

Relatório de Gestão 2002



Relatório de Gestão 2002

© 2003. 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 2002 / elaborado por Coordenação de Gestão de Políticas Estratégicas – COGEP/CGPLA/DEPIN. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

36 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 2002, no que diz respeito às ações desenvolvidas pela Instituição, visando o alcance dos seus Objetivos Estratégicos e, por conseguinte, de sua Missão.

Neste documento, assim sendo, estão destacadas as principais ações realizadas, 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 Pública	5
Principais ações da Fundação Nacional de Saúde	7
Introdução.....	10
Ações de Prevenção e Controle de Doenças	12
Ações de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.....	26
Ações de Engenharia de Saúde Pública	32
Considerações Finais	35

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).

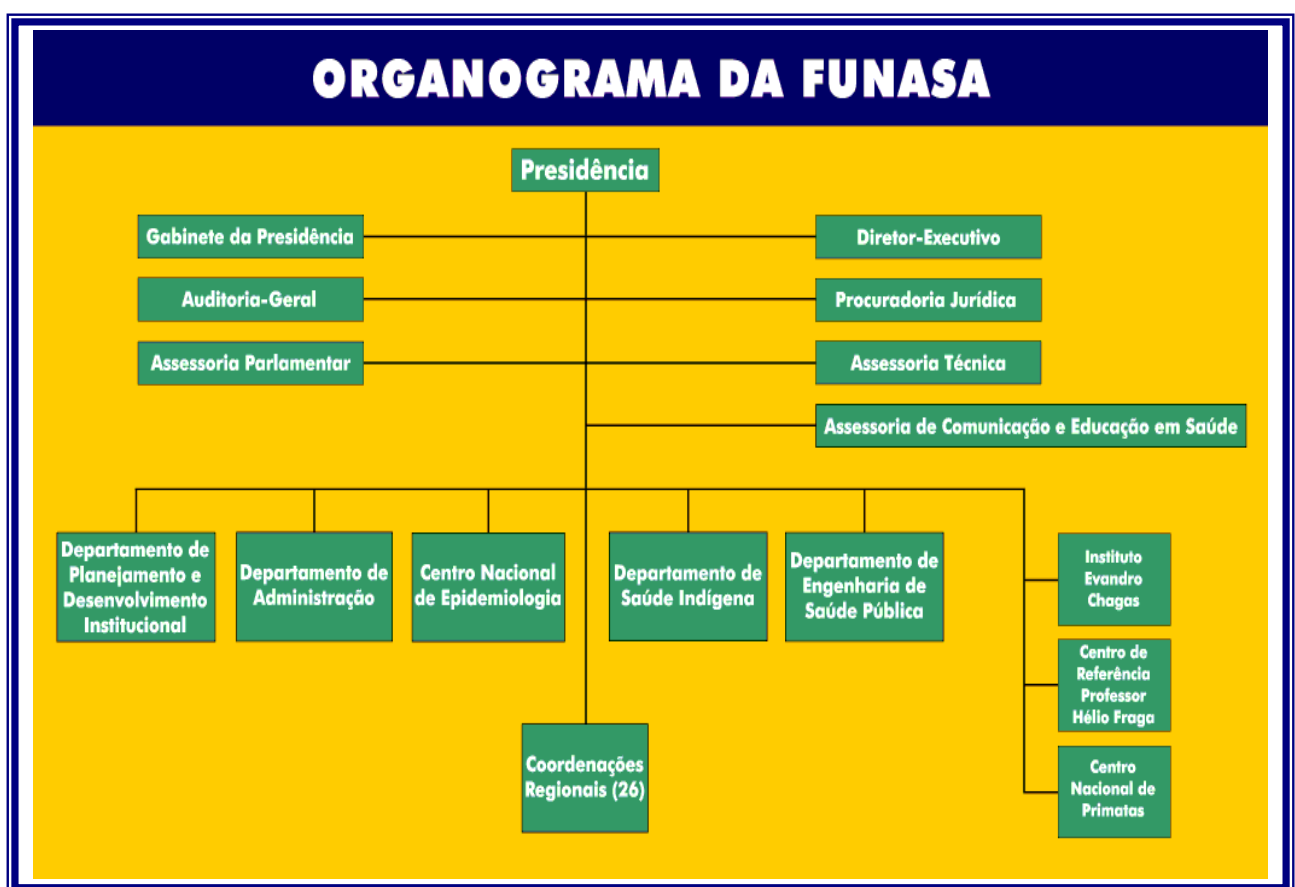
NEGÓCIO

- 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 de Controle de Zoonoses e de Fatores Biológicos de Risco, 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 tratamento e destinação de resíduos sólidos;
 - sistemas de esgotamento sanitário;

- melhorias sanitárias domiciliares;
 - drenagem em área endêmica de 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;
- Fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- Fomento e coordenação de atividades de Educação em Saúde, integradas às áreas de prevenção e controle de doenças, de saúde indígena e de engenharia de saúde pública.

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 2002, 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 consolidação do planejamento estratégico, com a concepção do seu desempenho político-gerencial orientado por resultados.

No desempenho das ações de 2002, destacam-se:

1. Criação do Programa Nacional do Controle da Dengue (PNCD)

No ano de 2002, a instituição do Programa Nacional do Controle da Dengue – PNCD, inovou as estratégias de combate à doença incorporando elementos de mobilização social e participação comunitária, na busca de maior envolvimento da sociedade na eliminação de focos do mosquito em domicílios.

O conjunto de ações realizadas em 2002 permitem um melhor enfrentamento de um dos maiores problemas de saúde pública e a redução do impacto da dengue no Brasil.

2. Implantação da Vacina Tetravalente, conjugando mais de um agente imunizante

A vacina conjugada protege contra quatro doenças: formas graves de meningite causadas pela bactéria *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB), difteria, tétano e coqueluche, diminui o número de picadas na aplicação, promove economia na aquisição de insumos e de fretes para o transportes de imunizantes, é produzida por laboratórios nacionais e não submete a previsão orçamentária à variações cambiais.

Doses da vacina Hib + DTP (tetravalente) foram disponibilizadas a estados e municípios e estão nos postos de vacinação de todo o país para imunizar menores de um ano.

3. II Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (II EXPOEPI)

Outro ponto que merece destaque foi a realização da II Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia e Controle de Doenças, que ocorreu de 17 a 20 de setembro, em Fortaleza-CE, onde foram divulgados trabalhos e experiência de saúde do país, que se destacaram na área, no período 2001/2002, pelos resultados alcançados em atividades relevantes para a saúde pública.

Foram inscritos 221 trabalhos e selecionados 30: 15 para apresentação oral e 15 para apresentação em forma de poster, tendo sido premiados 8 trabalhos.

O evento reuniu 712 técnicos e como destaque a apresentação de experiências bem sucedidas nos seguintes temas:

- Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores;
- Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Imunopreveníveis;
- Vigilância Ambiental;
- Inovações na Organização de Serviços de Vigilância e Prevenção e Controle de Doenças e Outros Agravos;
- Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde.

4. Realização do 1º Seminário Internacional de Engenharia de Saúde Pública

Com o objetivo de promover o intercâmbio, o debate sobre tecnologias, estratégias em saneamento, edificações de saúde pública e ainda fortalecer a mobilização e articulação dos vários segmentos que atuam no setor, a FUNASA realizou de 18 a 20 março, em Recife, o I Seminário Internacional de Engenharia de Saúde Pública, que discutiu o tema Saneamento, Ambiente e Vida, com a participação de aproximadamente 900 especialistas brasileiros e estrangeiros, particularmente da América Latina.

AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS

Em um grande número de doenças transmissíveis para as quais se dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle, o Brasil tem colecionado êxitos importantes, tendo alcançado acentuada redução de índices de incidência de doenças imunopreveníveis, inclusive erradicando duas delas (varíola e poliomielite) e eliminando o sarampo.

Tem ainda obtido avanços significativos quanto a tecnologia e operacionalização de coleta e armazenagem de dados de saúde, contando hoje com uma enorme rede de informações em saúde voltada à mortalidade.

IMUNIZAÇÕES

○ Programa Nacional de Imunizações – PNI, completou 29 anos de existência em 2002.

As ações de imunização vem garantindo a manutenção do estado de erradicação da poliomielite, a busca da erradicação do sarampo e a eliminação do tétano neonatal, bem como mantendo o controle de outras doenças imunopreveníveis, demonstrando, de forma inequívoca, que a vacinação é instrumento eficaz, disponível e de baixo custo na prevenção de doenças, ao qual está reservado espaço privilegiado no modelo de gestão descentralizado de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde – SUS.



Poliomielite

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 tem sido na intensificação das ações de prevenção, no intuito de evitar a reintrodução da doença no país.

Até agosto de 2002, foram vacinadas contra poliomielite 16,7 milhões de crianças menores de 5 anos, com as 3 doses preconizadas na vacinação de rotina, pelo Programa Nacional de Imunizações.

Sarampo

Evitar a ocorrência do Sarampo na América é o objetivo dos países signatários do Pacto Andino (Bolívia, Colômbia, Peru, Equador e Venezuela) e de representantes do Chile, Argentina e Brasil, que firmaram em Sucre, na Bolívia, acordo durante a XII Reunião Técnica sobre Enfermidades Preveníveis por Vacinas na Região Andina, Brasil e Chile, de 22 a 24 de abril de 2002.

O Brasil não registra casos autóctones de sarampo desde dezembro de 2000. Mesmo assim, é necessário manter a vigilância para evitar que a doença seja reintroduzida no país pela fronteira.

Em 15 de junho de 2002, a FUNASA realizou a vacinação contra o sarampo na fronteira do Brasil com a Venezuela. Ação semelhante foi realizada em 1998. O objetivo, este ano, foi o de imunizar a população de Pacaraíma (RR), no lado brasileiro, e Santa Elena do Uairém, na Venezuela, para impedir a reintrodução do sarampo no Brasil. O compromisso de vacinação conjunta foi assumido pelos governos dos dois países durante reunião em Santa Elena do Uairém, em abril deste ano.

O governo brasileiro, atendendo o pedido feito pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) através da FUNASA, prestou ainda apoio técnico ao governo Angolano, na África, para estruturação de campanha nacional de vacinação contra o sarampo, para menores de 15 anos. Até junho de 2002 a cobertura vacinal contra o sarampo atingiu 150,19%, tendo sido aplicadas 2.194.256 doses de vacinas em crianças menores de um ano.

Difteria, Coqueluche e Tétano Neonatal

Dentre o grupo de doenças transmissíveis com tendência ao declínio no Brasil, estão a difteria, a coqueluche e o tétano neonatal.

○ Brasil vem mantendo a meta de eliminação do Tétano Neonatal. Em 2001 foram 34 casos notificados e até outubro de 2002 foram notificados 19 casos, representando uma redução de 15 casos, o que mantém o país com índice abaixo do considerado indicativo de eliminação pela Organização Mundial de Saúde (1 caso para 1000 nascidos vivos). A busca ativa em municípios silenciosos tem revelado ausência de casos.

Com vistas a intensificar a eliminação do Tétano Neonatal, a FUNASA implementou a ação de vacinação de mulheres de 15 a 49 anos em todos os municípios brasileiros.

A primeira etapa da Campanha de vacinação contra o Tétano Neonatal, ocorreu 09 de abril, a segunda em 15 de junho e a terceira no dia 24 de agosto, em 306 municípios considerados de risco, em todo país.

Foram imunizadas contra difteria, coqueluche e tétano neonatal, com a vacina Tríplice Viral, até o mês de agosto, 1.224.091 crianças menores de um ano.

Merecem destaque outras ações desenvolvidas:

- Economia de US\$ 161,1 milhões na aquisição de imunobiológicos, graças à política de aquisição de vacinas e soros adotada a partir de 1998.

ANO	ECONOMIA (US\$ milhões)
1999	11,4
2000	46,8
2001	51,4
2002	51,5
TOTAL	161,1

Para ilustrar o resultado positivo da estratégia que vem sendo implementada pela FUNASA na aquisição de imunobiológicos, qual seja a realização de licitações internacionais por intermédio da OPAS e a absorção de tecnologia de fabricação de algumas vacinas importantes em parceria com laboratórios oficiais, seguem-se dois exemplos significativos:

Exemplo 1 - A vacina contra o vírus *influenza* (gripe), aplicada na população a partir dos 60 anos de idade, teve redução no preço de 54,48%. Em 1998, era adquirida de produtores europeus por US\$ 4,20 a dose. A partir do ano de 2000, após a assinatura de contrato de transferência de tecnologia firmado com o laboratório francês Avents-Pasteur, essa vacina passou a ser produzida no Brasil pelo Instituto Butantan. O preço unitário pago pelas 14.925.480 doses adquiridas em 2002, foi de US\$ 1,91.

Exemplo 2 - A vacina contra raiva canina também teve forte redução no preço unitário. Em 1998, a dose dessa vacina custava US\$ 0,39 no mercado

internacional e, em 2002, o preço unitário pago pelas 26 milhões de doses foi de US\$ 0,20, representando uma redução de 48% em relação a 1998.

- Incremento significativo das coberturas vacinais em crianças menores de 1 ano, contra a hepatite B, tendo sido imunizadas até agosto de 2002, 1.973.431 crianças, com cobertura 85,93%;
- 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. Até agosto de 2002, 5.572.421 pessoas foram imunizadas (3º dose) na população de 0 a 19 anos de idade;
- Em 05 de fevereiro, foi instituído o Programa Nacional para Prevenção e Controle de Hepatites Virais, através da Portaria GM/MS n.º 263/02, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, que atribuiu à FUNASA a coordenação do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais, da rede de laboratórios de saúde pública quanto aos testes específicos para hepatites virais e o uso de imunobiológicos para a prevenção destas doenças;
- Ampliação e implementação de ações do Programa Nacional de Imunizações, com a implantação da vacina tetravalente, que protege contra quatro doenças. Doses de vacina Hib+DTP (tetravalente) foram disponibilizadas a estados e municípios, e estão nos postos de vacinação de todo o país para imunizar menores de um ano de idade contra formas graves de meningite, causadas pela bactéria *Haemophilus influenza* tipo B (HiB), além de difteria, tétano e coqueluche;
- A conjugação de vacinas resultou na economia de milhões de reais na aquisição de seringas, agulhas e fretes para o transporte de imunizantes. Outra vantagem é a produção da vacina estar a cargo de laboratórios brasileiros: a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Butantan. Desta forma, a previsão orçamentária não fica sujeita a variações cambiais, já que todos os custos são calculados em Real. Cerca de 75% dos imunizantes disponibilizados à população brasileira já são produzidos no país. No total, 13 tipos de doenças podem ser prevenidas por meio da vacinação, em campanhas ou na rotina;
- Ampliação de Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE. Essas unidades oferecem aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS vacinas e soros para pacientes imunodeprimidos, para crianças que apresentam reações graves às vacinas convencionais disponíveis nos postos de saúde e para portadores de doenças crônicas como a hepatite B. O objetivo é garantir o tratamento adequado a essas pessoas, reduzindo riscos à saúde e agravamento do quadro clínico. Além disso, também recebem atendimento nos Centros de Referência, profissionais de saúde que

mantém contato direto com pacientes portadores de algumas doenças específicas.

Nos CRIE os usuários do SUS encontram 17 variedades de imunobiológicos, entre vacinas e soros, que previnem doenças como catapora (varicela), pneumonia e hepatite A, entre outras.

A regulamentação do funcionamento dos CRIE foi definida pela Instrução Normativa/FUNASA nº 02, de 24 de setembro de 2002;

- A Campanha Nacional de Vacinação do Idoso contra *Influenza* (gripe), chegou ao quarto ano em 2002, tendo imunizado 11.025.570 pessoas com idade de 60 anos ou mais, em todo país, sendo essa a maior cobertura vacinal do mundo (74,6% de cobertura) em campanha de vacinação do idoso. Em países como os Estados Unidos por exemplo, o total de vacinados não ultrapassa a 60% da população alvo;
- A Campanha disponibilizou vacina contra o vírus *Influenza*, que provoca a gripe, e mais de 4,6 milhões de doses de vacina dupla contra o tétano e difteria e 480 mil doses contra a bactéria pneumococo, causadora da pneumonia bacteriana;
- Os idosos hospitalizados ou internados em casas geriátricas e asilos, que não haviam sido imunizados nos últimos anos, foram visitados por equipe volantes de vacinação e também receberam a vacina contra o pneumococo.

A estratégia de atuação descentralizada do Programa Nacional de Imunizações - PNI, em consonância com as normas estabelecidas pelo SUS, o aperfeiçoamento do processo de aquisição, estocagem, consumo e distribuição, controle de qualidade de imunobiológicos, bem como a ampliação da quantidade e a variedade de vacinas disponibilizadas à população levou o Brasil a alcançar patamares de imunização de países desenvolvidos. A experiência brasileira de erradicação, eliminação e controle de doenças imunopreveníveis, por meio de vacinação de rotina e campanhas anuais, serve de referência a outros países.

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 ao fato do PNI ser hoje um Programa de vacinação para toda população brasileira, não somente para crianças, mas para adolescentes, jovens, adultos, idosos e população indígena, 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 Amapá, Tocantins, Pará, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Bahia, Ceará, Piauí e Roraima.

Durante a segunda fase da Campanha de Vacinação contra Rubéola (a primeira aconteceu em 2001) para mulheres com idade entre 12 e 39 anos, que ocorreu de 15 de

junho a 23 de setembro, foram aplicadas 11.256.934 doses, correspondendo a uma cobertura vacinal de 95,40 %.

Raiva Humana

Com o objetivo de eliminação da raiva humana transmitida por cães e gatos, foram realizadas Campanhas de Vacinação Anti-Rábica Animal em municípios de alto risco nos Estados de RO, PA, AL, MA, PB, PE, SE, ES, MT e BA.

Em 1999 ocorreram 26 casos de raiva humana transmitida por cães e gatos, e em 2002, foram registrados 06 casos, representando uma redução de 77% no número de casos.

Febre Amarela

A febre amarela silvestre ocorre em todos os países onde existem florestas e macacos. Uma extensa faixa do território brasileiro é considerada endêmica para a febre amarela silvestre, que inclui: todos os Estados da Região Norte (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), Centro-Oeste (Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul), além do estado do Maranhão. Uma outra área também é considerada de risco pela circulação do vírus amarílico, mas de forma esporádica, que abrange faixas territoriais de sete Estados: Sudoeste do Piauí e Região Oeste da Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Noroeste do Rio Grande do Sul.

A FUNASA, intensificou a vacinação contra esta endemia em toda a extensa área onde ocorre circulação natural do vírus silvestre e das regiões contíguas visando evitar a ocorrência de surtos de grande magnitude como os que acometem países vizinhos. Até agosto de 2002 foram aplicadas 3,1 milhões de doses da vacina contra febre amarela.

Outra ação adotada pela FUNASA para impedir casos de febre amarela foi a Intensificação das Ações de Vigilância Epidemiológica, que permite, atualmente, detectar com muito mais sensibilidade do que no passado, qualquer caso suspeito e fazer uma ação de bloqueio, se necessário.

Em 20 de fevereiro de 2002, a FUNASA realizou ainda teleconferência sobre a importância da vacinação contra a doença, voltada para 240 médicos e dentistas que prestam assistência a caminhoneiros, objetivando preparar profissionais de saúde para orientação de caminhoneiros, visando difundir informações às comunidades localizadas em suas rotas de viagem.

A teleconferência abordou a importância da vacina como única forma de prevenção da doença, a situação da febre amarela silvestre no país, a existência de áreas consideradas de maior risco, como os corredores ecológicos, além de ter captado voluntários que possam agir para mobilizar e conscientizar a sociedade. A transmissão foi feita pela TV

Transporte, vinculada à Confederação Nacional do Transporte (CNT), que congrega 40 mil empresas do setor e cerca de 4,5 milhões de trabalhadores.

Os 240 médicos e dentistas que participaram da teleconferência atuarão como multiplicadores junto aos demais profissionais de saúde que atendem aos caminhoneiros nos Centros Assistenciais e Profissionais Integrados dos Trabalhadores em Transporte (CAPIT) e nos Postos de Atendimento dos Trabalhadores em Transporte nas Estradas (PATE), espalhados pelas principais rodovias e cidades do país.

Foram ainda realizadas em 2002, Capacitações em Vigilância de Epizootias para 6 estados da área endêmica e para técnicos da Venezuela. E em Vigilância Epidemiológica da febre amarela foram capacitados técnicos dos estados da área endêmica, além de técnicos dos Ministérios da Saúde da Argentina, Bolívia, Equador, Colômbia, Paraguai, Peru e Venezuela.

OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Filariose

○ Programa de Eliminação da Filariose tem como objetivo reduzir a ocorrência dos casos de filariose linfática.

- Foram elaborados os Planos Integrados da Região Metropolitana do Recife e Maceió pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

Em 2002, a positividade da doença na região metropolitana do Recife, foi de 0,83%, em Maceió 0,9%, não tendo ocorrido caso positivo em Belém, até novembro do presente ano.

Cólera

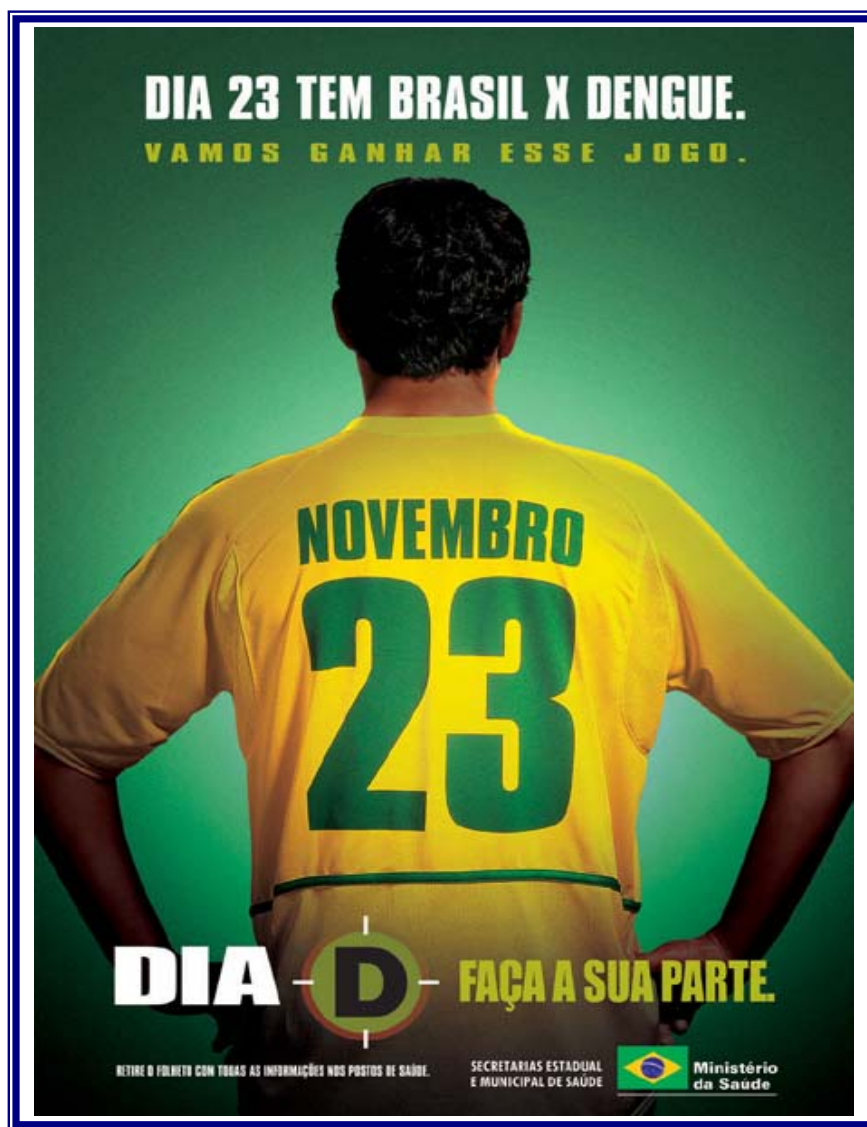
○ objetivo de reduzir a incidência dos casos de cólera foi superado. Dos 883 casos suspeitos de cólera no país, não houve confirmação de casos em 2002, portanto o Brasil aproxima-se da interrupção da doença, fruto do programa de controle da doença, implementado a partir de 1999.

Dengue

○ Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) foi lançado em julho de 2002 com o objetivo de evitar ocorrência de epidemia no país. As metas do programa são a redução em 50% do número de casos de dengue em 2003, em relação a 2002, e nos anos

seguintes em mais 25%; a menos de 1% os óbitos por dengue hemorrágica; e a menos de 1% a infestação predial em todos os municípios brasileiros. As principais ações previstas no programa são:

- Dia D Nacional de Mobilização Social contra à Dengue, no penúltimo sábado de novembro- em 2002, foi no dia 23 e envolveu mais de 100 milhões de pessoas, 61,54% da população brasileira, em 4.838 municípios, o que representa 86,72% do total existente no país;



- Implantação do Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde (Proformar). Estão sendo capacitados pelo Proformar cerca de 26 mil agentes de controle de endemias, cedidos pela FUNASA ou contratados pelos gestores municipais. Esses agentes serão acompanhados por cerca de 280 tutores;
- Treinamento de 80 mil agentes comunitários de saúde para que orientem a comunidade sobre a prevenção e o controle da dengue. O trabalho dos agentes do PACS/PSF é supervisionado por outros 4.112 mil profissionais, que também foram treinados;

- Capacitação de mais de 84 técnicos das secretarias estaduais de saúde e das coordenações regionais da FUNASA para atuar como multiplicadores, repassando informações sobre a vigilância epidemiológica da dengue para os 1.425 profissionais de saúde que trabalham nos municípios;
- Capacitação de 1.874 médicos do Sistema Único de Saúde (SUS) como multiplicadores, orientando os profissionais de saúde nas 27 unidades federadas;
- Capacitação de 54 multiplicadores para a promoção de ações de educação em saúde e mobilização social que repassaram o treinamento para 4.398 técnicos dos municípios;
- Capacitação de 54 multiplicadores para repassar informações sobre a importância do saneamento básico no combate à dengue. Os 54 multiplicadores treinaram 76 técnicos;
- Aquisição e distribuição aos estados, de 1.015 veículos, 391 motos, 114 Ultra Baixo Volume (UBV ou fumacê), 258 microscópios, 404 nebulizadores portáteis, 109 pulverizadores costais, 48 computadores e 48 impressoras;
- Implantação de 46 laboratórios municipais para a realização de exames sorológicos de diagnóstico da dengue;
- Elaboração e distribuição de 450 mil protocolos padronizados de assistência ao paciente com dengue;
- Impressão e distribuição aos estados, de um milhão de cartões de acompanhamento com as informações necessárias para assistência adequada ao paciente com dengue;
- Implantação de nova metodologia de levantamento rápido de índice de infestação pelo *aedes aegypti* em 64 municípios de maiores riscos;
- Aumento do teto financeiro de epidemiologia e controle de doença para a contratação de 10 mil novos agentes de endemia. Até 20 de dezembro foram autorizadas as contratações de 8.919 agentes em 462 municípios;
- Treinamento, entre agosto e dezembro de 2002, de 5.829 supervisores de campo para o aperfeiçoamento das operações de combate ao vetor;
- Contratação do fornecimento de quatro milhões de tampas e três milhões de capas para caixa d'água;
- Criação do incentivo financeiro adicional de 240 reais por ano aos agentes comunitários de saúde que incorporaram às suas atividades as ações de educação e saúde para o controle da dengue.

Malária

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

Desde 2000, quando foi lançado 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, estima-se que foram evitados 800 mil novos casos de malária no período 2000 – 2001.

Em 2002 foram registrados 238.531 casos da doença até o mês de outubro. Uma redução expressiva quando comparada a anos anteriores.

O aprimoramento do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária – PIACM, 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.

A FUNASA iniciou a implantação do Sistema de Vigilância da Malária nos Estados da Amazônia Legal. Os Estados onde a implantação iniciou são: Maranhão, Amazonas, Amapá, Tocantins, Pará e Roraima, onde inclusive foram capacitados e treinados os multiplicadores para operacionalização do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária.

No final de 2002, a FUNASA lançou o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM), em substituição ao Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (PIACM), concluído em 31 de dezembro.

Os objetivos do Programa Nacional são o de manter a redução e incidência da mortalidade provocadas pela malária; eliminar a transmissão da endemia das áreas urbanas das nove capitais da Amazônia Legal; além de assegurar a interrupção da transmissão nos locais onde a malária já foi interrompida; e reduzir as formas graves da doença.

As metas do PNCM são reduzir o número de casos no próximo ano em 25%, em relação a 2002; e em mais 15% nos anos subseqüentes em relação ao anterior, para que em 2006 seja alcançada a eliminação da transmissão da malária urbana em todas as capitais da Amazônia Legal: Manaus (AM), Belém (PA), Porto Velho (RO), Rio Branco (AC), Boa Vista (RR), Macapá (AM), Palmas (TO), Cuiabá (MT) e São Luiz (MA).

Doença de Chagas

A doença de Chagas, 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.

Em 2002, no Estado de Tocantins foram realizadas 4.820 pesquisas e 234 borrifações em localidades com histórico de presença de *Triatoma infestans* e no Estado do Piauí foram realizadas 34.682 pesquisas e 5.880 borrifações.

Os resultados além de satisfatórios sinalizam a efetiva possibilidade de obtenção da Certificação de Interrupção da Transmissão Vetorial da Doença, quando realizada a Avaliação da Situação Epidemiológica do Estado do Tocantins e Piauí ocorrida no período de 28/01 a 01/11/02.

Para 2003, a FUNASA tem como objetivo obter a Certificação nos Estados da Bahia, Paraná e Rio Grande do Sul, concluindo assim a interrupção da transmissão vetorial da doença de chagas por *T. infestans* no país.

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.

Em 2002, destacam-se ainda as seguintes ações:

- Publicação da IN/FUNASA nº 01, de 05 de setembro de 2002, que institui o Subsistema Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – SIDANT, integrante do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, definindo as bases para a implementação das ações de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Brasil e as doenças e fatores de risco que serão objeto de vigilância do sistema;
- Premiação no 2º Congresso Internacional da Rede de Programas de Treinamento em Epidemiologia e Intervenções em Saúde Pública (Tephinet), realizado em Madri, Espanha por investigação de toxoplasmose na cidade de Santa Isabel do Ivaí - PR, recebendo o Prêmio *John Snow*, de Excelência em Ciência por investigação de surto de toxoplasmose. O prêmio *John Snow* é concedido a trabalhos de investigação de doenças infecciosas que se destacaram pela precisão da metodologia empregada e da interpretação dos resultados, além do impacto positivo para a saúde pública. O estudo

premiado relata os resultados da investigação do maior surto de toxoplasmose por ingestão de água contaminada de que se tem conhecimento no mundo. Foram confirmados em Santa Isabel do Ivaí mais de 400 casos da doença;

- Publicação do Manual de Procedimentos de Segurança em Controle de Vetores, através da Portaria/FUNASA n° 10, de 15.01.2002;
- O Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPI-SUS), desenvolvido pioneiramente pela FUNASA, em cooperação técnica com o Centro de Controle de Doenças (CDC), dos Estados Unidos, que foi destaque em informativo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ressaltando a forma de treinamento em serviço, com carga horária teórica que não ultrapassa 25% do total. O objetivo do EPI-SUS é a formação de técnicos com alta qualificação na condução de trabalhos de campo, para investigação e rápida intervenção em casos de surtos e epidemias;
- A integração da FUNASA e demais órgãos do Ministério da Saúde à Rede Intergerencial de Informações para a Saúde – RIPSa, instituída pela Portaria/MS n° 1919, de 22.10.02, que visa propiciar a disponibilização adequada, oportuna e abrangente de dados básicos, indicadores e análises de situação sobre as condições de saúde e suas tendências, municiando os diferentes níveis de direção do Sistema Único de Saúde – SUS, com informações aplicadas à condução de políticas e ações de saúde, atender a compromissos do País com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), de produzir análises periódicas sobre os avanços na área de saúde, atender a compromissos do País com outros organismos internacionais ou derivados de acordos bilaterais e multilaterais de cooperação, para o fornecimento de informações, bem como contribuir para a construção do Sistema Nacional de Informações em Saúde, de que trata a Lei n° 8080/90;
- Publicação da Portaria/FUNASA n.º 57, de 12.03.2002 que aprova a estrutura organizacional do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância e Saúde – VIGISUS, que tem por finalidade a criação de infraestrutura e de capacidade técnica do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, compatível com o SUS, e que reflita a complexidade do perfil epidemiológico do país;
- Publicadas as Portarias/FUNASA n.º 409, de 12.09.2002, que organiza as sub-redes de diagnóstico e vigilância laboratorial no País, integrante da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica; e n.º 410, de mesma data, que divulga relação de órgãos/entidades que possuem laboratórios pré-selecionados para integrar a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

A implantação do Sistema de Vigilância Ambiental em Saúde foi efetivada em 22 Estados. Destaca-se ainda, a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, onde 100% dos estados tiveram Assessoria Técnica e Supervisão pela FUNASA.

Com o objetivo de normatizar ações de Vigilância dos Fatores de Risco à Saúde, o Ministério da Saúde constituiu, através da Portaria GM/MS n.º 573, de 20/03/2002, Comissão Permanente de Saúde Ambiental, no âmbito do Ministério da Saúde, sob a Coordenação da FUNASA. O grupo deverá propor política de ação para instituições que atuam na vigilância de fatores de risco à saúde humana, que possam ser identificados no meio ambiente, na busca do aprimoramento e intensificação das ações de vigilância ambiental no país.

Instituído, através da Portaria/FUNASA n.º 220, de 20/06/2002, grupo de trabalho, no âmbito da FUNASA, composto por representantes da ANVISA, FIOCRUZ, FUNDACENTRO, ANEEL, ANATEL, IBAMA, Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Políticas de Saúde – SPS, FURNAS, USP, e Universidade Federal de Campina Grande, objetivando proposição de normas e procedimentos referentes aos limites de padrões máximos de exposição humana a campos eletromagnéticos provenientes de linhas de transmissão de Alta Tensão.

Aprovada, na forma de anexo à Portaria GM/MS n.º 1.477, de 20/08/2002, o documento “Critérios para Administração Sanitária de Dejetos e Águas Servidas em Portos Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteiras, no Mercosul”, tendo em vista o disposto no Tratado de Assunção, no Protocolo de Ouro Preto e nas Resoluções n.º 91/93, 151/96, 21/01 e 34/01, do Grupo Mercado Comum.

Foi atribuída à FUNASA, a gestão federal da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Ambiental em Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 15, de 03/01/2002, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB.

Ainda em 2002, a FUNASA capacitou instrutores em análise da qualidade da água para consumo humano, que atuarão como multiplicadores em capacitações regionais sobre qualidade da água, abordando tecnologias de tratamento de água, técnicas de coleta e análise de amostras e padrões de potabilidade da água. A capacitação é uma das etapas de estruturação do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.

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:

- epidemias que ultrapassem os limites de uma unidade federada;

- epidemias de doenças emergentes;
- introdução, no país, de vetor e/ou agente infeccioso erradicado ou não existente previamente;
- epidemias de doenças integrantes do Regulamento Sanitário Internacional;
- enchentes, secas e outras calamidades e/ou desastres relevantes em saúde pública e quando demonstrada a insuficiência da ação do município e/ou estado.

Em 2002, no período de janeiro a agosto, foram investigados pela FUNASA 35 surtos, representando 100% das emergências epidemiológicas de relevância nacional.

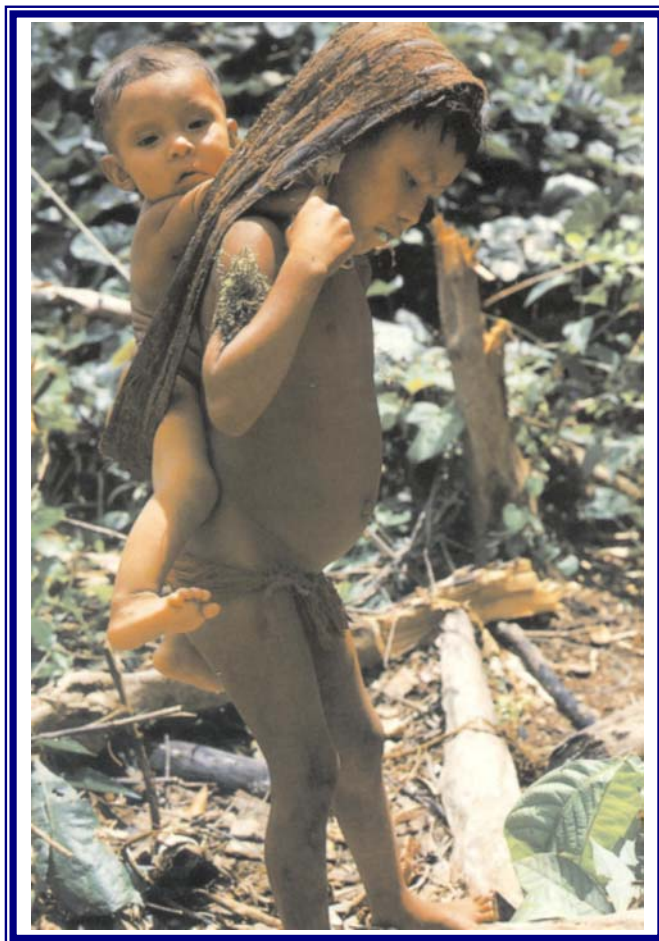
As investigações epidemiológicas são realizadas *in loco* no período de 24 horas, após a ciência do fato.

O Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços – EPI-SUS, e o Programa de Treinamento Dados para Tomada de Decisões (DDM), prestam apoio ao Núcleo de Respostas Rápidas a Emergências Epidemiológicas – NUREP. Avaliações dos sistemas de vigilância foram realizadas por alunos do EPI-SUS e DDM, cujas recomendações levaram ao aperfeiçoamento do sistema.

AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

No I Censo Nacional da População Indígena realizado pela FUNASA, estão cadastradas 374.123 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.

As ações de saneamento básico, em 2002, envolveram a construção de sistemas de abastecimento de água, bem como a capacitação de Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN, além da construção e implantação de melhorias sanitárias individuais e coletivas.



Em 2002, merecem destaque os seguintes resultados considerados relevantes para o funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI:

- Estruturação da atenção básica em 100% das aldeias, o que corresponde a 3.187 aldeias;

- Capacitação de 4075 profissionais;
- Contratação de 6.388 profissionais sendo: 234 médicos, 231 dentistas, 367 enfermeiros, 2732 agentes indígenas de saúde, 1230 auxiliares de enfermagem, 437 agentes indígenas de saneamento e 1152 outras categorias;
- Construção/reforma de Postos de Saúde, Pólos-Base e Casa do Índio;
- Implantação de 100% dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena, em 2002, implementando o controle social no âmbito dos DSEI;
- Foram realizados 2.575.294 de atendimentos em atenção básica de saúde nas aldeias e pólos-base; 59.661 atendimentos de média e alta complexidade no SUS, 231.486 atendimentos nas Casas de Saúde do Índio, 53.661 exames e 10.210 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 dos povos indígenas.

REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL EM ÁREA INDÍGENA

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.

Estima-se que a taxa de mortalidade infantil no ano de 1998 era de 130/1.000 nascidos vivos. Em 2002, até o mês de setembro, esta taxa caiu para 61 por 1000 nascidos vivos, representando uma redução de 47%.

REDUÇÃO DA OCORRÊNCIA DE MALÁRIA EM ÁREA INDÍGENA

A FUNASA, em 2001, reduziu em 63% os casos de malária, passando de 26.838 casos em 2000 para 13.313 casos em 2001, sendo, para tanto, incrementado o diagnóstico precoce e o tratamento em 100% dos DSEI.

Em 2002, até o mês de outubro, foram registrados 11.226 casos da doença.

REDUÇÃO DA OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE EM ÁREA INDÍGENA

A FUNASA em 2002 reduziu 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 119,6 / 1000, até o mês de agosto de 2002.

INTENSIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE ELIMINAÇÃO DA ONCOCERCOSE NA POPULAÇÃO YANOMAMI

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.

Até o 1º Semestre de 2002 foram tratados 6.073 pessoas.

Em maio deste ano, foi realizada uma Oficina de Educação em Saúde voltada para o Programa de Oncocercose, em Manaus, com a participação de todas as ONG envolvidas e o DSEI Yanomami.

IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA EM ALDEIAS INDÍGENAS

No início de 2000, a quantidade de sistemas de abastecimento de água existente em áreas indígenas era 1.083, finalizando em 2001 um quantitativo de 1.729 sistemas. Até a conclusão das obras iniciadas no presente exercício, a FUNASA pretende dispor de 2.229 sistemas de abastecimento de água construídos e em manutenção.

PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA INFANTIL

A implantação do Programa de Suplementação Alimentar foi realizada em 27 DSEI, com atendimento específico às crianças desnutridas, compreendendo: suplementação alimentar, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estímulo ao aleitamento materno e controle de doenças imunopreveníveis.

O Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas (PPASCI), foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e iniciará sua implantação tão logo seja publicada a Portaria Conjunta com o Ministério da Saúde. O que propiciará um efetivo incremento nas atividades de combate às carências nutricionais para a população indígena.

COBERTURA VACINAL EM ÁREA INDÍGENA

A população indígena de menores de cinco anos de idade em 2002, distribuída pelos 34 DSEI, recebeu 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, atingiu-se mais de 95% de cobertura vacinal em alguns DSEI, até o mês de agosto de 2002, como:



DPT (Tétano, Coqueluche e Difteria)
Amapá
Vilhena
Tapajós

SABIN (Poliomielite)
Vilhena
Tapajós

VAS (Sarampo)
Porto Velho
Vilhena
Amapá

BCG (Tuberculose)	
Amapá	Médio Solimões e Afluentes
Alto Purús	Porto Velho
Ceará	Potyguara
Guamá – Tocantins	Tocantins
Interior Sul	Vilhena
Litoral Sul	Tapajós

INFLUENZA (Gripe)
Amapá

VHB (Hepatite)
Amapá
Potyguara
Vilhena
Tapajós

FA (Febre Amarela)
Amapá
Tapajós

HIB (Meningite)
Porto Velho
Vilhena

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

A FUNASA objetivando promover ações de prevenção e dimensionar o problema de alcoolismo e suicídio existente na população indígena, em 2002, iniciou a implantação do Programa em 06 DSEI (Litoral Sul, Interior Sul, Ceará, Leste de Roraima, Pernambuco e Mato Grosso do Sul) sobre o alcoolismo.

Em setembro de 2002, foi realizado o 1º Treinamento Profissional sobre Síndrome do Alcoolismo Fetal, em Londrina/PR.

Em relação ao suicídio, foi concluído estudo epidemiológico entre os Caiuá – Guarani e a metodologia específica para abordagem do suicídio encontra-se em fase de elaboração.

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 intersectorialidade 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 2002 foram aplicados recursos da ordem de R\$ 686,9 milhões conforme quadro a seguir.

Quadro I - Recursos Aplicados por Ações de Saneamento FUNASA / MS - 2002

R\$ 1.000,00

RECURSOS APLICADOS EM SANEAMENTO NO EXERCÍCIO DE 2002	
AÇÃO	2002
Abastecimento de Água	207.153
Melhorias Sanitárias Domiciliares	209.672
Esgotamento Sanitário	164.066
Saneamento Básico	57.605
Melhorias Habitacionais	29.851
Resíduos Sólidos	9.664
Drenagem	8.904
TOTAL	686.915

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, sendo publicada a Portaria/FUNASA n.º 01 de 02/01/2002.

Assim, as ações da FUNASA na área de saneamento básico – construção de sistemas de abastecimento de água, construção de sistemas de 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.

O 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 aplicação de recursos em saneamento, no período de 1999 a 2002, evidencia a vontade política e a importância das ações de saneamento para a melhoria da qualidade de vida das populações beneficiadas. Os quadros demonstram a evolução dos recursos alocados no período, bem como o número de famílias beneficiadas com ações de saneamento.

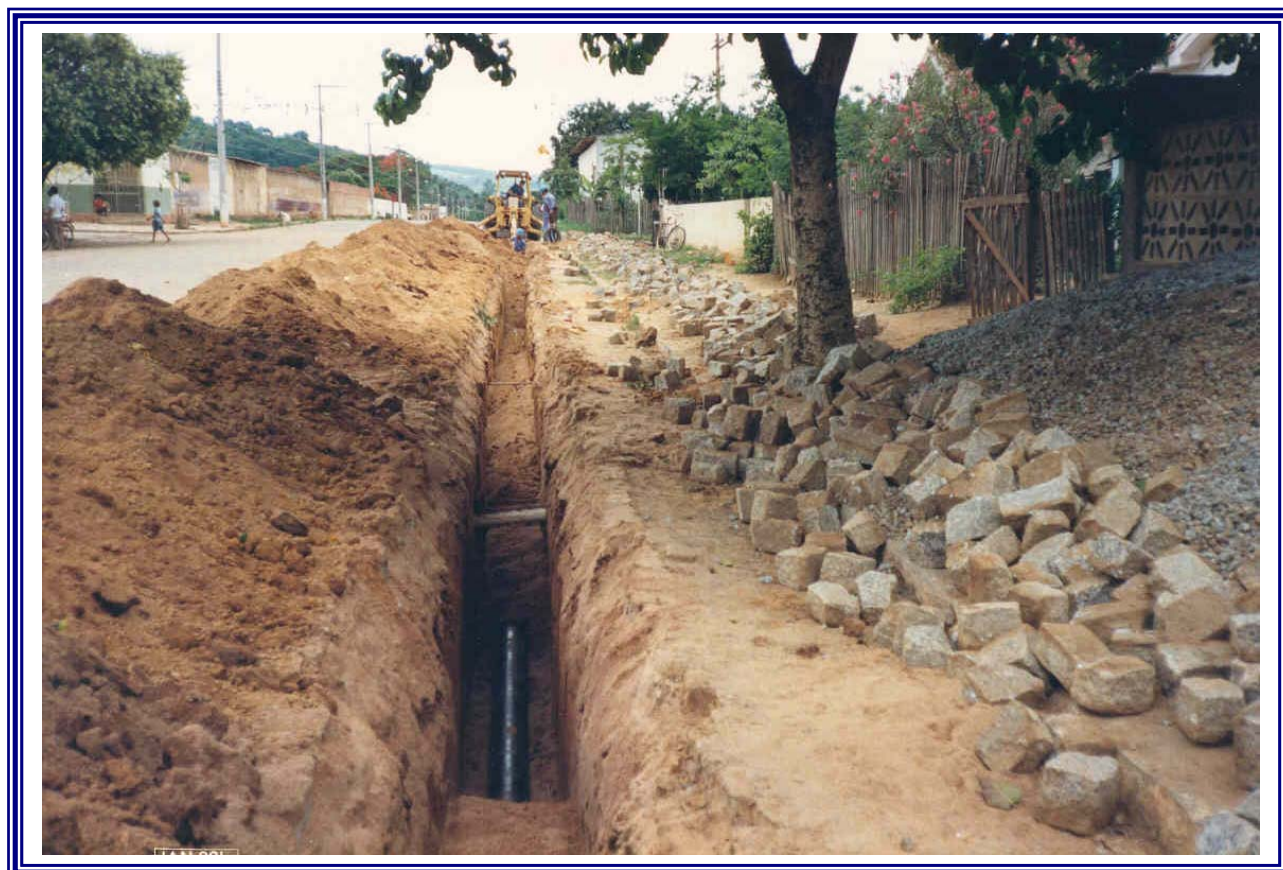
R\$ 1.000,00

RECURSOS APLICADOS EM SANEAMENTO NO PERÍODO DE 1999 À 2002*					
AÇÃO	1999	2000	2001	2002*	TOTAL
Abastecimento de Água	78.355.	70.808.856	563.381.015	207.117.214	919.698
Melhorias Sanitárias Domiciliares	27.965	51.319.111	363.390.703	209.503.065	652.347
Esgotamento Sanitário	60.331	77.543.100	270.351.806	164.065.892	572.292
Saneamento Básico	175.429	46.896.394	165.826.877	57.605.758	445.757
Melhorias Habitacionais	31.440	20.778.370	30.936.412	30.128.277	113.005
Resíduos Sólidos	7.076	1.907.506	7.069.112	9.669.234	25.716
Drenagem	4.442	12.182	12.881	8.904	38.409
TOTAL	385.038.	281.434	1.413.837	686.915	2.767.224

*- Limite de empenho disponível em 20/12/2002

**FAMÍLIAS BENEFICIADAS COM AÇÕES DE SANEAMENTO NO PERÍODO
DE 1999 À 2002**

AÇÃO	1999	2000	2001	2002	TOTAL
Abastecimento de Água	150.684	180.937	782.474	256.132	1.298.227
Melhorias Sanitárias Domiciliares	35.399	51.837	330.355	170.508	588.099
Esgotamento Sanitário	77.348	79.941	250.326	136.722	544.337
Saneamento Básico	269.891	58.112	184.252	57.606	57.606
Melhorias Habitacionais	9.825	5.195	6.968	6.050	28.038
Resíduos Sólidos	88.451	19.075	64.265	77.354	249.145
Drenagem	9.254	21.470	18.181	11.872	60.777
TOTAL	642.851	346.567	1.638.822	716.244	2.826.229



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fundação Nacional de Saúde, durante o exercício de 2002, com o intuito de promover um maior desempenho institucional, investiu no fortalecimento de seus colegiados de planejamento, Comitê Central de Planejamento – COPLAN, no nível central e Comitês Regionais de Planejamento – 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 2002, cumpriu o cronograma anual de reuniões, sendo 09 realizadas pela Base Deliberativa e 07 pela Base Operacional, para acompanhar a execução das ações propostas e solucionar possíveis dificuldades. A elaboração e execução do PAT/2002, tanto no nível central, quanto nas 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 consolidação do processo de descentralização da gestão de epidemiologia e controle de doenças, em 2002 representa 85,5 % dos municípios brasileiros, ou seja 4.756 municípios que assumiram 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 pela 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.

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:

- II Mostra Nacional de Experiências bem Sucedidas da Área de Prevenção e Controle de Doenças e outros Agravos – 2ª EXPOEPI;
- I Seminário Internacional de Engenharia de Saúde Pública;

Outro grande compromisso da FUNASA se deve aos resultados da revisão e 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, 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.

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.