

Relatório de Gestão 2001



Relatório de Gestão 2001

© 2002. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Distribuição e Informação:

Coordenação-Geral de Planejamento e Avaliação - CGPLA. Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional - DEPIN . Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

Setor de Autarquias Sul, quadra 4, bloco "N", 5º andar, sala 516.

Telefones: (0xx61) 226.4687, 314.6517

70.058-902 Brasília/DF

Impresso no Brasil / Printed in Brazil.

FICHA CATALOGRÁFICA

Relatório de gestão 2001 / elaborado por Coordenação de Gestão de Políticas Estratégicas – COGEP/CGPLA/DEPIN. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

49 p.il.

1. Gestão. 2. Planejamento. 3. Sistema Único de Saúde.

APRESENTAÇÃO

O presente Relatório de Gestão tem por finalidade demonstrar o desempenho da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, divulgando os resultados alcançados durante o ano 2001, no que diz respeito às ações desenvolvidas pela Instituição, visando o alcance dos seus Objetivos Estratégicos e, por conseguinte, de sua Missão.

Neste período, a Fundação direcionou sua atenção para o fortalecimento do seu modelo de gestão, orientado para resultados, demonstrando assim efetividade organizacional, compartilhando responsabilidades e propiciando maior visibilidade institucional, estabelecendo, portanto, os marcos necessários à sua legitimação como agência de excelência em promoção e proteção à saúde.

Neste documento, assim sendo, estão destacadas as principais ações realizadas pela FUNASA no ano de 2001, servindo não só como material de avaliação de desempenho institucional mas, também como instrumento facilitador do acompanhamento do trabalho organizacional pela clientela externa e interna do setor saúde.

SUMÁRIO

Apresentação	3
Compromisso com a Saúde da População	5
Principais ações da Fundação Nacional de Saúde	7
Introdução.....	11
Ações de Prevenção e Controle de Doenças.....	12
Ações de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.....	24
Ações de Engenharia de Saúde Pública.....	32
Execução Orçamentária.....	45
Considerações Finais	47

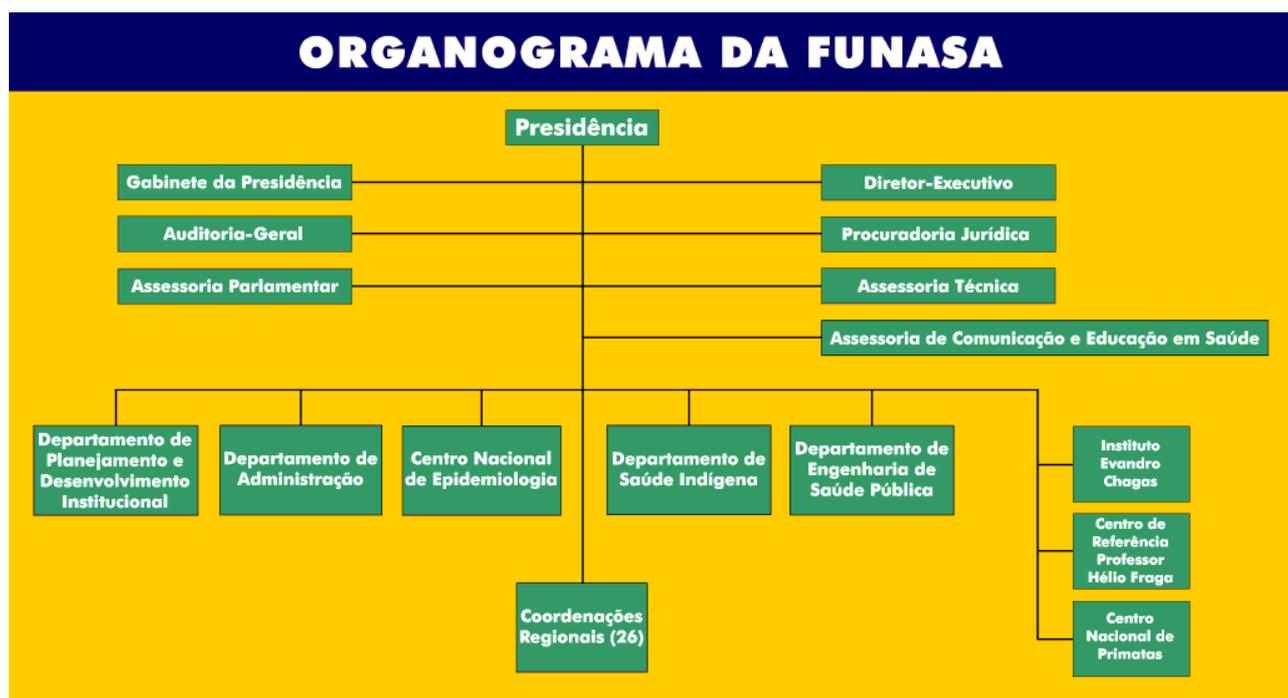
COMPROMISSO COM A SAÚDE PÚBLICA

A Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, órgão executivo do Ministério da Saúde, tem uma história de saúde pública que remonta a 1904. Tem como missão *ser uma agência de excelência em promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas de educação e de prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como em atendimento integral à saúde dos povos indígenas, visando à melhoria da qualidade de vida da população.*

A FUNASA é dirigida por um Presidente, auxiliado por um Diretor-Executivo e pelos Diretores dos Departamentos de Planejamento e desenvolvimento Institucional, de Administração, de Saúde Indígena, de Engenharia de Saúde Pública e do Centro Nacional de Epidemiologia.

Atua de forma descentralizada, com uma Coordenação Regional em cada estado, com estrutura técnico-administrativa para promover, supervisionar e orientar as ações de prevenção e controle de doenças, de engenharia de saúde pública e de saúde dos povos indígenas.

Estão vinculados à FUNASA dois Centros e um Instituto de pesquisas: o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (RJ), o Centro Nacional de Primatas (PA) e o Instituto Evandro Chagas (PA).



NEGÓCIO

- ❑ Promover saúde

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- ❑ Prevenir e controlar doenças e outros agravos.
- ❑ Ser o centro nacional de excelência em vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.
- ❑ Assegurar a saúde dos povos indígenas.
- ❑ Estimular a prática de hábitos saudáveis que contribuam para a prevenção de doenças e outros agravos.
- ❑ Fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças.
- ❑ Buscar o permanente desenvolvimento organizacional, gerencial e tecnológico da Instituição.
- ❑ Obter o reconhecimento nacional e internacional como instituição de excelência em promoção e proteção à saúde.

PRINCIPAIS AÇÕES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS

Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, no âmbito nacional, compreendendo:

- ❑ Coordenação nacional das ações de epidemiologia e controle de doenças, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional;
- ❑ Execução das ações de epidemiologia e controle de doenças, de forma complementar e/ou suplementar à atuação dos estados;
- ❑ Estabelecimento de metas e atividades para a área de epidemiologia e controle de doenças, em níveis nacional e estadual;
- ❑ Normatização técnica;
- ❑ Assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;
- ❑ Provimento dos seguintes insumos estratégicos:
 - imunobiológicos (vacinas e soros);
 - inseticidas;
 - meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico).
- ❑ Participação no financiamento das ações de epidemiologia e controle de doenças;
- ❑ Gestão dos sistemas de informações epidemiológicas, como: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos

Vivos – SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI;

- ❑ Divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- ❑ Fomento a estudos e pesquisas aplicadas à área de epidemiologia e controle de doenças;
- ❑ Definição de Centros de Referência Nacional de epidemiologia e controle de doenças;
- ❑ Coordenação técnica da cooperação internacional na área de epidemiologia e controle de doenças;
- ❑ Fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;
- ❑ Fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de epidemiologia e controle de doenças, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- ❑ Coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – RNLSP, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- ❑ Coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização;
- ❑ Supervisão, coordenação e normatização das atividades executadas nas Unidades de Controle de Zoonoses e de Fatores Biológicos de Risco, situadas nos estados e municípios;
- ❑ Estabelecimento e monitorização dos padrões máximos de exposição a fatores não biológicos que ocasionem riscos à saúde da população;
- ❑ Monitorização de fatores biológicos que ocasionem riscos à saúde da população.

ENGENHARIA DE SAÚDE PÚBLICA

- ❑ Formulação de planos e programas de saneamento e engenharia voltados para a prevenção e controle de doenças;
- ❑ Assessoramento técnico, financiamento, análise e acompanhamento de projetos, nas seguintes áreas:
 - sistemas de abastecimento de água;
 - sistemas de resíduos sólidos;
 - sistemas de esgotamento sanitário;
 - melhorias sanitárias domiciliares;
 - serviços de drenagem para controle da malária;
 - melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas;
 - unidades de controle de zoonoses e de fatores biológicos de risco;
 - câmaras frias para conservação de imunobiológicos;
 - laboratórios de saúde pública;
- ❑ Normatização técnica;
- ❑ Fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;
- ❑ Fomento a estudos e pesquisas aplicadas.

SAÚDE INDÍGENA

- ❑ Promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, segundo o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade, respeitando os aspectos etno-culturais;
- ❑ Organização das atividades de atendimento integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS;
- ❑ Implantação e manutenção de unidades de saúde e de sistemas e serviços de saneamento;
- ❑ Fomento a estudos e pesquisas aplicadas;

INTRODUÇÃO

A FUNASA, dando continuidade à adequação de sua atuação para o cumprimento das diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, durante o ano de 2001, buscou fortalecer o processo de gestão colegiada, característica da administração atual, por intermédio das bases deliberativa e operacional do Comitê Central de Planejamento – COPLAN, viabilizando, desta forma, a cultura de planejamento participativo, com a concepção do seu desempenho político-gerencial orientado por resultados.

No desempenho das ações de 2001, destaca-se:

1. Incremento do Processo de Descentralização das Ações e Epidemiologia e Controle de Doenças

No ano de 2001, o processo de Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças experimentou um forte incremento, sendo concluída a certificação das 27 Unidades Federadas e 4.261 municípios para a gestão destas ações, com a cessão aos novos gestores de cerca de 26 mil servidores da FUNASA, bem como o repasse de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Estes municípios já certificados compreendem cerca de 86% da população brasileira.

2. Construção de um Modelo de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Outro ponto que merece destaque é a Atenção à Saúde dos Povos Indígena. Pode-se afirmar que o paradigma de Saúde Indígena no Brasil foi mudado a partir do estabelecimento da gestão integral pela FUNASA das ações do setor desde 1999, resultando na construção de um modelo de atenção à saúde dos Povos Indígenas por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, com controle social, exercido pelos Conselhos Distritais e Locais, o qual tem sido reconhecido pelos próprios índios, respectivas representações e respeitado por organismos nacionais e internacionais.

3. Criação dos COREPLAN

No âmbito interno, o reordenamento organizacional conduziu ao aprimoramento gerencial da FUNASA, com a instituição dos Comitês Regionais de Planejamento – COREPLAN, cuja atuação, espelhada no modelo central, consolidou o processo de planejamento integrado, estratégico e co-responsável. A FUNASA, desta forma, durante o ano 2001, incrementou as condições para o cumprimento das funções próprias do gestor federal da área de saúde pública, consolidando as bases necessárias para sua legitimação como órgão de excelência em promoção e proteção à saúde.

AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS

Os avanços mundiais alcançados durante a década de 90 nos setores de imunologia e epidemiologia, especialmente no que diz respeito ao controle das doenças imunopreveníveis, têm sido acompanhados pelo Brasil, refletindo-se de modo acentuado na redução da morbi-mortalidade por essas patologias.

IMUNIZAÇÕES



Poliomielite

Em 1994, o Brasil obteve o CERTIFICADO INTERNACIONAL DE ERRADICAÇÃO DA TRANSMISSÃO AUTÓCTONE DO POLIOVÍRUS SELVAGEM, no entanto, o Programa Nacional de Imunizações - PNI continua incentivando os gestores estaduais e municipais de saúde a alcançar a cobertura mínima de vacinação de 95 % da população, de forma homogênea, garantindo assim a manutenção da erradicação da poliomielite, doença essa que foi responsável por um grande número de mortes e seqüelas no País.

Apesar da interrupção da transmissão autóctone do poliovírus selvagem no Brasil, a poliomielite permanece endêmica nos continentes Asiático e Africano. No continente Americano, a ocorrência de uma epidemia no Haiti e República Dominicana, associada à

manutenção de baixas coberturas vacinais, ressalta a necessidade do aperfeiçoamento das estratégias adotadas no Brasil. O grande empenho do Ministério da Saúde nesse momento é de intensificar as ações de prevenção, no intuito de evitar a reintrodução da doença no país.

Em 2001, foram vacinadas contra poliomielite 2.751.553 crianças menores de 1 ano, com as 3 doses preconizadas na vacinação de rotina, pelo Programa Nacional de Imunizações.

Sarampo

Em 1999, o país implantou um plano emergencial estratégico – Plano Nacional de Erradicação do Sarampo. Desta forma foram reforçadas as ações de vigilância ativa da doença, a implementação do diagnóstico laboratorial, a intensificação da vacinação de rotina e a realização de uma grande Campanha de Seguimento no ano 2000. O resultado desse conjunto de esforços evidenciou-se pela ausência de circulação do vírus do sarampo no país e, desde novembro de 2000, quando foi notificada, no Mato Grosso do Sul a última ocorrência de casos autóctones. O único caso de sarampo confirmado em 2001 foi importado, não sendo estabelecida nenhuma cadeia de transmissão a partir desse ano, em que a cobertura vacinal atingiu 100%, tendo sido imunizadas 3.365.380 crianças.

Difteria, Coqueluche e Tétano Neonatal

Os dados de incidência da difteria e coqueluche demonstram que essas duas doenças vêm apresentando declínio nesta última década. A vacinação contra difteria e coqueluche tem alcançado altos índices de cobertura, validando assim a vacinação como instrumento de impacto no controle dessas doenças.

A Organização Mundial de Saúde – OMS considera como indicativo de eliminação do tétano neonatal quando a taxa de incidência é inferior a 1 caso por 1.000 nascidos vivos. No Brasil, este indicador alcançou no ano de 2001 a taxa de 0,009/1000 – 100 vezes inferior ao valor recomendado. Portanto o Brasil vem mantendo a meta de eliminação da doença.

