em função do aumento do número de itens e do quantitativo, de forma a abastecer todos os Distritos Sanitários.

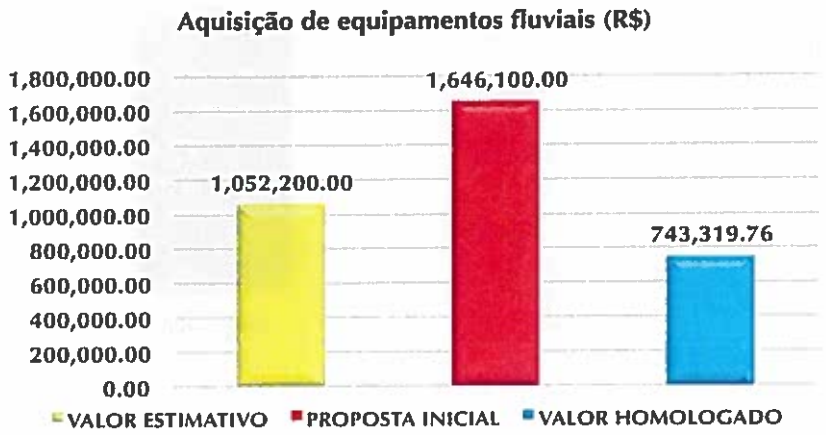


Tonelada

DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES 2007 A 2009

2007/2009
42,5 toneladas

Foram adquiridos motores e barcos para utilização na atenção a saúde indígena, com recursos do Projeto Vigisus II.



Pregão n.º 46/2009
Economia potencial R$ 308.880,20

DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS FLUVIAIS

COORDENAÇÃO REGIONAL/DSEI	VOADEIRAS 8,40M	VOADEIRA 6M	MOTOR 6HP (RABETA)	MOTOR 15HP	MOTOR 40HP	MOTOR 60HP	MOTOR 200HP	TOTAL
Amazonas: Alto Rio Negro	7	2	0	5	11	0	0	25
Amazonas: Alto Rio Solimões	1	2	5	2	2	0	0	12
Amazonas: Médio Rio Solimões	2	3	5	3	3	0	0	16
Amazonas: Manaus	2	2	5	4	2	0	0	15
Amazonas: Parintins	0	3	5	3	1	0	0	12
AMAZONAS: Vale do Javari	2	2	5	0	2	0	2	13
Amazonas: Médio Rio Purus	2	2	3	7	4	0	0	18
Mato Grosso: Cuiabá	1	2	0	0	2	0	0	5
Pernambuco: Pernambuco	0	0	0	0	0	2	0	2
Alagoas: Alagoas	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	17	18	28	24	27	3	2	119

Mesmo seno com recursos do Projeto Vigisus II, a Funasa decidiu por fazer Pregão Eletrônico para proceder tal aquisição, obtendo uma economia substancial.

AQUISIÇÃO DE VEÍCULOS

Foram adquiridos 690 veículos nos últimos anos na Funasa, contribuindo para a redução dos contratos de locação, além de dotar as Coordenações dos meios necessários para o deslocamento das equipes.

AQUISIÇÃO DE VEÍCULOS EM 2007/2008/2009 (R$)

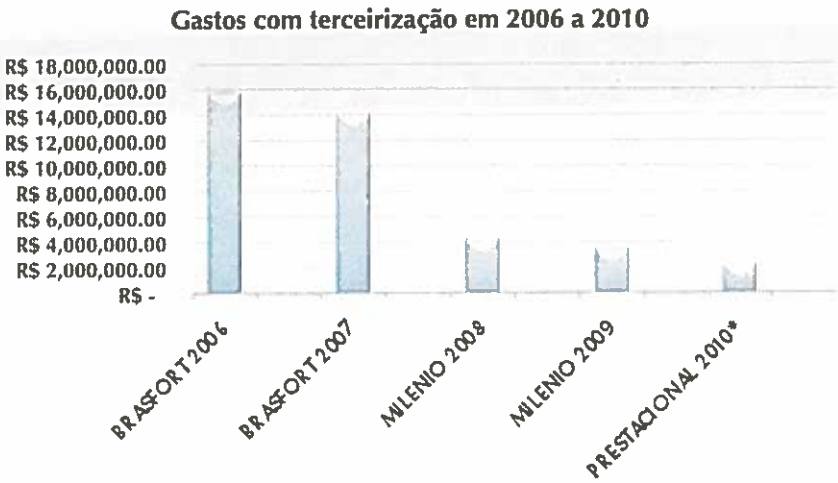
PICKUP		VAN		AMBULÂNCIA		MICROÔNIBUS		VEÍCULOS PEQUENOS	
529	40.617.633,24	10	774.090,00	50	2.751.260,00	1	112.149,00	100	2.678.000,00