Em 2001 foram imunizadas contra difteria, coqueluche e tétano neonatal, com a vacina Tríplice Viral, 3.157.798 crianças, que corresponde a 96,71% de cobertura vacinal.

Outras Doenças Imunopreveníveis

Merecem destaque outras ações desenvolvidas:

- Incremento significativo das coberturas vacinais em crianças menores de 1 ano, contra a hepatite B, tendo sido imunizadas 2.976.982 crianças, em 2001;
- Implementação e ampliação da vacinação contra hepatite B para menores de 15 anos em áreas de alta prevalência (Amazônia Legal, Santa Catarina e Espírito Santo e em algumas regiões do Paraná) e posteriormente sua inclusão no calendário básico para as crianças menores de 1 ano em todo o País. A partir de 2001 esta vacina foi disponibilizada para os menores de 20 anos;

- Instalações dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, bem como a publicação do Manual para estes Centros, foram conquistas do Programa Nacional de Imunizações – PNI nesta década;
- Implantação da vacina contra Influenza para a população de idosos (65 e mais anos) no ano de 1999 trouxe novo avanço ao PNI. Em 2001 o Brasil alcançou o índice de cobertura de 82,10 %;
- O Ministério da Saúde ampliou significativamente os recursos para aquisição de imunobiológicos, tendo gasto R\$ 334,7 milhões no ano de 2001.

A evolução da cobertura vacinal em menores de 1 ano demonstra os avanços alcançados, embora muito ainda deva ser feito para vacinar, com o esquema básico, 100 % das crianças que nascem a cada ano. Acresce-se o fato do PNI, hoje, ser um Programa de vacinação para toda população brasileira, não somente para crianças, mas para adolescentes, jovens, adultos, idosos e populações indígenas, o que exige a implementação de estratégias especiais, visando buscar a homogeneidade de cobertura vacinal nos 5.561 municípios.

Rubéola Congênita

A cobertura vacinal contra rubéola em mulheres em idade fértil, foi estabelecida para os estados de São Paulo, Sergipe, Paraíba, Pernambuco e Espírito Santo.

Vale ressaltar que durante a 1ª a Campanha de Vacinação contra a rubéola, realizada em 2001, foram contemplados outros oito estados (AC, AL, AM, GO, MA, MG, RJ, e RO), que correspondeu a vacinação de 14,3 milhões de mulheres com idade entre 12 e 39 anos, atingindo uma cobertura de 93%, conforme tabela a seguir:

Vacinação de Mulheres em Idade Fértil (Contra Rubéola) nos Estados Priorizados

UF	FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO ALVO 100%	DOSES APLICADAS	COBERTURA %	MUNICÍPIOS QUE AINDA NÃO ALCANÇARAM A META		MUNICÍPIOS EXISTENTES
					No.	%	
AL	12 a 29	477.974	487.445	101,98	26	25,74	101
AM	12 a 29	472.381	459.002	97,17	27	43,55	62
GO	12 a 29	881.924	859.270	97,43	73	30,17	242
MA	12 a 29	942.950	901.925	95,65	82	37,79	217
MG	12 a 29	2.874.865	2.662.036	92,60	385	45,13	853
SE	12 a 29	307.796	312.893	101,66	11	14,67	75
RJ	15 a 29	1.754.071	1.441.838	82,20	34	37,36	91
SP	15 a 29	4.836.266	4.384.968	90,67	345	53,49	645
PB	15 a 29	454.864	469.469	103,21	33	14,80	223
AC	12 a 39	127.590	124.947	97,93	3	13,64	22
RO	12 a 39	320.032	277.310	86,65	23	44,23	52
PE	12 a 34	1.589.014	1.596.752	100,49	31	16,76	185
ES	17 a 29	322.550	335.884	104,13	14	18,18	77
TOTAL	-	15.362.277	14.313.739	93,17	1.087	38,21	2.845

Fonte: CGPNI/CENEPI/FUNASA/MS
DADOS FINAIS EM 21/03/2002

Febre Amarela

A febre amarela é um dos problemas que historicamente mais tem influenciado a política de saúde e saneamento em nosso país. A forma silvestre da doença tem sido objeto de intervenções visando seu controle, ao mesmo tempo em que a reintrodução do *Aedes aegypti* nas Américas exige medidas para impedir que ocorra sua reurbanização.

Visando evitar a ocorrência de surtos de grande magnitude, como os observados nos países vizinhos, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, iniciou uma ampla campanha de intensificação da vacinação anti-amarílica, conseguindo vacinar 11,6 milhões de pessoas em 2001. Ao mesmo tempo, tem sido fortalecida a vigilância epidemiológica da doença, com elaboração e divulgação de normas, capacitação de pessoal das Secretarias Estaduais de Saúde e ampliação da rede de diagnóstico laboratorial. Em consequência, passou-se a contar com uma maior capacidade de detecção da doença, bem como uma maior agilidade na investigação de casos e surtos, possibilitando a adoção oportuna das medidas de controle.

CONTROLE DE DOENÇAS

Cólera

Em 2001, foram confirmados apenas sete casos da doença nos seguintes estados: Ceará – quatro casos; Pernambuco, Sergipe e Alagoas – um caso em cada, portanto o Brasil está se aproximando da interrupção da transmissão da doença.

Dengue

O controle da dengue tem sido objeto de campanhas de saúde pública realizadas no país, tendo em vista as mudanças sociais e ambientais propiciadas pela urbanização acelerada, bem como à elevada capacidade de adaptação e transmissão do principal vetor da doença, o *Aedes aegypti*. Existem ainda fatores que pressionam a incidência da doença, entre eles, a introdução recente de um novo sorotipo, o DEN 3, para o qual a susceptibilidade é praticamente universal. Por esses motivos, o Ministério da Saúde, por meio da FUNASA vem implementando um conjunto de ações onde destaca-se:

- a intensificação das ações de combate ao vetor, focalizando-se os municípios com maior participação na geração dos casos;
- o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a oportunidade da resposta ao risco de surto;
- a integração das ações de vigilância e de educação sanitária, com o Programa de Saúde da Família - PSF e de Agentes Comunitários de Saúde;
- e a execução de uma ampla campanha de mobilização social e de informação para garantir a efetiva participação da população.

Durante o ano de 2001, o Programa de Controle da Dengue foi submetido a uma avaliação internacional, com a participação da Organização Mundial de Saúde – OMS, Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e representantes de todos os continentes com ocorrência de dengue. Foi então elaborado e implantado o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue – PIACD, que teve as seguintes ações desenvolvidas:

- aquisição e distribuição de 2.082 veículos, nos 25 estados incluídos no Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue – PIACD;
- aquisição de 321 microscópios para apoiar a vigilância entomológica do *Aedes aegypti* nos municípios prioritários;
- aquisição de 143 pulverizadores de Ultra Baixo Volume e 704 pulverizadores costais de Ultra Baixo Volume para utilização nas ações de bloqueio de transmissão da dengue;
- capacitação de 89.000 Agentes Comunitários de Saúde do PACS/PSF para atuar na divulgação de ações preventivas contra focos domésticos do mosquito *Aedes aegypti* e na vigilância de casos suspeitos de dengue;
- contratação e capacitação do Grupo-Tarefa composto por 30 supervisores estaduais para apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde na implantação do PIACD nos 657 municípios prioritários;
- desenvolvimento e implantação de novo modelo de vigilância epidemiológica nas Secretarias Estaduais de Saúde e nas Secretarias Municipais de Saúde das Capitais, utilizando aplicativos informatizados para aumentar a sensibilidade da vigilância e a capacidade de detecção de surtos, bem como proporcionar informações capazes de subsidiar a tomada de decisão sobre a intensificação das ações de controle.

A FUNASA tem como desafio para 2002 o controle da dengue, considerando a doença como o maior problema de saúde pública do país.



Em 2002 a agenda permanente será a redução da dengue, que só ocorrerá com mudança de comportamento e esforço de mobilização por parte da sociedade.

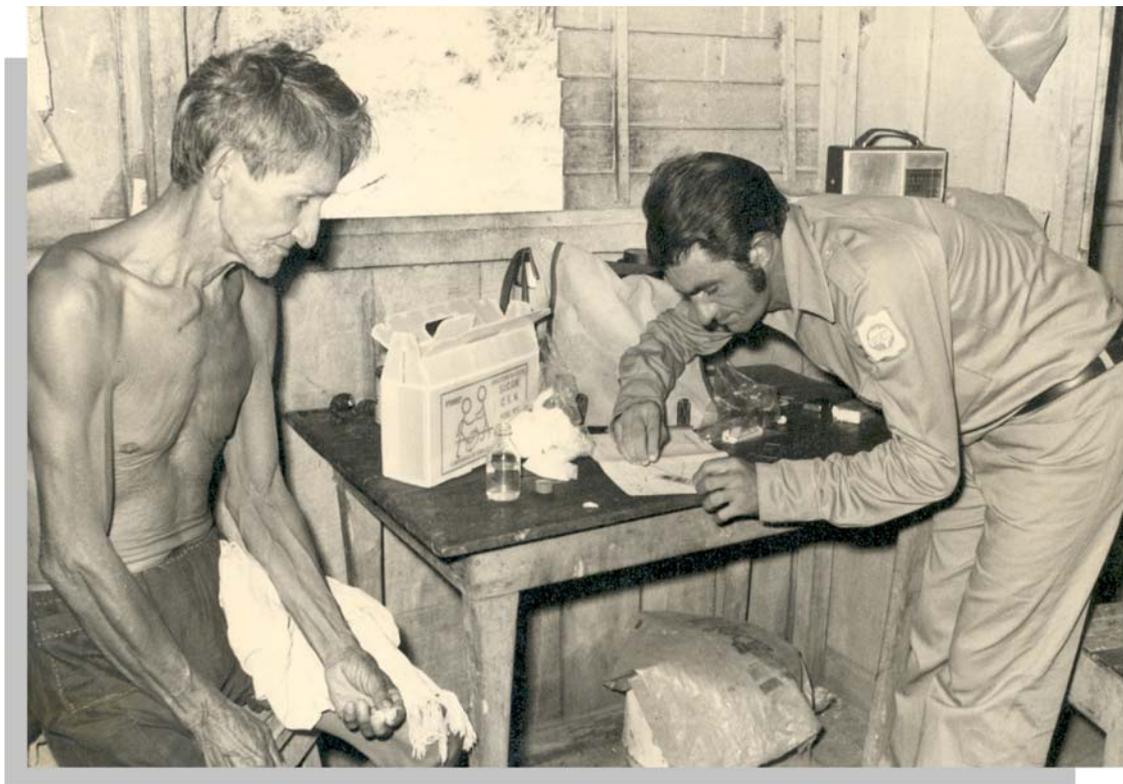
Malária

A malária no Brasil concentra-se na Amazônia Legal, com 99,7 % dos casos notificados. Deste total, estima-se que 60% tenham origem nos projetos de assentamentos. Nessa região, as condições ambientais e sócio-econômicas – urbanização acelerada sem infraestrutura de saúde, desmatamento, migrações, entre outros – propiciam a disseminação da doença, além de dificultar a atuação dos profissionais envolvidos no seu controle.

O governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde, lançou no mês de julho de 2000 o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal - PIACM, no qual foram priorizadas ações de controle da malária em 254 municípios da Amazônia Legal, mediante a realização de ações conjuntas pelos gestores federal, estaduais e municipais.

Como resultado do programa, em 2001 foram registrados 383 mil casos da doença – 252 mil casos a menos de que dois anos antes, com uma redução de 40%. Estima-se que com a implementação do PIACM foram evitados 800 mil novos casos de malária, no período 2000-2001. Nas áreas indígenas a redução alcançada foi de 63%.

Todos os estados reduziram a incidência de malária no período 2000/2001, com diminuição em 45,9% do número de casos novos de malária transmitida pelo *Plasmodium falciparum*, responsável pela forma mais grave da doença. No mesmo período houve decréscimo relevante, de 72,0%, no número de óbitos e de 36,8% no total de internações pela doença.



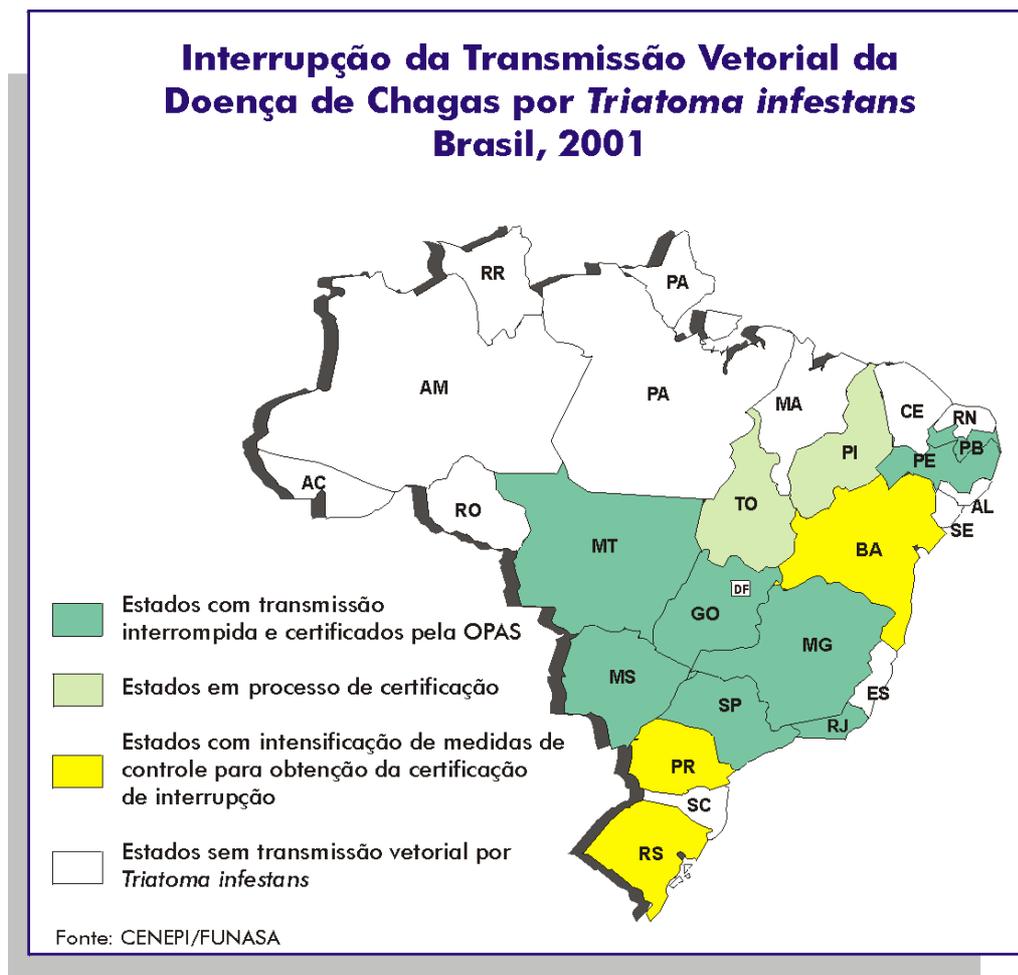
O aprimoramento do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária – PIACM em 2001, contribuiu para a tendência de redução da malária, com a implementação das seguintes ações: ampliação da rede de laboratórios; capacitação de profissionais da rede do SUS; inclusão das atividades de diagnóstico e tratamento da malária nas ações do PACS/PSF, com vistas ao diagnóstico e tratamento precoce, evitando os casos graves e óbitos.

Doença de Chagas

A doença de Chagas, doença endêmica de áreas rurais, teve sua incidência reduzida em anos recentes como resultado do programa de controle e prevenção, estando o país entrando em processo de interrupção da transmissão por vetores (triatomíneos). O impacto sobre a transmissão vetorial foi evidente, especialmente pelo *Triatoma infestans*, principal vetor da doença de Chagas no Brasil.

Indicadores entomológicos de uso corrente demonstram que o número de municípios com *T. infestans* caiu de 711, em 1983, para apenas 57 em 1999. No caso das outras espécies, sobretudo *Triatoma brasiliensis*, *Triatoma pseudomaculata* e *Triatoma sordida*, ainda que as respostas sejam mais lentas, tem sido possível manter níveis de infestação e de colonização intradomiciliar incompatíveis com a transmissão.

Nos dois últimos anos, a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, com base nos atuais indicadores epidemiológicos e na ausência de casos agudos, certificou a interrupção da transmissão vetorial por *T. infestans* em oito estados brasileiros: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo.



A doença de Chagas, que atingia milhões de brasileiros no passado, atualmente é encontrada em menos de 0,2 % de crianças e jovens pesquisados. Como os casos crônicos ainda manifestarão efeitos por muitos anos, o Ministério da Saúde garantirá atendimento médico para esses casos.

Descentralização das Ações e Serviços de Saúde e de Epidemiologia e Controle de Doenças

A partir de 1999, a gestão de epidemiologia e controle de doenças foi descentralizada para 27 unidades da federação. Como resultado desta ação, os gestores estaduais e municipais assumiram a execução das ações, tendo por base a Programação Pactuada e Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD). Para garantir a sustentabilidade financeira das ações descentralizadas foi instituído o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD, o que resultou na transferência de recursos federais em torno de R\$ 505 milhões de reais em 2001.

Até dezembro de 2001 todos os estados e o Distrito Federal, bem como 4.261 dos 5.561 municípios (76,6%) foram certificados, assumindo assim a gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

De maneira sucinta, pode-se afirmar que foram dadas todas as condições necessárias para que Estados e Municípios assumissem suas responsabilidades por meio da transferência de recursos de forma regular e sistemática - fundo a fundo, cessão de recursos humanos envolvidos nas ações de epidemiologia e controle de doenças, e no repasse das instalações e equipamentos utilizados nessas atividades.

Em decorrência deste processo, até 2001, cerca de 25.000 servidores da FUNASA que atuam na área de assistência à saúde e de epidemiologia e controle de doenças, foram cedidos aos estados e municípios, com base em critérios estabelecidos por uma Comissão de Descentralização instituída em cada unidade da federação, constituída por representantes da Coordenação Regional da FUNASA, Secretaria Estadual de Saúde e Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, sendo garantidos todos os direitos aos servidores, inclusive o pagamento das indenizações de campo, quando pertinente.

Em novembro de 2001, durante a realização da I Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas da Área de Prevenção e Controle de Doenças e Outros Agravos à Saúde – I EXPO-EPI, foi realizada uma oficina de trabalho com representantes de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e representação do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde para avaliação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, que inclui a prevenção e o controle das doenças transmitidas por vetores. Nesta oficina ficou evidente a satisfação dos atuais gestores estaduais e municipais com o processo.

Na planilha a seguir apresentam-se os recursos executados pela FUNASA, no exercício de 2001, no que concerne a ações de prevenção e controle de doenças endêmicas, controle de endemias focais e doenças imunopreveníveis.

Os recursos incluem ainda, o custeio do pagamento de indenizações de campo, bem como a aquisição de insumos. Cabe ressaltar que os recursos relativos a execução das ações de epidemiologia e controle de doenças, transferidos a estados e municípios, com o estabelecimento do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD, estão contemplados na presente planilha.

Prevenção e Controle de Doenças
Acompanhamento dos valores executados em 2001

R\$ 1,00

UF	Exercício 2001	
	Orçamento Executado	
Presidência*		17.531.262
Acre		6.029.069
Alagoas		12.250.224
Amapá		6.254.188
Amazonas		29.683.375
Bahia		55.311.453
Ceará		28.868.719
Distrito Federal		45.682.699
Espírito Santo		11.649.754
Goiás		21.786.572
Maranhão		30.894.682
Mato Grosso		15.697.167
Mato Grosso do Sul		12.519.603
Minas Gerais		66.354.503
Pará		40.152.661
Paraíba		14.643.158
Paraná		23.086.102
Pernambuco		27.725.453
Piauí		11.396.558
Rio de Janeiro		60.707.159
Rio Grande do Norte		12.205.161
Rio Grande do Sul		21.994.204
Rondônia		15.750.914
Roraima		9.506.368
Santa Catarina		11.843.585
São Paulo		78.615.108
Sergipe		7.540.453
Tocantins		8.773.245
Total		704.453.399

Fonte: CGOFI/DEADM/FUNASA

Obs.: Estão incluídos na planilha os recursos executados nos Programas: Prevenção e Controle de Doenças Endêmicas (Trabalho de Campo, Insumos e Controle); Controle de Endemias Focais (Cólera, Oncocercose, Peste, Tracoma, Filariose, Pólio, Sarampo, Difteria, Coqueluche, Dengue, Tétano, Febre Amarela, Chagas e outras); Ações de Controle de Doenças Endêmicas por Vetores e de Reservatórios e transferências efetuadas pelo FNS/MS, relativas ao TFECDD, Campanhas de Vacinação contra Poliomielite e Anti-rábica.

* O recursos apresentados na linha Presidência são relativos à despesas com supervisão, assessoramento, capacitação, realização de eventos e outros.

Sistema de Vigilância Ambiental em Saúde

A implantação do Sistema de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano foi efetivado em 15 estados, assim como a implantação do Sistema Informatizado – SISAGUA, com dados de aproximadamente, 1.500 sistemas de abastecimento de água cadastrados. Destaca-se ainda a publicação da Portaria MS/GM nº 1.469, de 29.12.00, a qual dispõe sobre padrões de potabilidade da água e define a competência da FUNASA para a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. No que diz respeito à capacitação, 100% dos estados tiveram recursos humanos capacitados em vigilância da qualidade da água e manutenção do SISAGUA.

No que diz respeito à execução da ação “*identificar e controlar áreas de risco à saúde resultantes de depósito de resíduos tóxicos*”, 13 unidades federadas encaminharam levantamentos parciais das áreas consideradas de risco, bem como foram elaboradas recomendações para o controle de áreas de risco à saúde, resultantes de resíduos perigosos para a região Norte.

Realizou-se o acompanhamento das ações de avaliação e correção nos municípios de Elesbão/AP, Mauá/SP e Cidade dos Meninos/RJ, assim como encontra-se em andamento a etapa de capacitação de técnicos de Secretarias Estaduais de Saúde.

Com vistas ao monitoramento de níveis de concentração, no ar, dos fatores de risco não biológico, que ocasionam danos à saúde, foram definidos padrões máximos para 100% dos fatores de risco não biológicos de maior relevância, assim como a implantação de um projeto piloto de monitoramento de fatores de risco não biológico em cinco estados (SP, RJ, ES, BA e PR). Encontrando-se em fase de aprovação a portaria de normas e procedimentos para a vigilância ambiental em saúde relativa aos riscos e efeitos na saúde decorrentes da contaminação do ar.

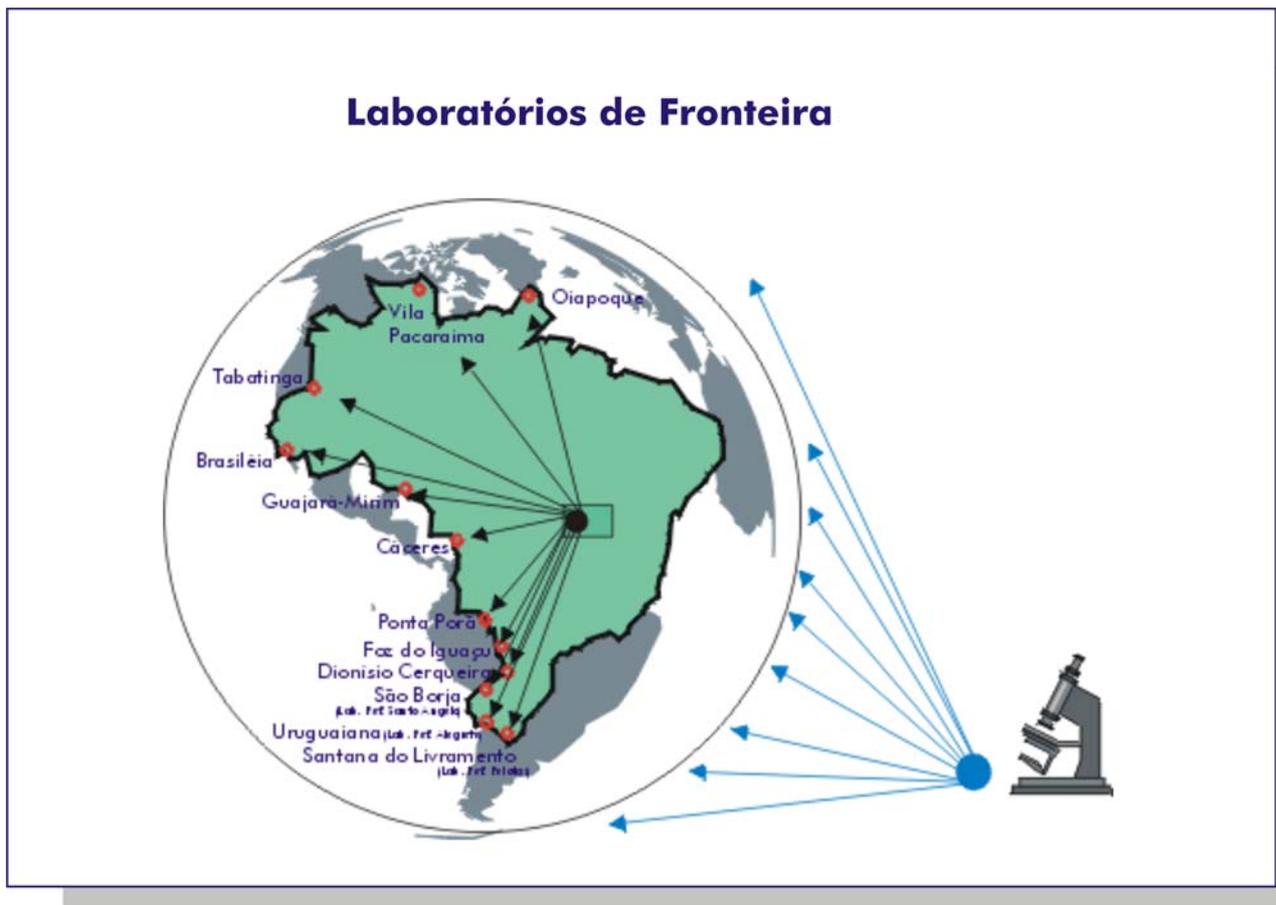
Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB, constituído por um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância sanitária e assistência médica, prevê a participação da FUNASA no Comitê Diretor Interinstitucional, como gestora da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Ambiental em Saúde.

No exercício de 2001, foram implantados cinco sub-redes de vigilância estruturada:

- Influenza;
- Rotavírus;
- Síndrome Hemolítico-Urêmica – SHU;
- Parasitas Oportunistas;
- Resistência Antimicrobiana.

Em 2001, foi estabelecida a implantação de 12 Laboratórios de Fronteira nas seguintes localidades: Oiapoque/AP, Pacaraima/RR, Tabatinga/AM, Brasília/AC, Guajará-Mirim/RO, Cáceres/MT, Ponta Porá/MS, Foz do Iguaçu/PR, Dionísio Cerqueira/SC, São Borja/RS, Uruguaiana/RS e Santana do Livramento/RS.



Nesta ação foram repassados os recursos para as construções/adequações nos laboratórios dos estados fronteiriços, sendo iniciadas as obras dos laboratórios de Brasília/AC e de Ponta Porã/MS. Os demais encontram-se em fase de licitação e em tramitação o processo para aquisição dos equipamentos laboratoriais.

A FUNASA tem como parceiros na concepção, formatação e execução do Sistema de Garantia de Qualidade, o *Center for Diseases Control – CDC* – de Atlanta, EUA e a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, através do Núcleo de Biossegurança - NuBIO e Instituto Nacional para o Controle de Qualidade em Saúde - INCQS.