Valor total: R$ 46.933.132,24
Total de veículos: 690

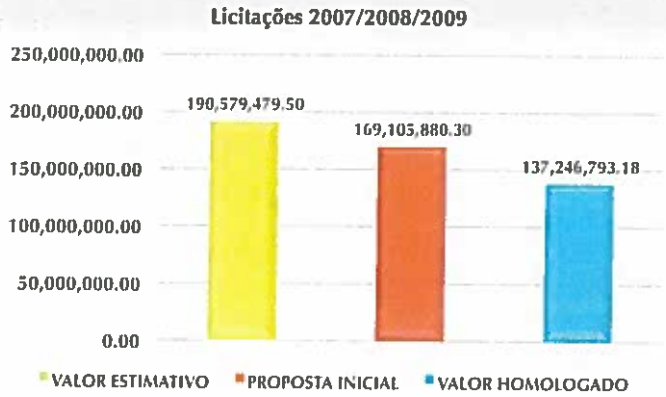
AQUISIÇÃO DESAI 2009

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR (R$)
Microscópios (Recurso Judicial)	27	83.484,00
Bombas de Pulverizadoras Aspersoras	200	139.600,00
Compressores e Filtro de Ar Odontológico	170	113.951,00
Autoclaves	190	398.810,00
Equipamentos p/ VigilânciaNutricional	3.296	128.558,70
Total		864.403,70

GASTOS COM TERCEIRIZAÇÃO EM 2006



Locações 2007 a 2009



Economia potencial: R$ 31.859.087,00

RECOMPOSIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

Desde 2007, a atual gestão teve como meta suprir a carência de seu quadro técnico funcional para atender também as novas demandas geradas pelo PAC/Funasa. Neste sentido, uma série de gestões foram efetivadas junto aos diversos órgãos de gestão, fiscalização e execução, para atender às recomendações do Tribunal de Contas da União (TCU) e recompor a força de trabalho da instituição.

PROVIDÊNCIAS PARA RECOMPOSIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

- Formalização de três pedidos, desde 2006, para autorização de abertura de concurso público aos Ministérios da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão (ofícios 378 de 5/7/2006, 268 de 21/5/2007 e 257 de 24/4/2008);
- Remessa de ofício ao Ministério da Saúde para atender à recomendação do Acórdão nº 668 – Plenário/TCU (ofício 279 de 07/5/2008);
- Autorização pelo MPOG de abertura de processo seletivo simplificado, com base na alínea i, inciso VI, da Lei 8.745/93, para contratação temporária de 154 técnicos de nível superior para atender à demanda extraordinária do PAC/Funasa (Edital publicado), Portaria GM/MPG 125, 29/05/2008;
- Autorização pela Portaria GM/MPOG 151, DE 05.06.2008, para realização de concurso público para admissão de 419 servidores para o Quadro de Pessoal da Funasa (em andamento);
- Tratativas com MPOG para autorização do processo seletivo simplificado para contratação temporária de 802 profissionais, como medida emergencial de organização da gestão da política no Desai e nos Dseis;
- Constituição de Grupo de Trabalho para elaborar proposta de recomposição da força de trabalho da Funasa de forma definitiva, a fim de cumprir o Termo de Conciliação Judicial.

SITUAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

	SITUAÇÃO		TOTAL
1	ativo permanente	· em exercício na Funasa	6.731
		· cedidos ao sus	25.579
		· cedidos a outros órgãos	210
		· afastamentos	89
2	empregados públicos		5.154
3	contrato temporário		94
4	requisitados		37
5	nomeados		122
6	exercício descentralizado de carreira (*)		43
7	exercício provisório	analistas de infraestrutura	32
		outros	5
8	aposentado		13.002
9	beneficiário de pensão		15.080
10	estagiários		1.084
Total			67.262

Fonte: Siape - jan/2010
(*) Procuradores Federais

Total da Força de Trabalho: 7.064

FUNASA
PRESIDÊNCIA

632

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL (DEPIN)

APRIMORAMENTO DO MODELO DE GESTÃO

Ao Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (Depin), entre diversas atividades, compete destacadamente planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas à elaboração, acompanhamento e avaliação do planejamento estratégico do Plano Anual de Trabalho e do Plano Plurianual.

A Coordenação-Geral de Planejamento (Cgpla) tem por atribuição planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas à sistematização do processo de planejamento e avaliação das atividades institucionais, com base em indicadores de desempenho organizacional, bem como a elaboração do relatório anual das atividades.

À Coordenação-Geral de Modernização e Sistemas de Informação (Cgmsi) compete coordenar e supervisionar os processos relativos à gestão organizacional, modernização, administrativa e racionalização de métodos e procedimentos, bem como à gestão de recursos e tecnologias de informação; das atividades relativas à utilização, manutenção e modernização dos recursos de informação e informática.

A Coordenação-Geral de Convênios (Cgcon) celebra e acompanha os convênios firmados pela Funasa e analisa a prestação de contas dos recursos transferidos mais detalhadamente. Competindo-lhe propor os procedimentos internos, em conformidade com as diretrizes institucionais, para a celebração de convênios e instrumentos congêneres; mantendo atualizado um banco de dados com informações sobre convênios e instrumentos similares, além de coordenar e acompanhar as atividades relacionadas à prestação de contas de convênios e assemelhados celebrados pela Funasa.

Já à Coordenação de Habilitação e Celebração de Convênios (Cocec) compete analisar processos de convênios ou instrumentos congêneres, de acordo com a legislação vigente e coordenar as atividades relacionadas à celebração de convênios e congêneres.

A Coordenação de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas de Convênios (Copon) supervisiona, avalia e controla as atividades desenvolvidas, relacionadas à análise e ao trâmite de prestação de contas de convênios da Funasa e subsidia a Auditoria Interna no atendimento de diligências dos órgãos de fiscalização interna e externas nos assuntos referentes a convênios.

Os três últimos anos foram marcados pela adoção de medidas corretivas e saneadoras na gestão administrativa e no fortalecimento dos processos de planejamento e desenvolvimento institucional da Fundação Nacional de Saúde.

Iniciativas buscando o reordenamento organizacional, o aprimoramento do modelo de gestão, a qualificação dos processos de trabalho e o investimento na modernização e manutenção evolutiva dos sistemas de informações e as melhorias na gestão de convênios e prestação de contas - mecanismo pelo qual a instituição transfere

recursos financeiros para estados, municípios e Organizações Não Governamentais (ONG) -, proporcionaram transparência e avanços significativos.

Particularmente, nos últimos três anos merecem ser destacadas as seguintes iniciativas:

» Fortalecimento do processo de planejamento por meio da implementação de planos operacionais em níveis nacional e regional, com ações e metas estratégicas que direcionam, sobretudo, as atividades desenvolvidas pelas áreas finalísticas da instituição (saneamento e saúde indígena);

» Realização de oficinas de planejamento e avaliação e assessorias técnicas às Coordenações Regionais para orientar a elaboração dos Planos Operacionais regionais;

» Instituição do Comitê de Planejamento e Monitoramento (orientado pela Portaria nº 517/2009), com o objetivo de elaborar, acompanhar e avaliar os planos operacionais anuais;

» Racionalização de métodos e procedimentos para melhoria dos processos de trabalho de forma padronizada e documentada;

» Recomposição do Parque Computacional (presidência e Coordenações Regionais).