Núcleo de Respostas Rápidas a Emergências Epidemiológicas – NUREP

Trata-se de um grupo multidisciplinar responsável pela articulação e consecução de ações emergenciais em epidemiologia e controle de doenças que exijam resposta imediata do nível federal, em especial nas seguintes situações:

- a) epidemias que ultrapassem os limites de uma unidade federada;
- b) epidemias de doenças emergentes;
- c) introdução no País de vetor e/ou agente infeccioso erradicado ou não existente previamente;
- d) epidemias de doenças integrantes do Regulamento Sanitário Internacional;

- e) enchentes, secas e outras calamidades e/ou desastres relevantes em saúde pública e quando demonstrada a insuficiência da ação do município e/ou estado;

Destaca-se que da ocorrência de 15 surtos notificados e investigados, oito foram considerados emergências epidemiológicas de relevância nacional, tendo havido resposta imediata aos seguintes:

- Dengue (DEN3 no Brasil) – Rio de Janeiro – 745 casos;
- Hantavirose – Santa Catarina – 5 casos;
- Pneumonia atípica – Amazonas – 94 casos;
- Febre Amarela Silvestre – Minas Gerais – 30 casos com 14 óbitos;
- Doença Hemorrágica a esclarecer (provável Riquetsiose) – São Paulo – 10 casos, com seis óbitos;
- Febre Hemorrágica do Dengue – Ceará – 54 casos;
- Síndrome Febril Ictero-Hemorrágica – Distrito Federal – 11 casos;
- Botulismo – Goiás – 5 casos.

Foram ainda respondidas 100% das demandas de suspeita de Antraz, num total de 40 investigações.

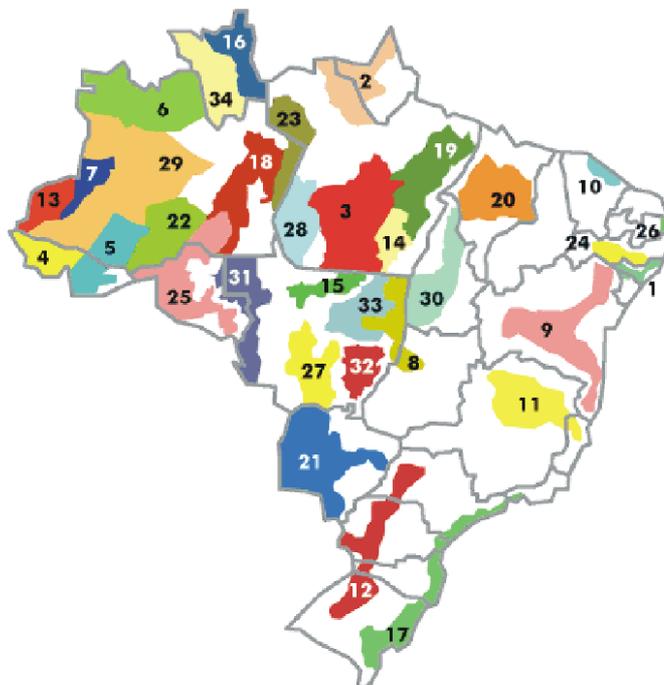
AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas, que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária, ocupando cerca de 12% do território nacional. Uma parcela desta população habita em áreas urbanas, normalmente na periferia.

Cadastradas até dezembro de 2001, 359.680 pessoas, essa população compreende cerca de 210 povos, com mais de 170 línguas identificadas. Cada um desses povos tem suas diferentes formas de organização social, política, econômica, relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Cerca de 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Os outros 40% da população indígena estão distribuídos em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do Brasil. Constituem, hoje, 0,2% da população brasileira, mas com presença significativa em alguns Estados brasileiros, como, por exemplo, 15% da população de Roraima, 4% no Amazonas e 3% de Mato Grosso do Sul.

Em 2001 o montante de recursos de custeio e investimentos destinados à saúde indígena atingiu a cifra de R\$ 191 milhões.

Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI



DENOMINAÇÕES

- 1- Alagoas e Sergipe - AL/SE
- 2- Amapá e Norte do Pará - AP / PA
- 3- Altamira - PA
- 4- Alto Rio Juruá - AC
- 5- Alto Rio Purus - AC / AM
- 6- Alto Rio Negro - AM
- 7- Alto Rio Solimões - AM
- 8- Araguaia - GO/MT
- 9- Bahia - BA
- 10- Ceará - CE
- 11- Minas Gerais e Espírito Santo
- 12- Interior Sul - SP / PR / SC / RS
- 13- Vale do Javari - AM
- 14- Kayapó - PA
- 15- Kayapó - MT
- 16- Leste de Roraima - RR
- 17- Litoral Sul - RJ / SP / PR / SC / RS
- 18- Manaus - AM
- 19- Guamá-Tocantins - PA
- 20- Maranhão - MA
- 21- Mato Grosso do Sul - MS
- 22- Médio Rio Purus - AM
- 23- Parintins - AM / PA
- 24- Pernambuco - PE
- 25- Porto Velho - RO / AM
- 26- Poíguara - PB
- 27- Cuiabá - MT
- 28- Rio Tapajós - PA
- 29- Médio Rio Solimões e Afluentes - AM
- 30- Tocantins - TO
- 31- Vilhena - RO / MT
- 32- Xavante - MT
- 33- Parque Indígena do Xingú - MT
- 34- Yanomami- RR / AM

Fonte: DESAI/FUNASA

Em 2001, as ações de saneamento básico, envolveram a construção de 614 sistemas de abastecimento de água, que beneficiaram 640 aldeias, correspondendo a 120 mil pessoas. Foram capacitados 560 agentes indígenas de saneamento - AISAN.

No período de 1999 a 2001, merecem destaque os seguintes resultados considerados relevantes para o funcionamento dos DSEI:

- estruturação da atenção básica em 100% das aldeias, o que corresponde a 3.187 aldeias;
- aquisição de 853 equipamentos de radiofonia, dando em média, 25 rádios por DSEI e 3 por Pólos-Base;
- capacitação de 834 conselheiros distritais;
- capacitação de 4.003 profissionais;
- contratação de 5.805 profissionais sendo: 151 médicos, 194 dentistas, 313 enfermeiros, 2.557 agentes indígenas de saúde, 1.048 auxiliares de enfermagem, 216 agentes indígenas de saneamento e 1326 outras categorias;
- conclusão da implantação do módulo de cadastro da família do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – SIASI, em todos os DSEI;
- construção/reforma de 104 Postos de Saúde, Pólos-Base e Casa do Índio;
- Implantação de 100% dos Conselhos Distritais e locais de Saúde Indígena, implementando o controle social no âmbito dos DSEI;
- Implementação da estruturação de atenção básica em 93% das aldeias até 2001, sendo esperado para 2002 a estruturação de 100%.



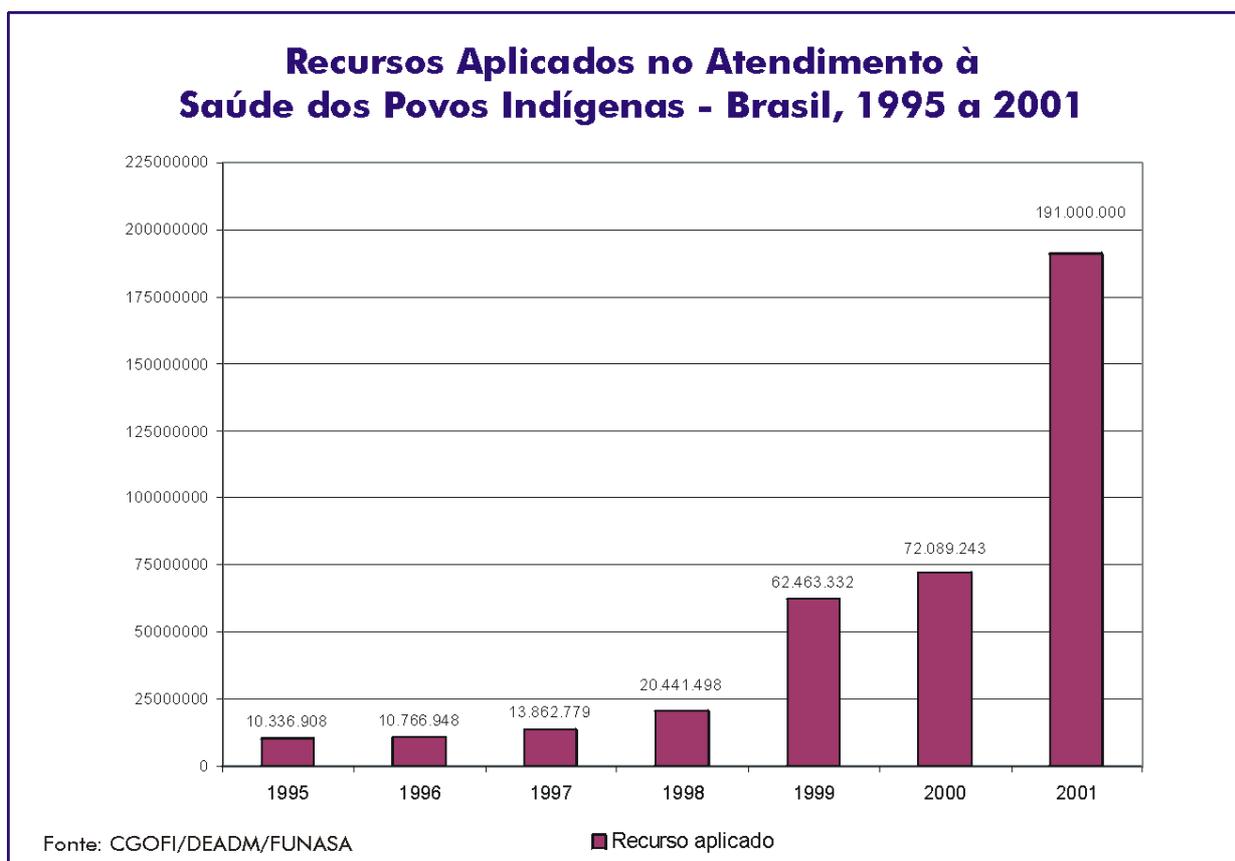
Foram realizados em 2001, 3.241.907 atendimentos básicos em saúde nas aldeias e pólos-base; 56.994 atendimentos de média e alta complexidade na Rede SUS e privada; 211.967 atendimentos nas Casas de Saúde do Índio; 69.705 exames laboratoriais e 12.622 internações na rede do SUS.

O modelo de saúde concebido para as populações indígenas preconiza a participação de seus usuários, por intermédio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde. Os Conselhos Locais são constituídos por representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Atualmente estão implantados e em funcionamento todos os Conselhos Locais e Distritais, garantido à população indígena, a participação no processo democrático, nas etapas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de atenção à saúde. No exercício 2001, foram publicadas 33 Portarias formalizando a criação de Conselhos Distritais .

Entre 14 e 18 de maio de 2001, foi realizada em Luziânia - GO, a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, tendo como tema principal: "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com controle social". Participaram 807 pessoas, dos quais 408 índios de 113 etnias. O relatório final foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, contendo 157 propostas e 29 moções.

O gráfico a seguir, demonstra a evolução de recursos aplicados nas ações de atendimento à saúde dos povos indígenas, incluídos aqueles oriundos de outros programas da FUNASA, como o Programa de Prevenção e Controle de Doenças e Saneamento Básico, bem como recursos do Ministério da Saúde, relativos ao incentivo hospitalar e formação de equipe multidisciplinar para o atendimento à saúde indígena.



Redução da mortalidade infantil em áreas indígenas

A mortalidade infantil em áreas indígenas foi reduzida em 22% até o início do mês de dezembro de 2001. Destacam-se algumas etapas consideradas relevantes nesta ação desenvolvidas em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI:

- implantação da Terapia de Reidratação Oral – TRO;
- identificação precoce de alterações de peso, estatura e de desenvolvimento neuro-motor em menores de 1 ano de idade;
- intensificação da vacinação de rotina em menores de 1 ano de idade;
- intensificação do diagnóstico e tratamento precoce das infecções respiratórias agudas em menores de 1 ano de idade.

Com o objetivo de reduzir a desnutrição infantil da população alvo, foi implantado o Programa de Suplementação Alimentar em 56% dos DSEI.

Estima-se que a taxa de mortalidade infantil no ano de 1998 era de 130/1.000 nascidos vivos. Em 2001, esta taxa caiu para 74 por 1.000 nascidos vivos.



Redução da ocorrência de malária em áreas indígenas

A FUNASA, em 2001, reduziu em 63% os casos de malária, passando de 23.162 casos em 2000 para 8.536 casos em 2001, sendo, para tanto, incrementado o diagnóstico precoce e o tratamento em 100% dos DSEI.

Redução da ocorrência de tuberculose em áreas indígenas

A FUNASA em 2001 reduziu em 49% o número de casos pulmonares positivos. Tal fato se deve à intensificação da busca ativa de casos, à identificação e ao exame de todos os sintomáticos respiratórios, bem como à realização do levantamento dos casos diagnosticados em 100% dos DSEI.

A taxa de incidência que em 2000 foi de 164,3 casos por 1000 pessoas, caiu para 84,3/1000, em 2001.

Intensificação do Programa de Eliminação da Oncocercose em Áreas Indígenas

Para o alcance desta ação, a FUNASA realizou 11.488 tratamentos de casos da oncocercose. Destaca-se a realização da vigilância e investigação de casos identificados em áreas contíguas, não endêmicas, realizadas por intermédio de inquéritos. O objetivo do programa é eliminar a doença obedecendo a estratégia de tratamento em massa da população em área endêmica durante 10 anos.



Implantação e manutenção de sistemas de abastecimento de água em aldeias indígenas

Para o alcance desta ação foram implantados 614 sistemas de abastecimento de água, atendendo assim 640 aldeias em 241 municípios e 24 DSEI, beneficiando uma população indígena de 120.000 pessoas.



Programa nacional de combate às carências nutricionais para a população indígena infantil

A implantação do Programa de Suplementação Alimentar foi realizada em 56% das aldeias, com atendimento específico às crianças desnutridas, compreendendo: suplementação alimentar, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estímulo ao aleitamento materno e controle de doenças imunopreveníveis.

Cobertura vacinal em áreas indígenas

A população indígena de menores de um anos de idade em 2001, totalizou 11.885 crianças, distribuídas pelos 34 DSEI e receberam vacinas de BCG, Poliomielite, DPT, Sarampo, Febre Amarela e Influenza, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunização – PNI.