Microcomputadores: 2020
Impressoras: 199
Notebook: 680
Servidores de rede: 108

» Aumento (upgrade) da velocidade dos links de acesso à Rede Funasa nas Coordenações Regionais, Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casais) e Polos-Base;

» Contratação de empresa especializada em serviços de Tecnologia da Informação (TI), em infraestrutura, desenvolvimento e banco de dados, compatível com as necessidades e com os objetivos estratégicos da Funasa;

» Elaboração e implantação do Plano Diretor de Tecnologia da Informação com o objetivo de contemplar as necessidades de informação alinhadas à estratégia do órgão, plano de investimentos, contratações de serviços, aquisições de equipamentos, quantitativo e capacitação de pessoal e gestão de risco;

» Melhorias nos sistemas de informação:

» Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi):

- Homologação do Módulo de Saúde Bucal;
- Homologação do Módulo de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Sistema de Controle da Casa do Índio (Siscasai) Projeto Piloto/Casai de Brasília;
- Disponibilização dos dados demográficos do Siasi na página da Funasa: www.funasa.gov.br;
- Homologação do Módulo de Vigilância Epidemiológica da Influenza - síndrome gripal ou síndrome gripal aguda H1N1.

» Sistema Integrado de Gerenciamento de Obras (Sigob):

  – Unificação do Sistema Gerencial de Acompanhamento de Projetos de Saneamento (Sigesan) e do Sistema de Gestão de Convênios (Siscon), além do acompanhamento físico da obra via geoprocessamento;

» Sistema de Convênios do Governo Federal (Siconv):

  – Capacitação de 439 técnicos das 26 Coordenações Regionais e da presidência para utilização do sistema em consonância com a Portaria Insterministerial nº 127/2008 (que estabelece normas para execução do disposto no Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse), o que resultou em 647 convênios celebrados em 2009, via Siconv.

» Implantação do Sistema de Concessão de Diárias e Passagens (SCDP) (gerenciado pelo Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão);

» Ações de Controle relativas a Convênios:

» Edição da Portaria nº 126 de 14.02.2008, que regulamenta o acompanhamento da execução física e financeira pelas Coordenações Regionais e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com controle social indígena na celebração e execução dos convênios de saúde indígena.

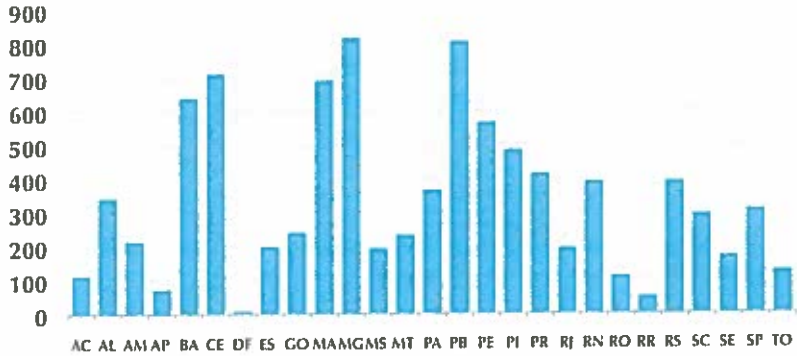
» Edição da Portaria nº 293 de 07.04.2008, que estabelece os critérios para a celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais para execução de ações de atenção à saúde dos povos.

»

» indígenas. O documento prevê a publicação de editais de chamamento público para a seleção de entidades parceiras.