A FUNASA vem trabalhando para homogeneizar a cobertura vacinal também em áreas indígenas, o que representa grande esforço, dado as características culturais e geográficas e principalmente, hábitos nômades de algumas etnias.

Mesmo assim, em 2001, atingiu-se mais de 95% de cobertura vacinal em alguns DSEI, como:

DPT (Tétano, Coqueluche e Difteria)
Alagoas/Sergipe
Araguaia
Bahia
Cuiabá
Minas Gerais/Espírito Santo
Porto Velho
Potyguara
Rio Tocantins
Vilhena
Xingú
Manaus

SABIN (Poliomielite)
Alagoas/Sergipe
Araguaia
Bahia
Cuiabá
Minas Gerais/Espírito Santo
Porto Velho
Potyguara
Rio Tocantins
Vilhena
Xingú

VAS (Sarampo)
Alagoas/Sergipe
Araguaia
Bahia
Cuiabá
Maranhão
Minas Gerais/Espírito Santo
Porto Velho
Potyguara
Rio Tocantins
Vilhena
Xingú

BCG (Tuberculose)	
Alto Rio Negro	Minas Gerais/Espírito Santo
Alto Purús	Médio Solimões e Afluentes
Alto Solimões	Porto Velho
Araguaia	Potyguara
Ceará	Rio Tocantins
Interior Sul	Vale do Jaguarí
Kaiapó Colideí	Vilhena
Litoral Sul	Xingu
Maranhão	

INFLUENZA (Gripe)
Alagoas/Sergipe
Manaus
Maranhão
Minas Gerais/Espírito Santo

VHB
(Hepatite)

Araguaia
Bahia
Cuiabá
Interior Sul
Porto Velho
Potyguara
Rio Tocantins
Xingu

FA
(Febre Amarela)

Araguaia
Manaus
Maranhão
Porto Velho
Potyguara
Rio Tocantins
Vilhena
Xingu

HIB
(Meningite)

Alagoas / Sergipe
Araguaia
Minas Gerais/Espírito Santo
Porto Velho
Potyguara
Xavante
Xingu



AÇÕES DE ENGENHARIA DE SAÚDE PÚBLICA

O Ministério da Saúde, por intermédio da FUNASA, tem direcionado apoio técnico e/ou financeiro ao desenvolvimento de ações de saneamento, a partir de critérios epidemiológicos e ambientais para prevenção e controle de doenças, prioritariamente, Chagas e melhorias sanitárias domiciliares. Na operacionalização destes programas, a FUNASA busca a intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e saneamento.

A atuação do setor saúde em saneamento tem ainda o caráter de fomentar políticas e ações, pesquisas, informações e apoio aos programas especiais do Governo Federal, como o Programa Comunidade Solidária – PCS, Programa Comunidade Ativa – PCA, Programa de Redução da Mortalidade Materno - Infantil – PRMI e Programa Nacional de Combate à Seca. Além disso, realiza ações de cooperação técnica e propõe modelos de gestão para estados e municípios na busca da organização, estruturação e manutenção dos serviços implantados.

No exercício de 2001 foram aplicados recursos da ordem de R\$ 1,4 bilhões em saneamento, sendo 40 % para água, 11 % para saneamento básico, 19 % para esgotamento sanitário, em torno de 26 % para ações domiciliares e os demais 4 % para melhorias habitacionais, resíduos sólidos, drenagem e saneamento em área indígena, conforme quadro I e gráfico I.

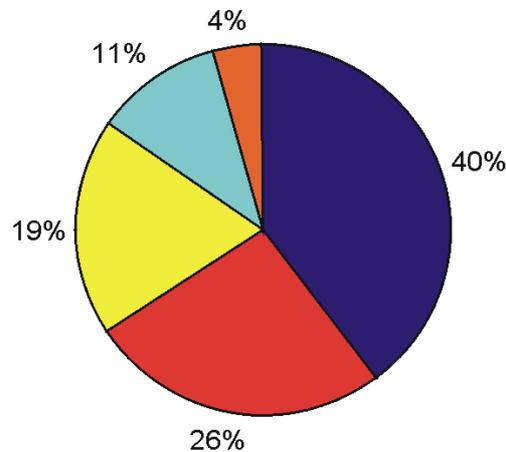
**Quadro I - Recursos Aplicados por Ações de Saneamento
FUNASA / MS - 2001**

R\$ 1,00

RECURSOS APLICADOS EM SANEAMENTO NO EXERCÍCIO DE 2001	
AÇÃO	2001
Abastecimento de Água	563.645.019
Melhorias Sanitárias Domiciliares	363.685.946
Esgotamento Sanitário	270.351.806
Saneamento Básico	157.673.144
Melhorias Habitacionais	30.936.410
Resíduos Sólidos	7.273.112
Drenagem	12.181.050
Saneamento em Áreas Indígenas	8.403.730
TOTAL	1.414.150.217

Fonte: CGOFI/DEADM/FUNASA

Gráfico I
Percentual de Recursos Aplicados em Saneamento por Ação
Brasil, 2001



■ Abastecimento de Água	■ Melhorias Sanitárias Domiciliares
■ Esgotamento Sanitário	■ Saneamento Básico
■ Outros	

Fonte: CGOFI/DEADM/FUNASA

A partir de 2001, procurou-se direcionar a aplicação dos recursos financeiros da FUNASA em municípios/localidades que apresentassem indicadores epidemiológicos relacionados a doenças de veiculação hídrica. Isto se deu por intermédio da Portaria nº176/00, que estabeleceu critérios epidemiológicos, sanitários e ambientais, garantindo maior transparência na aplicação dos recursos e impacto na redução de doenças. Durante o ano 2001 houve revisão e o aperfeiçoamento da referida portaria com vistas à adoção dos mesmos critérios epidemiológicos para repasse de recursos previstos por emendas parlamentares.

Assim, as ações da FUNASA na área de saneamento básico - sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares - passaram a ser direcionadas aos municípios que apresentem, pelo menos, um dos seguintes indicadores epidemiológicos, relacionados com a falta ou a inadequada condição de saneamento:

- a) mortalidade proporcional por diarreia em menores de um ano acima da média Brasil; ou
- b) transmissão autóctone de esquistossomose, cólera, tracoma ou febre tifóide.

Vale destacar, em 2001, a implantação do Projeto Alvorada, concebido pelo Governo Federal, para reduzir as desigualdades regionais e elevar a qualidade de vida das populações mais carentes do país. A estratégia desse projeto é implantar nas regiões de menor Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (índice da ONU), programas que possam contribuir diretamente para a geração de renda, acesso à educação e melhoria das condições de saúde da população.

No âmbito da FUNASA, os programas eleitos para o Projeto Alvorada, na área de saneamento, são os de abastecimento de água, melhorias sanitárias domiciliares e esgotamento sanitário. Os valores aprovados pelo Orçamento Geral da União para este fim, em 2001, somaram recursos da ordem de R\$ 1,4 bilhões aplicados em 20 estados brasileiros.

Ampliação da população atendida com água tratada

O atendimento da população com água tratada, em 2001, correspondeu a 767.000 famílias beneficiadas por intermédio de 601 convênios firmados com estados e municípios.

Abastecimento de Água Acompanhamento dos valores executados em 2001

R\$ 1,00

UF	Exercício 2001
	Orçamento Executado
Nacional*	2.401.804
Acre	13.562.412
Alagoas	35.658.215
Amapá	1.961.740
Amazonas	10.733.906
Bahia	105.577.307
Ceará	51.144.580
Espírito Santo	1.263.816
Goiás	2.800.936
Maranhão	50.193.105
Mato Grosso	3.258.546
Mato Grosso do Sul	1.945.638
Minas Gerais	16.624.136
Pará	88.044.772
Paraíba	22.820.727
Paraná	1.920.349
Pernambuco	80.676.230
Piauí	22.987.615
Rio de Janeiro	1.196.214
Rio Grande do Norte	6.905.678
Rio Grande do Sul	1.666.307
Rondônia	17.103.023
Roraima	4.019.404
Santa Catarina	2.530.838
São Paulo	1.133.199
Sergipe	8.012.118
Tocantins	7.502.324
Total	563.645.019

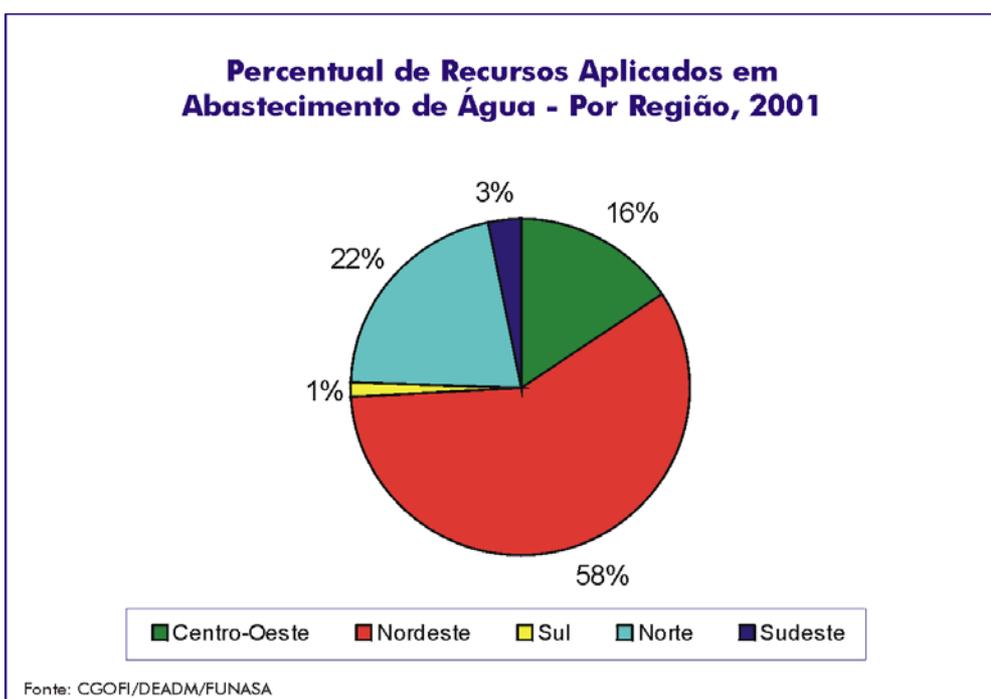
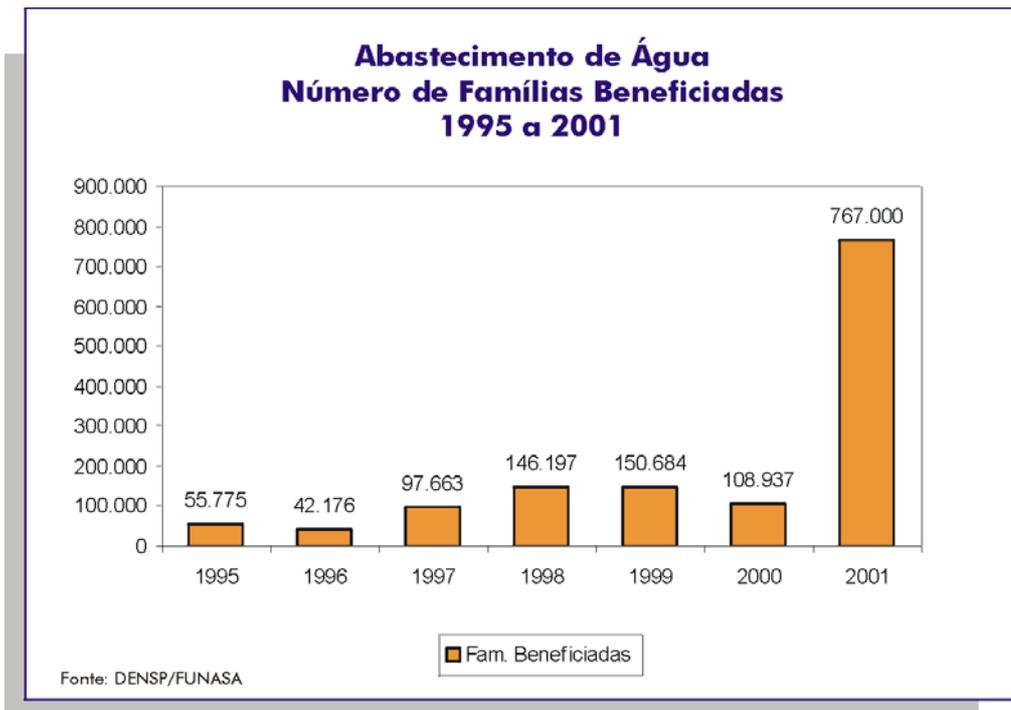
Fonte: SIAFI

* Os recursos apresentados na linha Nacional são relativos a despesas com supervisão, acompanhamento de obras, capacitação de RH em saneamento e outros.

No gráfico a seguir, apresenta-se o número de famílias beneficiadas no período de 1995 a 2001.

Ao longo do período, fica evidente o aumento da cobertura das ações de abastecimento de água, principalmente pelo estabelecimento de critérios epidemiológicos para o atendimento de municípios/localidades que apresentassem indicadores relacionados a doenças de veiculação hídrica.

A partir de 2001 o crescimento deve-se a incorporação de recursos do Projeto Alvorada.



Ampliação da população atendida com instalações sanitárias domiciliares adequadas

Em 2001, para o atendimento de melhorias sanitárias domiciliares nos municípios com situação epidemiológica indicativa de necessidade desta ação e/ou nos municípios com baixo IDH, definidos pelo Projeto Alvorada, foram assinados 972 convênios com estados e municípios, sendo beneficiadas 322.000 famílias.