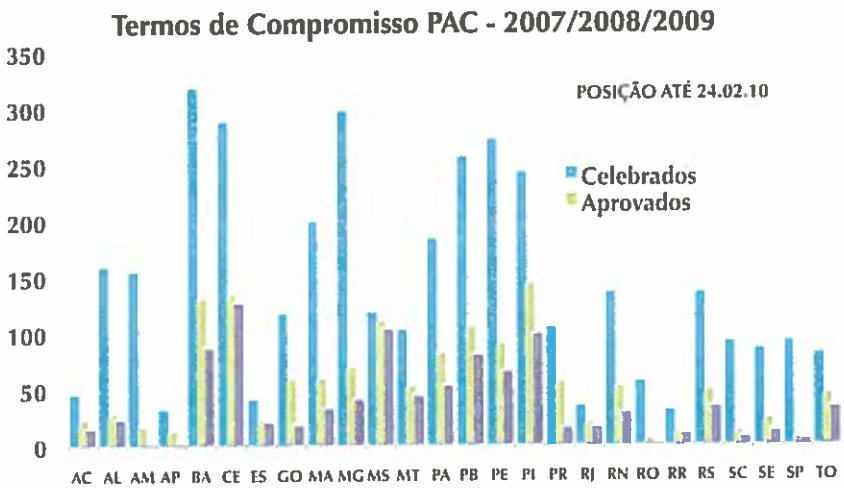
» Edição da Portaria nº 544 de 14.05.2008, que estabelece critérios para transferência de recursos financeiros das ações financiadas pela Funasa.

PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO – PAC



Fonte: Siafi

Avanços na execução dos Termos de Compromisso PAC (TC/PAC) - Nos anos 2007 a 2009 foram celebrados 3.652 Termos de Compromisso do PAC, com 946 projetos já em execução.



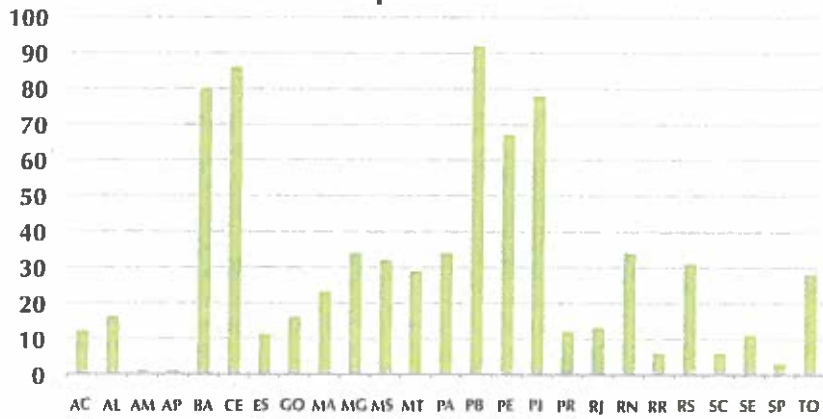
Fonte: Siscon/Funasa e Siafi

RECURSOS CELEBRADOS E LIBERADOS (TC) IE / PAC - 2007/2008/2009 - CELEBRADOS E LIBERADOS				
UF	CELEBRADOS	LIBERADOS	VR. LIBERADO	POSIÇÃO: 23/02/2010 VALOR TOTAL FUNASA
AC	45	14	2.915.801,10	49.683.739,71
AL	158	22	4.754.399,25	182.626.175,39
AM	154	1	1.510.676,90	98.716.566,91
AP	31	1	69.494,33	30.199.993,34
BA	317	86	21.412.293,42	262.495.867,50
CE	287	125	50.342.430,85	321.987.397,26
ES	40	19	3.734.599,15	26.255.429,47
GO	116	17	3.805.143,82	75.944.591,20
MA	198	32	9.982.298,01	178.125.427,75
MG	296	40	12.627.109,04	235.698.502,43
MS	117	102	11.887.088,16	73.268.185,91
MT	102	43	18.195.560,47	117.364.596,05
PA	183	52	25.707.237,48	255.084.947,37
PB	256	79	15.771.000,00	190.309.639,97
PE	271	64	22.620.485,03	299.851.710,85
PI	242	98	16.496.837,30	142.684.365,59
PR	103	14	5.412.665,48	133.440.634,49
RJ	34	15	3.100.423,03	44.264.875,80
RN	135	27	8.834.100,00	72.149.046,39
RO	56	0	0,00	77.155.296,69
RR	30	9	1.830.000,00	21.462.704,31

Fonte: SIAFI/Funasa - SIAF

» Municípios com ações do PAC em execução- 2007/2008/2009: 756 municípios com obras em execução do PAC, destacando-se os Estados da Paraíba, Ceará, Bahia, Pernambuco e Piauí.