Melhorias Sanitárias Domiciliares Acompanhamento dos valores executados em 2001

R\$ 1,00

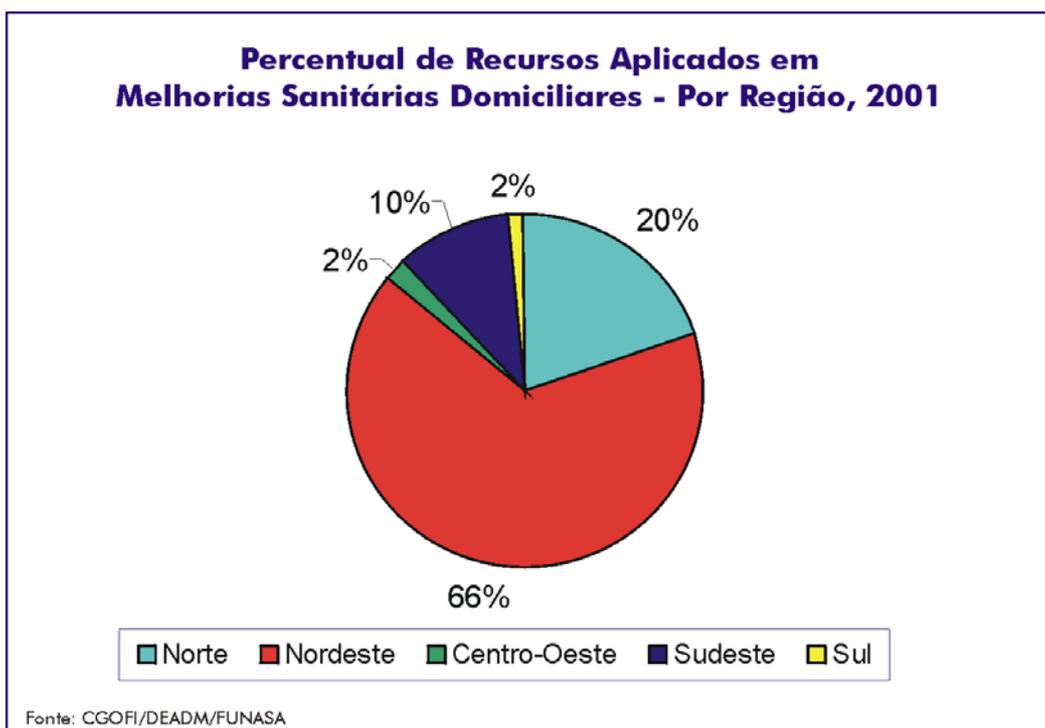
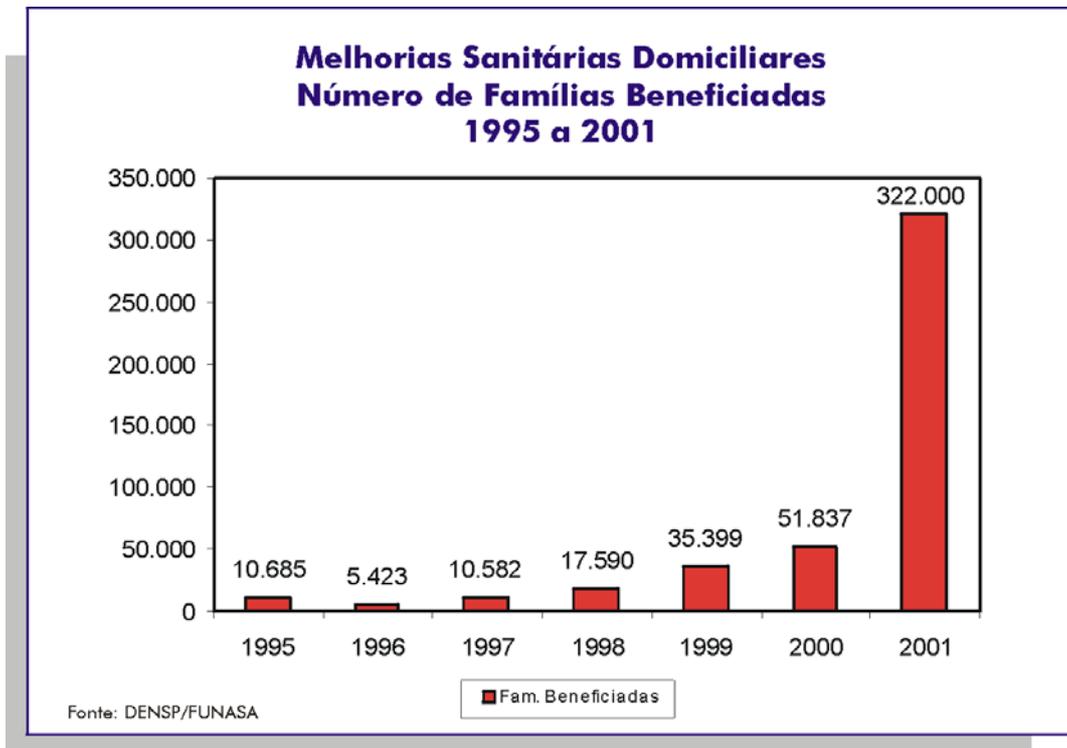
UF	Exercício 2001
	Orçamento Executado
Nacional*	744.535
Acre	5.623.609
Alagoas	15.583.184
Amapá	776.331
Amazonas	8.027.301
Bahia	63.717.020
Ceará	40.403.263
Espírito Santo	1.100.284
Goiás	2.662.958
Maranhão	40.084.096
Mato Grosso	3.296.038
Mato Grosso do Sul	1.575.839
Minas Gerais	34.189.623
Pará	31.446.182
Paraíba	13.351.757
Paraná	2.485.570
Pernambuco	17.422.853
Piauí	19.888.565
Rio de Janeiro	1.389.641
Rio Grande do Norte	17.290.355
Rio Grande do Sul	2.005.276
Rondônia	4.965.263
Roraima	2.798.726
Santa Catarina	1.036.708
São Paulo	1.207.915
Sergipe	11.753.957
Tocantins	18.859.097
Total	363.685.946

Fonte: SIAFI

* Os recursos apresentados na linha Nacional são relativos a despesas com supervisão, acompanhamento de obras, capacitação de RH em saneamento e outros.

O número de famílias beneficiadas com ações de Melhorias Sanitárias Domiciliares – MSD teve, a partir de 2001, um incremento bastante significativo, em função da implantação do Projeto Alvorada, que objetiva a redução das desigualdades sócio-econômicas do país.

As ações de MSD consistem em construção de banheiros, lavanderias comunitárias, pias de cozinha, tanques e demais instalações domiciliares que contribuam com a redução de doenças e outros agravos.



Ampliação da população atendida com coleta e tratamento de esgoto

Em 2001, foram assinados 167 convênios com estados e municípios, beneficiando 248.000 famílias, em localidades com situação epidemiológica indicativa da necessidade dessa ação e/ou nos municípios com baixo IDH, definidos pelo Projeto Alvorada.

Esgotamento Sanitário

Acompanhamento dos valores executados em 2001

R\$ 1,00

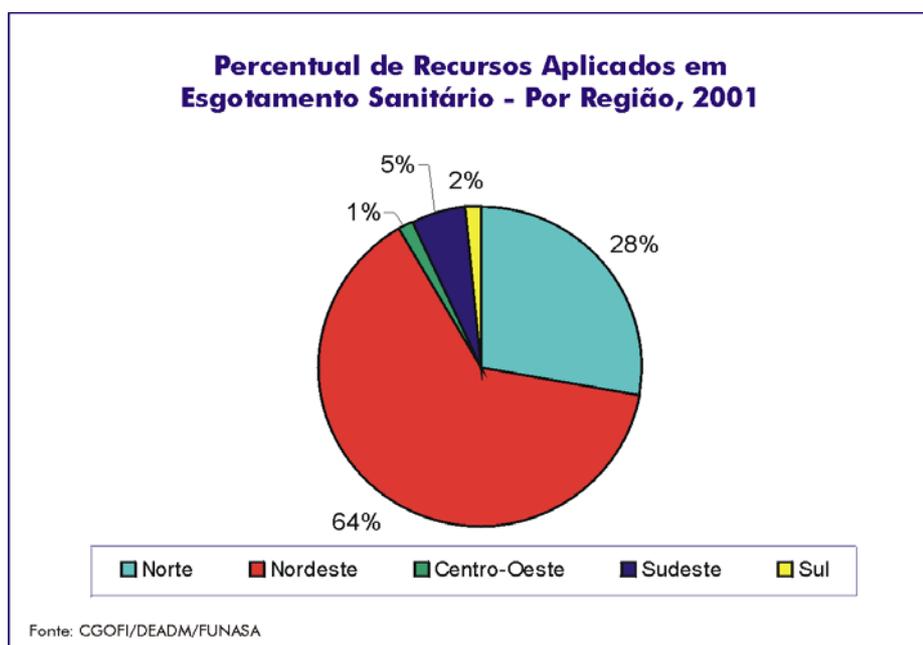
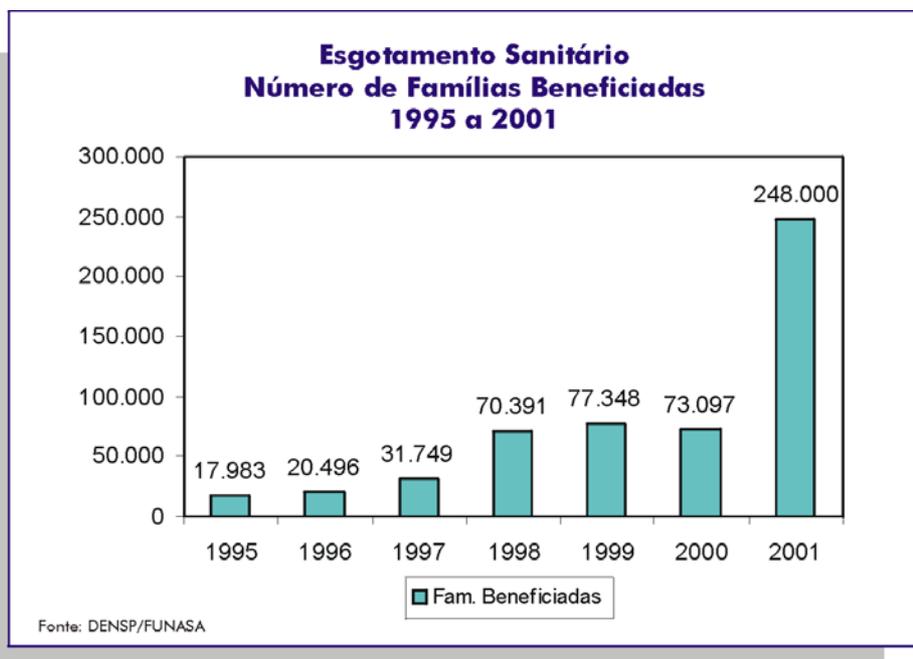
UF	Exercício 2001
	Orçamento Executado
Acre	1.490.900
Alagoas	25.211.200
Amazonas	6.182.667
Bahia	700.000
Ceará	69.948.167
Espírito Santo	4.566.595
Goiás	2.361.732
Maranhão	1.700.000
Mato Grosso	100.000
Mato Grosso do Sul	1.137.171
Minas Gerais	7.708.252
Pará	38.693.063
Paraíba	11.016.658
Paraná	1.460.000
Pernambuco	52.851.784
Piauí	480.000
Rio de Janeiro	970.000
Rio Grande do Norte	9.893.099
Rio Grande do Sul	1.520.900
Rondônia	3.366.300
Roraima	4.074.324
Santa Catarina	1.556.759
São Paulo	829.114
Tocantins	22.533.121
Total	270.351.806

Fonte: SIAFI

Assim como as ações de abastecimento de água e MSD, o atendimento da população com coleta e tratamento de esgoto teve uma ampliação em 2001, face o Projeto Alvorada.

O fato dos recursos aplicados em esgotamento sanitário serem inferiores aos investidos em abastecimento de água, deve-se a situação sanitária e ambiental das regiões em que a FUNASA atua, tendo em vista tratarem-se em sua maioria de municípios/localidades que apresentam indicadores epidemiológicos relacionados a doenças de veiculação hídrica, seja por má qualidade ou escassez de água.

Espera-se que o presente quadro inverta-se, pois a medida que a cobertura da população atendida com água tratada aumenta, mais investimentos serão necessários com a coleta e tratamento de esgoto.



Resíduos Sólidos

Em 2001, foram transferidos recursos a municípios por meio de convênios, em um montante de R\$ 7,2 milhões, beneficiando 64.264 famílias.