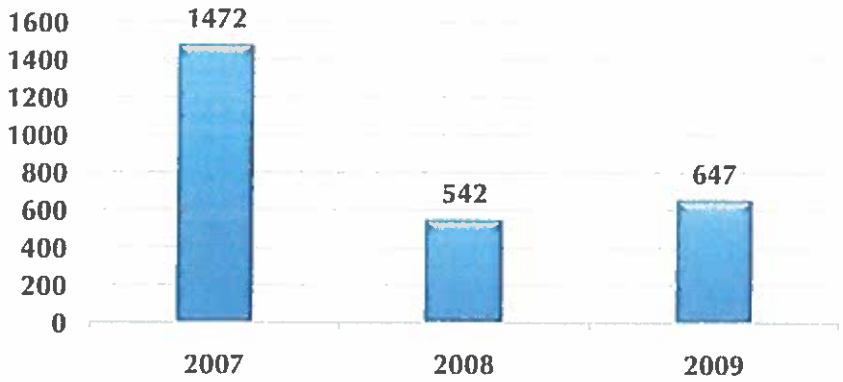
Quantitativo de municípios Com execução – PAC/Funasa por UF



Fonte: Siafi Gerencial

» Convênios Celebrados no período de 2007 a 2009: Nos últimos três anos foram celebrados 2.661 convênios sendo 1.472 em 2007 e 1189 nos anos de 2008 e 2009.

Convênios celebrados – 2007 A 2009



Fonte: Depin

- Destaca-se ainda nestes anos:
- Publicação da Portaria nº 544, de 14 de maio de 2008, que estabeleceu critérios para a liberação de recursos financeiros das ações financiadas pela Funasa;
  - Aprovação de prestações de contas dos convênios: 3.546 (2007), 2.394 (2008) e 3.206 (2009);
  - Comprovação de prestações de contas: 3.538 (2007), 4.290 (2008) e 3.750 (2009);
  - Notificações expedidas para cobrança de prestação de contas: 2.533 (2007), 2.635 (2008) e 617 (2009);
  - Supervisão/Convênios de Saúde Indígena – in loco: 17 (2007), 16 (2008) e 29 (2009).
- Destaques de 2009:
  - Elaboração do Manual de Gestão de Convênios;
  - Capacitação de 109 servidores em Gestão de Convênios e Termos de Compromisso (Core e Presi);
  - Emissão de 7.976 Termos Aditivos de prorrogação de vigência de Convênios e PAC;
  - Celebração de 771 aditivos para adequações aos Termos de Compromisso (PAC 2007);
  - Celebração de 745 aditivos de Indicação Orçamentária (PAC 2008);
  - Celebração de 1.155 Termos de Compromisso (PAC 2009);
  - Celebração de 1.014 Termos Aditivos de integração de Plano de Trabalho;
  - Celebração de 647 Convênios no Sicontv.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO (ASCOM)

AMPLIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Assessoria de Comunicação (Ascom) é o setor responsável por propor a política editorial e de identidade visual e implementar as atividades de comunicação institucional e de edição; editoração e veiculação de produtos impressos audiovisuais e digitais, inclusive por meio de rede de computadores; promover e gerenciar o relacionamento da Funasa com veículos de imprensa nacionais e estrangeiros; além de assessorar o presidente em assuntos relacionados à comunicação e educação em saúde e coordenar e supervisionar as unidades descentralizadas no planejamento, na execução, no acompanhamento e na avaliação de ações de imprensa, educação em saúde,comunicação institucional, informação, biblioteca e museologia.

Também está entre as atribuições acompanhar a execução das atividades de Educação em Saúde realizadas por intermédio de convênios com Estados e Municípios; orientar as unidades administrativas da Funasa nos assuntos relativos a sua área de atuação.À Coordenação de Educação em Saúde da Assessoria de Comunicação compete assessorar gestores e técnicos em todos os níveis para o desenvolvimento de ações permanentes de comunicação e educação em saúde, por meio da mobilização social, visando à promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos, ocasionados pela falta e/ou inadequação de ações de saneamento ambiental.

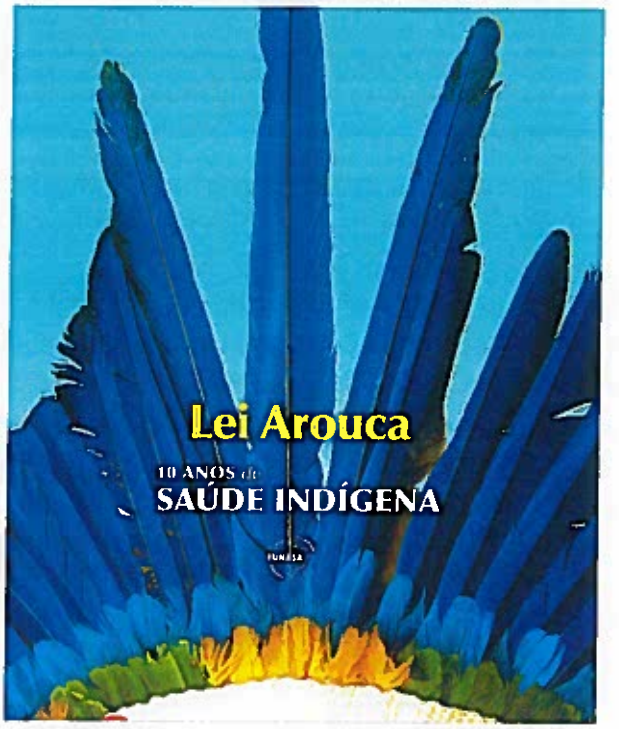
As ações de Educação em Saúde e Mobilização Social nos projetos de saneamento ambiental e saúde indígena financiados junto aos estados e municípios pela Funasa têm o sentido de fomentar, apoiar e fortalecer ações que resultem em efetiva melhoria na qualidade de vida da população beneficiada.

A proposta é garantir que as melhorias em saneamento ambiental implementadas nos municípios de até 50.000 habitantes, nos projetos das áreas metropolitanas e em áreas especiais (assentamentos, remanescentes de quilombo e áreas extrativistas) integrem-se de forma harmoniosa e sustentável nas comunidades, garantindo a inclusão social por intermédio do acesso das populações vulneráveis aos serviços a que têm direito e colaborando para a adequada e transparente aplicação dos recursos públicos nessa área, inclusive estimulando a parceria junto a outros projetos e programas de iniciativa governamental e não governamental.

Com essas ações, espera-se que outras iniciativas sejam replicadas nos municípios beneficiados. Para tal é necessário o assessoramento técnico qualificado, por intermédio de diversas ações tais como atuação junto aos gestores e técnicos em todos os níveis, visando sensibilizá-los para a importância do desenvolvimento de atividades permanentes de Comunicação e Educação em Saúde. É fundamental também o apoio técnico aos profissionais que atuam nas diversas instâncias de governo, representantes de ONGs para a elaboração, execução, acompanhamento e supervisão de projetos, programas e atividades educativas de caráter permanente.

Outra medida importante é a ampliação do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (Pesms), financiado por recursos de convênio, para que se torne gerador/estimulador de outros projetos de alcance social; incentivo à integração das ações permanentes de Comunicação e Educação em Saúde a outros projetos sociais/comunitários visando estimular a participação, controle e inclusão sociais, geração de emprego e renda.