Resíduos Sólidos Acompanhamento dos valores executados em 2001

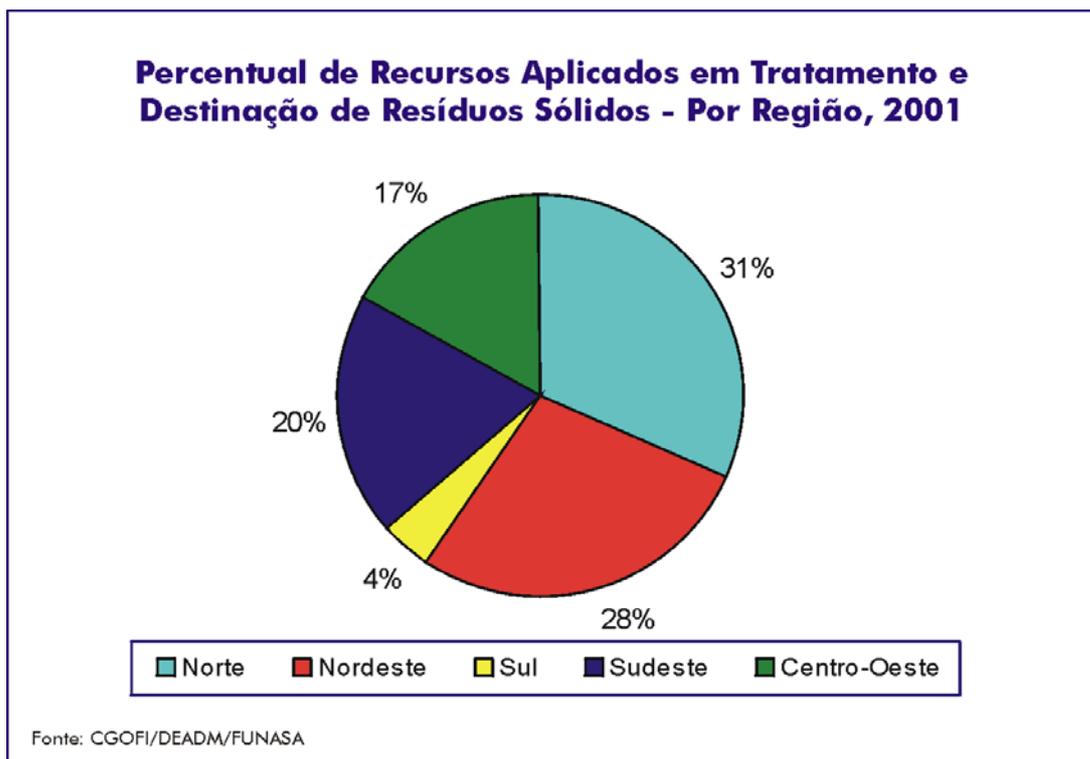
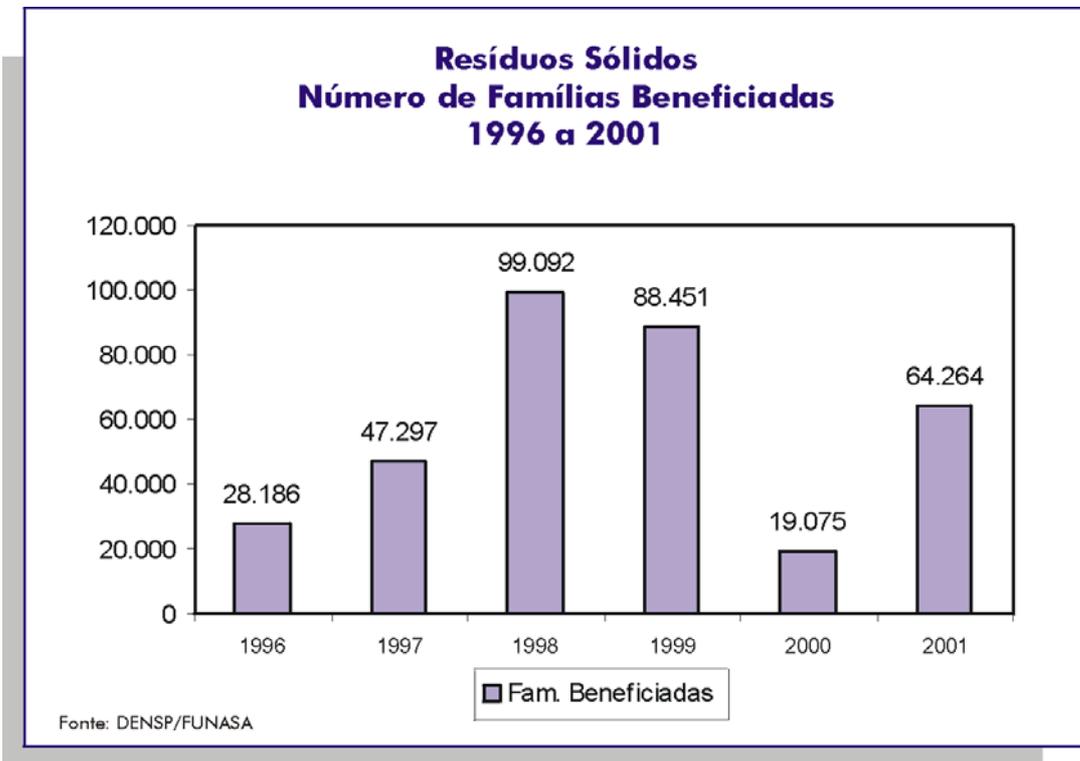
R\$ 1,00

UF	Exercício 2001
	Orçamento Executado
Nacional*	564.020
Acre	336
Alagoas	77.989
Amapá	105.600
Amazonas	5.686
Bahia	8.118
Ceará	1.235.048
Espírito Santo	275.000
Goiás	537.265
Mato Grosso do Sul	139.483
Minas Gerais	749.370
Paraíba	213.600
Paraná	220.519
Pernambuco	2.376
Piauí	400.000
Rio de Janeiro	262.576
Rio Grande do Norte	76.929
Rio Grande do Sul	493
Rondônia	4.315
Roraima	110.000
Santa Catarina	80.840
São Paulo	132.000
Sergipe	1.440
Tocantins	2.070.109
Total	7.273.112

Fonte: SIAFI

* Os recursos apresentados na linha Nacional são relativos a despesas com supervisão, acompanhamento de obras, capacitação de RH em saneamento e outros.

No ano de 2001, 64.264 famílias foram beneficiadas com ações de implantação, ampliação ou melhoria de sistemas de tratamento e destinação de resíduos sólidos, face a implementação do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* – PEAA, já que a aplicação dos recursos deste programa, destina-se a municípios com infestação do *Aedes aegypti*, cujos principais criadouros estão relacionados ao acondicionamento e destinação inadequada dos resíduos sólidos.



Saneamento Básico

Os recursos aplicados em 2001, no Programa de Saneamento Básico em Pequenas Localidades, beneficiaram 174.915 famílias, perfazendo um montante de R\$ 157 milhões de reais.

Saneamento Básico Acompanhamento dos valores executados em 2001

R\$ 1,00

UF	Exercício 2001 Orçamento Executado
Nacional*	249.998
Acre	5.736.568
Alagoas	490.000
Amapá	3.235.369
Amazonas	10.940.000
Bahia	6.533.667
Ceará	14.321.943
Espírito Santo	30.069.926
Goiás	1.690.987
Maranhão	6.921.344
Mato Grosso	15.268.566
Mato Grosso do Sul	300.000
Minas Gerais	23.839.140
Para	1.442.484
Paraíba	3.595.000
Paraná	2.036.579
Pernambuco	3.566.562
Piauí	599.830
Rio de Janeiro	3.053.995
Rio Grande do Norte	132.000
Rio Grande do Sul	4.615.586
Rondônia	6.548.749
Roraima	6.692.000
Santa Catarina	796.000
São Paulo	2.830.715
Sergipe	1.826.136
Tocantins	340.000
Total	157.673.144

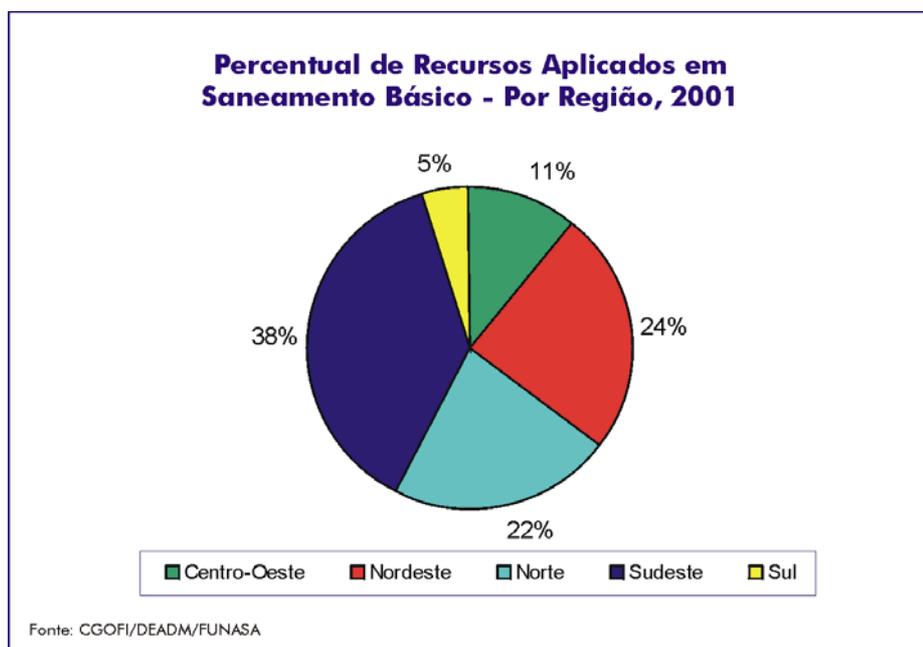
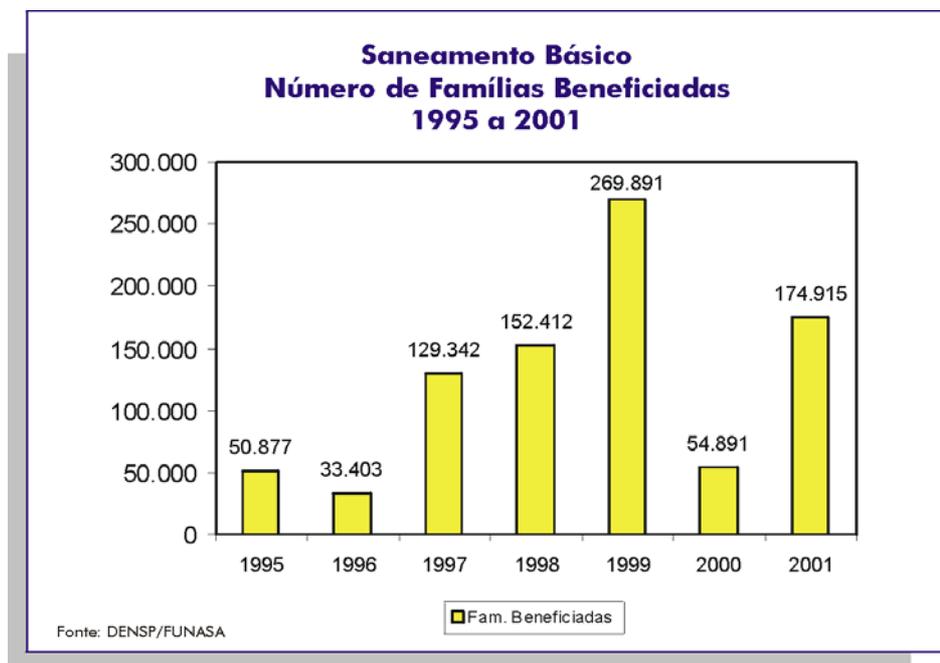
Fonte: SIAFI

Obs.: Estão inclusos nesta planilha os recursos executados nos Programas: Saneamento Básico em Pequenas Localidades.

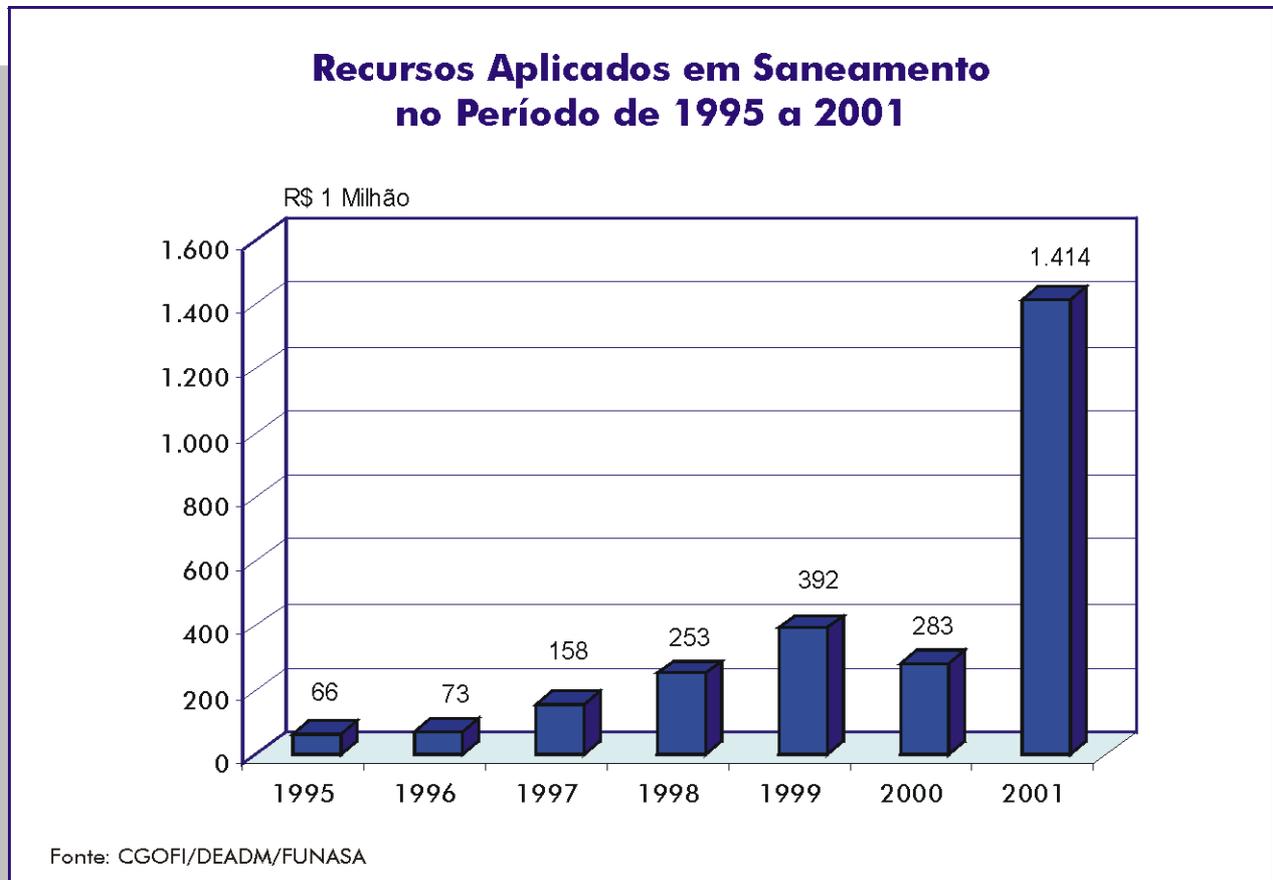
* Os recursos apresentados na linha Nacional são relativos a despesas com supervisão, acompanhamento de obras, capacitação de RH em saneamento e outros.

○ Programa de Saneamento Básico contempla as diversas ações de saneamento financiadas pela FUNASA, porém destina-se prioritariamente, a localidades com população de até 30.000 habitantes.

Este programa, por contemplar ações de abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares foi, ao longo do período, o que mais apresentou pleitos de parlamentares e, por conseguinte, emendas ao orçamento. A partir de 2002, com a implementação da Portaria /FUNASA n.º 01, de 02.01.02, que estabelece critérios epidemiológicos, sanitários e ambientais para a aplicação de recursos financeiros da FUNASA, também para repasses previstos por emendas parlamentares, espera-se garantir maior transparência na aplicação de recursos e principalmente, impacto na redução de doenças e outros agravos, a revisão e aperfeiçoamento da referida portaria se deu ao longo do exercício 2001.



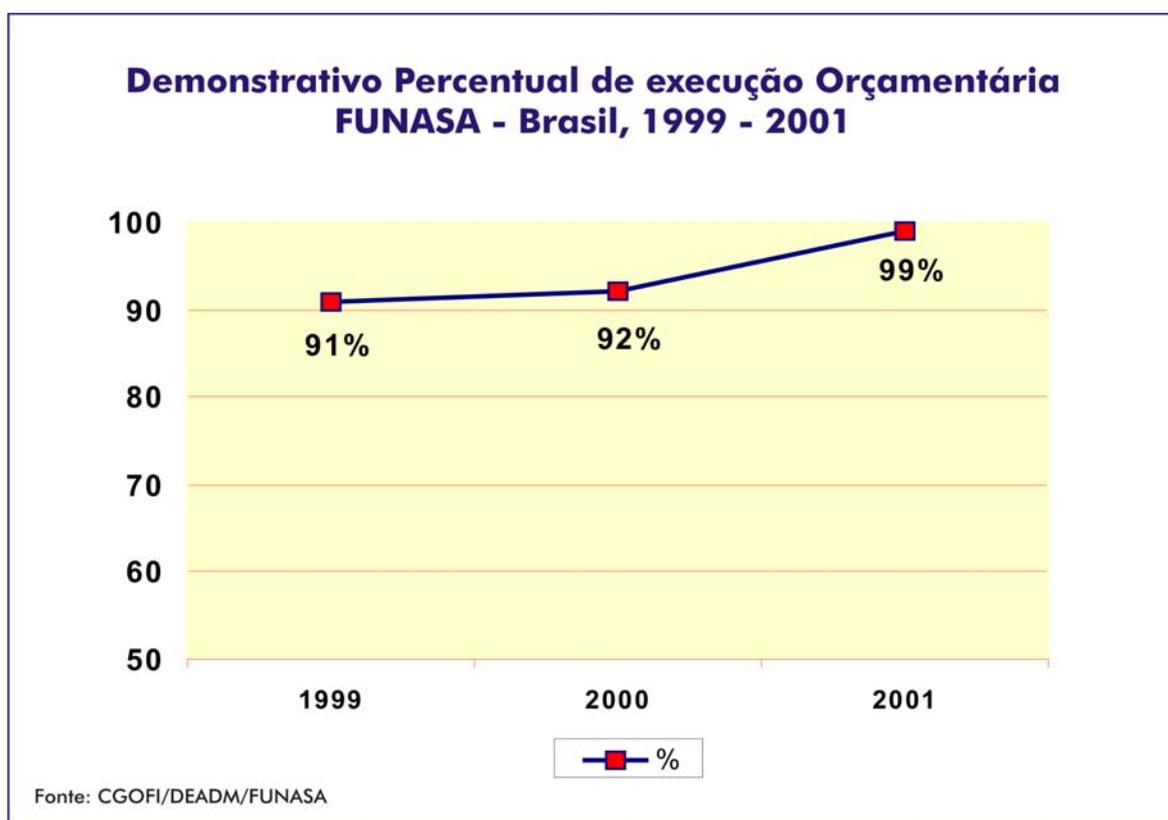
A aplicação de recursos em saneamento, no período de 1995 a 2001, evidencia a vontade política e a importância das ações de saneamento para a melhoria da qualidade de vida das populações beneficiadas. O gráfico demonstra a evolução dos recursos alocados no período 1995 à 2001.



EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A Execução Orçamentária da Fundação Nacional de Saúde, no exercício de 2001, em termos absolutos, representou o maior volume de recursos aplicados pela Instituição nos últimos três anos, correspondendo a um incremento de recursos da ordem R\$ 1,3 bilhão, o que significou acréscimo em torno de 100%, quando comparada ao ano anterior. Este fato foi devido, principalmente, ao aporte de recursos provenientes do Projeto Alvorada, no que diz respeito a ações de saneamento básico que envolveram abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares, com o fim de atender prioritariamente os municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano – IDH.

O demonstrativo percentual orçamentário-financeiro ratifica um resultado melhor que o do ano 2000, tendo a FUNASA executado 99% do total de créditos recebidos, superando em 7% o empenho liquidado naquele ano, conforme pode-se observar no gráfico a seguir.



A situação de 2001 da programação orçamentário-financeira da FUNASA, demonstrou que os melhores resultados relacionados à capacidade da aplicação dos recursos disponibilizados corresponderam, por departamento:

CENEPI:

- Fomento à produção nacional em imunobiológicos – 100,0%;
- Vacinação do idoso – 100,0%;
- Vacinação de crianças de 0 a 5 anos – 100,0%;
- Controle de zoonoses – 100,0%;

- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – 99,6%;
- Controle de endemias focais – 98,7%;
- Operacionalização da rede nacional de laboratórios de saúde pública – 98,5%;
- Diagnóstico e tratamento de casos de malária – 94,8%;
- Sistema Nacional de Vigilância Ambiental – 92,7%;
- Pesquisas biomédicas no CNP – 95,0%;
- Pesquisas no campo da medicina tropical do IEC – 95,4%;
- Pesquisas em tuberculose e outras pneumopatias do CRPHF – 85,9%.

DESAI:

- Atenção à saúde nos DSEI – 99,8%;
- Implantação, modernização e adequação de unidades de saúde – 95,2%.

DENSP:

- Saneamento básico em comunidades indígenas – 100%;
- Melhoria habitacional para o controle da doença de Chagas – 100%;
- Drenagem e manejo ambiental em áreas endêmicas de malária – 100%;
- Sistemas de abastecimento de água – 100%;
- Melhorias sanitárias domiciliares – 100%;
- Sistemas de coleta e tratamento de esgoto – 100%.

DEADM:

- Aquisição, Acondicionamento e distribuição de imunobiológicos – 100,0%;
- Assistência médica – servidores – 100,0%;
- Auxílio-alimentação – 98,0%;
- Auxílio-transporte – 99,6%;
- Capacitação de servidores – 98,1%;
- Manutenção de serviços administrativos – 99,0%;
- Manutenção de serviços de transporte – 98,0%;
- Manutenção e conservação de bens imóveis – 97,6%.

DEPIN:

- Ações de informática – 100%.

ASCOM:

- Promoção de Educação em Saúde por meio da Mobilização Comunitária – 95,7%.

PROJU:

- Cumprimento de Sentença Judicial – 100,0%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fundação Nacional de Saúde, durante o exercício de 2001, com o intuito de promover um maior desempenho institucional, investiu na proposta de gestão orientada para resultados, fortalecendo seus colegiados de planejamento, COPLAN, no nível central e COREPLAN, nas CORE, Instituto e Centros de Pesquisa, consolidando desta forma, a cultura gerencial participativa e co-responsável, na busca do cumprimento das diretrizes institucionais.

O COPLAN, até dezembro de 2001, cumpriu o cronograma anual de reuniões, sendo 12 realizadas pela Base Deliberativa e 8 pela Base Operacional, para acompanhar a execução das ações propostas e solucionar possíveis dificuldades. A elaboração e execução do PAT/2001, tanto no nível central, quanto nas suas unidades descentralizadas, vem tornando possível o enfrentamento das dificuldades e a identificação de soluções exeqüíveis, direcionadas ao alcance da missão e objetivos estratégicos da Instituição.

A gestão de epidemiologia e controle de doenças foi descentralizada para as 27 unidades da federação e até dezembro de 2001, para 4.261 dos 5.561 municípios brasileiros, representando 76,6 % desse universo, passando esses gestores estaduais e municipais a assumirem a execução das ações definidas para cada nível de gestão, bem como a operacionalização da sistemática de financiamento, por meio do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD, expressa em Programação Pactuada e Integrada, específica para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD.

O Programa Nacional de Imunizações – PNI, vem obtendo resultados relevantes no controle das doenças imunopreveníveis, destacando-se a incidência zero de casos autóctones de sarampo, o que tem mantido a erradicação desta doença no país e as altas coberturas vacinais contra a Hepatite B, com a consolidação da rotina de aplicação da 1ª dose da vacina ainda nas maternidades.

Foram também alcançados os índices previstos pela Organização Mundial da Saúde, relacionados à taxa de notificação das paralisias flácidas agudas de 1/100 mil entre menores de 15 anos e à redução do número de casos de tétano neonatal de menos de 1/1000 nascidos vivos.

O desempenho deste Programa foi fortemente influenciado pela agilidade na aquisição de imunobiológicos, com o acondicionamento adequado, o que permitiu a distribuição de vacina de boa qualidade para o atendimento de todas as estratégias propostas, viabilizando o alcance de altas coberturas vacinais na população alvo.

Outro fato que identifica o reconhecimento institucional nesta área, refere-se à recente pesquisa de opinião realizada sob a responsabilidade da área de Comunicação Social do Ministério da Saúde, que identificou um alto grau de satisfação com o trabalho executado pelo PNI junto às instituições parceiras e a população beneficiada.

Destaca-se também o trabalho realizado pela FUNASA sobre Comunicação e Educação em Saúde, na coordenação do processo de seleção, criação e produção de material a ser divulgado em encontros que envolvem a participação da Fundação, correspondendo, no

exercício de 2001, a 131 eventos técnicos organizados pelo Cerimonial da Presidência, 19 novas publicações, 12 exposições externas, sete exposições internas e itinerantes e outros oito eventos internos, direcionados aos servidores.

A página eletrônica da FUNASA disputou com outras instituições públicas e foi escolhida como a melhor do mês de fevereiro de 2001, na categoria governo, recebendo o prêmio TOP CADÊ, *site* este mais antigo e com o maior número de consultas na Internet.

A realização ou o apoio em eventos diferenciados no setor saúde tem evidenciado o esforço organizacional na busca de atualização e divulgação para a sociedade, dos produtos e resultados alcançados pela Instituição, como demonstra a sua participação em eventos, destacando-se:

- Mostra Nacional de Experiências bem Sucedidas da Área de Prevenção e Controle de Doenças e outros Agravos – 1º EXPO-EPI;
- III Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- XXXVII Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical;
- IV Reunião para o Desenvolvimento Institucional dos Órgãos Gestores de Saúde Ambiental dos Ministérios de Saúde das Américas;
- 21º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental;
- II Congresso Brasileiro de Biossegurança;
- Ação Global Nacional 2001.

Outro grande compromisso da FUNASA se deve aos resultados da incorporação de ações estratégicas do Projeto Alvorada ao Programa de Saneamento Básico, em 2001, estimando-se que cerca de 1,5 milhão de famílias venham a ser beneficiadas com implantação de Sistemas de Abastecimento de Água, Esgotamento Sanitário e Melhorias Sanitárias Domiciliares até o final de 2004. Ainda neste ano, foi realizada a revisão e o aperfeiçoamento da Portaria FUNASA nº 176/00, substituída pela Portaria/FUNASA nº 01/02, de 02.01.02, publicada no D.O.U em 04.01.02, onde fica estabelecido, para as Emendas Parlamentares, a adoção dos mesmos critérios epidemiológicos, sanitários e ambientais, sociais e econômicos, garantindo maior transparência na aplicação dos recursos e de impactos na redução de doenças relacionadas à falta ou à inadequação das ações de saneamento.

Os sistemas gerenciais de informação em versões informatizadas, desenvolvidos ou aperfeiçoados continuamente, têm permitido à Instituição maior fidedignidade, monitoramento e agilidade na tomada de decisão e a pronta intervenção em situações de emergência epidemiológica de relevância nacional.

A adesão ao Programa de Qualidade do Serviço Público – PQSP, foi outro importante passo tomado pela Fundação, visando o processo de modernização institucional. Ressalta-se o envolvimento das Coordenações Regionais, com 16 destas Unidades aderindo ao Programa (AM, BA, CE, ES, GO, MS, MT, PB, PE, PR, RJ, RN, RO, RR e SC), o que representa o empenho institucional na melhoria da gestão e da oferta de serviços e produtos disponibilizados à sociedade.

A consolidação de um documento denominado Opínario de Avaliação, teve como objetivo analisar os aspectos relacionados com a elaboração, execução e acompanhamento do PAT/2001, cumprindo o estabelecido no Plano de Melhoria da Gestão - PMG, previsto no PQSP, destinado aos membros da Base Operacional do COPLAN e

assessores de áreas estratégicas da Instituição, sendo encaminhado às 22 Coordenações Gerais que compõem a Presidência e duas Assessorias Técnicas do CENEPI, e respondido por representantes de 13 áreas, correspondendo a 54,0%. Sob a forma de questionário com perguntas objetivas, seguidas de comentários que coubessem a cada uma das 18 questões elaboradas, o Opínario promoveu a oportunidade de serem descritos pontos positivos, negativos, facilidades, dificuldades e sugestões de melhoria do desempenho do processo de planejamento da FUNASA.

O redirecionamento dado à política de atenção à saúde indígena, tem sido reconhecido, inclusive, internacionalmente por organizações como a OPAS, UNICEF e a ONG Médicos sem Fronteiras, estes últimos declarando que ***“as atividades da FUNASA têm demonstrado mudança fundamental na política de saúde indígena, substituindo as políticas assistencialistas por soluções participativas e sustentáveis”***. Com esse mesmo propósito a OPAS manifestou-se afirmando que ***“a FUNASA conseguiu vencer obstáculos como o clima, o difícil acesso às aldeias e a diversidade étnica da população indígena para implantar 34 DSEI, respeitando as peculiaridades de cada grupo”***.

Para a elaboração de novas ações, imprescindíveis ao bom desempenho institucional, e dar continuidade àquelas que necessitam serem implementadas no próximo exercício, entende-se este processo de adequação e de renovação, como um trabalho que conta com esforço conjunto e construtivo das representações, tanto internas, quanto dos atores que fazem interface com o setor saúde, na busca da melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, bem como no cumprimento das diretrizes político-institucionais de entendimento da FUNASA como agência de promoção e proteção à saúde da população brasileira.