Dessa forma se estimula o fomento à organização de estruturas e equipes locais para o desenvolvimento de ações permanentes de Educação em Saúde além do incremento ao apoio logístico e de recursos humanos às Assessorias de Comunicação e Educação em Saúde (Ascom) das Coordenações Regionais da Funasa, por intermédio da aquisição de equipamentos e insumos diversos, incluindo eventuais prestação de serviços de terceiros por pessoas física e/ou jurídica visando ao cumprimento das ações propostas.



Em 2008, o orçamento previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) para esta ação foi de R$ 3.693.440,00. Deste foram executados R$ 3.039.010,00 correspondendo a 82,28% da dotação orçamentária aprovada.

Em relação à meta física, a Coordenação de Educação em Saúde (Coesa)/Ascom, juntamente com as Coordenações Regionais, conseguiu desenvolver as atividades planejadas, alcançando um resultado bastante positivo, atingindo um percentual de 101,79% da meta física prevista, o que corresponde ao beneficiamento de 1.079 municípios.

Essa superação da meta se deu devido à aceleração dos projetos de Educação em Saúde, frente ao PAC Saneamento da Funasa.

Há também na estrutura da Ascom a Coordenação de Comunicação (Codec), responsável por gerenciar a comunicação institucional e implementar atividades de editoração e de veiculação de produtos impressos, audiovisuais e digitais, de caráter informativo, educativo, promocional e de gestão administrativa; elaborar instrumentos de planejamento, de acompanhamento e de avaliação de planos, programas, projetos e atividades de comunicação institucional e articular-se com a Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde para o planejamento, coordenação e acompanhamento das campanhas de publicidade referentes a assuntos de competência da Funasa

O estabelecimento de normas e procedimentos de editoração para publicações técnicocientíficas e implementação as atividades de edição de produtos impressos, audiovisuais e digitais fica a cargo da Coordenação de Museu e Biblioteca (Comub). O setor também gerencia e implementa as atividades de informação, biblioteca e museologia e elabora instrumentos de planejamento, de acompanhamento e de avaliação de planos, programas, projetos e atividades de informação, biblioteca e museologia.

O resultado do trabalho conjunto desses setores pode ser exemplificado na melhoria da imagem institucional para os públicos interno e externo, publicações de materiais institucionais com informações sobre as ações da Fundação e até mesmo uma exposição no Congresso Nacional.

Em 2009, foi elaborado e publicado o manual sobre "Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de Saúde Indígena", na quantidade de 6.000 exemplares, distribuídos a diversos órgãos públicos e privados, institutos de pesquisas e universidades. A publicação foi possibilitada pelo trabalho paralelo da Ascom e o Departamento de Saúde Indígena.

Outras produções da Ascom entre os anos de 2007 e 2009 foram quatro edições da Funasa em Revista; oito Boletins Informativos; um relatório intitulado: "Saneamento em áreas indígenas do Brasil - Histórico da atuação da Funasa e perspectivas"; além do livro "Dez anos de compromisso com a saúde indígena", uma publicação com as realizações do Departamento de Saúde Indígena (Desai) e outros.

O trabalho da Ascom também pode ser verificado nas 554 matérias publicadas no sítio institucional (*www.funasa.gov.br*) em 2007, 788 matérias publicadas em 2008 e 1094 no ano seguinte. Até março de 2010, já foram publicadas mais 173 matérias, demonstrando o empenho da Fundação em tornar público as ações desenvolvidas em todo o território brasileiro.

MATÉRIAS PUBLICADAS NO SITE DA FUNASA
2007 - 544
2008 - 788
2009 - 1094

Este Relatório de Gestão é mais um trabalho realizado pela Ascom em parceria com os demais departamentos da Fundação, reunindo as principais informações de cada um deles. Também compete à Ascom as atividade de educação em saúde.

AMENTO DA OBRA DE
CONSTRUÇÃO DA
E APOIO À SAÚDE INDÍGENA

MISSÃO

Realizar ações de saneamento ambiental em todos os municípios brasileiros e de atenção integral à saúde indígena, promovendo a saúde pública e a inclusão social, com excelência de gestão, em consonância com o SUS e com as metas de desenvolvimento do milênio.

FUNASA Fundação Nacional de Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL