

RELATÓRIO DE GESTÃO 2010 SUEST/RS

GESTÃO ADMINISTRATIVA

FUNASA
FUNASA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Apresentação

O presente Relatório de Gestão referente ao exercício de 2010, tem por finalidade demonstrar o desempenho da Coordenação Regional da Funasa, no Estado do Rio Grande do Sul, divulgando os resultados alcançados durante o ano no que diz respeito às ações desenvolvidas pela Instituição, visando o alcance dos seus Objetivos Estratégicos e, por conseguinte, de sua Missão.

Este Relatório mostra os resultados das atividades desenvolvidas em cada uma das áreas finalísticas, em conformidade com suas competências legais que visam à melhoria da atenção à saúde dos povos indígenas, saneamento ambiental para prevenção e controle de doenças e promoção da inclusão social através da promoção de ações de saúde e saneamento.

O presente instrumento foi elaborado em conformidade com o que determina a seguinte legislação: Decisões Normativas TCU nº 107, de 27 de outubro de 2010, Instrução Normativa TCU nº 63, de 1º de setembro de 2010 e Portaria nº 277, de 07 de dezembro de 2010 e as Orientações complementares e o Roteiro para a Elaboração do Relatório de Gestão das Coordenações Regionais.

O presente relatório tem por finalidade demonstrar o desempenho e os principais avanços da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde no Estado do RS, no decorrer do ano de 2010 e tem também como objetivo, prestar contas à sociedade em geral contribuindo para a transparência dos gastos públicos e fortalecimento da cidadania.

A Funasa dedicou-se a cumprir o seu papel de promoção à saúde, por meio de ações de saneamento ambiental, para prevenção e controle de doenças, e atenção integral à saúde dos povos indígenas.

Ressalta-se que, no que diz respeito às Ações de Saneamento Ambiental, a Funasa teve suas atribuições ampliadas por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC - 2007/2010), já que a instituição atuava, anteriormente, em municípios com até 30 mil habitantes, e passou a atender aos municípios com até 50 mil habitantes.

Essa faixa populacional corresponde a 90,5% dos municípios brasileiros e reflete a abrangência da Funasa em todo território nacional, bem como evidencia a capacidade e confiabilidade do órgão, conquistada ao longo dos 20 anos de sua instituição legal.

Os resultados apresentados nesse relatório refletem a atuação efetiva dos servidores da Fundação, que não medem esforços para levar qualidade de vida aos brasileiros, mesmo aqueles que residem nas áreas mais remotas do país.

Gustavo de Mello
Coordenador Regional FUNASA/CORE/RS



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Superintendência Estadual do Rio Grande do Sul

RELATÓRIO DE GESTÃO DO EXERCÍCIO DE 2010

Março - 2011

SUMÁRIO

1. INFORMAÇÕES SOBRE A IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE JURISDICIONADA.....	7
1.1 Identificação da UJ – Relatório de Gestão Individual	7
1.2 Qualificação da Superintendência Estadual.....	8
2. INFORMAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO E GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DA UNIDADE	9
2.1 Responsabilidades institucionais da unidade	9
2.2 Estratégia de atuação frente às responsabilidades institucionais	22
2.3 Execução das subações	27
2.3.1 Quadro Resumo da Execução Física das subações realizadas pela UJ.....	28
2.4 Desempenho Orçamentário/Financeiro	131
2.4.1 Programação Orçamentária da Despesa.....	131
2.4.1.1 Programação de Despesas Correntes	131
2.4.1.2 Programação de Despesas de Capital	131
2.4.1.3 Quadro Resumo da Programação de Despesas	132
2.4.1.4 Movimentação Orçamentária por Grupo de Despesa	133
2.4.2 Execução Orçamentária da Despesa	134
2.4.2.1 Execução Orçamentária de Créditos originários da UJ	134
2.4.2.2 Execução Orçamentária de Créditos Recebidos pela UJ por Movimentação.....	136
2.4.3 Indicadores Institucionais	139
3. INFORMAÇÕES SOBRE RECONHECIMENTO DE PASSIVOS POR INSUFICIÊNCIA DE CRÉDITOS OU RECURSOS	148
3.1 Reconhecimento de Passivos por Insuficiência de Créditos ou Recursos	148
4. INFORMAÇÕES SOBRE A MOVIMENTAÇÃO E OS SALDOS DE RESTOS A PAGAR DE EXERCÍCIOS ANTERIORES	148
4.1 Pagamentos e cancelamentos de Restos a Pagar de exercícios anteriores.....	148
5. INFORMAÇÕES SOBRE RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE	149
5.1 Composição do Quadro de Servidores Ativos	149
5.2 Composição do Quadro de Servidores Inativos e Pensionistas	151
Composição do Quadro de Estagiários	151
5.4 Quadro de custos de recursos humanos.....	152
5.5 Contratos de Prestação de serviços com locação de mão de obra	153
5.6 Indicadores Gerenciais sobre Recursos Humanos.....	155
6. INFORMAÇÕES SOBRE TRANSFERÊNCIAS	156

6.1 Transferências efetuadas no exercício	156
6.1.1 Relação dos instrumentos de transferência vigentes no exercício de 2010.....	156
6.1.2 Quantidade de instrumentos de transferências celebrados e valores repassados nos três últimos exercícios	156
6.1.3 Informações sobre o conjunto de instrumentos de transferências que vigerão no exercício de 2011 e seguintes	156
6.1.4 Informações sobre prestação de contas relativas aos convênios e contratos de repasse	157
6.1.5 Informações sobre a análise das prestações de contas de convênios e de contratos de repasse	158
7. REGISTRO ATUALIZADO NO SISTEMA SIASG E SICONV	159
8. DECLARAÇÃO DE BENS E RENDAS	160
9. INFORMAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS DE CONTROLE INTERNO DA UJ	161
9.1 Estrutura de controles internos da UJ	161
10. INFORMAÇÕES QUANTO À ADOÇÃO DE CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL	163
10.1 Gestão Ambiental e Licitações Sustentáveis	164
11. INFORMAÇÕES SOBRE GESTÃO DE PATRIMÔNIO IMOBILIÁRIO	165
11.1 Gestão de Bens Imóveis de Uso Especial	165
12. INFORMAÇÕES SOBRE GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFOMAÇÃO (TI)	165
13. UTILIZAÇÃO DE CARTÕES DE PAGAMENTO.....	166
14. INFORMAÇÕES SOBRE RENÚNCIA TRIBUTÁRIA	167
15. PROVIDÊNCIAS ADOTADAS PARA ATENDER AS DELIBERAÇÕES DO TCU.....	167
15.1 Deliberações do TCU atendidas no exercício	
15.2 Deliberações do TCU pendentes de atendimento ao final do exercício	
15.3 Recomendações do OCI atendidas no exercício	
15.4 Recomendações do OCI pendentes de atendimento ao final do exercício	
16. INFOMRAÇÕES CONTÁBEIS DA GESTÃO	170
17. INFORMAÇÕES SOBRE COMPOSIÇÃO ACIONÁRIA	171
18. INFORMAÇÕES SOBRE FUNDOS PARTIDÁRIOS	171
19. EVOLUÇÃO DOS FUNDOS CONSTITUCIONAIS	171
20. INDICADORES DE DESEMPENHO DO IFES	171

21. ANÁLISE DA SITUAÇÃO FINANCEIRA	171
22. REMUNERAÇÃO PAGA A ADMINISTRADORES DE EMPRESAS PÚBLICAS	171
23. CONTRATAÇÕES DE CONSULTORES NA MODALIDADE “PRODUTO”	171
24. INFORMAÇÕES A RESPEITO DA DESMOBILIZAÇÃO DE ATIVOS MOBILIÁRIOS	171
25. CONCLUSÃO	172

1. INFORMAÇÕES SOBRE A IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE JURISDICIONADA

1.1. Identificação da UJ – Relatório de Gestão Individual

Poder e Órgão de Vinculação			
Poder: Executivo			
Órgão de Vinculação: Fundação Nacional de Saúde		Código SIORG: 2207	
Identificação da Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa: Fundação Nacional de Saúde – Superintendência Estadual no RS			
Denominação abreviada: SUEST-RS			
Código SIORG:	Código LOA: 36211	Código SIAFI: 255021	
Situação: ativa			
Natureza Jurídica: Fundação			
Principal Atividade: Promoção de Programas de Saúde Federal			Código CNAE: 8412-4/00
Telefones/Fax de contato:	(051) 3215-7003	(051) 3215-7036	(051) 3215-7004
E-mail: corers@funasa.gov.br			
Página na Internet: http://www.funasa.gov.br			
Endereço Postal: Avenida Borges de Medeiros, nº 536. 11º andar, Centro, Cep 90.020-022, Porto Alegre/RS			
Normas relacionadas à Unidade Jurisdicionada			
Normas de criação e alteração da Unidade Jurisdicionada			
Instituída pela Lei nº 8.029 de 12 de abril de 1990, pelo Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, e em conformidade com o que dispõe o Decreto nº 4.727, de 09 de junho de 2003, publicado no Diário Oficial da União, do dia 10 de junho de 2003. Portaria nº 1.776 de 8 de setembro de 2003 que aprova o regimento interno da Funasa.			
Outras normas infralegais relacionadas à gestão e estrutura da Unidade Jurisdicionada			
Reestruturação pelo Decreto nº 7.335, de 19 de outubro de 2010, aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Carros em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, e dá outras providências.			

1.2. Qualificação da Superintendência Estadual

Qualificação da Superintendência Estadual:
Nome do Coordenador Regional: Gustavo de Mello
Nome da Assistente de Planejamento: Rosemary Manozzo
População do Estado: 10.582.887 (IBGE)
Nº de municípios abrangidos pela CORE-RS: 400
População Indígena do Estado: 19.066

A Coordenação Regional não possui Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) em sua estrutura, mas executa ações de Saúde Indígena, com as seguintes informações:
Nome dos Dseis a que pertence: Interior Sul e Litoral Sul
População Indígena abrangida pela CORE: 19.066
Número de Pólos-Base: 05
Numero de Casai: não possui
Número de aldeias: 105
Número de municípios com população indígena: 45
Etnias Indígenas: Kaingang, Guarani e Charrua

2. INFORMAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO E GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DA UNIDADE

2.1. Responsabilidades Institucionais da Unidade

A Fundação Nacional de Saúde – FUNASA , órgão executivo do Ministério da Saúde, tem como responsabilidade a promoção e proteção da saúde e como competências: prevenir e controlar doenças e outros agravos, assegurar a saúde dos povos indígenas e fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças.

Sua missão é:

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

A FUNASA atua com unidades descentralizadas - Coordenações Regionais – Core, em cada Estado. Essas Coordenações têm como competências regimentais: coordenar, supervisionar e desenvolver as atividades da FUNASA nas suas respectivas áreas de jurisdição.

A Coordenação Regional do Rio Grande do Sul possui a seguinte estrutura:

- Serviço de Recursos Humanos – SEREH
- Serviço de Administração – SEADM
- Serviço de Engenharia e Saúde Pública – SENSP
- Assessoria de Planejamento – ASPLAN
- Assessoria de Saúde Indígena - ASSAI

Ao Serviço de Recursos Humanos – SEREH cabe a Gestão de Recursos Humanos e ao Serviço de Administração – SEADM as atividades relativas das áreas de orçamento, finanças, contabilidade e recursos logísticos.

Cabe ao Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP atuar na implantação de ações de Saneamento voltadas para a promoção da saúde e para o controle e prevenção de doenças, estruturada em cinco eixos:

- Saneamento em Áreas Especiais – que envolve o abastecimento de água e solução adequada de esgotamento sanitário as populações indígenas e residentes em áreas remanescentes de quilombos.

- Saneamento em Áreas de Relevante Interesse Epidemiológico – que envolve ações de melhoria das condições de habitação na zona rural, na área endêmica da doença de Chagas.

- Saneamento em Municípios com população de até 50.000 mil habitantes – que envolve ações de abastecimento de água, esgotamento sanitário e saneamento domiciliar.

- Saneamento Rural – envolvendo ações de abastecimento de água e solução adequada dos dejetos em áreas rurais, em áreas especiais como quilombolas e assentamentos, reservas extrativistas e em localidades com população inferior a 2.500 habitantes.

- Ações Complementares de Saneamento – envolvendo ações de controle de qualidade da água para consumo humano.

Uma decisão que marcou qualitativamente o ano de 2010 no exercício da gestão das superintendências regionais trata dos novos procedimentos para celebração dos convênios. Estes foram descentralizados pela presidência devolvendo ou instituindo aquilo que definimos como dignidade institucional das regionais. Trata-se de bem informar aos municípios ao se ter de forma completa o ciclo de tramitação do processo de convenio e, desta forma, permitindo uma detalhada e qualificada informação para quem será beneficiado com políticas de Estado na área do saneamento ambiental.

A Assai está localizada na sede da CORE-RS e serve de apoio à saúde do índio, que vem referenciado da aldeia ou pólo base. Ela tem como função agendar os serviços especializados requeridos, dar suporte a exames e tratamentos especializados e viabilizar seu retorno à aldeia, em articulação contínua com o pólo base.

Os Pólos Base são unidades organizacionais da FUNASA e devem ser entendidos como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, reunindo um conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica e que está articulado com a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, para referência e contra-referência, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena. Na Coordenação Regional do Rio Grande do Sul os pólos base cobrem as áreas indígenas de todo o Estado. Aos Pólos Base cabe principalmente assegurar às comunidades indígenas a assistência integral a saúde, através do Plano de Trabalho estabelecido e descentralizado pelo DESAI - Departamento de Saúde Indígena da Presidência da FUNASA. Cada aldeia/comunidade conta com a atuação do Agente Indígena de Saúde - AIS com atividades vinculadas a uma

unidade de saúde. Nesse fluxo de organização dos serviços de saúde, as comunidades também contam com outra instância de atendimento, que são os Pólos-Base.

As unidades de saúde nas aldeias se constituem na primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência, neste último caso correspondendo a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município.

Os Pólos Base cobrem um conjunto de aldeias e estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde que contam com atuação de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), composta principalmente por Médico, Enfermeiro, Dentista e Auxiliar de Enfermagem.

A partir do processo de estruturação e implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Fundação Nacional de Saúde assumiu, no período de 1999 a 2010, a responsabilidade de operacionalização das ações de saúde para os povos indígenas, promovendo uma ampla e profunda estruturação institucional para dar conta de tamanho desafio.

No entanto, o exercício de 2010 foi notoriamente marcado por profundas mudanças institucionais nessa área, com a publicação do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, que cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e transfere a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, competência até então da Funasa, para o Ministério da Saúde.

Cabe a Funasa, no período de transição de 180 dias, assegurar todo o apoio administrativo necessário, para que não ocorra prejuízo das ações e dos serviços prestados aos povos indígenas.

NOVA MISSÃO

À FUNASA, entidade de promoção e proteção à saúde, compete:

I - fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças; e

II - formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental.

Saúde Indígena /RS (informações da Assai em 2010)

O Rio Grande do Sul conta com uma população de 19.783 índios, que representam 0,18% da população do Rio Grande do Sul e vivem em 162 aldeias e/ou acampamentos localizadas em 47 municípios do Estado. As etnias que compõem esta população são:

- Kaingang – 83,9%
- Guarani - 16%
- Charrua - 0,1%

Além destes, há varias famílias Kaingang vivendo em meio urbano, nos mais diversos municípios do Estado.

A renda da maioria das famílias é mínima, decorrente da venda de artesanato, excedente do plantio de subsistência, benefícios de aposentadoria, auxílio natalidade, trabalhos temporários e alguns empregos vinculados aos órgãos públicos: professor, funcionário do órgão indigenista ou da área da saúde, etc. Várias famílias são beneficiárias de programas sociais, como por exemplo: “Bolsa Família” e recebimento de cestas básicas.

O Rio Grande do Sul não conta com sede de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), mas faz parte de dois:

- DSEI Litoral Sul: com sede em Curitiba/PR, que abrange aldeias do Rio Grande do Sul até o Rio de Janeiro, com predominância de população da etnia Guarani e
- DSEI Interior Sul: com sede em Florianópolis/SC, que abrange aldeias do Rio Grande do Sul até São Paulo, com predominância de população da etnia Kaingang.

Como se tratam de “macro-distritos”, nos estados onde não há sede de DSEI (Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro) foram criadas Assessorias de Saúde Indígena (ASSAI), as quais são responsáveis por gerenciar e coordenar a atenção à saúde indígena em seu estado, como suporte às chefias dos DSEI.

Os dois DSEI que o Rio Grande do Sul faz parte têm convênio com a Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP) Associação Rondon Brasil para o desenvolvimento de ações complementares.

Cabe a ASSAI da CORE/RS, em conjunto com os gestores Estadual e municipais de saúde, promover a atenção integral à saúde da população indígena, de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Saúde Indígena, que prevê a implementação do Subsistema de Atenção à Saúde indígena, parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos

à saúde de maior magnitude e transcendência, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

O acesso a consultas e exames especializados, bem como o atendimento de média e alta complexidade em saúde para esta população acontece, em quase sua totalidade, na rede hierarquizada municipal, regional ou estadual. Quando o encaminhamento via SUS é demorado e o profissional que o solicitou considerar que a consulta ou exame especializado solicitado é de urgência, e que aguardar pelo agendamento pode trazer danos à integridade do paciente, ele encaminha solicitação com justificativa a ASSAI ou Pólo Base e, dependendo do caso, é paga consulta privada com recursos do convênio com a conveniada. Nenhuma internação hospitalar é paga, uma vez que todas são realizadas na rede pública ou conveniadas com o SUS.

A atenção básica à saúde é realizada de acordo com a realidade de cada grupo. Por exemplo, a população indígena que reside em meio urbano e de alguns acampamentos mais recentes é acompanhada na rede básica de saúde do município onde estão localizados, com apoio da ASSAI/FUNASA/CORE-RS. Este apoio se traduz, entre outras coisas, em planejamentos conjuntos com a gestão municipal e estadual, fornecimento de medicamentos, passagens e materiais médicos e odontológicos.

Para o acompanhamento à saúde da maior parte da população indígena do Estado, que vive em terras indígenas, foram implantadas equipes multidisciplinares de saúde indígena, que variam em sua composição de acordo com o tamanho, perfil epidemiológico e localização geográfica de cada grupo a ser acompanhado. Os grupos mais populosos contam com equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) composta, minimamente por médico, enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento (23 EMSI). Enquanto outros grupos contam com equipes com variadas composições, como por exemplo: enfermeiro, técnico de enfermagem e agente indígena de saúde (04 EMSI); somente técnico de enfermagem e agente indígena de saúde (09 EMSI). As EMSI que atuam no Estado estão adscritas a 05 Pólos Base.

Os profissionais que atuam nas EMSI no Rio Grande do Sul são contratados pelos municípios onde estão localizadas as Terras Indígenas, com apoio do Incentivo à Atenção Básica aos Povos Indígenas, o qual é gerenciado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que é repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Além disso, cada município que conta com EMSI completa (médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes indígenas de saúde) recebe um incentivo estadual de R\$ 4.500,00/mês. Este incentivo, criado em 2003 e que só existe

no Rio Grande do Sul, é fruto da parceria estreita de trabalho entre a CORE/RS e a Secretaria Estadual da Saúde, que entendem o Subsistema de Saúde Indígena como parte integrante do Sistema Único de Saúde.

A seleção dos profissionais da maioria das EMSI costumava ser feita por “Comissões de seleção, acompanhamento e demissão”, compostas por representante da CORE/RS, Secretaria Estadual de Saúde/RS, Secretaria Municipal de Saúde, FUNAI, Conselho Local de Saúde Indígena e Liderança Indígena. Estas comissões foram criadas com participação do Ministério Público Federal, a pedido da CORE/RS, e entre suas funções está tentar identificar entre os candidatos às vagas para as EMSI os de melhor perfil, bem como acompanhar seu desempenho e propor sua demissão caso não se adequem à função. O funcionamento das comissões ainda não é homogêneo, havendo algumas que funcionam melhor que outras. Durante o ano de 2010 vários municípios realizaram concurso ou seleção pública para suprimento destas vagas, por orientação do Tribunal de Contas.

Como em todo o SUS, há imensa dificuldade em conseguir e manter profissionais com qualificação para trabalhar na atenção básica. Um exemplo disto é a dificuldade em contratar médicos que se disponha a trabalhar em áreas indígenas e, mais ainda, a cumprir a carga horária de 40h/semana, o que é agravado pela dificuldade das gestões municipais em oferecerem salários mais atrativos para a interiorização de profissionais. Outra situação é que a maioria dos profissionais ainda enfatiza as ações assistenciais, em detrimento da promoção e proteção à saúde, mesmo quando capacitados para isto.

Conseqüentemente, existem EMSI que estão sem médico e a maior parte delas convive com as conseqüências da alta rotatividade de todas as categorias profissionais, o que dificulta a continuidade de trabalho junto às comunidades indígenas, compromete projetos de educação permanente e de implantação e implementação de programas de proteção e promoção da saúde.

Os valores do Incentivo à Atenção Básica aos Povos Indígenas não tiveram qualquer correção desde a implantação do Subsistema de Saúde Indígena, em 1999, enquanto os salários dos profissionais das EMSI precisam ser corrigidos. A maioria dos municípios que contam com população indígena no Estado é pequena e, conseqüentemente, sua receita também. No entanto, têm sido obrigados a alocar contrapartida cada vez maior para a contratação dos profissionais das EMSI.

Os DSEI que a CORE/RS faz parte têm convênio com a Associação Rondon Brasil. Por opção da CORE/RS, para o Rio Grande do Sul esta associação somente contrata profissionais para trabalhar na ASSAI e Pólos Base, no desempenho de funções técnicas de

supervisão e apoio às EMSI e em funções administrativas para suprir a carência de pessoal do quadro na CORE/RS. A exceção refere-se à contratação de um técnico em enfermagem e 4 agentes indígenas de saúde para suprir carências de pessoal enquanto não há uma decisão por parte do SESAI/MS para ampliação de quadro de profissionais através do Incentivo à Atenção Básica aos Povos Indígenas.

Além disto, esta OSCIP, conforme pactuação com as chefias dos DSEI e das ASSAI, também é responsável por:

- colaborar na organização e infra-estrutura das capacitações dos profissionais das EMSI;
- fornecer suplementação alimentar para crianças, gestantes e idosos em situação de risco nutricional;
- fornecer materiais médicos e odontológicos;
- garantir exames e consultas especializados na rede privada de saúde, quando os mesmos não se encontram disponíveis no SUS ou o acesso aos mesmos pode levar muito tempo e colocar a vida do paciente em risco;
- garantir a infra-estrutura necessária para a realização de capacitações e encontros do controle social;
- garantir o acesso a serviços funerários (ex: aquisição de urna funerária e traslado).

A ASSAI da CORE/RS supervisiona a execução do convênio de forma contínua, não havendo momentos específicos para esta tarefa.

Para o ano de 2010, a ASSAI da CORE/RS, com base nos Planos Distritais de Saúde dos DSEI Litoral Sul e Interior Sul, que são construídos a partir de dados epidemiológicos e de necessidades levantadas em conjunto com o controle social, priorizou as ações a serem desenvolvidas.

Algumas foram desenvolvidas com pleno sucesso e outras terão que ser replanejadas, como pode ser observado nas informações que seguem.

Serviço de Saneamento em Áreas Indígenas – (informações do Sensp)

O Serviço de Saneamento em Áreas Indígenas têm um caráter básico nas atividades sanitárias e na melhoria da qualidade de vida dessas comunidades. Utilizando os dados de morbimortalidade demonstram-se as inadequações das condições sanitárias nas áreas indígenas, necessitando de ações de saneamento direcionadas pelos critérios epidemiológicos, sanitários, ambiental e sócio - culturais. As doenças recorrentes nas aldeias podem ser prevenidas através da adoção de serviços de saneamento, e incorporação de hábitos de higiene, ou seja, implantação de sistemas de abastecimento de água potável e destinação adequada dos dejetos e dos resíduos sólidos (lixo).

Atualmente 72 aldeias indígenas são abastecidas por 49 sistemas de abastecimento de água, sendo 68 aldeias atendidas pela FUNASA, 01 aldeia atendida pelo Departamento Municipal de Água e Esgotos –DMAE /Porto Alegre e 03 aldeias são atendidas pela Companhia Riograndense de Saneamento – CORSAN o que equivale a 90% de aldeias indígenas com água tratada. No que diz respeito aos Acampamentos Indígenas – áreas que aguardam o reconhecimento por parte da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, estes são abastecimentos por caminhão pipa, DMAE, CORSAN, SAMAE.

A confecção de utensílios e artesanato faz parte do cotidiano das comunidades indígenas. Muito do que é produzido é trocado ou vendido na beira da estrada, nas cidades e na época de veraneio, no litoral.

O equilíbrio ambiental do entorno nas terras indígenas é um fator de extrema importância, pois a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, tem afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compunham a alimentação tradicional das aldeias. No entanto, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

Boa parte da demanda de assistência à saúde decorre das condições da água e da disponibilidade de alimento adequado por parte das comunidades indígenas, o que requer investimentos preventivos e articulação interinstitucional para sua solução.

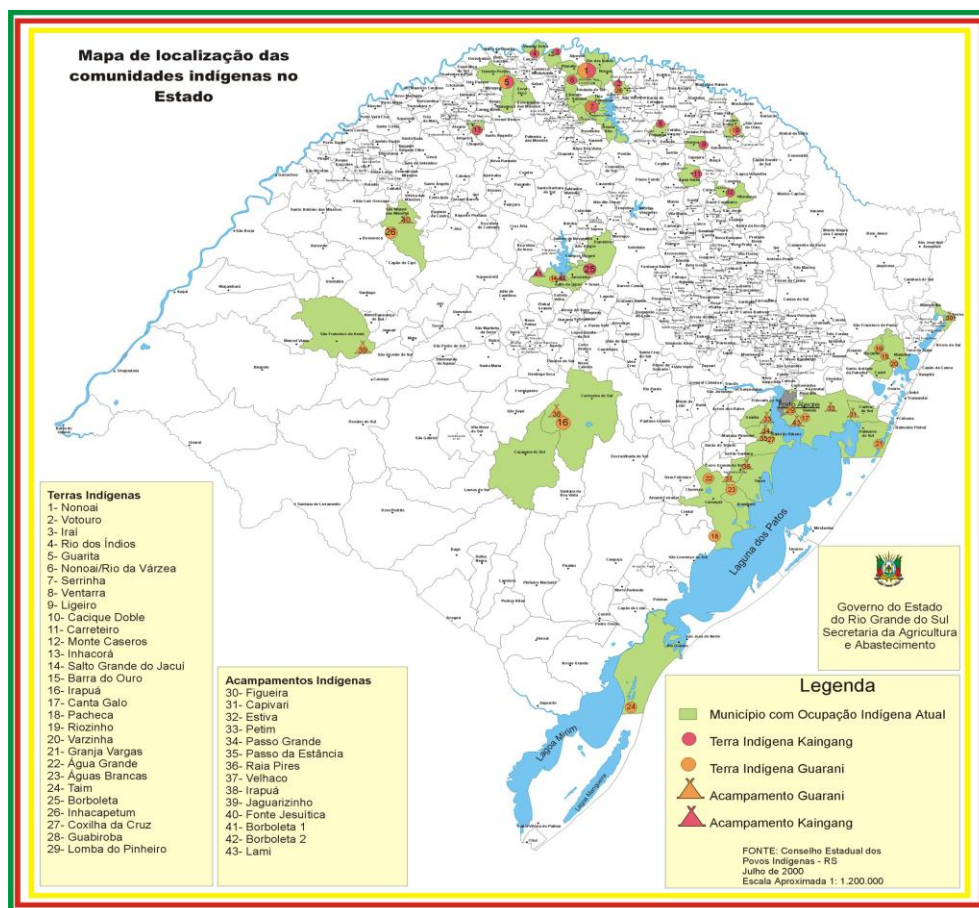


Figura 01 – Mapa de localização das Aldeias Indígenas no Estado do Rio Grande do Sul.

Abaixo a lista da composição da equipe de profissionais da área técnica, responsáveis pelas atividades desenvolvidas pelo Serviço de Saneamento em áreas indígenas do Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP, da CORE-RS.

O Engenheiro desenvolve atividades de elaboração de projetos, avaliação de processos, fiscalização de obras, com relação a todas as Aldeias Indígenas do Estado do RS, bem como coordenação da equipe técnica, consultores e colaboradores com os quais possa, eventualmente, contar.

Os Supervisores e/ou Agentes de Saúde Pública desenvolvem atividades junto às aldeias, com realização de visitas periódicas que objetivam orientar a comunidade quanto ao seu bem estar, bem como respondendo a chamados frente a problemas, para detecção, providências e respectivas soluções.

O Agente Administrativo desenvolve atividades de organização e sistematização de documentos, atendimento das demandas por telefone, dos Agentes Indígenas de Saneamento- AISAN, bem como controle e encaminhamento de processos pertinentes ao Setor em consonância com o Serviço de Apoio do SENSP.

Durante o ano de 2010, considerando os convênios existentes desde 2001 até 2010, totalizam 159 municípios. Deste total de convênios, 36 municípios fazem parte do Programa de Melhoria Habitacional para o Controle da Doença de Chagas (MHCDC) e 123 municípios são integrantes do Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD), conforme indicado na tabela 1.

**NÚMERO DE CONVÊNIOS POR PROGRAMAS DE MHCDC E MSD
2001 até 2010**

ANO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS ATENDIDOS		
	MHCDC	MSD	TOTAL
2001	02		02
2003	01	10	11
2004	03	14	17
2005	01	24	25
2006	03	34	37
2007	08	18	26
2008	14	17	31
2009	02	03	05
2010	02	03	05
TOTAL GERAL	36	123	159

Tabela 1 – Convênios por Programa . Fonte: FUNASA/ SUEST/RS

Planilha contendo a relação dos municípios e situação dos processos/projetos dos convênios de MSD e MHC

ANEXO I

Situação Processos MSD MHC 2010

SEQ.	MUNICÍPIO	AÇÃO	ANO	PROJETOS APROVADOS	OFICINAS	VISITAS TÉCNICAS REALIZADAS				SITUAÇÃO DAS OBRAS					
						APOIO TÉCNICO PRELIMINAR	ACOMPANHAMENTO OBRAS PAC	ACOMPANHAMENTO OBRAS ANOS ANTERIORES	NAO	INICIADA EM	EXECUÇÃO	PERCENTUAL EXECUTADO	PARALISADA	CONCLUÍDA	CANCELADA
1	Dom Feliciano	MSD	2010									0%			
2	Fontoura Xavier	MSD	2010									0%			
3	Lageado do Bugre	MSD	2010									0%			
4	Três de Maio	MHCDC	2010									0%			
5	São José do Inhacorá	MHCDC	2010	X								0%			
6	Novo Machado	MSD	2009	X								0%			
7	Sagrada Família	MSD	2009	X					X			0%			
8	Sete de Setembro	MSD	2009	X								0%			
9	Encruzilhada Do Sul	MHCD	2009			x						0%			
10	Santo Augusto	MHCD	2009			x						0%			
11	Formigueiro	MSD	2008	x					x			0%			
12	Erechim	MSD	2008			x						0%			
13	Dom Pedro De Alcantara	MSD	2008				x		x			0%			
14	Mucum	MSD	2008				x					0%			
15	Sinimbu	MSD	2008	x			x	x				40%			
16	Monte Alegre Dos Campo	MSD	2008	x			x	x				14%			
17	Alto Alegre	MSD	2008	x				x		x		75%			
18	Vera Cruz	MSD	2008	x				x		x		32%			
19	Muliterno	MSD	2008	x			x	x				62%			
20	Braga	MSD	2008	x				x		x		32%			
21	Chui	MSD	2008	x		x	x		x			0%			
22	Mostardas	MSD	2008	x			x					0%			
23	Arroio Do Padre	MSD	2008	x			x	x		x		17%			
24	Fortaleza Dos Valos	MSD	2008	x				x		x		10%			
25	Cruz Alta	MSD	2008	x		x	x					0%			
26	Redentora	MSD	2008	x		x	x					0%			
27	São Luiz Gonzaga	MSD	2008					x				0%			
28	Ajuricaba	MHCDC	2008	x		x	x					0%			
29	Alecrim	MHCDC	2008	x		x	x	x				15%			
30	Alegria	MHCDC	2008	x		x	x					20%			
31	Campina Das Missões	MHCDC	2008	x		x	x					0%			
32	Catuípe	MHCDC	2008	x		x	x					0%			
33	Coronel Barros	MHCDC	2008	x		x	x	x				0%			
34	Crissiumal	MHCDC	2008			x	x					0%			
35	Dezesseis De Novembro	MHCDC	2008	x		x	x					0%			
36	Doutor Mauricio Cardoso	MHCDC	2008	x		x	x	x				0%			
37	Girua	MHCDC	2008			x	x					0%			
38	Horizontina	MHCDC	2008			x	x					0%			
39	Independencia	MHCDC	2008	x		x	x	x				56%			
40	Santo Cristo	MHCDC	2008	x		x	x	x				0%			
41	Tucunduva	MHCDC	2008	x		x	x	x				19%			
42	Cacique Doble	MSD	2007	x		x	x	x				35%			
43	Caicara	MSD	2007	x				x		x		36%			
44	Charrua	MSD	2007	x								0%			
45	Fontoura Xavier	MSD	2007	x	x			x		x		67%			
46	Sananduva	MSD	2007	x				x				26%			
47	Sao Jose Do Norte	MSD	2007	x					x			1%			
48	Vanini	MSD	2007	x		x			x						
49	Capivari Do Sul	MSD	2007	x					x			0%			
50	Entre-Ijuis	MSD	2007	x								16%			
51	Palmeira Das Missoes	MSD	2007			x	x								
52	Sao Francisco De Paula	MSD	2007	x				x				0%			
53	Vila Nova Do Sul	MSD	2007	x								0%			
54	Butia	MSD	2007	x								0%			
55	Sao Nicolau	MSD	2007	x								0%			
56	Ubiretama	MSD	2007	x								44%			

57	Cerro Largo	MSD	2007	x								16%			
58	Tenente Portela	MSD	2007	x				x				70%			
59	Constantina	MSD	2007	x				x			x	62%			
60	Candido Godoi	MHCDC	2007	x				x				17%			
61	Guarani Das Missões	MHCDC	2007	x	x							20%			
62	Novo Machado	MHCDC	2007	x	x			x			x	26%			
63	Boa Vista Do Burica	MHCDC	2007	x	x			x				22%			
64	Chiapeta	MHCDC	2007	x	x			x			x	23%			
65	Mato Queimado	MHCDC	2007	x		x		x				0%			
66	Nova Candelaria	MHCDC	2007	x	x	x	x	x				20%			
67	Vitória Das Missões	MHCDC	2007	x				x				20%			
68	Alegrete	MSD	2006	x					x		x	10%			
69	Ararica	MSD	2006	x				x	x			63%			
70	Barra Do Quarai	MSD	2006	x					x			100%		x	
71	Barra Do Ribeiro	MSD	2006	x					x			50%	x		
72	Brochier	MSD	2006	x					x			100%			
73	Candelária	MSD	2006	x					x			100%		x	
74	Crissiumal	MSD	2006	x				x	x			12%			
75	Cristal Do Sul	MSD	2006	x					x		x	66%			
76	Faxinalzinho	MSD	2006	x					x		x	97%			
77	Guarani Das Missões	MSD	2006	x				x	x		x	37%			
78	Horizontina	MSD	2006	x					x		x	91%			
79	Lagoa Bonita Do Sul	MSD	2006	x				x	x		x	35%			
80	Lajeado Do Bugre	MSD	2006	x											
81	Miraguaí	MSD	2006	x		x			x			100%			
82	Nonoai	MSD	2006	x					x		X	82%			
83	Novo Xingu	MSD	2006	x		x			x		X	89%			
84	Pantano Grande	MSD	2006	x							X	0%			
85	Passo Do Sobrado	MSD	2006	x					x			100%			
86	Pejuçara	MSD	2006	x					x			100%			
87	Pinhal	MSD	2006	x								100%			
88	Portão	MSD	2006	x											x
89	Porto Vera Cruz	MSD	2006	x					x	x		79%			
90	Rolante	MSD	2006	x						x	X	0%			
91	Ronda Alta	MSD	2006	x					x			100%			
92	Rosário Do Sul	MSD	2006	x								0%			x
93	Santa Vitória Do Palmar	MSD	2006	x						x		86%			
94	São Nicolau	MSD	2006	x						x		100%			
95	São Pedro Das Missões	MSD	2006	x								0%			
96	São Pedro Do Butiá	MSD	2006	x					x	x		100%			
97	São Valentim	MSD	2006	x											x
98	Segredo	MSD	2006	x						x		69%			
99	Sobradinho	MSD	2006	x					x	x		0%			
100	Tapes	MSD	2006	x		x				x		0%			
101	Vista Alegre	MSD	2006	x								0%			
102	Barra Do Quarai	MHCDC	2006	x						x		80%			
103	Doutor Mauricio Cardoso	MHCDC	2006	x						x		72%			
104	Santa Barbara	MHCDC	2006	x								100%		X	
105	Ametista Do Sul	MSD	2005	x					x	x		100%			
106	Barra Do Quarai	MSD	2005	x						x	X	78%			
107	Barra Funda	MSD	2005	x						x		84%		x	
108	Cacique Doble	MSD	2005	x						x	x	45%			
109	Caibaté	MSD	2005	x						x	x	X	95%		x
110	Campestre Da Serra	MSD	2005	x						x	x	X	100%		
111	Centenário	MSD	2005	x							x	100%			x
112	Cerro Largo	MSD	2005	x						x	x	X	100%		
113	Chapada	MSD	2005	x							x	75%			
114	Constantina	MSD	2005	x							x	100%			
115	Ibarama	MSD	2005	x						x	x	77%			
116	Itatiba Do Sul	MSD	2005	x							x	99%			
117	Itatiba Do Sul	MSD	2005	x							x	90%			
118	Maratá	MSD	2005	x							x	100%			
119	Mato Leitao	MSD	2005	x								100%			x
120	Parobé	MSD	2005	x						x	x	X	61%		
121	Paverama	MSD	2005	x							x	X	66%		
122	Rodeio Bonito	MSD	2005	x								85%			
123	Ronda Alta	MSD	2005	x							x	48%			
124	Rondinha	MSD	2005	x								100%			x
125	São Francisco De Assis	MSD	2005	x							x	96%			
126	São João Da Urtiga	MSD	2005	x							x	50%			
127	São José Do Herval	MSD	2005	x							x	90%			
128	São Miguel Das Missões	MSD	2005	x							x	100%			
129	Encruzilhada Do Sul	MHCDC	2005	x							x	99%			
130	Boa Vista Do Buricá	MHCDC	2004	x							x	84%			
131	Guarani Das Missões	MHCDC	2004	x								100%			

132	Nova Candelária	MHCDC	2004	x					x			100%		X	
133	Alegrete	MSD	2004	x				x	x			45%			
134	Bagé	MSD	2004	x					x			78%			
135	Bossoroca	MSD	2004	x				x	x			72%			
136	Campo Novo	MSD	2004	x								100%			
137	Candelária	MSD	2004	x					x			100%			
138	Farroupilha	MSD	2004	x								100%			
139	Jaguari	MSD	2004	x				x	x			100%			
140	Lagoa Vermelha	MSD	2004	x					x		X	28%			
141	Mata	MSD	2004	x					x			94%			
142	Restinga Seca	MSD	2004	x				x	x			81%			
143	São Borja	MSD	2004	x				x	x			90%			
144	São José Dos Ausentes	MSD	2004	x				x	x			56%			
145	Segredo	MSD	2004	x					x			100%		x	
146	Unistalda	MSD	2004	x				x	x			100%			
147	Gramado Dos Loureiros	MSD	2003	x					x						
148	Iraí	MSD	2003	x				x	x			0%			
149	Pedras Altas	MSD	2003	x					x			68%			
150	Pinheiro Machado	MSD	2003	x					x			85%			
151	Sananduva	MSD	2003	x								100%			
152	Santa Bárbara Do Sul	MSD	2003	x					x			100%			
153	Santana Do Livramento	MSD	2003	x								0%			x
154	São José Do Herval	MSD	2003	x					x			100%			
155	São Pedro Das Missões	MSD	2003	x								100%			
156	Tenente Portela	MSD	2003	x					x			100%			
157	Independência	MHCDC	2003	x					x			100%		X	
158	Ajuricaba	MHCDC	2001	x					x			100%		X	
159	Alegria	MHCDC	2001	x					x			97%		X	
	TOTAL			145	6	0	0	60	0	8	27		1	13	4

2.2. Estratégia de atuação da unidade na execução das políticas

Públicas e/ou frente às responsabilidades institucionais:

O ano de 2010 foi marcado por um novo ciclo de planejamento com as metas estabelecidas e pactuadas pelo PPA - Plano Plurianual 2008/2011. O Plano Operacional da Coordenação Regional do Rio Grande do Sul contempla os Programas do Plano Operacional da Presidência e este é formatado considerando a realidade e necessidades atendidas no âmbito do Estado.

Através de um trabalho de monitoramento é possível identificar dificuldades, resultados e avanços na execução das metas.

Na área de Saneamento Ambiental, especificamente no ano de 2010 nos serviços que envolvem os sistemas de Abastecimento de Água, Esgotamento Sanitário, Melhorias Sanitárias Domiciliares e Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas, a Coordenação do Rio Grande do Sul desenvolveu ações em municípios de até 50.000 mil habitantes, totalizando, no Estado, aproximadamente 400 municípios.

Cabe ressaltar, que as ações de Saneamento Ambiental, exceto no atendimento as áreas indígenas, são desenvolvidas de forma descentralizada, isto é, através de Convênios e de Cooperação Técnica.

A Coordenação Regional do Rio Grande do Sul, na área de Saúde Indígena, através da ASSAI atende a uma população de 19.066 índios, pertencentes a 03 etnias (Guarani, Kaingang e Charrua), distribuídos em 105 aldeias e 23 acampamentos.

No Rio Grande do Sul, são 05 Pólos-Base, que cobrem um conjunto de 105 aldeias. Estes estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde e contam com a atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, composta principalmente por Médico, Enfermeiro, Dentista e Auxiliar de Enfermagem.

A FUNASA conta com a parceria de uma Organização Não Governamental na execução das ações de promoção e proteção da saúde dos povos indígenas. As parcerias são realizadas através da celebração de convênio e na Coordenação Regional do Rio Grande do Sul a instituição atuante é a Associação Rondon Brasil.

Considerando os desafios apresentados no cumprimento das responsabilidades da nossa Coordenação Regional, ressalta-se o grande problema enfrentado com a deficiência de pessoal, comparado com a abrangência da população atendida, bem como a extensão territorial do Estado do Rio Grande do Sul.

CORE-RS debate PAC e Saneamento com as comunidades gaúchas

A Coordenação Regional da FUNASA no Rio Grande do Sul adotou como uma de suas prioridades de atuação, em 2010, colocar a instituição em contato direto com autoridades municipais, entidades comunitárias e associações e população em geral, através de seminários, encontros públicos e audiências públicas, promovidos em conjunto com prefeituras e câmaras municipais. O anúncio de recursos para obras ou início das licitações tem sido em eventos públicos, dando total publicidade à população dos investimentos que estão sendo realizados.

Nestes encontros, com uma programação de debates e palestras, o PAC-FUNASA sempre é tema e objeto de muitos pedidos de esclarecimentos. Além disso, tem sido dada muita atenção aos temas da Lei 11.445/2007 – a Lei do Saneamento Básico, quase totalmente desconhecida dos gestores municipais, e ao incentivo da criação de Consórcios Públicos.

A receptividade é sempre excelente, com auditórios lotados, a demonstrar que as deficiências do saneamento em nosso Estado não fogem à realidade nacional, são muito grandes, e um anseio muito forte da população gaúcha. Com estes encontros aproximamos a FUNASA dos gestores e da população. Provocamos um debate que se intensificou, a ponto de não darmos mais conta de tantos convites para a realização de eventos desta natureza.

Cabe acrescentar que nestas iniciativas tivemos as importantes parcerias da ASSEMAE, Instituto de Pesquisas Hidráulicas/UFRGS, UFPEL, ABES, Departamento Municipal de Água e Esgotos de Porto Alegre (DMAE), Departamento de Água e Esgotos de Bagé (DAEB), Comitê Prosinos (consórcio), CORSAN, Sindiágua (servidores da Corsan), além da vinda, a nosso convite, de representantes de municípios como Orleans (SC) e Penápolis (SP), que relataram suas experiências.

Igualmente fundamental tem sido o apoio do DENSP/FUNASA/Brasília, com a vinda freqüente ao Estado de técnicos que vem enriquecer e abrilhantar os debates.

Eventos realizados pela Funasa em 2010.

A percepção de que os serviços de saneamento são essenciais para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças não é mais privilégio de sanitaristas, dos meios acadêmicos e do governo. Hoje, a maior parte da sociedade civil organizada tem consciência que “a má qualidade ou inexistência de redes de água e esgotos são os principais fatores de risco à saúde” e a falta de saneamento é identificada como uma das principais preocupações da população brasileira em relação à saúde.

É de fundamental importância uma ativa participação do setor saúde, envolvendo todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), nos processos de discussão, formulação e implementação das políticas de saneamento, meio ambiente e de recursos hídricos. Neste sentido, já existe um aparato legal e constitucional, o qual define diversas atribuições e responsabilidades para o Sistema Único de Saúde em relação a tais políticas.

Com a regulamentação da Lei do Saneamento (Lei 11.445/2007), que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico, os municípios terão a oportunidade de definir todos os investimentos no setor, por meio do seu Plano Municipal de Saneamento, que se tornou um poderoso instrumento de planejamento, promoção da qualidade de vida e de um ambiente saudável.

Compete à FUNASA, fomentar e prestar apoio técnico aos órgãos governamentais e não governamentais na estruturação, planejamento e execução das ações e serviços de saneamento e edificações em todos os municípios e em áreas indígenas; identificar soluções alternativas de saneamento básico, adequadas à realidade local; analisar tecnicamente a execução dos projetos de engenharia relacionados aos programas de saneamento; coordenar e supervisionar a execução de projetos relacionados aos programas de saneamento, manutenção e operação dos sistemas implantados.

Portanto, a **FUNASA**, está presente na maioria dos municípios e em áreas de grande interesse social, implantando ações de “Saneamento Ambiental”, utilizando os recursos oriundos do Orçamento Geral da União.

AUDIÊNCIAS PÚBLICAS, SEMINÁRIOS, OFICINAS

Audiência pública
em Mostardas,
promovida pela
FUNASA e
Prefeitura



Em parceria com as prefeituras, associações de municípios e universidades, a Coordenação Regional realizou audiências públicas, seminários e oficinas para debater o tema do saneamento com prefeitos, secretários, técnicos de diversas áreas, vereadores, lideranças comunitárias e a população em geral, sempre com auditórios lotados. Mereceram destaque os temas da nova Lei do Saneamento (Lei 11.445 de 05 de Janeiro de 2007), os Planos Municipais de Saneamento Básico (PMSB) e os Resíduos Sólidos.

Foram parceiros importantes para o sucesso dos eventos a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do Instituto de Pesquisas Hidráulicas (UFRGS/IPH), Universidade de Rio Grande (FURG), Universidade de São Paulo, através da Faculdade de Saúde (USP), Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (ASSEMAE), Companhia Riograndense de Saneamento (CORSANn), SINDIÁGUA, Associação dos Serviços Municipais de Água e Esgotos de Orleans (ASSEMAE/SC), Departamento Autônomo de Água e Esgotos de Penápolis (DAEP/SP), Departamento de Água e Esgotos de Bagé (RS), Comitê Sinos, e Associação Brasileira de Engenharia Sanitária Ambiental (ABES).

Os encontros, desde 2008, aconteceram nos municípios de Pelotas (2x), São Lourenço do Sul (2x), Fontoura Xavier (3x), Caçapava do Sul, Mostardas, Venâncio Aires, Lagoa Vermelha, Tenente Portela, Bom Retiro do Sul, Planalto, Vacaria, São Vicente do

Sul, São José do Norte, Rio Pardo, Santa Vitória do Palmar, Palmeira das Missões, Rio Grande, Chuí, Marau, Mormaço, Garibaldi, Formigueiro, Braga, Trindade do Sul, Balneário Pinhal (2x) e Tio Hugo (2x).



Seminário sobre saneamento em Venâncio Aires

2.3 Execução das subações:

Programas e Ações sob a responsabilidade da Unidade:

0150 – Proteção e Promoção dos Povos Indígenas

0122 – Serviços Urbanos de Água e Esgoto

1287 – Saneamento Rural

8007 – Resíduos Sólidos e Urbanos

0016 – Gestão da Política Pública de Saúde

0750 – Apoio Administrativo

2.3.1. Quadro Resumo da Execução Física das subações realizadas pela UJ

Programa 0150 – Proteção e Promoção dos Povos Indígenas

2.3.1.1 Dados Gerais

Tipo de programa	Finalístico
Objetivo geral	Reorganizar e fortalecer o sistema nacional de política indigenista
Objetivos específicos:	Garantir aos povos indígenas a manutenção ou recuperação das suas condições objetivas de reprodução de seus modos de vida e proporcionar-lhes oportunidades de superação das assimetrias observadas em relação à sociedade brasileira em geral.
Gerente do programa no RS	Gustavo de Mello
Responsável pelo programa no RS:	Jair Pereira Martins
Público-alvo (beneficiários)	Sociedades Indígenas

2.3.1.2 Principais Ações do Programa

Ação 2272 – Gestão e Administração do Programa

Subação – Fortalecimento da Gestão de Atenção à Saúde Indígena

Ação 6140 – Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas

Subação – Implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional nas áreas indígenas

Ação 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Subação - Capacitação de Profissionais e Controle Social na área da Saúde Indígena

Subação - Promoção da Educação em Saúde dos Povos Indígenas

Subação - Implementação de Ações de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança indígena

Subação – Implantação das Ações de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis-DANT

Subação - Implantação da Política de Assistência Farmacêutica - Subsistema de Saúde Indígena

Subação – Implementação da Vigilância Ambiental/Fatores biológicos em área indígena

Subação - Implementação de Ações de Atenção à Saúde Bucal para a População Indígena

Subação – Implementação das Ações de Controle das DST/AIDS nas Áreas Indígenas

Subação - Implementação das Ações de Controle da Tuberculose nas Áreas Indígenas

Subação - Implementação das Ações de Imunizações nas Adeias

Subação – Fortalecimento do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena -SIASI

2.3.1.3 Gestão das Ações

Ação: 2272 Gestão e Administração	Gestão e Administração do Programa
Tipo da Ação	Atividade
Subação	Fortalecimento da Gestão de Atenção à Saúde Indígena
Finalidade	Constituir um centro de custos administrativos dos programas, agregando as despesas que não são passíveis de apropriação em ações finalísticas do próprio programa.
Descrição	<p>Realizar reuniões que promovam e implantem mecanismos de gestão participativa</p> <p>Pactuar e implantar, junto aos municípios as diretrizes da Portaria nº. 2656/07-GM/MS, prevendo ações de incentivo e Atenção Básica e especializa</p> <p>Desenvolver ações que fomentem a participação das EMSI e comunidades na gestão da aos Povos Indígenas.</p> <p>Organizar com os gestores municipais reuniões para esclarecimentos da portaria e encaminhamentos de competências previstas</p>
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Assai/RS

Ação: 6140 - Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas

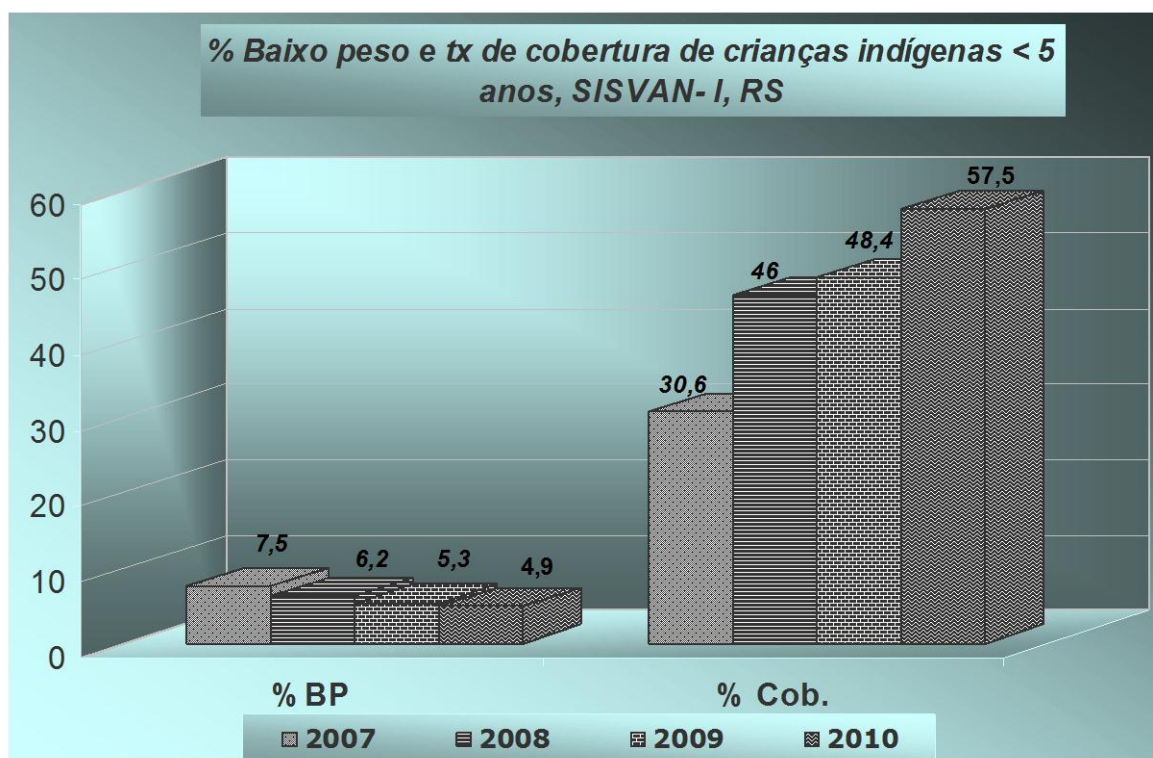
Tipo de Ação	Atividade
Subação:	Implementação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional nas Áreas Indígenas
Finalidade	Combater a desnutrição na população indígena
Descrição	Alcançar a cobertura de acompanhamento do estado nutricional em 60% das crianças menores de 5 anos nas aldeias do estado. Alcançar a cobertura de acompanhamento do estado nutricional em 95% das gestantes nas aldeias do estado.
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional nas Áreas Indígenas					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Alcançar a cobertura de acompanhamento do estado nutricional em pelo menos 95% das gestantes nas aldeias do Estado	95% das gestantes com acompanhamento do estado nutricional	%	95%	88,9%	93,6%
Alcançar a cobertura de acompanhamento do estado nutricional em pelo menos 60% das crianças menores de 5 anos nas aldeias do Estado	60% dos menores de 5 anos com estado nutricional acompanhado	%	60%	57,5%	95,8%

Resultado:

Vigilância Alimentar e Nutricional

A implantação do SISVAN-I nas áreas indígenas do estado do Rio Grande do Sul teve início no segundo semestre de 2007, a partir da sensibilização e capacitação de todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem das equipes multidisciplinares de saúde indígena em Vigilância Alimentar e Nutricional, padronização da técnica de antropometria, manutenção e reposição de equipamentos, estabelecimento de fluxo dos dados, monitoramento das ações e revisão e contra-referência dos dados recebidos das áreas indígenas. O gráfico abaixo demonstra a evolução da taxa média de cobertura de acompanhamento do estado nutricional das crianças menores de cinco anos e redução dos índices de baixo peso para idade entre estas no mesmo período.



A organização deste sistema no âmbito da atenção à saúde indígena na CORE/RS vem sendo uma das ações prioritárias, visando maior qualidade e confiabilidade dos dados e incremento das taxas de cobertura de monitoramento mensal, tendo em vista a importância do diagnóstico da situação alimentar e nutricional das crianças menores de cinco anos e gestantes como ferramenta importante na definição de estratégias de recuperação e prevenção dos agravos nutricionais.

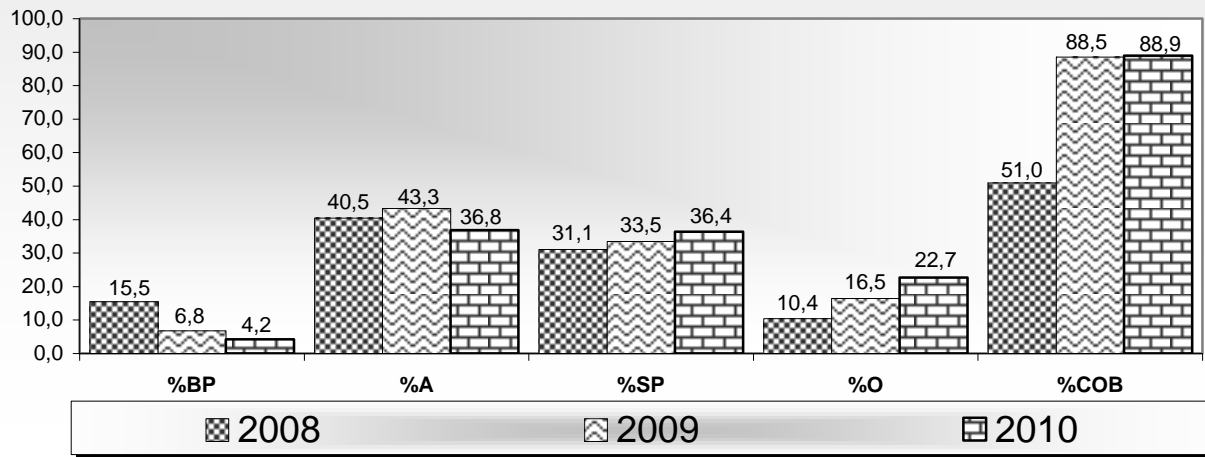
Ao analisarmos os dados de 2010, as taxas de cobertura de acompanhamento das crianças menores de cinco anos apresentaram constante crescimento, que de 39,9% no mês de janeiro evoluiu para 59,1% em junho, fechando o primeiro semestre do ano com uma média de 48,7% e de julho a novembro uma média de 68%, atingindo índices acima de 75% em alguns meses. Esclarecendo que os dados referentes a dezembro não foram aqui incluídos, pois estão em revisão para serem consolidados.

Apesar do evidente incremento, considerando o período de janeiro até novembro de 2010, a média da cobertura de acompanhamento do estado nutricional das crianças menores de cinco anos foi de 57,5%, ficando 2,5% abaixo da meta esperada para o ano. A migração de muitas famílias para locais turísticos para a venda de artesanato em determinados períodos do ano, a existência de comunidades acampadas, cuja atenção à saúde é desenvolvida pelos sistemas municipais de saúde, prejudicando a informação de dados e a intensa rotatividade dos profissionais das EMSI são fatores que dificultam significativamente a cobertura do SISVAN-I. Importante ressaltar também, que um pólo base do Distrito Litoral Sul esta sem contratação de EMSI, situação que esta impactando de forma negativa na cobertura de acompanhamento tanto das crianças quanto das gestantes.

Em relação ao acompanhamento das gestantes, houve um incremento significativo na taxa de cobertura, que em 2007 foi de 24,9%, 51% em 2008 e a partir de 2009 manteve-se acima de 80%.

Este avanço na cobertura foi notório desde que se usou como estratégia incluir nas planilhas dos relatórios de saúde da mulher os dados do SISVAN-I referentes às gestantes, o que possibilita monitorar de forma integral a situação de saúde e evolução do pré-natal. Outro aspecto importante na qualificação do acompanhamento dos dados foi, no ano de 2010, a construção do banco de dados das gestantes, que qualifica a consolidação das informações. Para 2011 será possível realizar o cruzamento de dados, principalmente quanto ao estado nutricional das gestantes com faixa etária das mesmas, idade gestacional do parto, peso ao nascer das crianças e prematuridade, de forma a subsidiar o planejamento de ações na atenção à saúde materno infantil.

CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL E TX DE COBERTURA DE GESTANTES INDÍGENAS, SISVAN-I 2008 a 2010, RS



BP – baixo peso A – peso adequado SP – sobrepeso O – obesa COB – cobertura

A implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro para prevenção da anemia ferropriva na população materno infantil, o incentivo e promoção ao aleitamento materno e a normatização de critérios para o fornecimento de fórmulas lácteas para crianças com déficits nutricionais, assim como a interlocução do SISVAN Indígena nas ações da Atenção à Saúde da Criança e da Mulher também contribuem na qualidade da assistência, com impacto positivo na morbimortalidade e na melhora dos indicadores nutricionais e de saúde da população indígena.

Ação: 8743 - Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Atividade
Subação	Capacitação de Profissionais das áreas indígenas
Finalidade	Através das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e os Agentes de Saúde Indígenas (AIS) receber cursos e treinamentos práticos voltados para a implantação dos diversos programas de saúde.
Descrição	Promover a participação em eventos de capacitação de profissionais que atuam na saúde indígena Realizar pelo menos 2 reuniões de Conselho Local de Saúde Indígena Realizar pelo menos 2 reuniões de Conselho Distrital de Saúde Indígena
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI-RS

Identificação da subação					
Denominação: Capacitação de Profissionais e Controle Social na Área da Saúde Indígena					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Promover a participação em eventos de capacitação de profissionais que atuam na saúde indígena	profissionais capacitados	unidade	180	0	0
Realizar pelo menos 2 reuniões de Conselho Distrital de Saúde Indígena	reunião de Conselho Distrital realizada	unidade	4	7	175%
Realizar pelo menos 2 reuniões de Conselho Local de Saúde Indígena	reunião de Conselho Local realizada	unidade	2	6	300%

Resultado:

Capacitação de Profissionais

Durante o ano de 2010 não foi possível realizar qualquer capacitação para os profissionais da saúde indígena no Estado. Entre as capacitações previstas estavam a de “Sala de Vacina” e “Introductorio para os Agentes Indígenas de Saúde”, que serão realizadas em 2011.

Controle Social

A participação indígena na construção e fiscalização das políticas públicas ainda tem sido um desafio para as populações. Quando tratamos do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, da realidade local e das especificidades culturais desta população, percebemos que o desafio de estimular a participação comunitária ainda é maior, dadas as diferentes trajetórias que cada comunidade tem percorrido ao buscar uma saúde integral. Diante deste desafio a ASSAI desenvolveu ações que buscaram fortalecer constantemente os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) e Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI).

Durante o ano de 2010, foram realizadas nove reuniões e duas capacitações para conselheiros distritais interior sul e litoral sul.

As reuniões e encontros de capacitação e formação de conselhos garantem a reestruturação de todos os conselhos distritais e locais de saúde. Estes eventos, cujo objetivo foi desencadear e desenvolver o controle social indígena, visando instrumentalizar as comunidades indígenas para possibilitar a participação nas diferentes instâncias de controle social.

Também foi realizado o terceiro encontro dos Kujã, líderes espirituais da etnia kaingang, isto fortalece o controle social já que houve a participação integral dos indígenas sendo realizado oito encontros da comissão organizadora, o encontro contou com a participação de 180 indígenas.

Ação: 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Projeto
Subação	Promoção da Educação em Saúde dos Povos Indígenas
Descrição	Beneficiar aldeias com ações de Educação em Saúde e Mobilização Social na Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI e ASCOM/RS

Resultado:

- Projeto “Mês da Saúde Materno Infantil Indígena” elaborado em conjunto com a Assai;
- Oficinas de Educação em Saúde realizadas com as EMSI;
- Planejamento das ações de Educação em Saúde para o Mês da Saúde Materno Infantil elaborado pelas EMSI;
- População indígena mobilizada e participativa nas ações desenvolvidas no Mês da Saúde Materno Infantil Indígena.

Ação: 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Atividade
Subação	Implementação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Indígena
Descrição:	Investigar 100% dos óbitos infantis Realizar pelo menos 4 consultas de pré-natal em 80% das gestantes 20% das mulheres na faixa etária de 25-59 anos, com exames de PCCU realizados
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implementação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Indígena					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Investigar 100% dos óbitos infantis	100% dos óbitos infantis investigados	%	100%	63%	63%
Realizar pelo menos 4 consultas de pré-natal em 80% das gestantes	80% das gestantes com 4 consultas de pré-natal	%	80%	82,1%	82,1%
Realizar exame de PCCU em 20% das mulheres na faixa etária de 25-59 anos	20% das mulheres na faixa etária de 25-59 anos, com exames de PCCU realizados	%	20%	41,5%	207,5%

Resultado:



Saúde da Criança

Mortalidade

As taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e de menores de 5 anos indígenas, desde 2003, apresentam tendência de diminuição. Sendo que, em 2010, pela primeira vez o Coeficiente de Mortalidade Infantil Indígena (16,5/1.000 EM 2010) se aproximou do Coeficiente de Mortalidade Infantil da população geral do Rio Grande do Sul (11,5/1.000 EM 2009).

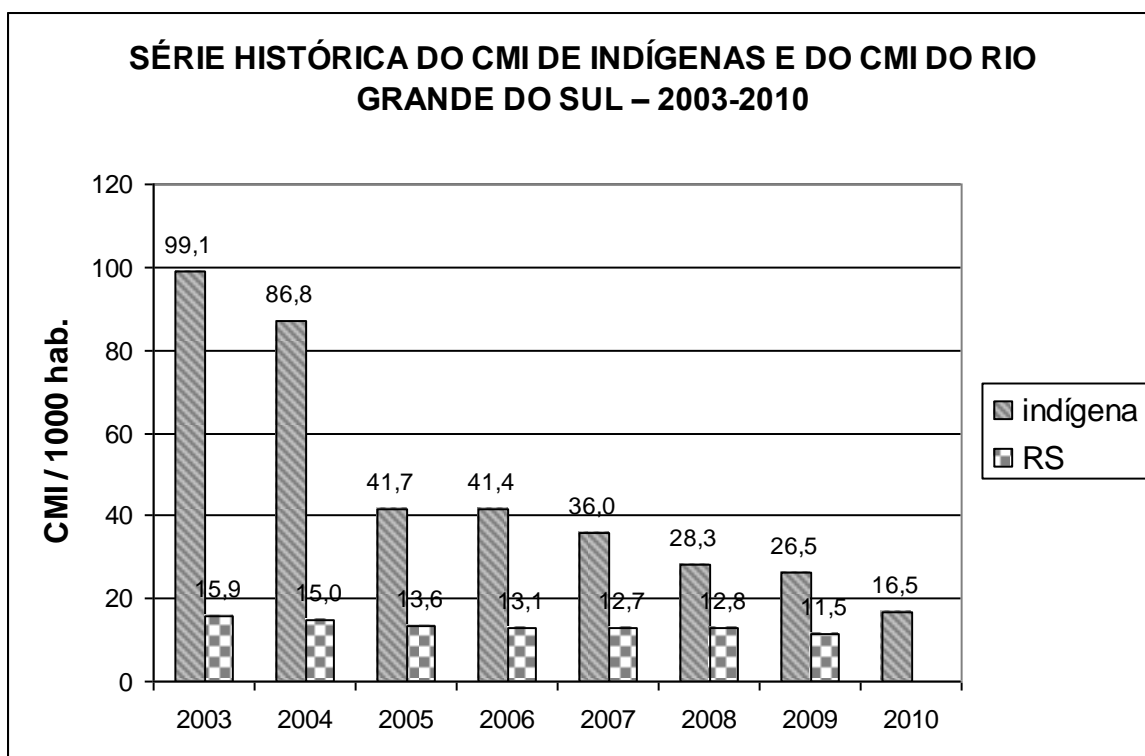
A TMM5 sugere que, apesar de ter havido diminuição importante na mortalidade de menores de 5 anos, passando de 44,4/1.000 em 2009 para 24,7/1.000 em 2010, as crianças indígenas correm o risco de morrer em idade mais avançada que as não-indígenas. Esta taxa, durante o período analisado, sempre foi maior que o CMI e, embora tenha reduzido bastante em 2010, ainda se mantém quase o dobro da Estadual (13,6/1.000 em 2009). Talvez fatores como interrupção do aleitamento materno, famílias com vários filhos menores de 5 anos, maior exposição das crianças a doenças infecto parasitárias e a ênfase dada pelos programas de saúde aos menores de 1 ano em detrimento das outras faixas etárias das crianças, favoreçam este quadro.

Embora, a maioria das análises de situação de saúde de grupos populacionais enfatize o uso do CMI, a CORE/RS faz questão de utilizar a TMM5, uma vez que é nesta faixa que se concentram os óbitos entre as crianças indígenas.

COMPARATIVO ENTRE A MORTALIDADE INFANTIL INDÍGENA E DA POPULAÇÃO GERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ano	nascidos vivos	nascidos mortos	óbitos < 1 ano	óbitos < 5 anos	CMI		TMM5	
					indígena	RS	indígena	RS
2003	474	11	47	59	99,1	15,9	124,4	18,9
2004	449	11	39	52	86,8	15,0	115,8	17,5
2005	527	13	22	33	41,7	13,6	62,6	15,8
2006	434	10	18	23	41,4	13,1	52,9	15,6
2007	361	11	13	20	36,0	12,7	55,4	14,9
2008	388	12	11	17	28,3	12,8	43,8	14,8
2009	453	7	12	20	26,5	11,5	44,2	13,6
2010	486	9	8	12	16,5	SI*	24,7	SI*

* A SES/RS ainda não concluiu a análise dos dados referentes a 2010





Para avaliar a consistência da tendência de queda da mortalidade infantil, calculada a partir dos dados da Assessoria de Saúde Indígena da FUNASA/CORE-RS de 2003 a 2010, também foram analisados os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), considerando o campo “raça/cor: indígena”, de 2003 a 2009, uma vez que os dados referentes a 2010 ainda não estão disponíveis.

Com base nesta análise, observamos, entre outros fatores, que:

- nos últimos anos, quando se considera no SIM e SINASC apenas os dados dos municípios com aldeias e/ou acampamentos indígenas, os números de óbitos e nascimentos são bastante semelhantes aos do banco de dados da Assessoria de saúde Indígena da FUNASA/CORE-RS, o que reforça a factibilidade da importante redução de mortalidade observada em 2010;
- os indicadores de saúde de menores de 1 ano têm melhorado ao longo dos anos analisados;

- a proporção de óbitos infantis, com relação ao total de óbitos, tem diminuído no período de 2003(38%) a 2010(10,5%), sendo que em 2009 foi 13%;
- a redução de óbitos infantis neste período foi de 75%;
- também diminuiu a proporção de óbitos por infecções (evitáveis), que era de 21% em 2003 e, em 2010, foi 0%, ao contrário das mal formações (não evitáveis) que representavam cerca de 4% em 2003, e em 2010 representaram 38%;
- as causas mal definidas de óbito diminuíram de 26% para 13%;
- ao comparar 2009 com 2010, nos bancos de dados do DATASUS, observa-se diminuição no número de internações hospitalares por doenças respiratórias (de 408 para 325), diarreias (de 45 para 14) e doenças infecciosas e parasitárias (123 para 104);
- a cobertura do SISVAN aumentou de 30%, em 2007, para 58%, em 2010 e a prevalência de baixo peso em menores de 5 anos (percentil <3) diminuiu de 7,5% para 4,9% no período;
- o consumo de fórmula láctea entre os menores de 1ano, que era cerca de 3.000 kg/mês, em 2008, passou para menos de 500 kg/mês, em 2010. Este dado pode indicar, indiretamente, melhora no aleitamento materno;
- a prematuridade entre os nascidos vivos diminuiu de 8,6, em 2007, para 6,4, em 2009;
- com base no SINASC, observamos que está havendo diminuição de baixo peso ao nascer (2007 = 10% e 2009 = 6,2%). De acordo com os dados da ASSAI/CORE-RS, em 2010 o percentual de baixo peso ao nascer foi de 5,7%.

Diminuição tão importante das taxas de mortalidade infantil e de menores de cinco anos, como ocorreu em 2010, bem como dos demais indicadores apresentados anteriormente, certamente é consequência de múltiplas ações realizadas ao longo dos últimos anos, as quais devem ser mantidas e qualificadas, bem como devem ser implantadas outras ações que poderão impactar, ainda mais, na diminuição da mortalidade de crianças indígenas.

Entre as ações que contribuíram para este avanço, podemos elencar:

- o trabalho de supervisão realizado pelos enfermeiros dos Pólos Base às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena;
- implantação de sistema criado pela ASSAI/CORE-RS de monitoramento nominal mensal das gestantes, que permite acompanhar, entre outras coisas, se cada uma delas realizou ou não consulta de pré-natal e buscar faltosas, situação nutricional, condição e local do parto;

- monitoramento semanal de doenças respiratórias e diarreias, por aldeia;

- maior atenção da saúde bucal, principalmente com o objetivo de eliminar focos infecciosos, a fim de evitar nascimentos prematuros e de baixo peso;
- ação conjunta com a SES/RS junto aos hospitais onde havia maior número de óbitos de recém-nascidos;
- qualificação dos dados: diminui as causas desconhecidas de óbitos, qualificação de DN e DO, estabelecimento de fluxos (SES/FUNASA)
- capacitação dos profissionais das EMSI na estratégia AIDPI (Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância), o que resultou em manejo adequado dos quadros respiratórios e diarreicos, bem como na identificação de sinais de risco para remoção;
- capacitação dos profissionais das EMSI em sala de vacina;
- disponibilidade de medicamentos;
- disponibilidade de métodos contraceptivos. Embora não tenhamos dados relativos à média de intervalo interpartal, como as mulheres têm acesso a estes métodos, é possível que ele esteja maior e, conseqüentemente, o número de filhos seja menor, o que impacta na qualidade do cuidado prestado às crianças;
- boa cobertura de vacinas introduzidas nos últimos anos que tem impacto importante sobre doenças respiratória e diarreicas (Hib, Pneumococo, Influenza, Rotavirus), o que diminui a exposição dos <1ano a estes agravos;
- implantação e implementação de sistemas de abastecimento de água na maioria das aldeias, o que mudou radicalmente a qualidade da água consumida, bem como facilitou as práticas de higiene;
- acesso a programas sociais (ex: Bolsa Família, recebimento de cestas básicas)
- acesso a programas de qualificação da moradia; e
- melhora do cuidado por parte das famílias, principalmente no que se refere à identificação precoce de risco e busca de serviço de assistência médica e em conjunto com médicos tradicionais, no caso dos Guarani.

Com base nas análises realizadas, achamos importante priorizar para o ano de 2011, as seguintes ações:

- garantir a supervisão sistemática às EMSI;
- capacitação em AIDPI e Sala de Vacina para os novos profissionais;
- capacitação dos AIS;
- manter e qualificar o monitoramento semanal de doenças respiratórias e diarreias;
- implementar e qualificar o sistema criado pela ASSAI/CORE-RS de monitoramento nominal mensal das gestantes;
- ampliar a cobertura de acompanhamento de menores de 5 anos no SISVAN;
- realizar capacitação dos técnicos da ASSAI e Pólo Base Passo Fundo na investigação do óbito infantil, em conjunto com a SES/RS, a fim de garantir 100% de investigação;
- qualificar o fluxo de informações e preenchimento de Declarações de Óbito e de Nascimento junto à SES/RS;
- implementar as ações de imunização;
- criar instrumento ou programa que permita avaliar o intervalo interpartal das mulheres indígenas.

Saúde da Mulher

Pré-natal

A atenção pré-natal pode intervir na redução da morbimortalidade materno-infantil, uma vez que tem se mostrado como um dos principais fatores de proteção contra o óbito materno, baixo peso ao nascer, prematuridade e óbito perinatal.

Até o ano de 2008, os instrumentos oficiais de coleta de dados não contavam com a informação de número de consultas por gestante acompanhada. Portanto, o percentual era calculado a partir do número total de consultas de pré-natal realizadas por médicos e enfermeiros das EMSI e o número total de gestantes acompanhadas.

A partir de 2009, os relatórios de saúde foram qualificados, passando a contar com a informação de número de consultas por gestante, e não mais a média, tornando-se mais confiáveis. E, em 2010, a ASSAI/CORE-RS implantou um sistema de monitoramento nominal mensal das gestantes, que permite acompanhar o pré-natal de cada mulher, desde o momento em que o inicia até às consultas de puerpério. Este sistema vem sendo qualificado, principalmente no que diz respeito ao fornecimento de dados pelas EMSI.

Com base nestes dados, verificamos que em 2010:

- 45,7% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, 47,6% no segundo e 6,7% no terceiro, o que indica que temos que investir na captação precoce das gestantes;
- 82,1% das gestantes realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal, sendo que destas 68,6% realizaram 5 ou mais consultas. Houve melhora neste item, uma vez que, em 2009, 79,2% das gestantes realizaram 4 ou mais consultas ;
- 93,7% dos partos foram hospitalares e 6,3% domiciliares;
- 34,6% dos partos foram cesarianas, sendo que a média para a população geral do Rio Grande do Sul, em 2009, foi de 55,6%;
- a gestação de 9 mulheres resultou em natimortos. Destas 9 gestantes, 6 realizaram 5 ou mais consultas de pré-natal, 7 realizaram parto hospitalar, 1 na UBS do município de origem e 1 no domicílio;
- 80,2% das puérperas realizaram, no mínimo, 1 consulta de puerpério e, destas, somente 26,5% realizaram 2 consultas. Portanto, 53,7% realizaram apenas 1 consulta;
- houveram 24 abortos entre as 649 gestações acompanhadas em 2010.

Exame citopatológico e de mama

Ao realizarmos a análise dos dados, nos deparamos com o seguinte:

- as fichas do relatório mensal de saúde do DESAI/FUNASA até 2009 não contavam com estratificação da faixa etária da população feminina que realizou os exames. Portanto, os cálculos sempre foram feitos sobre a população feminina de 10 a 49 anos. A partir de 2010, a ficha passa a contar com estratificação em várias faixas etárias e a cobertura de exames de mama e citopatológico passa a ser calculada sobre a população feminina de 25 a 59 anos;
- de acordo com o estabelecido pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/MS, o cálculo anual de cobertura de exame citopatológico e de mama, deve ser feito sobre 1/3 do total das mulheres de 25 a 59 anos, pois os mesmos devem ser realizados a cada três anos se os resultados não apresentarem qualquer alteração. A meta para 2010 era realizar 889 exames e foram realizados 1.245;
- a cobertura de exames citopatológicos nas mulheres indígenas de 25 a 59 anos em 2010 foi de 41,5%. A meta programada para o ano foi superada em 40%;
- dos exames realizados, em 36,1% foram encontrados atipias celulares, destes, 5 mulheres (0,5%) tiveram diagnóstico de neoplasia;

No quadro abaixo, não é possível fazer comparações com o ano de 2010, pois ocorreu alteração da faixa etária das mulheres e no registro das informações nos formulários de saúde estabelecidos pelo DESAI/FUNASA.

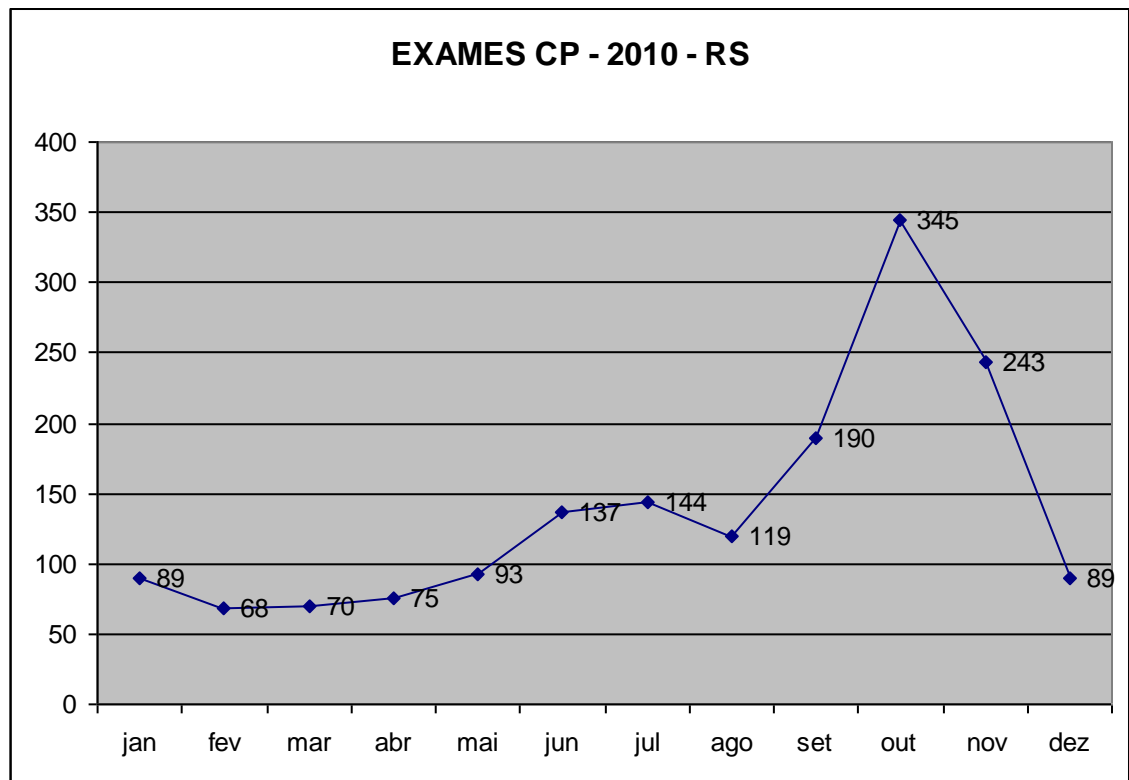
Ano	População Mulheres 10 a 49 anos	Exames Citopatológicos realizados					
		Total realizado		Com alteração		HPV/LIE	
		Nº	Cobertura	Nº	(%)	Nº	(%)
2007	4877	949	19,46	301	31,72	19	2
2008	5747	1035	18,01	417	40,29	18	1,7
2009	5918	1098	18,55	475	43,26	15	1,4

Ano	População Mulheres 25 a 59 anos	Exames Citopatológicos realizados			
		Total realizado		Com alteração	
		Nº	Cobertura	Nº	(%)
2010	2997	1245	41,5	244	36,1

Em outubro de 2010, a ASSAI/RS realizou o “Mês da Saúde Materno-Infantil Indígena do Rio Grande do Sul”, entendendo a necessidade de estimular novas estratégias e de aproximar profissionais de saúde da comunidade e lideranças indígenas, a fim de qualificar a abordagem à saúde materno-infantil.

Assim, a realização do “Mês da Saúde Materno-Infantil Indígena do Rio Grande do Sul”, capacitou os profissionais, intensificou as ações de saúde, como a atenção ao pré-natal, os exames Papanicolau, a inspeção visual do colo do útero, o exame clínico das mamas, a orientação e treinamento das mulheres quanto à realização do auto-exame e estímulo ao aleitamento materno, o atendimento humanizado, qualificando a atenção integral a saúde desta população, respeitando suas especificidades sócio-culturais.

No gráfico a seguir podemos observar que esta ação colaborou bastante na realização de coleta de exames cito patológicos.



Ações a serem priorizadas em 2011:

- sensibilizar os profissionais das EMSI para desenvolverem estratégias e novas abordagens que respeitem as peculiaridades indígenas e que melhorem a adesão das mulheres ao pré-natal e realização de exame cito patológico e de mama, uma vez que já são rotuladas como resistentes a realizá-los;
- investir na captação precoce das gestantes para o acompanhamento pré-natal;
- investigar as possíveis causas da ocorrência de natimorto (ex: assistência ao parto, qualidade do pré-natal, fator ambiental);
- investigar as possíveis causas da ocorrência de abortos (ex: exposição a fatores externos, qualidade do pré-natal);
- qualificar a atenção ao pré-natal, principalmente no que se refere a fatores de risco na gestação e atenção ao puerpério;
- estabelecer, na ASSAI, acompanhamento mensal e nominal das mulheres que apresentarem algum tipo de lesão no exame cito patológico de colo de útero
- implementar o livro para registro e acompanhamento das coletas de cito patológico.

Ação: 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Atividade
Subação	Implantação das Ações de Vigilância das Doenças e Agravos Não - Transmissíveis-DANT
Descrição	Implantar a vigilância das DANT em pelo menos 50% das aldeias
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implantação das ações de vigilância das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis-DANT					
Descrição da Meta	Produto	Unidad e de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realiza do/ Progra mado %
Implantar a vigilância das DANT em 100% das aldeias que contam com EMSI	percentual de aldeias com programa implantado	%	100%	100%	100%

Resultado***Hipertensão arterial e Diabetes***

Estimativa da Organização Mundial de Saúde – OMS aponta que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, em 2008, as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida e séries históricas de estatísticas de mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90.

No Brasil, o Diabetes e a Hipertensão constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde.

Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis como ausência de uma dieta saudável, sedentarismo e uso de cigarro explicam a maior parte destas mortes, que são expressas através de fatores de risco intermediários como hipertensão arterial, hiperglicemia, deterioração do perfil lipídico e obesidade.

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Melitus assumiram ônus crescente e preocupante. Ambas são doenças muito frequentes, constituindo sérios problemas de saúde pública.

A Hipertensão Arterial é um problema crônico bastante comum. Sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. É responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.

O Diabetes Melitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência do Diabetes. As conseqüências humanas, sociais e econômicas do diabetes são devastadoras para o mundo: 4 milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes. O grande impacto econômico da doença ocorre notadamente nos serviços de saúde, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

Diferentes estudos mostram que pessoas submetidas ao processo de “ocidentalização”, particularmente relacionado a mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares, tornam-se mais suscetíveis às doenças crônicas não-transmissíveis. Estudos com populações indígenas têm demonstrado a ocorrência do aumento das doenças cardiovasculares, diabetes e transtornos mentais em razão do processo de crise de identidade cultural e de mudanças de hábitos, ressaltando-se os alimentares. (Cardoso et al)

No Rio Grande do Sul podemos observar que o contato interétnico está presente em todas as comunidades indígenas, interferindo de diferentes maneiras nos aspectos da vida desta população, principalmente nos hábitos alimentares. Entre as mudanças observadas,

destaca-se o consumo de produtos industrializados, ingestão aumentada de sódio, açúcar e alimentos ricos em gordura hidrogenada e o consumo de bebidas alcoólicas.

É possível inferir que o quadro de morbidade dos indígenas tende a seguir o processo de transição epidemiológica do panorama de saúde da população em geral, com redução de doenças infecto contagiosas e aumento de doenças crônicas não transmissíveis, as quais apresentam maior prevalência em indígenas com idade superior a 20 anos.

É necessário o incremento de ações de saúde para um efetivo controle desses agravos e de seus fatores de risco, visando, sobretudo sua prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno e de qualidade; o grande desafio é traduzir esses conhecimentos técnico-científicos em ações concretas na rede de saúde e no âmbito populacional, para que possam beneficiar o maior número possível de pessoas.

Faixa Etária	Pop	Hipertensos				Diabéticos			
		cadastrados			%	cadastrados			%
		M	F	Total		M	F	Total	
15 a 19 anos	2.350	4	5	9	0,4	0	0	0	0
20 a 29 anos	3.484	9	24	33	0,9	0	5	5	0,1
30 a 39 anos	2.120	40	59	99	4,7	5	11	16	0,7
40 a 49 anos	1.329	64	123	187	14,1	8	30	38	2,9
50 a 59 anos	738	87	110	197	26,7	12	20	32	4,3
60 anos ou +	988	174	216	390	39,5	14	43	57	5,8
Total	11.009	378	537	915	8,3	39	109	148	1,3

Neoplasias

A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). As mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os "hábitos" e o "estilo de vida" adotados pelas pessoas, podem determinar diferentes tipos de câncer.

Há, ainda, tipos de câncer que parecem ter um forte componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma causa comum. Além disto, determinados grupos étnicos parecem estar protegidos de certos tipos de câncer.

A multicausalidade é freqüente na formação do câncer. Pode ser exemplificada pela associação entre álcool, tabaco e residência na zona rural e o câncer de esôfago, e entre álcool, tabaco, chimarrão, churrasco e o cozimento de alimentos em fogão a lenha e o câncer

da cavidade bucal. A interação entre os fatores de risco e os de proteção a que as pessoas estão submetidas pode resultar, ou não, na redução da probabilidade delas adoecerem.

Em 2011 devemos avaliar com mais detalhamento os dados disponíveis.

SÉRIE HISTÓRICA DOS ÓBITOS POR NEOPLASIAS ENTRE A POPULAÇÃO INDÍGENA DO RIO GRANDE DO SUL

Localização da neoplasia	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	total
órgãos genitais feminino	2	2	1	2	2	1	4	4	18
órgãos genitais masculino	0	0	0	0	1	1	2	1	5
cavidade oral e faringe	0	0	0	0	1	0	0	0	1
órgãos digestivos	4	3	4	2	1	2	2	3	21
aparelho respiratório	0	1	0	1	0	0	1	0	3
tecido linfático/hematopoiético	0	0	1	0	2	1	1	1	6
trato urinário	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Sistema Nervoso Central	0	0	1	2	2	0	0	0	5
ossos e cartilagens	0	0	0	1	0	0	0	0	1
sem definição de órgão	1	0	1	0	0	1	0	0	3
Total	7	6	9	8	9	7	10	9	65

Ação: 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Atividade
Subação	Implantação das ações de Assistência Farmacêutica para o Subsistema de Saúde Indígena .
Descrição	Registrar 100% das movimentações de materiais farmacológicos no SISCOESC Capacitar no mínimo 1 profissional de cada pólo base
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI/RS

Identificação da subação					
Denominação: Qualificar os profissionais das EMSI para o desenvolvimento da política de assistência farmacêutica e implementar o uso do SISCOESC					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Capacitar, no mínimo, 1 profissional de cada DSEI para uso do SISCOESC	2 profissionais capacitados	profissional capacitado	2	2	100%
Registrar 100% das movimentações de materiais farmacológicos no SISCOESC	percentual de movimentações de materiais farmacológicos registradas	%	100%	100%	100%

Resultado:**Assistência Farmacêutica**

Para a Assistência Farmacêutica foram estabelecidas duas metas principais:

1. Registrar 100% das movimentações de materiais farmacológicos no SISCOESC: Meta atingida, com todas as movimentações registradas.

Cabe ressaltar que as deficiências do Programa, já pontadas no relatório de Gestão 2009 e questionadas junto ao DESAI, permanecem. O registro das movimentações ocorre a partir das duas unidades onde o sistema pode ser implantado (Assai e Pólo Base Passo Fundo).

2. Capacitar, no mínimo, 1 profissional de cada Pólo Base: A meta foi redimensionada para capacitar, no mínimo, 1 profissional de cada DSEI considerando o número de profissionais farmacêuticos contratados e a organização das atividades pertinentes à Assistência Farmacêutica.

Meta atingida, com 1 profissional de cada DSEI capacitado. A capacitação foi promovida pelo DESAI e abordou diversos aspectos em relação ao processo da Assistência Farmacêutica, mas o tema central foi aquisição de medicamentos no sistema público.

Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a Assistência Farmacêutica seja vista de forma articulada aos demais programas e atividades desenvolvidas no sistema de saúde. A questão passa a ser não apenas a garantia do acesso ao medicamento (ponto principal), mas também a contribuição desse serviço no desempenho e indicadores dos diversos programas.

Para garantia do acesso devemos considerar a organização e qualificação do serviço, estrutura, capacidade aquisitiva, acessibilidade e utilização adequada de recursos. Nesse sentido houve avanço significativo ao longo de 2010, seja pela adequada estruturação do serviço ao nível central (DESAI), como pela Ata de Registro de Preço realizada pela Coordenação Regional e melhor regulação das aquisições em farmácias conveniadas.

No âmbito da interface da Assistência Farmacêutica com os demais programas cabe destacar:

- a) Contribuição ao Programa de Saúde Mental através do cadastro de usuários de psicofármacos como instrumento norteador das ações a serem priorizadas;
- b) Contribuição para a queda da mortalidade infantil através da garantia de acesso aos medicamentos e tratamento de doenças impactantes na infância como IRA e Diarréia;
- c) Programa de Saúde da Mulher – garantia de acesso a diferentes tipos de anticoncepcionais, permitindo adequado planejamento familiar e impactando também na redução da mortalidade infantil uma vez que a alta paridade constitui-se fator de risco para esse desfecho.;
- d) Doenças crônicas – garantia de tratamento medicamentoso para pacientes hipertensos e diabéticos, com impacto direto na melhoria das condições de vida

desses pacientes. De acordo com os relatórios de saúde, em 2010 foram acompanhados 812 pacientes hipertensos e 115 diabéticos. Cruzar os dados desses relatórios de saúde, que informam o quantitativo de pacientes acompanhados, com os dados de consumo dos medicamentos relacionados a essas patologias seria uma estratégia válida para avaliar a efetividade do atendimento e acompanhamento oferecido a esses pacientes.

Ação: 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Atividade
Subação	Implementação da Vigilância Ambiental/Fatores Biológicos em áreas indígenas
Descrição	Designar um responsável técnico para atuar na Vigilância Ambiental Realizar diagnóstico epidemiológico das doenças/agravos transmitidos por vetores e antroponoses (Leishmaniose, Raiva e Acidentes por animais Peçonhentos). Elaborar plano de ação com base no diagnóstico realizado.
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implantar e implementar ações que favoreçam a vigilância ambiental em áreas indígenas					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Realizar diagnóstico epidemiológico das doenças/agravos transmitidos por vetores e antroponoses (Leishmaniose, Raiva e Acidentes por Animais Peçonhentos).	diagnóstico realizado	unidade	01	01	100%
Designar um responsável técnico para atuar na Vigilância Ambiental	1 responsável técnico designado	unidade	01	0	0
Elaborar plano de ação com base no diagnóstico realizado	1 plano de ação realizado	unidade	01	01	100%

Resultado:

Vigilância Ambiental

Não foi designado um responsável técnico para atuar na Vigilância Ambiental, por escassez de recursos humanos. No entanto, os técnicos da ASSAI/CORE-RS acompanham as ações, bem como os casos de doenças/agravos transmitidos por vetores e antropozoonoses, através de informações mensais enviadas pelas EMSI, em formulário específico. Estes dados são analisados e, quando a situação exige, é elaborado planejamento junto com a EMSI, pois não contamos com casos de Leishmaniose ou Raiva e é rara a ocorrência de casos de acidentes por animais peçonhentos.

Ação: 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Atividade
Subação	Implementação de ações de Atenção à Saúde Bucal para população indígena
Descrição	Atingir a média de 2 procedimentos odontológicos assistenciais básicos Ampliar em 10% o número de consultas programáticas Ampliar em pelo menos 10% a conclusão de tratamento básico odontológico Ampliar em pelo menos 10% a cobertura média de escovação bucal supervisionada
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI/RS



Identificação da subação						
Denominação: Implementar as ações de atenção à saúde bucal para a população indígena						
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010			
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %	
Ampliar em 10% a cobertura média de escovação bucal supervisionada	Cobertura de escovação bucal supervisionada ampliada em 10%	%	20,4%	16,9%	82,8%	
Ampliar em 10% a conclusão de tratamento básico odontológico	Número de tratamentos básicos odontológicos ampliado em 10%	%	53,9%	42,1%	78,1%	
Ampliar em 10% o número de consultas programáticas	Número de consultas programáticas ampliado em 10%	%	24,5%	16%	65,3%	
Atingir a média de 2 procedimentos odontológicos assistenciais básicos realizados	Média de 2 procedimentos odontológicos assistenciais básicos realizados	%	2	1,1	55%	

Resultado

Saúde Bucal

Em 2008 foram realizadas 477 atividades de educação em saúde bucal por profissionais de nível superior e técnico nas Aldeias, em 2009 foram 747 ações e, em 2010, 1.058 ações, havendo aumento progressivo e significativo de 121,8% se compararmos 2008 a 2010.

Em 2009, 18,20% da população foi acompanhado mensalmente em higiene bucal supervisionada, já em 2010 o percentual foi de 16,85%, havendo decréscimo enquanto a meta era aumentar em 10%. Portanto, para 2011 há necessidade de ampliação desta ação. Sendo que, além das atividades coletivas supracitadas, no decorrer do ano, houve entrega sistemática de escova, fio dental e dentífrico fluoretado para a população indígena, garantindo assim o acesso aos benefícios do flúor em baixa concentração e alta frequência.

Também foi priorizada a inclusão de atividades coletivas de Saúde Bucal nos grupos de gestantes e seu atendimento odontológico individual, pois existem estudos que

demonstram que a presença de doença periodontal durante a gestação pode aumentar o risco de partos prematuros e, conseqüentemente, crianças com baixo peso ao nascer. Além disto, sabe-se que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento aprendidos durante a primeira infância e que será crucial seu estímulo para que seu filho tenha uma boa saúde bucal.

O percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática com a finalidade de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de um exame clínico odontológico, diminuiu de 22,72%, em 2009, para 15,95%, em 2010, não atingindo a meta que era de aumentar a cobertura em 10%, o que pode estar relacionado ao fato do paciente indígena procurar o atendimento para resolver o problema de dor e não retornar para realização do plano de tratamento preventivo-terapêutico. Portanto, se faz necessário maior investimento por parte dos dentistas e EMSI nas atividades educativas que sensibilizem o paciente para conclusão do tratamento.

Houve, também, redução na proporção de pacientes que concluíram o tratamento odontológico básico em relação aos que realizaram a primeira consulta odontológica programática de 49,01% em 2009 para 42,14% em 2010, não atingindo a meta que era de ampliar em pelo menos 10% a conclusão.

A média de procedimentos odontológicos básicos assistenciais individuais que em 2009 foi de 1,37 procedimentos/pessoa, em 2010 passou a 1,14 procedimentos por indígena, não alcançando a meta que é de 2 procedimentos/pessoa.

Quanto às próteses dentárias, no ano de 2007 foram confeccionadas 484 unidades, em 2008 - 719, em 2009 - 544 e em 2010 - 343 unidades. Havendo uma redução na confecção se compararmos 2010 aos anos anteriores, o que provavelmente está relacionado a dificuldades no processo aditivo do Convênio com a Associação Rondon Brasil.

Observa-se diminuição satisfatória de 19,46% no número de exodontias de dentes permanentes realizadas no ano de 2010 (1.663) com relação a 2009 (2.065), e 37,31% de redução se compararmos a 2008 (2.653), o que nos revela que a “filosofia de mutilação” que dominava, e que acarreta diversos problemas de ordem funcional e social para o usuário, vem sendo substituída pela filosofia da manutenção e preservação do elemento dentário em boca.

Houve ainda a implantação de atendimento odontológico individual e ações coletivas na Aldeia Koenju, Município de São Miguel das Missões, beneficiando 180 indígenas da etnia Guarani através de parceria entre CORE/RS e Secretária Municipal de Saúde. Também foi possível ampliar o atendimento odontológico individual e as ações coletivas no

Acampamento Irapuá, em Caçapava do Sul, beneficiando 71 indígenas da etnia Guarani através de um Projeto de Extensão Universitária em conjunto com a Universidade Luterana do Brasil ULBRA-Cachoeira do Sul, CORE/RS, Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena da Barra do Ribeiro, SES/RS (8ª CRS) e Secretaria Municipal de Saúde.

Foi garantida a qualidade do material e instrumental odontológico enviados para as Unidades Básicas de Saúde das aldeias com consultório odontológico instalado. Este foi fornecido em quantidade suficiente para atender a demanda de atividades clínicas individuais e coletivas, com recursos provenientes do Convênio com a Associação Rondon Brasil.

No que diz respeito a consultas, cirurgias e exames odontológicos especializados foram realizados:

- 46 RX periapicais e panorâmicos;
- 53 consultas com cirurgião dentista bucomaxilofacial;
- 32 cirurgias com cirurgião dentista bucomaxilofacial;
- 75 consultas de endodontia;
- 14 consultas de diagnóstico oral - patologia;
- 5 biopsias;
- 67 consultas na Fundação para Reabilitação das Deformidades Cranio-Faciais – FUNDEF, em Lajeado, com profissionais de diversas Especialidades (otorrinolaringologista, fonoaudióloga, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, cirurgiões dentistas especialistas em ortodontia, estética, odontopediatra e cirurgia bucomaxilofacial, cirurgião plástico, nutricionista) para tratamento e acompanhamento de pacientes com fissuras labiopalatais;
- 7 cirurgias na FUNDEF para enxerto ósseo, fechamento de fissura labial, fechamento de palato, colocação de dreno no ouvido, cirurgia estética e extrações dentárias.

Todas as consultas/procedimentos/exames acima descritos foram acompanhados por dentista e/ou auxiliar de saúde bucal do Pólo Base de Passo Fundo, dando todo o suporte aos Indígenas e a contra-referência aos dentistas das aldeias de origem dos pacientes.

Para atingir as metas pactuadas e qualificar as ações de saúde bucal, há necessidade de:

- realizar supervisão e acompanhamento sistemático dos dentistas das EMSI;
- maior investimento por parte dos dentistas e demais profissionais da EMSI na sensibilização do paciente para adesão às ações de saúde bucal;
- realizar capacitação dos dentistas e auxiliares de consultório dentário, a fim de qualificar e atualizar o conhecimento técnico - científico, os atendimentos

individuais e as atividades coletivas, bem como desencadear um processo de aperfeiçoamento dos conceitos e normas do Manual Técnico de Saúde Bucal da FUNASA;

- implantar manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos por técnico especializado;
- melhorar a estrutura física de algumas Unidades de Saúde para comportar os consultórios odontológicos;
- ampliar os itens existentes nos relatórios de saúde bucal implantados pela FUNASA/DESAI/COMOA, pois há procedimentos realizados pelos dentistas e não registrados por falta de campos no consolidado mensal que os contemplem. Citamos como exemplo todas as fases para confecção das próteses, todas as fases para realização da endodontia, bem como o trabalho protético e endodontia concluída. Sabemos que, segundo o Manual Técnico de Saúde Bucal, estes procedimentos deveriam ser referenciados, por isso não constam estes itens nos consolidados. Entretanto, vários dentistas das EMSI os realizam porque além da dificuldade para agendar os pacientes em Centros de Especialidades Odontológicas, os mesmos são distantes das aldeias, e como o tratamento exige vários retornos, muitas vezes os pacientes desistem sem finalizá-lo, pois saem do convívio familiar por vários dias. Além disto, o custo eleva sensivelmente pois, em vários casos, há necessidade de disponibilizar transporte, alimentação e alojamento;
- adequar à disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local;
- contratação de auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em higiene bucal nas EMSI que contam com dentista, o que diminuiria a hora clínica e otimizaria o atendimento individual e as atividades coletivas. Em todas as discussões já realizadas com os gestores Municipais estes alegam não haver o repasse da SAS para contratação destes profissionais;
- qualificar a forma de contratação dos profissionais das EMSI, diminuindo a alta rotatividade;
- contratação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena do Pólo Base Riozinho.

Dificuldades encontradas em 2010:

Devido ao fato dos consolidados de Saúde Bucal serem informatizados, para seguir o fluxo estabelecido, os dentistas das Aldeias inserem os dados mensalmente no Sistema de Informação - Módulo de Saúde Bucal instalado nos computadores das Aldeias, geram o lote e enviam ao Pólo Base de Passo Fundo. Visto a precariedade destes equipamentos, muitos dentistas não conseguem enviar os dados mensalmente, o que ocasiona falta de informação por alguns períodos, dificultando a avaliação e consolidação de dados. Além do mais, no último trimestre os dados de Saúde Bucal referentes ao ano de 2010 da Aldeia Aeroporto(625 habitantes), no Município de Irai e as informações do mês de novembro da Aldeia Inhacorá (1.036 habitantes), Município de São Valério do Sul, desapareceram do SIASI-Módulo de Saúde Bucal, apesar dos lotes terem sido enviados ao DESAI/FUNASA/Presi mensalmente. Essa falha já foi comunicada ao DESAI por várias vezes desde que o problema foi constatado, não havendo solução ainda;

A baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária em saúde bucal no SUS no Estado do Rio Grande do Sul, compromete o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em quase sua totalidade. Portanto, se fazem necessários investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção através dos Centros de Especialidades Odontológicas;

No ano de 2010 houve necessidade de conserto de 11 equipamentos odontológicos (cadeiras), 10 autoclaves, 12 canetas de alta e baixa rotação, 4 compressores de ar odontológico, 5 fotopolimerizadores e 2 amalgamadores, paralisando as atividades clínicas das Aldeias afetadas por um período de tempo, fato este que poderia ser parcialmente evitado se houvesse manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos, o que diminui consideravelmente a ocorrência corretiva e otimiza gastos. Estes consertos são pagos com recursos provenientes do Convênio com a Associação Rondon Brasil;

Falta de abastecimento de água por alguns períodos em algumas aldeias, segundo informações dos dentistas das EMSI do DSEI Interior Sul, inviabilizando o atendimento clínico, bem como as atividades coletivas de escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor. Também se faz necessário viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas em aldeias indígenas do Estado, pois o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde;

O Município de Redentora, onde está localizada parte da Terra Indígena do Guarita, que é a maior do Rio Grande do Sul, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 47/2006, recebe Incentivo à Atenção Básica aos Povos Indígenas referente a 2 dentistas, com carga horária

de 40 horas semanais. Porém, um dentista pediu demissão em junho de 2010 e não houve contratação de novo profissional até o momento, o segundo dentista teve seu contrato expirado no mês de novembro e não foi recontratado no mês de dezembro;

No primeiro semestre de 2010 houve redução na carga horária de 2 dentistas pelos Municípios de Cacique Doble e Constantina, passando de 40 horas semanais para 20 horas semanais, fato esse normalizado no segundo semestre de 2010;

O fato de não haver contratação temporária para substituição de profissionais que entram em licença gestação ou afastamento por motivo de saúde;

Todas as EMSI no Estado do Rio Grande do Sul são contratadas pelos municípios e, na maioria delas, os profissionais são mal remunerados fazendo com que não cumpram carga horária de quarenta horas semanais e, os que cumprem, permanecem por pouco tempo. Dos dezenove dentistas integrantes das EMSI, só neste ano, 9 deixaram as equipes;

Falta de informações sistemáticas das ações de saúde bucal de parte da população do DSEI Litoral Sul e Interior Sul, pois o Estado conta com vários “acampamentos indígenas”, cuja atenção à saúde é desenvolvida pelo Município, sem contratação de EMSI, que não preenchem relatórios estabelecidos pelo DESAI/FUNASA;

A população indígena do Rio Grande do Sul é composta pelas mais diversas formas de agrupamentos e locais de moradia, que tanto podem ser em aldeias, acampamentos por retomada de terras, como em meio urbano. Portanto, contam com diferentes tipos de forma de atenção à saúde. A população de maior parte dos acampamentos e de residentes em meio urbano é atendida pelos sistemas municipais de saúde, os quais não nos fornecem relatórios mensais de saúde. Conseqüentemente, não contamos com informações sistemáticas desta população. Sendo assim, os indicadores ficam prejudicados, pois esta população é contabilizada para seus cálculos (está cadastrada no SIASI).

Ação: 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Atividade
Subação	Implementação de ações de controle das DST/AIDS nas áreas indígenas
Descrição	<p>Testar 75% de gestantes para HIV</p> <p>Testar 75% de gestantes para Sífilis</p> <p>Realizar sorologia para hepatites virais em 75 % de gestantes</p> <p>Testar pelo menos 60% dos parceiros das gestantes para HIV/Sífilis e HV (sem condições de ser medida)</p> <p>Testar 100% dos indivíduos que apresentarem sintomatologia para AIDS, Tuberculose, Toxoplasmose, Hepatite e Lischmaniose</p> <p>Informar 100% dos casos de HIV, Aids e Hepatites Virais diagnosticados no SIASI</p> <p>Tratar 100% dos casos de DST diagnosticados por meio da abordagem sindrômica</p> <p>Ampliar em 20% a disponibilização de preservativos</p>
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implementar ações de prevenção e controle de DST/HIV/Aids					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Testar pelo menos 60% dos parceiros das gestantes par HIV/Sífilis e HV	60% dos parceiros das gestantes	%	*	*	*

	testados para HIV e sífilis				
Testar 75% das gestantes para HIV	75% das gestantes testadas para HIV	%	75%	77%	102,7%
Testar 100% dos indivíduos que apresentarem sintomatologia para AIDS, Tuberculose, Toxoplasmose, Hepatite e Leishmaniose	100% dos indivíduos que apresentarem sintomatologia para AIDS, Tuberculose, Toxoplasmose, Hepatite e Leishmaniose testados	%	100%	100%	100%
Realizar sorologia para hepatites virais em 75% das gestantes	75% das gestantes com sorologia para as hepatites virais realizada	%	75%	**	**
Ampliar em 20% o quantitativo de preservativos disponibilizado	Ampliar em 20% o quantitativo de preservativos disponibilizado	%	***	***	***
Tratar 100% dos casos de DST diagnosticados por meio da abordagem sindrômica	100% dos casos de DST tratados por abordagem sindrômica	%	100%	100%	100%
Testar 75% das gestantes para sífilis	75% das gestantes testadas para sífilis	%	75%	102,7%	102,7%
Informar no SIASI 100% dos casos de HIV, Aids e hepatites virais diagnosticados	100% dos casos de HIV, Aids e hepatites virais diagnosticados informados no SIASI	%	****	****	****

* - Os relatórios estabelecidos pelo DESAI/FUNASA não contemplam esta informação. Portanto, é impossível calcular esta meta

** - Os relatórios estabelecidos pelo DESAI/FUNASA não contemplam esta informação. Portanto, é impossível calcular esta meta. Além disso, no Manual Técnico de Pré-natal do Ministério da Saúde (2006), este exame é “recomendado e deve ser realizado se possível”, não sendo obrigatório no Pré-natal. Contamos com alguns municípios no Estado que não o disponibilizam. Sugerimos que o DESAI/FUNASA inclua esta informação nos relatórios de saúde e a Política Nacional de Saúde da Mulher/MS torne este exame obrigatório no Pré-natal

*** - Somente no final de 2009 foi implantado instrumento de coleta deste dado. Portanto, não tínhamos informação anterior para estabelecer uma meta para 2010. Como o Plano Operacional 2010 só foi feito no mês de setembro, foi utilizado, como critério, ampliar no segundo semestre em 20% o número de preservativos distribuídos no primeiro semestre, o que foi alcançado.

**** - O Rio Grande do Sul não conta com o módulo “morbidade” do SIASI implantado. As doenças de notificação compulsória, além de serem notificadas no SINAN estadual, são informadas através de relatórios mensais pelas EMSI.

Resultado:

DST/HIV/AIDS

A implementação das ações de prevenção e controle de DST/HIV/AIDS ainda apresenta algumas dificuldades como a rotatividade de profissionais nas EMSI, que repercute na sua capacitação e o estabelecimento de vínculo com a comunidade. Não ocorreu nenhuma capacitação sobre este assunto no ano de 2010. Ações de educação em saúde foram realizadas com a população, através de rodas de conversa com o tema DST/HIV/AIDS para 3774 participantes. Foram distribuídos 4668 preservativos principalmente para a etnia kaingang e quase sem aceitação na etnia guarani devido seus costumes. Os homens em geral, só procuram o serviço de saúde quando já estão bem sintomáticos. As mulheres como são assintomáticas em várias das DSTs, por vezes só descobrem quando fazem o exame preventivo do câncer cérvico uterino ou no pré-natal. O risco e a vulnerabilidade da população indígena para DST/HIV/AIDS envolve diversas situações que devem ser analisadas nos contextos culturais e sociais como alcoolismo, resistência ao uso do preservativo e urbanização entre outras, sem esquecer a associação tuberculose/HIV. Em 2010, 1 caso de tuberculose associado a HIV foi notificado.

Quanto à prevalência de sífilis, como pode ser observado no quadro a seguir, o número se manteve semelhante quando comparado com 2009. A maior parte destes casos foi descoberta durante os exames de pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde, o que corrobora o indício de subnotificação de casos. Entre as mulheres Guarani, ainda encontramos gestantes que não aceitam fazer pré-natal e colher os exames de rotina.

CASOS DE SÍFILIS

Ano	População	Nº casos	Prevalência (/1000)
2007	18.892	25	1,32
2008	19.066	16	0,84
2009	19.546	12	0,6
2010	19.783	12	0,6

Quanto à sífilis congênita, como não ocorreu nenhum caso neste ano, a meta de reduzir os casos em 25% foi alcançada. O VDRL sendo realizado pela maioria das gestantes tem repercutido na melhora da transmissão vertical de sífilis. O exame do HIV incluído no

pré-natal é importante também para descoberta de casos e prevenir a transmissão vertical do vírus HIV. No ano de 2010 tivemos 1 caso de gestante HIV positiva sendo acompanhada no pré-natal.

CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Ano	Nascidos Vivos	Nº casos	Incidência (/1000)
2007	363	1	2,75
2008	359	1	2,79
2009	453*	2	4,4
2010	487	0	0

O número de nascidos vivos utilizado no relatório de gestão de 2009 foi atualizado

Ação: 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Atividade
Subação	Implementação das ações de controle da Tuberculose nas áreas indígenas
Descrição	Realizar a busca ativa de sintomáticos respiratórios em 100% das aldeias Realizar TDO – Tratamento diretamente observado – em 100% dos casos diagnosticados Alcançar 85% de cura dos casos de Tuberculose diagnosticados. Realizar busca ativa da hanseníase em 100% das aldeias próximas a municípios endêmicos, ou que já apresentaram registro de caso.
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implementação das ações de controle da tuberculose e hanseníase nas áreas indígenas					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios em 100% das aldeias	Busca ativa realizada em 100% das aldeias	%	100%	47%	47%
Alcançar 100% de cura dos casos de tuberculose diagnosticados	100% dos casos de tuberculose com cura alcançada	%	100%	67%	67%
Realizar busca ativa de casos suspeitos de hanseníase em 100% das aldeias próximas a municípios endêmicos, ou que já registraram caso suspeito	100% das aldeias próximas a municípios endêmicos, ou que já registraram caso suspeito com busca ativa da hanseníase realizada	%	100%	0	0

Resultado:

Tuberculose e Hanseníase

A incidência de tuberculose pulmonar BK+ foi de 15,2/100000. O esperado era 12,72/100000. A meta de aumentar em 26% da identificação de casos de tuberculose pulmonar BK+ quase foi alcançada. No ano de 2009 tivemos um grande aumento na descoberta de casos, o mesmo não ocorreu em 2010. O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) está em fase de implantação nas aldeias do Estado. Ainda não foi disponibilizada às EMSI a totalidade dos materiais e instrumentos necessários, bem como não são realizadas capacitações neste tema desde março de 2006. Portanto, vários profissionais que foram contratados após esta data ainda não estão capacitados e nenhum profissional das EMSI foi capacitado nas novas condutas estabelecidas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose em 2010. Foi elaborado um cartaz de mesa com o resumo das novas condutas e enviado para as equipes via e-mail.

Estas falhas indicam, provavelmente, que os profissionais não estão sensibilizados para estabelecer rotina de busca ativa a sintomáticos respiratórios, bem como garantir o encaminhamento adequado destes para exames.

O tratamento supervisionado foi realizado em 83% dos casos. Em 17% (1 caso) não foi realizado por ser morador de um acampamento sem equipe multidisciplinar de saúde indígena (Acampamento Estrela) não alcançando os 100% do pactuado.

67% (2 casos) das altas foram por cura. Não ocorreu nenhum abandono de tratamento. 33% (1 caso) das altas foi por óbito, provavelmente por demora no diagnóstico, uma vez que ficou muitos dias internado e foi referenciado várias vezes até fechar o diagnóstico de tuberculose. Casos altamente suspeitos de tuberculose, encaminhados para referência hospitalar de média e alta complexidade pelas EMSI não tiveram elucidação diagnóstica em tempo hábil, agravando o quadro. A notificação e investigação dos casos também são alguns dos itens que ainda não estão devidamente articulados nos diversos níveis de atenção. Houve interlocução com o Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria Estadual de Saúde com o intuito de cruzamento de dados (FUNASA X SINAN) e discussão quanto a dificuldades na realização de baciloscopia que foram identificadas em alguns municípios.

Portanto, consideramos imprescindível priorizar:

- a) realizar capacitação das EMSI nas novas condutas do PNCT;
- b) qualificar e intensificar a supervisão da Assessoria às EMSI;

- c) disponibilizar às EMSI os instrumentos necessários para o acompanhamento dos casos;
- d) continuar a articulação com a SES.

Quanto à Hanseníase, a meta apropriada a ser pactuada deveria ser a implantação da vigilância ativa desta doença. A baixa incidência e prevalência da doença no Estado acarretaram a não priorização deste programa pela ASSAI/CORE-RS.

Ação: 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Atividade
Subação	Implementação das ações de Imunização nas Aldeias
Descrição	Alcançar no mínimo 80% de pessoas com esquema vacinal completo;Alcançar no mínimo 80% de cobertura vacinal para as vacinas Tetravalente ou Pentavalente em menores de 1 ano;Alcançar no mínimo 95% de cobertura vacinal para a vacina oral contra poliomielite (VOP) em menores de 1 ano;Alcançar no mínimo 95% de cobertura vacinal para a vacina Hepatite B, na faixa etária de 1-4 anos;Alcançar no mínimo 90% de cobertura vacinal para a vacina Tríplice Viral na faixa etária de 1-4 anos;Alcançar no mínimo 95% de cobertura vacinal para a vacina Dupla Adulto para as mulheres em idade fértil (10-49 anos);Alcançar no mínimo 95% de cobertura vacinal para a vacina Tríplice Viral para as mulheres em idade fértil (10-49 anos);Ampliar para no mínimo 3 o número de entradas de equipes de vacinação nas aldeias de difícil acesso.
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI/RS

Identificação da subação					
Denominação: Ampliar e qualificar as ações de imunização nas aldeias					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado / Programado %
Alcançar no mínimo 80% dos indígenas com esquema vacinal completo	80% dos indígenas com esquema vacinal completo	%	80%	56,8%	71%
Alcançar 95% de cobertura para a vacina oral contra poliomielite (VOP) em menores de 1 ano	Cobertura de 95% de VOP nos menores de 1 ano	%	95%	77%	81%
Alcançar cobertura de 90% para a vacina tríplice viral na faixa de 1 a 4 anos	Cobertura de 90% de tríplice viral na faixa de 1 a 4 anos	%	90%	81,8	90,9%
Alcançar cobertura de 95% para a vacina tríplice viral para mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	95% das mulheres em idade fértil com cobertura da vacina tríplice viral	%	95%	94,6%	99,6%
Ampliar para 3 o número de entradas de equipes de vacinação nas aldeias de difícil acesso	3 operações de vacinação nas aldeias de difícil acesso	unidade	3	4	133,3%



Resultado:

Imunizações

A cobertura vacinal da população menor de um ano tem apresentado índice inferior ao preconizado pelo PNI/MS e pactuado pela FUNASA. A cobertura para as vacinas antipólio, tetravalente e hepatite B, ficaram entre 75% e 77%, porém para a vacina BCG, a cobertura alcançada é de 94,9%.

Na população de 1 a 4 anos, as vacinas BCG, tetravalente, antipólio e hepatite B, atingiram as coberturas propostas pelo PNI/MS e o pactuado pela FUNASA. Para as vacinas pneumococo 23v, varicela e tríplice viral, houve uma queda significativa na cobertura.

As mulheres em idade fértil (MIF) a cobertura ficou próxima a proposta pelo PNI/MS para as vacinas dupla adulto e tríplice viral.

Já na população maior de 60 anos, a cobertura da pneumococo 23v atingiu o pactuado, o que não aconteceu com a cobertura da vacina Influenza sazonal.

Por orientação do DESAI, as coberturas vacinais são calculadas semestralmente e o percentual de pessoas com esquema vacinal completo é calculado anualmente.

Ressaltamos que, um Pólo Base pertencente ao DSEI Litoral Sul, está sem EMSI há 2 anos. A vacinação, neste pólo base, é realizada pela ASSAI, que desloca uma equipe capacitada para realizar a vacinação de rotina desta população. No ano de 2010, a meta pactuada de atualização de esquemas vacinais neste pólo base, foi superada em 25%.

A alta rotatividade dos profissionais de enfermagem das EMSI dificultou a manutenção da rotina de imunizações na maioria das áreas indígenas.

Neste ano, não foram realizadas as capacitações previstas em sala de vacina, o que é fundamental para manter a cobertura vacinal nos níveis mínimos exigidos pelo PNI/MS.

A baixa cobertura da vacina influenza sazonal, deve-se ao fato da SES/RS ter disponibilizado um quantitativo insuficiente para vacinar toda a população indígena do estado. A FUNASA não foi informada previamente desta dificuldade, portanto, não foi possível estabelecer prioridade para administração desta vacina.

Ressaltamos que é de grande importância manter uma equipe capacitada na ASSAI/Pólo Base, bem como, a parceria entre a SES/RS através das CRS, para qualificar e intensificar a supervisão das EMSI em imunizações.

Cobertura vacinal da população indígena, por tipo de vacina e faixa etária e cobertura preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), RS, 2004 a 2010.

VACINA	%PROPOSTO PELO PNI	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Menores de 1 ano								
BCG	90	26	58,9	89,6	97,7	87,1	94	94,9
Pólio	95	30,3	85,7	79,1	80,2	65,9	75,4	77
Tetra	95	30,3	85,5	79,1	76,8	65,9	75,4	76,2
Hepatite B	95	22,2	82	77,2	80	71,8	74,1	75,4
Rotavírus	90					66,6	75	75,2
Influenza						44,7	42,1	18,9
1 a 4 anos								
BCG	90	55,2	59,9	97,3	97,6	98,4	98,4	98,1
Pólio	95	58,1	65	92,6	95,8	97,2	96,2	96,3
Tetra	95	58,1	65	80,9	94,8	96,6	95,8	95,2
Hepatite B	95	34,7	59,6	90,8	95	96,4	96,1	96
TV	95	25,7	64,4	89,1	94,2	89,2	89,2	81,8
Pneumo	90	19,1	40,5	70,1	89,2	90,8	88,8	80
FA	100	11,1	68,4	82,8	94,1	91,2	94,9	92,6
Varicela	95	9,5	73	86,6	92,6	91,4	92,5	85,5
Influenza						86	84,3	61,7
MIF								
Tríplice Viral	95	20,9	65	82,8	93	92	95	94,6
Dupla Adulto	95	0	43,9	80,3	87	91,4	93,2	89,2
60 anos ou mais								
Influenza	100	25	89,5	67,9	78	87,3	84	80,1
Pneumococo	90	6	28,9	61,7	78	89,7	92,6	90

Percentual da população indígena com esquema vacinal completo, RS, 2010

idade	percentual de pessoas com esquema vacinal completo
< 1 ano	75,4%
1 a 6 anos	63%
7 a 59 anos	55,3%
60 e mais	73,7%
Mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	62,6%
População total	56,8%

Ação: 8743 – Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

Tipo da Ação	Projeto
Subação	Fortalecimento do Sistemas de Informações da Atenção à Saúde Indígena- SIASI
Descrição	Enviar no mínimo 1 lote mensal para alimentação do SIASI
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	ASSAI/RS

Identificação da subação					
Denominação: Alimentar, qualificar e implementar todas as fontes de informações em saúde					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Enviar no mínimo 1 lote mensal para alimentação do SIASI	SIASI alimentado mensalmente	unidade	12	12	100%

Resultado:**SIASI**

A ASSAI/CORE-RS enviou lotes do SIASI ao DESAI mensalmente.

No entanto, ainda são muitas as dificuldades enfrentadas para utilização e qualificação das informações:

- dificuldade para realizar capacitações e assessorar profissionais das EMSI no uso do SIASI;
- os equipamentos utilizados para a alimentação do SIASI são precários, (micros antigos, sem leitor de USB, drive de disquete com defeito, sem leitor de CD, pouca memória);
- falta de suporte técnico junto à Coordenação de Informática do DESAI, setor responsável pelo SIASI em Brasília, pois as demandas como criação de pólo base, inclusão de

município, correção de base de dados demoram muito ou não são solucionadas quando solicitadas, mesmo após vários contatos;

- falta de um gerenciador estadual do SIASI, pois por vezes os lotes enviados para o setor responsável em Brasília demoram a ser processados, ficando inviável a retirada dos dados no SIASI/Web. Em outras situações, o mesmo lote é processado várias vezes;

- dificuldade na visualização dos relatórios do SIASI/WEB, pois dependendo dos filtros usados, as respostas diferem.

SAÚDE MENTAL



Foi dada continuidade no trabalho desenvolvido pela Saúde Mental e estabelecidas duas metas para 2010:

1. Registrar, analisar e avaliar 100% das ações desenvolvidas em saúde mental em Tenente Portela e Porto Alegre, para se verificar as possíveis metas a serem dadas seqüências e as que careçam ser (re)estabelecidas, como a relação de trabalho entre a atenção básica em saúde e saúde mental.

Meta 100% atingida, toda ação de assistência e de educação em saúde foi registrada – sendo mapeadas as demandas e necessidades para continuidade do trabalho em Saúde Mental e organização de metas e ações para o ano de 2011.

2. Mapear e monitorar os usuários de psicofármacos em todas as comunidades indígenas.

A meta foi 100% atingida. Construimos um instrumento/cadastro em conjunto com os residentes de saúde mental e com colaboração do médico e assistência farmacêutica e enviamos às EMSI, seguido de visita às comunidades com casos mais prevalência.

Considerações:

Destacamos que as atividades desenvolvidas durante o ano de 2010, no que pese que não constem nas metas pactuadas e no plano operacional, foram de relevância, porque impactaram na diminuição de medicamentos e na retomada de elementos da cultura tradicional como a realização do III encontro de KUJÁ/ Kaingang.

O encontro foi antecedido de reuniões preparatórias, com percurso pelos indígenas da comissão organizadora em comunidades do interior para convidar lideranças e culminou com a participação de 180 pessoas entre Kujá, parteiras, lideranças, mulheres e crianças.

Salientamos que desenvolver saúde mental com os povos indígenas demanda uma problematização ética profunda, vista a complexidade dos modos de vida e as especificidades das etnias. É um trabalho delicado, pois requer uma atenção permanente para que não ocorra uma transposição estéril de saberes ou então a intensificação da homogeneização das diferenças, tão presente no contemporâneo e na história de relação dos povos indígenas com a sociedade envolvente.

Os efeitos e resultados com o trabalho em saúde mental, por vezes, possa não se apresentar de maneira consideravelmente numérica/quantitativa, porém, a importância está na possibilidade do estabelecimento de vínculos, laços que possam contribuir para a abertura e compreensão do trabalho em saúde mental, junto a atenção básica em saúde.

2.3.3. Programa 1287 – Saneamento Rural

2.3.3.1 Dados Gerais

Tipo de programa	Finalístico
Objetivo geral	Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle dos determinantes e condicionantes de saúde da população
Objetivos específicos	Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços de saneamento ambiental em áreas rurais.
Responsável pelo programa no âmbito da UJ	Manoel Bernardo da Motta Ribeiro
Público-alvo (beneficiários)	População rural dispersa, residente em assentamentos da reforma agrária e em localidades de até 2.500 habitantes e as minorias étnico-raciais como quilombolas, população indígena e outros povos da floresta.

2.3.3.2 Principais Ações do Programa

Ação 7656 – Implantação, Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em Áreas Rurais, em Áreas Especiais (Quilombos, Assentamentos e Reservas Extrativistas) e em Localidades com População Inferior a 2.500 Habitantes para Prevenção e Controle de Agravos.

Ação 7684 - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos

Ação 7656 Implantação, Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em Áreas Rurais, em Áreas Especiais (Quilombos, Assentamentos e Reservas Extrativistas) e em Localidades com População Inferior a 2.500 Habitantes para Prevenção e Controle de Agravos.	
Tipo da Ação	Projeto
Finalidade	Proporcionar resolutividade em áreas de interesse especial (assentamentos, remanescentes de quilombos e áreas extrativistas), para problemas de saneamento, prioritariamente o sistema de abastecimento público de água, o esgotamento sanitário e as melhorias sanitárias domiciliares, visando a prevenção e ao controle de doenças e agravos.
Descrição	<p>Analisar 15 projetos de saneamento ambiental em comunidades remanescentes de quilombo, assentamentos da reforma agrária, reserva extrativista ou localidades rurais com até 2.500 habitantes (relativos aos pleitos de 2010)</p> <p>Analisar 04 projetos de saneamento ambiental em comunidades remanescentes de quilombo, assentamentos da reforma agrária, reserva extrativista ou localidades rurais com até 2.500 habitantes (relativos aos exercícios anteriores)</p> <p>Realizar 15 visitas preliminares de convênios de 2010; Realizar 15 visitas de acompanhamento de convênios de 2010</p> <p>Realizar 08 visitas de acompanhamento de Convênios de Exercícios Anteriores.</p>
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidades Executoras	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Engenharia de Saúde – SENSP/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implantação, Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em Áreas Rurais, em Áreas Especiais (Quilombos, Assentamentos e Reservas Extrativistas) e em Localidades com População Inferior a 2.500 Habitantes para Prevenção e Controle de Agravos.					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Analisar projetos de saneamento ambiental em comunidades remanescentes de quilombo, assentamentos da reforma agrária, reserva extrativista ou localidades rurais com até 2.500 habitantes (relativos aos pleitos de 2010)	Projetos Analisados	Número de Projetos Analisados	15	15	100%
Analisar projetos de saneamento ambiental em comunidades remanescentes de quilombo, assentamentos da reforma agrária, reserva extrativista ou localidades rurais com até 2.500 habitantes (relativos aos exercícios anteriores)	Projetos Analisados	Número de Projetos Analisados	04	04	100%
Realizar visitas preliminares de convênios de 2010	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	15	15	100%
Realizar visitas de acompanhamento de convênios de 2010	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	15	0	0%
Realizar visitas de acompanhamento de Convênios de Exercícios Anteriores.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	08	08	100%

Resultado:

Como resultados das ações de Implantação, Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em áreas Rurais, em áreas Especiais (quilombolas e assentamentos) e em localidades com população inferior a 2.500 habitantes para prevenção e controle de agravos temos a informar que foram realizadas as visitas preliminares e de acompanhamento.

Foram analisados os projetos de Melhorias Sanitárias Domiciliares, observa-se que o Poder Público Municipal é carente de técnicos que possam elaborar adequadamente os projetos, principalmente, de acordo com a real necessidade das localidades.

A FUNASA-SUEST/RS proporcionou, e continuará proporcionando em 2011, apoio técnico para que os técnicos municipais possam adequar seus projetos as necessidades reais das áreas especiais.

Ação: 7684 Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos	
Tipo de ação	Projeto
Finalidade	Dotar as aldeias de condições adequadas de saneamento básico. Contribuir para redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica. Contribuir para o controle de doenças parasitárias transmissíveis por dejetos e contribuir para o controle de agravos ocasionados pela falta de condições de saneamento básico em áreas indígenas.
Descrição	Beneficiar 04 aldeias com sistemas de abastecimento de água. Beneficiar 21 aldeias com melhorias sanitárias domiciliares. Realizar 20 visitas de acompanhamento de obras do exercício 2010 Realizar 05 visitas de acompanhamento de obras de Exercícios Anteriores
	Conclusão das Obras do exercício anterior
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP/RS

Identificação da subação					
Denominação: Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Beneficiar aldeias com sistemas de abastecimento de água.	Aldeia beneficiadas	Número de aldeias	04	04	100%
Beneficiar aldeias com melhorias sanitárias domiciliares.	Aldeias beneficiada	Número de aldeias	21	0	0%
Realizar visitas de acompanhamento de obras do exercício 2010	Visitas realizadas	Numero de visitas	20	20	100%
Realizar visitas de acompanhamento de obras de Exercícios Anteriores	Visitas realizadas	Numero de visitas	05	05	100%

Resultado:

Foram, e estão sendo, realizadas as visitas de acompanhamento a obras de saneamento nas áreas indígenas.

O resultado mais visível é a diminuição de casos de doenças de transmissão por veiculação hídrica e diminuição nos índices de mortalidade infantil. Melhora nas condições de higiene e saúde da população beneficiada.

2.3.2. Programa 0122 – Serviços Urbanos de Água e Esgoto

2.3.2.1 Dados Gerais

Tipo de programa	Finalístico
Objetivo geral	Ampliar o acesso aos serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário e resíduos sólidos, com vistas à universalização.
Objetivos específicos	Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços públicos urbanos de abastecimento de água e esgotamento sanitário.
Responsável pelo programa no âmbito da UJ	Manoel Bernardo da Motta Ribeiro
Público-alvo (beneficiários)	População urbana de menor nível socioeconômico, e a residente em área de habitação subnormal, em periferias de grandes centros e em municípios de pequeno porte.



2.3.2.2 Principais Ações do Programa

2272 – Gestão e Administração do Programa

20AG – Apoio a Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico em Municípios de Até 50.000 Habitantes

- Fomento à Elaboração de Planos Municipais de Saneamento Básico
- Apoio a Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico

10GD – Implantação e Melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água em Municípios de até 50.000 Habitantes, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE)

6908 – Fomento à Educação em Saúde voltada para Saneamento Ambiental

10GE – Implantação e Melhoria de Sistema Público de Esgotamento Sanitário em Municípios de até 50.000 Habitantes, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE)(PAC)

7652 – Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para Prevenção e Controle de Agravos.

3921- Implantação de Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas



2.3.2.3 Gestão das ações

Ação: 2272 Gestão e Administração do Programa	
Tipo da Ação	Projeto
Finalidade	Constituir um centro de custos administrativos dos programas, agregando as despesas que não são passíveis de apropriação em ações finalísticas do próprio programa.
Descrição	Essas despesas compreendem: serviços administrativos; pessoal ativo; manutenção e uso de frota veicular, própria ou de terceiros por órgãos da União; manutenção e conservação de imóveis próprios da União, cedidos ou alugados, utilizados pelos órgãos da União; tecnologia da informação, sob a ótica meio, incluindo o apoio ao desenvolvimento de serviços técnicos e administrativos; despesas com viagens e locomoção (aquisição de passagens, pagamento de diárias e afins); sistemas de informações gerenciais internos; estudos que têm por objetivo elaborar, aprimorar ou dar subsídios à formulação de políticas públicas; promoção de eventos para discussão, formulação e divulgação de políticas, etc; produção e edição de publicações para divulgação e disseminação de informações sobre políticas públicas e demais atividades meio necessárias à gestão e administração do programa.
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP/RS

Ação: 20 AG Fomento à elaboração de Planos Municipais de Saneamento Básico (PMSB)	
Tipo de ação	Projeto
Finalidade	Dotar os municípios de condições adequadas de saneamento básico. Contribuir para redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica. Contribuir para o controle de doenças parasitárias transmissíveis por dejetos e contribuir para o controle de agravos ocasionados pela falta de condições de saneamento básico.
Descrição	<p>Apoiar tecnicamente 03 municípios com a elaboração de Planos Municipais de Saneamento Básico.</p> <p>Analisar 03 planos de trabalho e orçamentos detalhados relativos aos PMSB</p> <p>Participação em 09 reuniões dos Comitês de Coordenação de elaboração do PMSB em caráter orientativo</p> <p>Analisar 03 diagnósticos técnico-participativos dos PMSB</p> <p>Elaborar (03) parecer final referente aos demais produtos contidos no TR</p>
	Conclusão das Obras do exercício anterior
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP/RS

Identificação da subação					
Denominação: Fomento à elaboração de Planos Municipais de Saneamento Básico (PMSB)					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Apoiar tecnicamente municípios com a elaboração de Planos Municipais de Saneamento Básico	Municípios apoiados	Número de Municípios apoiados	03	03	100%
Analisar planos de trabalho e orçamentos detalhados relativos aos PMSB	orçamentos	Número de orçamentos	03	03	100%
Participação em reuniões dos Comitês de Coordenação de elaboração do PMSB em caráter orientativo	reuniões	Número de reuniões	09	09	100%
Analisar diagnósticos técnico-participativos dos PMSB	diagnósticos	Números de diagnósticos	03	0	0
Elaborar parecer final referente aos demais produtos contidos no TR	pareceres	Número de pareceres	03	0	0

Resultado:

O resultado mais visível é a sensibilização dos munícipes com a importância do planejamento, principalmente, na infra-estrutura de saneamento, para que haja melhora na qualidade de vida da população. E, também, a importância da participação popular em todas as etapas de elaboração de um Plano de Saneamento, para que o mesmo tenha o produto, ou seja, projetos, que sejam adequados à realidade local e sustentável dentro da capacidade do município.

Municípios orientados quanto à Lei 11.445 nos Seminários realizados pela Coordenação Regional do Rio Grande do Sul – Core/RS;

Grupo de Trabalho - GT Executivo e de Coordenação capacitados para os primeiros momentos de elaboração do Plano Municipal de Saneamento Básico - PMSB nos municípios de Tio Hugo e Balneário Pinhal, contemplados com recursos.

Além disso, foram realizados seminários e oficinas nos seguintes municípios: Balneário Pinhal, Tio Hugo, Fontoura Xavier, Planalto, Soledade, Marau, Pelotas e Veranópolis.

Ação: 20AG - Apoio à Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico em Municípios de até 50.000 Habitantes	
Tipo da Ação	Atividade
Finalidade	Promover e apoiar, técnica e financeiramente, o desenvolvimento e a transferência de tecnologias para o fortalecimento institucional dos modelos de gestão dos serviços públicos de saneamento ambiental de estados e municípios.
Descrição	Apoiar tecnicamente os consórcios públicos existentes (01). Apoiar tecnicamente a melhoria da gestão dos serviços de saneamento de 22 municípios. (CONSÓRCIO AZONASUL)
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP

Identificação da subação					
Denominação: Apoio à Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico em Municípios de até 50.000 Habitantes					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado / Programado %
Apoiar tecnicamente os consórcios públicos existentes.	Consórcios apoiados	Número de Consórcios apoiados	01	01	100%
Apoiar tecnicamente a melhoria da gestão dos serviços de saneamento de 22 municípios. (CONSÓRCIO AZONASUL)	Apoio ao municípios	Número de Municípios apoiados	22	22	100%

Resultado:

Ao longo do ano foram visitados vários municípios, para fomentar a elaboração de planos municipais de saneamento e programas de cooperação técnica, divulgar a lei de saneamento básico e a lei sobre consórcios públicos.

Como principal resultado observou-se que a sensibilização e entendimento de que a união de alguns municípios, em forma de consórcios públicos, pode ser a melhor saída para grandes projetos, como os de Sistemas de Resíduos Sólidos, proporcionando ganhos em economia de escala e corpo técnico qualificado.

Ação: 10GD – Implantação e Melhorias de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água em Municípios de até 50 mil Habitantes, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE).

Tipo da Ação	Projeto
Finalidade	Dotar os domicílios e estabelecimentos coletivos com abastecimento público de água adequado visando à prevenção e ao controle de doenças e agravos.
Descrição	<p>Analisar 01 projeto de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água relativos aos pleitos de 2010.</p> <p>Analisar 98 projetos de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativos a exercícios anteriores.</p> <p>Realizar 01 visitas preliminares para viabilização de obras de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativas aos pleitos de 2010.</p> <p>Realizar 01 visitas de acompanhamento de obras de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativas aos pleitos de 2010.</p> <p>Realizar 37 visitas de acompanhamento de obras de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativas a exercícios anteriores.</p>
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implantação e Melhorias de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água em Municípios de até 50 mil Habitantes, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE).					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Analisar 01 projeto de implantação e	Projetos	Número de	01	01	100

melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água relativos aos pleitos de 2010.	analisados	projetos			
Analisar 98 projetos de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativos a exercícios anteriores.	Projetos implantados	Número de projetos	98	01	100
Realizar 01 visitas preliminares para viabilização de obras de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativas aos pleitos de 2010.	Visitas realizadas	Numero de visitas	01	0	0
Realizar 01 visitas de acompanhamento de obras de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativas aos pleitos de 2010.	Visitas realizadas	Numero de visitas	01	0	0
Realizar 37 visitas de acompanhamento de obras de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativas a exercícios anteriores.	Visitas realizadas	Numero de visitas	37	37	100

Resultado:

Foram analisados os projetos de Sistemas de Abastecimento de Água e, observa-se que o Poder Público Municipal é carente de técnicos que possam elaborar adequadamente os projetos, principalmente, de acordo com a real necessidade das localidades. A FUNASA-CORERS proporcionou, e continuará proporcionando em 2011, apoio técnico para que os técnicos municipais possam adequar seus projetos as necessidades reais dos municípios.

Ação: 6908 Fomento à Educação em Saúde voltada para o Saneamento Ambiental

Tipo da Ação	Atividade
Finalidade	Assessorar gestores e técnicos em todos os níveis para o desenvolvimento de ações permanentes de comunicação e educação em saúde, por meio da mobilização social, visando à promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos, ocasionados pela falta e/ou inadequação de ações de saneamento ambiental.
Descrição	Beneficiar os municípios contemplados no Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) com a implantação de ações de Educação em Saúde e Mobilização Social nos Projetos de Saneamento. Beneficiar os municípios conveniados com a Funasa, com a implantação de ações de Educação em Saúde e Mobilização Social nos Projetos de Saneamento (outros recursos). Apoiar tecnicamente os projetos de coleta de reciclagem de materiais implementando os projetos e ações de educação em saúde e mobilização social. Beneficiar com ações de Educação em Saúde e Mobilização Social, as comunidades em áreas especiais (quilombolas e assentados). Acompanhar, supervisionar e emitir o parecer final dos passivos dos Programas e/ou Projetos de Educação em Saúde e Mobilização Social dos processos de Convênio de Saneamento Ambiental. Apoiar tecnicamente por meio dos NICT os municípios na elaboração dos Planos Municipais de saneamento Básico – PMSB.
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde

Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável Gerenciamento ou Execução:	Equipe de Educação em Saúde

Resultado:

Técnicos municipais sensibilizados quanto à importância das ações educativas nos convênios com a Funasa e orientados para a elaboração dos projetos de educação em saúde;

Projetos educativos analisados e aprovados;

Monitoramento de algumas ações educativas realizadas pelos municípios conveniados;

Apoio técnico aos municípios contemplados para PMSB.

Ação: 10GE – Implantação e Melhorias de Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário em Municípios de até 50.000 Habitantes ou Integrantes de Consórcios Públicos, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE).	
Tipo da Ação	Projeto
Finalidade	Dotar os domicílios e estabelecimentos coletivos de sistema público de coleta e tratamento de esgoto sanitário adequado visando a prevenção e o controle de doenças e agravos.
Descrição	<p>Analisar 01 projeto de implantação de melhoria de sistemas públicos de esgotamento sanitário (relativo aos pleitos de 2010).</p> <p>Analisar 39 projetos de implantação e melhoria de sistemas de esgotamento sanitário de exercícios anteriores.</p> <p>Realizar 1 visita preliminar de convênios 2010.</p> <p>Realizar 12 visitas preliminares de convênios de exercícios anteriores Realizar 12 visitas de acompanhamento de convênios de exercícios anteriores.</p>
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implantação e Melhorias de Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário em Municípios de até 50.000 Habitantes ou Integrantes de Consórcios Públicos, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE).					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/ Programado %
Analisar 01 projeto de implantação de melhoria de sistemas públicos de esgotamento sanitário (relativo aos pleitos de 2010).	Projetos analisados	Número de projetos analisados	01	01	100

Analisar 39 projetos de implantação e melhoria de sistemas de esgotamento sanitário de exercícios anteriores	Projetos analisados	Número de projetos analisados	39	39	100
Realizar 1 visita preliminar de convênios 2010	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	01	0	0
Realizar 12 visitas preliminares de convênios de exercícios anteriores	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	12	12	100
Realizar 12 visitas de acompanhamento de convênios de exercícios anteriores.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	12	06	50

Resultado:

Foram analisados os projetos de Sistemas de Esgotamento Sanitário e, observa-se que o Poder Público Municipal é carente de técnicos que possam elaborar adequadamente os projetos, principalmente, de acordo com a real necessidade das localidades. A FUNASA-CORERS proporcionou, e continuará proporcionando em 2011, apoio técnico para que os técnicos municipais possam adequar seus projetos as necessidades reais dos municípios.

Ação: 7652 Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para Prevenção e Controle de Agravos	
Tipo da Ação	Projeto
Finalidade	Dotar os domicílios e estabelecimentos coletivos de condições sanitárias adequadas visando à prevenção e controle de doenças e agravos.
Descrição	Analisar 07 projeto de implantação de melhorias sanitárias domiciliares relativos a exercícios anteriores Realizar 21 visitas de acompanhamento de convênios de exercício anteriores
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para Prevenção e Controle de Agravos					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programa do	Realizado	Realizado / Programa do %
Analisar 07 projetos de implantação de melhorias sanitárias domiciliares relativas a exercícios anteriores	Projetos analisados	Número de projetos analisados	07	07	100
Realizar 21 visitas de acompanhamento de convênios de exercício anteriores	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	21	21	100

Resultado:

Observa-se que o fato da FUNASA fornecer um projeto padrão para Módulos Sanitários Domiciliares, o programa Melhorias Sanitárias Domiciliares resume-se a construção destes módulos para os domicílios mais carentes. Quando, na verdade, o Programa é bem mais amplo podendo ser estudada a localidade, verificada a real carência e

projetado melhoras no abastecimento local (captação e armazenamento de água), esgotamento, equipamentos de higiene e até mesmo oficina de saneamento.

Mais uma vez nota-se a carência na qualidade técnica do município para uma melhor destinação dos recursos públicos destinados a essas comunidades. A Funasa propicia apoio técnico para melhora dos projetos apresentados e suas concepções e continuará a fazê-lo em 2011.

Atividades realizadas em 2010

No âmbito do Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares foram aprovados, no ano de 2010, 6 convênios, referentes aos exercícios de 2009 e 2010 / PAC e EP. Até a data de elaboração deste relatório, foram liberados recursos financeiros para 39 municípios e realizada 01 oficina com atividades educativas para as famílias beneficiadas.

Visitas Técnicas

As visitas técnicas realizadas em 2010 foram divididas em visitas técnicas preliminares, de apoio técnico, acompanhamento de obras para os convênios do PAC, e EP. As visitas de acompanhamento dos convênios dos anos anteriores totalizaram 60 municípios.

Situação das Obras

Do total dos 123 municípios com convênios atendidos em 2010, aproximadamente 26% encontra-se com 0% de obras executadas. Os demais municípios que compõe este grupo apresentam as seguintes situações:

- Iniciaram recentemente as obras, sem receber visita técnica do DIESP;
- Receberam recursos, mas ainda não iniciaram a licitação;
- Estão em processo de licitação ou;
- Não receberam os recursos;
- Estão com obras concluídas sem visita conclusiva do DIESP.

Para este Programa foi implantado uma atividade de avaliação técnica para a construção do primeiro módulo sanitário. Esta atividade foi criada com o objetivo de

minimizar os problemas relativos a execução de obras que não correspondiam com o projeto aprovado. A avaliação técnica consiste de instrumento do tipo “check list” que é aplicado “in loco” através dos técnicos da FUNASA. Como resultado, percebemos que após a implantação desta atividade de avaliação houve uma redução dos problemas na execução, melhorando significativamente a qualidade final das obras, otimizando os custos, visitas técnicas e outros.

Ação: 3921 Implantação de Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas	
Tipo da Ação	Projeto
Finalidade	Melhorar as condições físicas e sanitárias das habitações, tornando-as refratárias à colonização de triatomíneos contribuindo para controle da Doença de Chagas.
Descrição	<p>Analisar 02 projetos de implantação de melhorias habitacionais para controle da doença de chagas.</p> <p>Analisar 01 projeto de implantação de melhorias habitacionais para controle da doença de chagas de exercícios anteriores.</p> <p>Realizar 02 visitas preliminares de Cv 2010.</p> <p>Realizar 02 visitas de acompanhamento CV 2010.</p> <p>Realizar 19 visitas de acompanhamento cv exercícios anteriores.</p>
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidades Executoras	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implantação de Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado / Programa do %
Analisar 02 projetos de implantação de melhorias habitacionais para controle da doença de chagas.	Projetos analisados	Número de projetos analisados	02	02	100

Analisar 01 projeto de implantação de melhorias habitacionais para controle da doença de chagas de exercícios anteriores.	Projetos analisados	Número de projetos analisados	01	01	100
Realizar 02 visitas preliminares de Cv 2010	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	02	02	100
Realizar 02 visitas de acompanhamento CV 2010.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	02	0	0
Realizar 19 visitas de acompanhamento cv exercícios anteriores.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	19	19	100

Resultado:

Neste caso, observa-se que as melhorias habitacionais possuem uma diversidade grande e cada propriedade tem melhorias diferentes a serem projetadas e executadas. Porém, estas melhorias são de extrema simplicidade, na maioria das vezes reformas, não necessitando mão de obra especializada. E o que tem dificultado a execução dos Convênios é a cobrança, da Funasa, pela licitação global do material e mão de obra juntos, impedindo que haja a execução pelo método de mutirão ou contratos diretos com a Prefeitura.

Atividades realizadas em 2010

No âmbito do Programa de Melhoria Habitacional para Controle da Doença de Chagas foram aprovados, no ano de 2010, 2 convênios, referentes aos exercícios de 2009 e 1 convênio 2010 e realizadas 04 oficinas com atividades educativas para as famílias beneficiadas neste Programa.

Ainda encontra-se em processo de análise o convênio do Município de Três de Maio/2010. Com relação aos convênios de 2010, foi realizada visita de apoio técnico e estamos aguardando as pendências técnicas para análise e possível aprovação.

Visitas Técnicas

As visitas técnicas realizadas em 2010 foram divididas em visitas técnicas preliminares, de apoio técnico e acompanhamento de obras incluindo os convênios entre 2001 até 2010 . Dos 159 municípios, foram visitados apenas 60 municípios.

Situação das Obras

Do total dos 36 municípios com convênios em vigência, aproximadamente 17 encontra-se com 0% de obras executadas e 22 com obra em andamento nas seguintes situações:

- a) Iniciaram recentemente as obras, sem receber visita técnica do DIESP;
- b) Receberam recursos, mas ainda não iniciaram a licitação;
- c) Estão em processo de licitação ou;
- d) Não receberam os recursos.

2.3.4. Programa 8007 – Resíduos Sólidos Urbanos

2.3.4.1 Dados Gerais

Tipo de programa	Finalístico
Objetivo geral	Promover e difundir a gestão ambiental, a produção e o consumo sustentável nos ambientes urbanos e rurais e nos territórios dos povos e comunidades tradicionais
Objetivos específicos	Ampliar a área de cobertura e eficiência dos serviços públicos de manejo de resíduos sólidos, com ênfase no encerramento de lixões, na redução, no reaproveitamento e na reciclagem de materiais, por meio da inclusão socioeconômica de catadores.
Responsável pelo programa no âmbito da UJ	Manoel Bernardo da Motta Ribeiro
Público-alvo (beneficiários)	População localizada em áreas de maior concentração de pobreza do país e/ou de fragilidade físico-ambiental; em municípios de pequeno e médio portes, nas periferias de grandes centros e de regiões metropolitanas.

2.3.4.2 Principais Ações do Programa

Ação 10 GG Implantação e Melhoria de Sistema Público de Manejo de Resíduos Sólidos em Municípios de até 50 mil Habitantes, exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE)	
Tipo de Ação	Projeto
Finalidade	Apoiar técnica e financeiramente, os estados e municípios na implantação, ampliação ou melhoria dos sistemas de coleta, tratamento e destinação final de resíduos sólidos para prevenção e controle de agravos nas áreas mais carentes do país e com população inferior a 50.000 mil habitantes, preferencialmente, nos municípios de incidência de dengue.
Descrição	<p>Analisar 21 projetos de implantação e melhoria de sistemas públicos de manejo de resíduos sólidos de exercício anteriores.</p> <p>Realizar 13 visitas preliminares de exercícios anteriores.</p> <p>Realizar 5 visitas de acompanhamento de CV de exercícios anteriores</p> <p>Realizar 20 visitas de acompanhamento de obras do exercício de 2010.</p> <p>Realizar 5 visitas de acompanhamento de obras de exercício anteriores.</p>
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidades Executoras	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Engenharia de Saúde Pública – SENSP/RS

Identificação da subação					
Denominação: Implantação e Melhoria de Sistema Público de Manejo de Resíduos Sólidos em Municípios de até 50 mil Habitantes, exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE)					
Descrição da Meta	Produto	Unidade de Medida	Exercício 2010		
			Programado	Realizado	Realizado/Programado %
Analisar 21 projetos de implantação e melhoria de sistemas públicos de manejo de resíduos sólidos de exercício anteriores	Projetos analisados	Número de projetos analisados	21	21	100
Realizar 13 visitas preliminares de exercícios anteriores.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	13	13	100
Realizar 5 visitas de acompanhamento de CV de exercícios anteriores	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	05	05	100
Realizar 20 visitas de acompanhamento de obras do exercício de 2010.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	20	20	100
Realizar 5 visitas de acompanhamento de obras de exercício anteriores.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	05	05	100

Resultado:

Foram analisados os projetos de Sistemas de Resíduos Sólidos e, observa-se que o Poder Público Municipal é carente de técnicos que possam elaborar adequadamente os projetos, principalmente, de acordo com a real necessidade das localidades. A FUNASA-CORERS proporcionou, e continuará proporcionando em 2011, apoio técnico para que os técnicos municipais possam adequar seus projetos as necessidades reais dos municípios. Provavelmente com o fomento à criação de consórcios públicos e o entendimento do poder público municipal que consorciar, neste caso, pode ser mais viável para a sustentabilidade dos sistemas, nos próximos anos teremos melhores resultados na concepção dos projetos e execução de obras.

2.3.6. Programa 0750 Apoio Administrativo

2.3.6.1 Dados Gerais

Tipo de programa	Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais
Objetivo geral	Não definido
Objetivos específicos	Prover os órgãos da União dos meios administrativos para implementação e gestão de seus programas finalísticos.
Gerente do Programa	Não se aplica
Público-alvo (beneficiários)	Governo

2.3.6.2 Principais Ações do Programa

Ação 2004 Assistência Médica aos Servidores e Empregados Públicos - Exames Periódicos

Subação Assistência Médica aos Servidores e Empregados Públicos – Exames Periódicos na Funasa
--

Subação Implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO
--

2.3.6.3 Gestão das Ações

Ação 2004 Assistência Médica aos Servidores e Empregados Públicos - Exames Periódicos	
Subação 20 CW Assistência Médica aos Servidores e Empregados Públicos – Exames Periódicos na Funasa	
Tipo de ação	Atividade
Finalidade	Proporcionar aos servidores, empregados, seus dependentes e pensionistas condições para manutenção da saúde física e mental.
Descrição	Realizar Exames Periódicos em 100% dos servidores ativos, empregados públicos, nomeados em cargo de comissão e contratados temporários (100) em exercício na CORERS Realizar Exames Periódicos em 100% dos servidores descentralizados (327)
OBS: É uma subação com recursos previstos na ação 2004 por ser uma obrigatoriedade imposta pela Portaria Normativa SRH/MP nº 01/2007	
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Recursos Humanos – SEREH / Setor Cadastro – SECAD

Justificativa: Devido ao atraso na disponibilização de um sistema informatizado proposto pela Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG que auxiliasse no gerenciamento e na realização dos Exames Periódicos, foi impossível dar início à ação.

Resultados:

A meta não foi atingida por falta de recursos orçamentários e financeiros. Os exames periódicos dos servidores foram realizados pela última vez em 1998, através do Plano de Saúde dos Servidores - Capesaúde, entretanto não foram localizados nas pastas médica e/ou

funcional dos servidores os resultados dos mesmos. Não foi elaborado o mapa de risco e/ou perfil epidemiológico dos mesmos. Os exames de colinesterase que deveriam ser semestrais e sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, também não foram remetidos a esta Fundação.

Ação 2004 Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, empregados e seus dependentes	
Subação: Implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO	
Tipo de ação	Atividade
Finalidade:	Proporcionar aos servidores, empregados, seus dependentes e peensionistas condições para manutenção da saúde física e mental.
Descrição	Desenvolver pelo menos 3 ações de promoção à saúde, sendo uma delas a ginástica laboral
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Recursos Humanos – SEREH / Setor Cadastro – SECAD

Resultado:



Ginástica Laboral: Desenvolvemos o Programa de Ginástica Laboral desde 2009, e realizamos SIPAT (Semana Interna de Prevenção a Acidente do Trabalho) com a “Semana de Qualidade de Vida” maio/2010 e a Primeira Feira de Talentos” em dezembro/2010. Quanto aos Exames Periódicos, por decisão da Presidência da Funasa foi transferida para 2011, devendo ser realizado e concluído no primeiro semestre.

2.3.6.3 Gestão das Ações

Ação 2000 Administração da Unidade	
Subação Melhoria do Ambiente de Trabalho – Laudo de Avaliação Ambiental	
Tipo de ação	Atividade
Finalidade	Proporcionar aos servidores e empregados, condições para manutenção da saúde física e mental.
Descrição	Executar 03 das medidas corretivas dos itens apontados no Laudo de Avaliação Ambiental sob responsabilidade da CORE Constituir Grupo de Trabalho, por meio de Portaria, para promoção e acompanhamento da aplicação das medidas corretivas apontadas no Laudo.
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Recursos Humanos – SEREH / Setor Cadastro – SECAD

Resultado:

O Laudo Ambiental realizado em 2007 apontou algumas medidas corretivas na sede da Coordenação Regional:

- Instalações físicas: trata-se de construção com aproximadamente 65 anos de existência, com 10793 m² de área, em concreto armado, que não possui acessibilidade e instalações adequadas para atender pessoas portadoras de deficiência.

Respondemos: Até a presente data não foi realizada adequação para atendimento da ABNT no que se refere à acessibilidade a portadores de deficiência, a entrada do prédio não possui rampa e/ou elevador para cadeirante, tampouco os elevadores possuem abertura

mínima para manobra de cadeiras, ainda que exista a indicação do andar em “ braile” não possui indicador auditivo do andar.

- Os tapetes do piso estão desgastados, inclusive com risco de queda para os usuários, necessitando imediata substituição; há dois elevadores de serviço sendo que um destes encontra-se desativado. As escadas possuem corrimãos unilaterais, de madeira, necessitando reparo; seu piso é em mármore, com vários degraus danificados, faltando faixas antiderrapantes, facilitando o risco de acidente por queda. A parede escada/sanitário masculino, entre o 11º/12º andares apresenta infiltrações, o que se repete em outros andares do prédio.

Respondemos: Não foram atendidos devida a falta de contrato de manutenção.

- No acesso ao abrigo de bombas a escada não tem corrimão nem faixa antiderrapante, além de ser muito estreita e possuir inúmeros degraus danificados. As paredes dos ambientes são pintadas com tinta a óleo ou lavável, necessitando reparos em diversos pontos, principalmente nas áreas de circulação entre os andares, onde se faz visível à necessidade de recolocação de azulejos, assim como de renovação da pintura após correção de infiltrações porventura existentes. O teto é de laje, rebaixado em diversos ambientes alguns com gesso, mas a maioria com placas de aglomerado, necessitando de reparos urgentes, como por exemplo, no Socom e Saeof.

Respondemos: Não foram atendidos devida à falta de contrato de manutenção.

- Na cobertura existe uma área de lazer desativada, cujo teto encontra-se em condições de desabamento.

Respondemos: Ainda que tenha sido oferecido projeto para a reforma da sala de laser, viabilizando o Programa de Qualidade de Vida, não foi levado a termo.

- A maioria das persianas encontra-se danificadas e algumas janelas estão cobertas por papel pardo para minimizar os efeitos do sol.

- O piso variando de mármore, no hall dos elevadores, paviflex ou cerâmica nos corredores de acesso às salas, e no seu interior tacos necessitando de reparos em diversos ambientes e paviflex tipo assoalho nas demais. A iluminação é mista, auxiliada por lâmpadas fluorescentes, que em alguns ambientes se encontravam queimadas no momento da inspeção e em outros faltavam lâmpadas, o que prejudica o iluminamento dos locais

afetados. As calhas das luminárias são fixadas no forro que, no caso das placas de aglomerado, com o tempo começam a ceder. A ventilação é auxiliada por aparelhos de ar condicionado de parede, alguns danificados e sem a limpeza quinzenal dos filtros e a manutenção periódica preventiva, por falta de contrato. O mobiliário é misto, variando entre antigo, confortável e bem conservado, como é o caso do Gabinete, novo e ergonômico. No caso da assessoria do gabinete, chefia da Assai é obsoleto, não ergonômico e necessitando de substituição imediata em diversos setores, como por exemplo: Socom, Saeof, Sotra, Convênios, Prestação de Contas, Sereh.

Respondemos: Não foram atendidos devida à falta de contrato de manutenção.

- Todos os equipamentos de informática da Core não possuem os dispositivos de proteção recomendados. Há fiação dos equipamentos de informática, telefonia e ponto de rede elétrica espalhados pelo chão, comprometendo a circulação das pessoas em segurança pelo ambiente, além de prejudicar o aspecto estético, como por exemplo, no Sensp e na sala de Convênios, sendo freqüente a exposição dos fios da rede lógica na maioria dos ambientes.

Respondemos: Não houve critérios de Segurança do Trabalho, tampouco este Sereh foi consultado quanto a ergonomia, as fiações em decorrência a mudança de salas e de instalações improvisadas permanecem sem solução.

- Existem três unidades extintoras de combate a incêndio, no hall de cada pavimento, tipo Pó Químico e/ou Água pressurizada, a maioria com altura acima da norma, dificultando o manuseio pelos usuários. Nenhum dos extintores possui sinalização no piso e a maioria necessita melhor fixação da placa de sinalização de parede. No 12º andar falta extintor nos locais onde há sinalização. O sistema de hidrantes está desativado, os armários estão fora das normas e no seu interior passam diversas tubulações.

Respondemos: Não foi providenciado o PPCI neste prédio.

- Há problemas de infestação por vetores mecânicos: morcegos, cujas fezes são detectadas nas sacadas, janelas e aparelhos de ar condicionado dos ambientes de maior infestação, e que ao serem ligados espalham um odor característico. No subsolo há baratas e ratos, pois, particularmente no local de acesso ao arquivo morto, o ambiente está propício.

Respondemos: Não foi providenciado a eliminação das pragas domésticas nem tampouco foram afugentados os morcegos e pombos.

Propostas Técnicas para Correção extraídas do laudo ambiental/2007:

Conforme observado por ocasião da visita técnica realizada nas dependências da Core-RS é de vital importância alertar aos gestores, com relação aos riscos encontrados nos ambientes vistoriados para que as providências, urgentes e necessárias, sejam efetivamente concretizadas, contribuindo assim para a implantação de condições ideais de trabalho e ambientes saudáveis, de acordo com a proposta em que se alicerça a Saúde do Trabalhador.

O desenvolvimento de ações voltadas para a saúde do servidor representa uma conquista importante, demonstrando um avanço institucional em busca da consolidação de uma Política de Saúde do Trabalhador, que possa contemplar uma categoria de trabalhadores que, por sua prática profissional, é exposta a condições de trabalho que põem em risco a sua própria saúde e em contrapartida, tem como missão promover e prevenir agravos à saúde da população em geral.

Em face da ampla legislação existente sobre Segurança e Saúde nos Ambientes de Trabalho, faz-se urgente e necessária à imediata implantação e implementação das mesmas pelos setores públicos que, em geral, tratam de forma ainda bastante incipiente as questões de Saúde do Trabalhador.

As medidas de segurança quando corretamente adotadas são responsáveis pela redução acentuada dos riscos a que o trabalhador está exposto, embora muitas vezes não consiga neutralizá-lo ou eliminá-lo integralmente, como é o caso da exposição a agentes biológicos. Porém, a primeira arma a ser utilizada quando se objetiva reduzir fatores agravantes à saúde no trabalho é a informação.

Respondemos: Houve uma tentativa de montar um Serviço de Atenção a Saúde e Segurança do Trabalho em conformidade com a Legislação Vigente e Conveniada com o SIASS, buscando a promoção da saúde dos servidores e visando implementar programas preventivos, entretanto a verba foi devolvida e o processo arquivado.

- Importante neste contexto é a criação da Comissão Regional de Saúde do Trabalhador - Corest, adequando sua estrutura à realidade da Core, assim como das

instâncias estadual e municipal, proporcionando a capacitação de seus membros na área de segurança e saúde no trabalho, para que sua atuação seja eficaz e eficiente.

Respondemos: A Comissão foi criada, no entanto a maioria dos seus membros já não estão mais em atividade nesta SUEST/RS e /ou encontram-se aposentados. Não foram substituídos os membros e nem ocorreram reuniões.

- As propostas para correção e adequação das condições de trabalho às normas de saúde e segurança deverão ser implementadas, obedecendo a um planejamento criterioso, onde serão estabelecidas prioridades e metas a cumprir, contando com a participação ativa dos trabalhadores, da Comissão Regional de Saúde do Trabalhador/RS, sob a coordenação do Soais – Setor de Assistência Integrada ao Servidor, com o apoio da Comissão Nacional de Saúde do Trabalhador – Conast.

- Na ótica da Ergonomia, conforme explicita a NR 17, em sua redação dada pela Portaria 3751 de 23/11/1990, referente às condições de trabalho, devem ser considerados aspectos que se relacionam ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais dos postos de trabalho, assim como à própria organização do trabalho, devendo tudo isso estar adequado às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.”

Respondemos: Não existe, até a presente data, nenhum projeto de aquisição de mobiliário que priorize a ergonomia e conforto.

- Quanto ao mobiliário deve-se observar que, em relação a trabalhos manuais, seja sentado ou de pé, as bancadas, mesas, escrivaninhas deverão proporcionar ao trabalhador condições de boa postura, visualização e operação, possuindo altura e características da superfície de trabalho compatíveis com o tipo de atividade, com a distância requerida dos olhos ao campo de trabalho e com a altura do assento, assim como, possuir dimensões que possibilitem posicionamento e movimentação adequados aos segmentos corporais.

Respondemos: Não existe, até a presente data, nenhum projeto de aquisição de mobiliário que priorize a ergonomia e conforto.

- Quanto aos equipamentos que compõem um posto de trabalho nas atividades de processamento eletrônico de dados com terminais de vídeo, deve ser fornecido suporte para

documentos que possa ser ajustado às necessidades do trabalhador em relação à sua postura, visualização e operação, de modo a evitar a movimentação excessiva do pescoço e fadiga visual. Faz-se necessário o fornecimento de filtro anti-reflexivo para a tela, apoio para punho (teclado e mouse), caso o teclado não seja ergonômico e suporte para os pés que se adapte ao comprimento das pernas do trabalhador.

Respondemos: Não existe, até a presente data, nenhum projeto de aquisição de mobiliário que priorize a ergonomia e conforto e/ou EPI.

- Em relação às condições ambientais nos locais de trabalho onde se executam atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constante, recomenda-se, dentre outras condições de conforto, o índice de temperatura efetiva entre 20 e 23°C, assim como iluminação adequada, natural, mista ou artificial, geral ou suplementar, apropriada à natureza da atividade.

Respondemos: Os equipamentos de ar condicionado são obsoletos e não sofrem manutenção e/ou limpeza periódica.

- Promover: reformas e/ou mudança de local de trabalho nos casos de risco iminente à saúde do trabalhador; capacitação contínua, seguida da aplicação prática dos conceitos aprendidos, acrescentando-se o fornecimento de equipamentos de proteção coletiva e/ou individual adequados à tarefa a ser realizada e ao trabalhador que vai utilizá-lo, acompanhado das instruções corretas de uso e fiscalização periódica estimulando a prevenção e a adoção de práticas seguras.

Respondemos: Não existe um trabalho efetivo, dentro da Suest, voltado para a prevenção de acidentes PPRA, tampouco são fornecidos EPI's aos servidores que trabalham na manutenção (máscaras, luvas, uniformes) e/ou aos Químicos/Bioquímicos que atuam no SENSP (luvas, jaleco, protetor solar, bota, ou aos engenheiros que fiscalizam as obras(capacete, botas).

- Considerando o item 7.5 da NR 07, disponibilizar através do Soais, medicamentos e materiais necessários à prestação de primeiros socorros, assim como, técnico habilitado e treinado para tal fim.

Respondemos: Não possuímos espaço físico adequado para atendimento da NR 07 item 7.5

- Considerando o Decreto 2018 de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe principalmente sobre as restrições ao consumo e à propaganda de produtos fumígenos, proibindo seu uso em recinto coletivo, privado ou público, recomenda-se a imediata implantação do Programa de Controle do Tabagismo e Apoio ao Tabagista em parceria com o INCA e com a SES/RS.

Respondemos: Não possuímos espaço físico adequado para atendimento do Decreto, apenas os servidores fumantes se deslocam para a calçada e/ou sacada do prédio para fumarem. Não foi implantado Programa de Controle do Tabagismo.

- A limpeza e manutenção adequada dos aparelhos de ar condicionado devem acontecer conforme normatizado na Portaria 3523/GM de 28/08/1998 e na da RE/Anvisa nº 09 de 16/01/2003 que estabelece padrões de qualidade do ar para ambientes climatizados artificialmente, assim como, atentar para que as recomendações contidas na referida portaria constem nas cláusulas contratuais referentes aos contratos de manutenção dos aparelhos supra mencionados.

Respondemos: Não realizado devido à falta de contrato de manutenção.

...

- Com relação à infestação do prédio por morcegos recomenda-se adotar as providências contidas no Laudo Técnico, em anexo, elaborado pela Secretaria do Meio Ambiente deste município.

Respondemos: Deverá ser questionado junto ao SEADM se foram tomadas providencias para afugentar os morcegos aqui existentes.

- Em respeito ao alto nível de ruído existente em algumas salas desta Core, causado pelo funcionamento da central de refrigeração do prédio da Brasil Telecom, recomenda-se contatar com a referida empresa objetivando a instalação de atenuadores de ruído, com conseqüente restauração do conforto sonoro.

Respondemos: Deverá ser questionado junto ao Sr. Superintendente estadual se foi encaminhado Ofício à citada empresa, no sentido de atendimento as recomendações do Laudo.

- Em relação às normas de prevenção e combate a incêndio, face ao tempo que o prédio da Core foi construído, há necessidade de se promover adequações e instalação de equipamentos, sinalização de advertência e de emergência no que se refere a unidades extintoras portáteis, hidrantes, atualmente sem funcionamento, saídas de emergência e sua sinalização, além de iluminação emergencial de pontos estratégicos. Mensalmente realizar a inspeção visual dos extintores e observar a NR 23 quanto aos procedimentos de proteção a incêndio. Atentar para as diversas notificações feitas pela SJS-Brigada Militar relativa a PPCI.

Respondemos: Esta SUEST/RS não possui Programa de Prevenção Contra Incêndio-PPCI.

- Os Equipamentos de Proteção Individual – EPI, descartáveis ou não, deverão estar devidamente certificados pelos Órgãos competentes e à disposição, em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição, sem ônus para o empregado. Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os EPI e/ou vestimentas utilizadas em suas atividades laborais. Deverá ser fornecido, creme protetor com filtro solar aos trabalhadores que exerçam suas atividades, expostos a radiação solar. Disponibilizar equipamentos de proteção individual adequados, tais como: jaleco, luvas e máscaras descartáveis por ocasião da manipulação de documentos arquivados, assim como realizar rotineiramente a limpeza e organização desses ambientes. Considerando a inacessibilidade deste prédio aos portadores de deficiência física, assim como à necessidade da adequação desse acesso, recomenda-se atender ao Parecer Técnico/Sensp/02-2003 que trata sobre projeto relativo ao assunto em foco.

Respondemos: Esta SUEST/RS, até a presente data não disponibilizou verba para aquisição de equipamentos de proteção individual - EPI, nem proteção coletiva - EPC, tampouco implementa PPCI.

2.3.7. Programa 0016 – Gestão da Política de Saúde

2.3.7.1 Dados Gerais:

Tipo de programa	Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais
Objetivo geral	Fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados a população.
Objetivos específicos	Coordenar o planejamento e a formulação de políticas públicas setoriais, a avaliação e controle dos programas na área de saúde.
Público-alvo (beneficiários)	Governo

2.3.7.2. Principal Ação do Programa

Ação: 4572 Capacitação de Servidores Públicos Federais em Processo de Qualificação e Requalificação

2.3.5.3 Gestão das Ações

Ação: 4572 Capacitação de Servidores Públicos Federais em Processo de Qualificação e Requalificação	
Tipo da Ação	Atividade
Finalidade	Promover a qualificação e a requalificação de pessoal com vistas à melhoria continuada dos processos de trabalho, dos índices de satisfação pelos serviços prestados à sociedade e do crescimento profissional.
Descrição	Promover a participação de 35 servidores públicos federais em eventos de capacitação. Promover a participação de 80 profissionais das equipes multidisciplinares de Saúde Indígena em eventos de capacitação. Promover a participação de 100 Agentes Indígenas de Saúde.
Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas	Fundação Nacional de Saúde
Unidade Executora	Coordenação Regional
Área Responsável por Gerenciamento ou Execução	Serviço de Recursos Humanos – SEREH / Setor Capacitação – SECAP

Resultado:

O setor de capacitação da Superintendência Estadual tem as seguintes atribuições: Orienta e apóia a programação e realização dos cursos. Organiza

eventos. Analisa processos de capacitação. Promove o acolhimento e ambientação de servidores, terceirizados, contratados e outros. Articula com as áreas para consolidar a implantação da Política de Desenvolvimento de Pessoal na Funasa. Orienta a elaboração e execução do PAC (Plano Anual de Capacitação). Realiza o monitoramento do Plano Operacional relativo às capacitações realizadas. Instrui processos de capacitação. Utilização adequada dos recursos orçamentários e financeiros descentralizados para ação de capacitação. Orientação, apoio e avaliação dos cursos. Orientações aos servidores sobre procedimentos necessários para participar de capacitação custeada pela Funasa, bem como também projeto básico. Emissão de pareceres em processos de capacitação envolvendo a análise sob a perspectiva da NOC. Formalização e instrução processual de acordo com a NOC. Elaboração de projetos de capacitação em conjunto com as áreas envolvidas, bem como acompanhar, avaliar e quando for o caso, emitir certificados. Realizar o monitoramento mensal das capacitações. Elaboração de projetos de capacitação em parceria com as áreas envolvidas, acompanhar as capacitações, oficinas e seminários realizados pela – SUEST-RS. Gerenciamento do Programa Institucional de Estágio na SUEST-RS. Fiscalização do contrato do programa de estágio. Promove o acolhimento e ambientação dos estagiários. Articula e integra as diversas unidades da SUEST-RS. Facilita o processo de mudança do modelo de administração pública inserida na Política de Gestão por Competência, bem como articular com as áreas para a elaboração do Plano Anual de Capacitação (PAC), construído a partir da Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal na Funasa, conforme estabelece o Decreto n.º 5.707/2006 e prevê o levantamento das demandas de capacitação com a identificação dos conhecimentos e habilidades necessárias ao cumprimento das competências regimentais de cada uma das áreas, seguida da definição dos cursos a serem priorizados. Emite memorandos, ofícios, relatórios e pareceres técnicos. PBS para pagamento de taxa de inscrição de cursos e/ou locação de espaço físico.

Para o ano de 2010 foram programadas as atividades abaixo:

Para que pelo menos 35 servidores tivessem a oportunidade de participar em eventos de capacitação a fim de promover a qualificação e requalificação dos servidores da Funasa no ano de 2010, totalizamos 40 participações.

Previsto para 80 profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, capacitação em Sala de Vacina e AIDIPI, porém não foi realizado em 2010, pois a Coordenação Regional teve outras prioridades para a realização dos pregões.

Programado a capacitação de 100 Agentes Indígenas de Saúde (AIS) para participarem da Capacitação do Módulo Introdutório, tendo em vista a rotatividade destes profissionais e também para certificação junto à Escola de Saúde Pública. Porém devido à licitação e a transição destes profissionais para a SESAI, ficou para que a mesma realizasse em 2011.

Foi programado o valor de R\$ 390.302,50 para a realização dos eventos, mas foi gasto o valor de R\$ 109.540,78, tendo em vista que não foram realizadas as capacitações da área Indígena.

Conforme o quadro abaixo, podemos verificar o nº de Eventos de capacitação realizados, bem como o nº. participantes e o gasto realizado mês a mês e a média por servidor.

PLANILHA DE EVENTOS REALIZADOS 2010

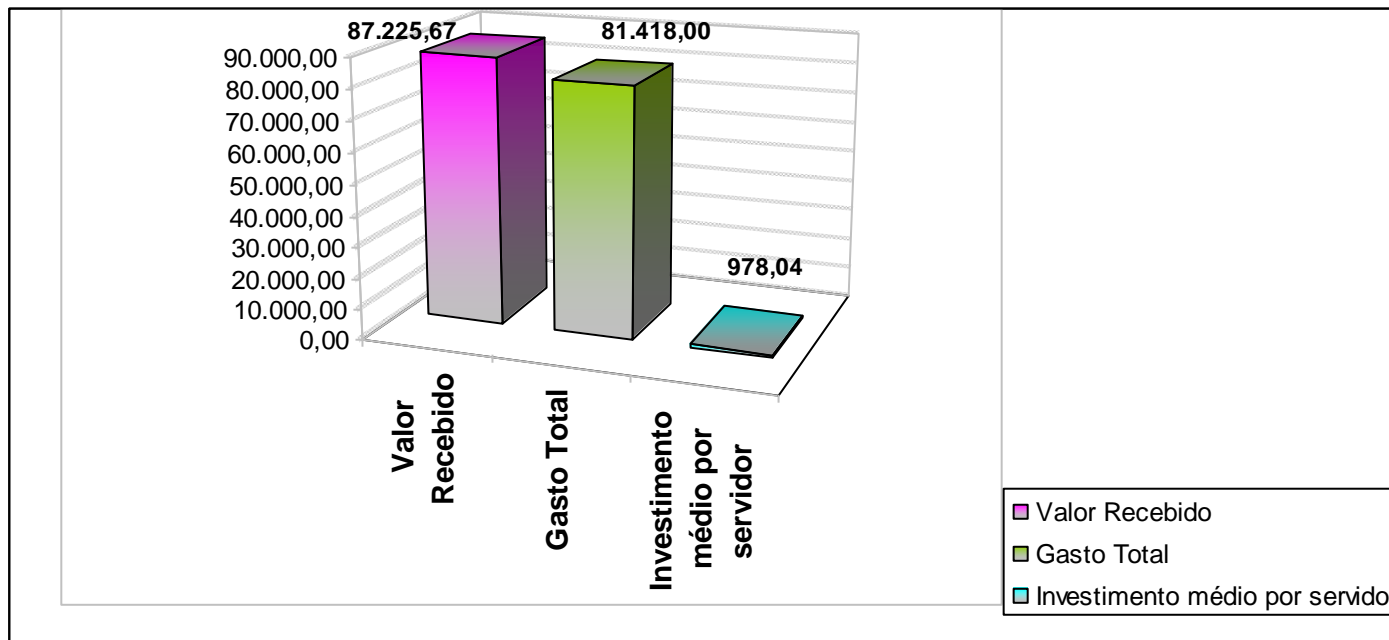
UNIDADE DA FUNASA / CORE:

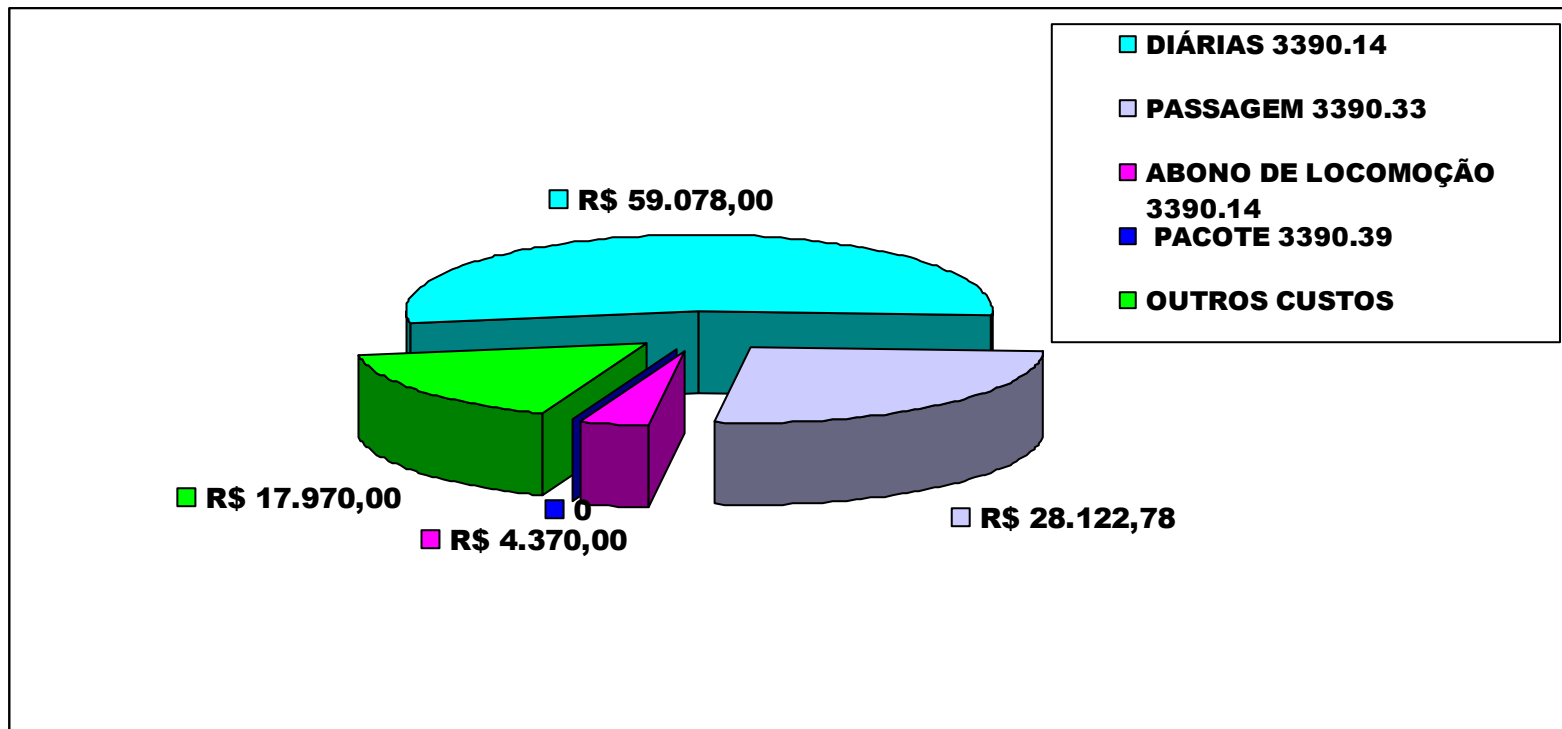
RIO GRANDE DO SUL

ANO: 2010

Nº	Mês	TOTAL Participações	TOTAL Eventos	PROCEDÊNCIA DE RECURSOS	CUSTOS						Valor gasto por servidor
					DIÁRIAS 3390.14	PASSAGEM 3390.33	ABONO DE LOCOMOÇÃO 3390.14	PACOTE 3390.39	OUTROS CUSTOS	TOTAL	
1	Janeiro	0	0	5008	R\$ 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	Fevereiro	2	1		R\$ 0,00	1.507,60	0,00	0,00	0,00	1.507,60	753,80
3	Março	1	1		1.218,26	534,84	95,00	0,00	2.590,00	4.438,10	4.438,10
4	Abril	3	2		790,84	1.551,72	285,00	0,00	0,00	2.627,56	875,85
5	Maio	12	2		1.770,00	0,00	380,00	0,00	0,00	2.150,00	179,17
6	Junho	32	6		13.452,01	8.368,42	1.425,00	0,00	1.350,00	24.595,43	768,60
7	Julho	14	3		689,00	824,00	95,00	0,00	0,00	1.608,00	114,85
8	Agosto	8	4		2.695,88	984,48	285,00	0,00	3.300,00	7.265,36	908,17
9	Setembro	4	5		6.958,37	3.566,56	475,00	0,00	800,00	11.799,93	2.949,98
10	Outubro	4	5		7.171,36	3.499,00	475,00	0,00	1.500,00	12.645,36	3.161,34
11	Novembro	27	7		18.212,41	2.554,96	380,00	0,00	8.300,00	29.447,37	1.090,64
12	Dezembro	5	4		6.119,87	4.731,20	475,00	0,00	130,00	11.456,07	2.291,21
	12	112	40		R\$ 59.078,00	R\$ 28.122,78	R\$ 4.370,00	R\$ 0,00	R\$ 17.970,00	R\$ 109.540,78	R\$ 978,04

Os valores no Campo passagem (339033) não foram somados na Coordenação, pois foram pagos pela Presidência, mas entrou no cálculo da média de investimento por servidor.





2.3.1 Resumo da Execução Física das subações realizadas pela UJ

Função	Subfunção	Programa	Ação	Tipo	Prioridade	Subação	Descrição da Meta	Produto	Un. medida	Execução Física	
										Meta Prevista	Meta Realizada
SANEAMENTO AMBIENTAL											
10	512	122	20AF	A	3	Nº e denominação da Subação					
		122	20AG			Nº e denominação da Subação	Apoiar tecnicamente municípios com a elaboração de Planos Municipais de Saneamento Básico	Municípios apoiados	Número de Municípios apoiados	3	3
		122	20AG			Nº e denominação da Subação	Analisar planos de trabalho e orçamentos detalhados relativos aos PMSB	Orçamentos	Número de orçamentos	3	3
		122	20AG			Nº e denominação da Subação	Participação em reuniões dos Comitês de Coordenação de elaboração do PMSB em caráter orientativo	Reuniões	Número de reuniões	9	9
		122	20AG			Nº e denominação da Subação	Analisar diagnósticos técnico-participativos dos PMSB	Diagnósticos	Números de diagnósticos	3	0
		122	20AG			Nº e denominação da Subação	Elaborar parecer final referente aos demais produtos contidos no TR	Pareceres	Número de pareceres	3	0
10	512	121	20AG	A	3	Nº e denominação da Subação	Apoiar tecnicamente os consórcios públicos existentes	Consórcios apoiados	Número de Consórcios apoiado	1	1
10	512	122	20AG	A	3	Nº e denominação da Subação	Apoiar tecnicamente a melhoria da gestão dos serviços de saneamento de 22 municípios. (CONSÓRCIO AZONASUL)	Apoio ao municípios	Número de Municípios apoiados	22	22
10	122	122	2272	A	4	Nº e denominação da Subação					
10	541	122	6908	A	3	Nº e denominação da Subação					

10	512	122	7652	P	1	Nº e denominação da Subação	Analisar 07 projetos de implantação de melhorias sanitárias domiciliares relativas a exercícios anteriores	Projetos analisados	Número de projetos analisados	7	7
10	512	122	7652	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar 21 visitas de acompanhamento de convênios de exercício anteriores	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	21	21
10	512	122	10GD	P	1	Nº e denominação da Subação	Analisar 01 projeto de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água relativos aos pleitos de 2010.	Projetos analisados	Número de projetos	1	1
	512	122	10GD	P	1	Nº e denominação da Subação	Analisar 98 projetos de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativos a exercícios anteriores.	Projetos implantados	Número de projetos	98	98
	512	122	10GD	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar 01 visitas preliminares para viabilização de obras de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativas aos pleitos de 2010.	Visitas realizadas	Número de visitas	1	0
	512	122	10GD	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar 01 visitas de acompanhamento de obras de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativas aos pleitos de 2010	Visitas realizadas	Número de visitas	1	0
	512	122	10GD	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar 37 visitas de acompanhamento de obras de implantação e melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, relativas a exercícios anteriores.	Visitas realizadas	Número de visitas	37	37
10	512	122	10GE	P	1	Nº e denominação da Subação	Analisar 01 projeto de implantação de melhoria de sistemas públicos de esgotamento sanitário (relativo aos pleitos de 2010).	Projetos analisados	Número de projetos analisados	1	1
	512	122	10GE	P	1	Nº e denominação da Subação	Analisar 39 projetos de implantação e melhoria de sistemas de esgotamento sanitário de exercícios anteriores	Projetos analisados	Número de projetos analisados	39	39

	512	122	10GE	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar 1 visita preliminar de convênios 2010	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	1	0
	512	122	10GE	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar 12 visitas preliminares de convênios de exercícios anteriores	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	12	12
	512	122	10GE	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar 12 visitas de acompanhamento de convênios de exercícios anteriores.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	12	6
10	122	1287	2272	A	4	Nº e denominação da Subação					
10	511	1287	3921	P	1	Nº e denominação da Subação	Analisar 02 projetos de implantação de melhorias habitacionais para controle da doença de chagas.	Projetos analisados	Número de projetos analisados	2	2
10	511	1287	3921	P	1	Nº e denominação da Subação	Analisar 01 projeto de implantação de melhorias habitacionais para controle da doença de chagas de exercícios anteriores.	Projetos analisados	Número de projetos analisados	1	1
10	511	1287	3921	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar 02 visitas preliminares de Cv 2010	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	2	2
10	511	1287	3921	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar 02 visitas de acompanhamento CV 2010.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	2	0
10	511	1287	3921	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar 19 visitas de acompanhamento cv exercícios anteriores.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	19	19
10	131	1287	4641	A	3	Nº e denominação da Subação					

10	511	1287	7656	P	1	Nº e denominação da Subação	Analisar projetos de saneamento ambiental em comunidades remanescentes de quilombo, assentamentos da reforma agrária, reserva extrativista ou localidades rurais com até 2.500 habitantes (relativos aos pleitos de 2010)	Projetos Analisados	Número de Projetos Analisados	15	15
10	511	1287	7656	P	1	Nº e denominação da Subação	Analisar projetos de saneamento ambiental em comunidades remanescentes de quilombo, assentamentos da reforma agrária, reserva extrativista ou localidades rurais com até 2.500 habitantes (relativos aos exercícios anteriores)	Projetos Analisados	Número de Projetos Analisados	4	4
10	511	1287	7656	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar visitas preliminares de convênios de 2010	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	15	15
10	511	1287	7656	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar visitas de acompanhamento de convênios de 2010	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	15	0
	511	1287	7656	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar visitas de acompanhamento de Convênios de Exercícios Anteriores.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	8	8
10	511	1287	7684	P	1	Nº e denominação da Subação	Beneficiar aldeias com sistemas de abastecimento de água.	Aldeia beneficiadas	Número de aldeias	4	4
	511	1287	7684	P	1	Nº e denominação da Subação	Beneficiar aldeias com melhorias sanitárias domiciliares	Aldeia beneficiadas	Número de aldeias	21	0
	511	1287	7684	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar visitas de acompanhamento de obras do exercício 2010	Visitas realizadas	Numero de visitas	20	20
	511	1287	7684	P	1	Nº e denominação da Subação	Realizar visitas de acompanhamento de obras de Exercícios Anteriores	Visitas realizadas	Numero de visitas	5	5
10	511	1287	10LP	P	1	Nº e denominação da Subação					
10	511	1287	10GC	P	1	Nº e denominação da Subação					

10	512	8007	10GG	P	3	Nº e denominação da Subação	Analisar 21 projetos de implantação e melhoria de sistemas públicos de manejo de resíduos sólidos de exercício anteriores	Projetos analisados	Número de projetos analisados	21	21
10	512	8007	10GG	P	3	Nº e denominação da Subação	Realizar 13 visitas preliminares de exercícios anteriores.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	13	13
	512	8007	10GG	P	3	Nº e denominação da Subação	Realizar 5 visitas de acompanhamento de CV de exercícios anteriores	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	5	5
	512	8007	10GG	P	3	Nº e denominação da Subação	Realizar 20 visitas de acompanhamento de obras do exercício de 2010.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	20	20
	512	8007	10GG	P	3	Nº e denominação da Subação	Realizar 5 visitas de acompanhamento de obras de exercício anteriores.	Visitas realizadas	Número de Visitas realizadas	5	5
10	512	8007	20AM	A	3	Nº e denominação da Subação					
10	512	1138	3883	P	1	Nº e denominação da Subação					
10	512	1036	10SK	P	1	Nº e denominação da Subação					
10	512	1036	10SL	P	1	Nº e denominação da Subação					
10	512	1036	10SV	P	1	Nº e denominação da Subação					
10	512	1036	10TA	P	1	Nº e denominação da Subação					

GESTÃO

Justificativa: A UJ não faz o acompanhamento de execução financeira da Subação em Gestão, uma vez que sua programação recai sobre custeio, e a sua aplicação se realiza de forma compartilhada com outras subações.

2.4 Desempenho Orçamentário/Financeiro

2.4.1 Programação Orçamentária da Despesa

Quadro 2.3 - Identificação das Unidades Orçamentárias

Denominação das Unidades Orçamentárias	Código da UO	Código SIAFI da UGO
Superintendência Estadual do Rio Grande do Sul	36211	255021

2.4.1.1. Programação de Despesas Correntes

Quadro 2.4 – Programação de Despesas Correntes

Valores em R\$
1,00

Origem dos Créditos Orçamentários		Grupos de Despesas Correntes						
		1 – Pessoal e Encargos Sociais		2 – Juros e Encargos da Dívida		3- Outras Despesas Correntes		
		Exercícios		Exercícios		Exercícios		
		2009	2010	2009	2010	2009	2010	
LOA	Dotação proposta pela UO	-	-	-	-	-	-	
	PLOA	-	-	-	-	-	-	
	LOA	-	-	-	-	-	-	
CRÉDITOS	Suplementares	-	-	-	-	-	-	
	Especiais	Abertos	-	-	-	-	-	-
		Reabertos	-	-	-	-	-	-
	Extraordinários	Abertos	-	-	-	-	-	-
		Reabertos	-	-	-	-	-	-
Créditos Cancelados	-	-	-	-	-	-		
Outras Operações		-	-	-	-	-	-	
Total		-	-	-	-	-	-	

NÃO SE APLICA A ESTA UJ

Justificativa: As operações de programação de despesas são de responsabilidade da Presidência da Funasa.

2.4.1.2. Programação de Despesas de Capital

Quadro 2.5 Programação de Despesas Capital

Valores em R\$
1,00

Origem dos Créditos Orçamentários		Grupos de Despesa de Capital						
		4 – Investimentos		5 – Inversões Financeiras		6- Amortização da Dívida		
		Exercícios		Exercícios		Exercícios		
		2009	2010	2009	2010	2009	2010	
LOA	Dotação proposta pela UO	-	-	-	-	-	-	
	PLOA	-	-	-	-	-	-	
	LOA	-	-	-	-	-	-	
CRÉDITOS	Suplementares	-	-	-	-	-	-	
	Especiais	Abertos	-	-	-	-	-	-
		Reabertos	-	-	-	-	-	-
	Extraordinários	Abertos	-	-	-	-	-	-
		Reabertos	-	-	-	-	-	-
Créditos Cancelados	-	-	-	-	-	-		
Outras Operações		-	-	-	-	-	-	
Total		-	-	-	-	-	-	

NÃO SE APLICA A ESTA UJ. **Justificativa:** As operações de programação de despesas são de responsabilidade da Presidência da Funasa.

2.4.1.3. Quadro Resumo da Programação de Despesas

Quadro 2.6 - Quadro Resumo da Programação de Despesas

Valores em R\$
1,00

Origem dos Créditos Orçamentários		Despesas Correntes		Despesas de Capital		9 – Reserva de Contingência	
		Exercícios		Exercícios		Exercícios	
		2009	2010	2009	2010	2009	2010
LOA	Dotação proposta pela UO		-	-	-	-	-
	PLOA		-	-	-	-	-
	LOA		-	-	-	-	-
CRÉDITOS	Suplementares		-	-	-	-	-
	Especiais	Abertos	-	-	-	-	-
		Reabertos	-	-	-	-	-
	Extraordinários	Abertos	-	-	-	-	-
		Reabertos	-	-	-	-	-
Créditos Cancelados		-	-	-	-	-	
Outras Operações		-	-	-	-	-	
Total		-	-	-	-	-	

NÃO SE APLICA A ESTA UJ

Justificativa: As operações de programação de despesas são de responsabilidade da Presidência da Funasa.

2.4.1.4. Movimentação Orçamentária por grupo de Despesa

Quadro 2.7 - Movimentação Orçamentária por Grupo de Despesa

Valores em R\$
1,00

Natureza da Movimentação de Crédito		UG concedente ou recebedora	Classificação da ação	Despesas Correntes		
				1- Pessoal e Encargos Sociais	2-Juros e Encargos da Dívida	3- Outras Despesas Correntes
Movimentação Interna	Concedidos	-	-	-	-	-
	Recebidos	255000	09272008901813331	1.2149,05	-	-
	Recebidos	255000	10122075026666661	6.210,58	-	-
	Recebidos	255000	10122012222720001	-	-	1.028.186,82
	Recebidos	255000	10122015022720001	-	-	260.474,63
	Recebidos	255000	10122075026666661	-	-	1.818.283,74
	Recebidos	255000	10122128722720001	-	-	737.429,47
	Recebidos	255000	10128001645720001	-	-	87.225,67
	Recebidos	255000	10423015087430001	-	-	1.362.478,25
Movimentação Externa	Concedidos	-	-	-	-	-
	Recebidas	253005	10122075026666661	-	-	279.977,56
	Recebidos	250033	10304128961380001	-	-	96073,24
Natureza da Movimentação de Crédito		UG concedente ou recebedora	Classificação da ação	Despesas de Capital		
				4 – Investimentos	5 – Investimentos Financeiras	6 – Amortização da Dívida
Movimentação Interna	Concedidos	-	-	-	-	-
	Recebidos	255000	10302015038690001	47.313,33	-	-
	Recebidos	255000	10511128776840001	1.698.282,09	-	-
Movimentação Externa	Concedidos	-	-	-	-	-
	Recebidos	-	-	-	-	-

Fonte: DEADM/FUNASA/RS. Relatórios do SIAFI Gerencial.

2.4.2 Execução Orçamentária da Despesa

2.4.2.1 Execução Orçamentária de Créditos originários da UJ

Quadro 2.8 - Despesas por Modalidade de Contratação dos créditos originários da UJ

Modalidade de Contratação	Despesa Liquidada		Despesa paga	
	2009	2010	2009	2010
Modalidade de Licitação				
Convite	-	-	-	-
Tomada de Preços	-	-	-	-
Concorrência	-	-	-	-
Pregão	-	-	-	-
Concurso	-	-	-	-
Consulta	-	-	-	-
Registro de Preços	-	-	-	-
Contratações Diretas	-	-	-	-
Dispensa	-	-	-	-
Inexigibilidade	-	-	-	-
Regime de Execução Especial	-	-	-	-
Suprimento de Fundos	-	-	-	-
Pagamento de Pessoal	-	-	-	-
Pagamento em Folha	-	-	-	-
Diárias	-	-	-	-
Outros	-	-	-	-

Fonte: DEADM/FUNSA/RS

“Não se aplica à natureza jurídica da UJ” “Esta UJ não tem créditos iniciais recebidos diretamente da LOA”.

2.4.2.1.2 Despesas Correntes por Grupo e Elemento de Despesa

Quadro 2.9 - Despesas Correntes por Grupo e Elemento de Despesa Valores em R\$ dos créditos originários da UJ 1,00

Grupos de Despesa	Despesa Empenhada		Despesa Liquidada		RP não processados		Valores Pagos	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
1 – Despesas de Pessoal	-	-	-	-	-	-	-	-
1º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
2º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
3º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais elementos do grupo	-	-	-	-	-	-	-	-
2 – Juros e Encargos da Dívida	-	-	-	-	-	-	-	-
1º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
2º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
3º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais elementos do grupo	-	-	-	-	-	-	-	-
3 – Outras Despesas Correntes	-	-	-	-	-	-	-	-
1º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
2º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
3º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais elementos do grupo	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: DEADM/FUNASA/RS.

“Não se aplica à natureza jurídica da UJ” “Esta UJ não tem créditos iniciais recebidos diretamente da LOA”.

2.4.2.1.3 Despesas de Capital por grupo e Elemento de Despesa

Quadro 2.10 - Despesas de Capital por Grupo e Elemento de Despesa dos créditos originários da UJ
Valores em R\$ 1,00

Grupos de Despesa	Despesa Empenhada		Despesa Liquidada		RP não processados		Valores Pagos	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
4 – Investimentos	-	-	-	-	-	-	-	-
1º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
2º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
3º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais elementos do grupo	-	-	-	-	-	-	-	-
5 – Inversões Financeiras	-	-	-	-	-	-	-	-
1º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
2º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
3º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais elementos do grupo	-	-	-	-	-	-	-	-
6 – Amortização da Dívida	-	-	-	-	-	-	-	-
1º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
2º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
3º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais elementos do grupo	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: DEADM/FUNSA/RS

“Não se aplica à natureza jurídica da UJ” “Esta UJ não tem créditos iniciais recebidos diretamente da LOA”.

2.4.2.2 Execução Orçamentária de Créditos Recebidos pela UJ por Movimentação

Quadro 2.11 - Despesas por Modalidade de Contratação dos créditos Valores em R\$ recebidos por movimentação 1,00

Modalidade de Contratação	Despesa Liquidada		Despesa paga	
	2009	2010	2009	2010
Licitação				
Convite	-	-	-	-
Tomada de Preços	289.515,88	605.991,96	250.349,43	605.991,96
Concorrência	-	-	-	-
Pregão	922.058,63	1.508.784,97	896.074,46	1.345.254,77
Concurso	-	-	-	-
Consulta	-	-	-	-
Contratações Diretas				
Dispensa	200.552,81	307.261,45	200.552,81	124.037,13
Inexigibilidade	1.553.598,96	1.842.171,10	1.834.138,53	1.842.171,10
Regime de Execução Especial				
Suprimento de Fundos	106.640,42	91.872,82	106.640,42	91.872,82
Pagamento de Pessoal				
Pagamento em Folha				
Diárias	812.867,52	1.021.530,28	812.867,52	1.021.530,28
Outras	1.060.911,27	1.588.605,13	1.060.911,27	1.579.870,34

Fonte: DEADM/FUNASA/RS. Relatórios do SIAFI Gerencial.

2.4.2.2.2 Despesas Correntes por Grupo e Elemento de Despesa dos créditos recebidos por movimentação

Quadro 2.12 - Despesas Correntes por Grupo e Elemento de Despesa dos créditos recebidos por movimentação

Valores em R\$ 1,00

Grupos de Despesa	Despesa Empenhada		Despesa Liquidada		RP não processados		Valores Pagos	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
1 – Despesas de Pessoal								
1º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
2º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
3º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais elementos do grupo								
2 – Juros e Encargos da Dívida								
1º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
2º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
3º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais elementos do grupo	-	-	-	-	-	-	-	-
3- Outras Despesas Correntes								
39 - Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica	2.912.071,91	3.066.980,95	2.678.337,24	2.745.229,33	233.734,67	321.751,62	2.609.790,36	2.618.291,29
14 – Diárias Pessoal Civil	675.615,96	860.432,72	675.615,96	860.432,72	-	-	675.615,96	860.432,72
30 – Material de Consumo	461.952,81	449.978,22	297.218,58	383.415,46	164.734,23	66.562,76	297.218,58	380.871,51
33 – Passagens e Despesas com Locomoção	106.028,64	23.201,40	18.028,64	23.201,40	88.000,00	-	18.028,64	16.201,40
36 – Serviço de Terceiros Pessoa Física	168.301,56	161.497,56	168.301,56	161.497,56	-	-	168.301,56	161.497,56
37 – Locação de mão de obra	477.471,36	911.578,80	450.609,31	911.578,80	26.862,05	-	434.545,14	875.795,80
47 – Obrigações Tributárias e Contribuições	39.038,59	41.323,11	33.871,30	31.102,75	5.167,29	10.220,36	33.871,30	31.102,75
92 – Despesas de Exercícios Anteriores	8.182,90	123.698,06	2.056,47	123.698,06	6.126,43	-	2.056,47	123.698,06
93 – Indenizações e Restituições	42.138,26	30.598,39	42.138,26	30.598,39	-	-	42.138,26	30.598,39
Total	4.890.801,99	5.669.289,21	4.366.177,32	5.270.754,47	524.624,67	398.534,74	4.281.566,27	5.098.489,48

Fonte: DEADM/FUNASA/RS. Relatórios do SIAFI Gerencial

2.4.2.2.3 Despesas de Capital por Grupo e elemento de Despesa dos créditos recebidos por movimentação

Quadro 2.13 - Despesas de Capital por Grupo e Elemento de Despesa dos créditos recebidos por movimentação

Valores em R\$ 1,00

Grupos de Despesa	Despesa Empenhada		Despesa Liquidada		RP não processados		Valores Pagos	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
4 - Investimentos								
51 – obras e instalações	747.508,48	1.698.282,09	66.706,66	673.932,96	680.801,82	1.024.349,13	66.706,66	490.708,64
52 – equipamento e material permanente	9.741,33	47.313,33	393,99	-	9.347,34	47.313,33	393,99	-
Total	757.249,81	1.745.595,42	67.100,65	673.932,96	690.149,16	1.071.662,46	67.100,65	490.708,64
5 - Inversões Financeiras								
1º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
2º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
3º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais elementos do grupo								
6 - Amortização da Dívida								
1º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
2º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
3º elemento de despesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais elementos do grupo								

Fonte: DEADM/FUNASA/RS. Relatórios do SIAFI Gerencial

2.4.3. Indicadores Institucionais

Indicadores da área de comunicação e educação em saúde

Indicador	Finalidade	Fórmula de Cálculo	Memória de cálculo	Tipo	Fonte	Método de Aferição	Área Responsável pelo Indicador	Resultado do 2009	Meta 2010	Resultado 2010
Percentual de aldeias beneficiadas com ações de Educação em Saúde	Demonstrar a capacidade de realização de ações de educação em saúde nas aldeias indígenas	$\frac{\text{Nº de aldeias beneficiadas com ações de educação em saúde e mobilização social}}{\text{Nº total de aldeias programadas no período}} \times 100$			Relatórios de monitoramento das Ascom/ Core e Presi	Análise dos relatórios técnicos e de monitoramento	Ascom Dsei	0	34	100%
Percentual de Casai's beneficiadas com ações de educação em saúde voltadas para a humanização na prestação de serviços	Conhecer o quantitativo de Casai com ações educativas de humanização desenvolvidas	$\frac{\text{Nº de Casai com ações – projetos de humanização desenvolvidos}}{\text{Nº total de Casai programadas no ano}} \times 100$		Eficácia	Relatórios de monitoramento das Ascom/ Core e Presi. Relatório de atividades das EMSI das Casai/Dsei	Registros obtidos de relatórios técnicos e de monitoramento	Ascom Dsei	0	0	0
Percentual de TC com projetos de Educação em Saúde e	Verificar a adesão dos municípios às ações de	$\frac{\text{Nº de TC com projetos de educação em saúde}}{\text{Total de TC celebrados}} \times 100$	$\frac{62}{18} \times 100$	Eficácia	SIGOB Cgcon Equipes de	Consulta aos TC/PAC e relatórios	Ascom Suest	100%	62	18=3,44%

mobilização social	educação em saúde e mobilização social		3,44%		educação em saúde das Core e Presi	do SIGOB				
--------------------	--	--	-------	--	------------------------------------	----------	--	--	--	--

Indicadores de saúde indígena

Indicador	Finalidade	Fórmula de Cálculo	Memória de Cálculo	Tipo	Fonte	Método de Aferição	Área Responsável pelo Indicador	Resultado 2009	Meta 2010	Resultado 2010
Percentual de Pessoas com Esquema vacinal completo	Verificar o percentual de pessoas com esquema vacinal completo para sua faixa etária.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com esquema vacinal completo}}{\text{Total da população indígena no período}} \times 100$		Eficácia	Siasi	Consolidação das informações do Siasi	Desai Suest Dsei	73,4%	80%	56,8%
Média percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento do estado nutricional	Aferir o acompanhamento do estado nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos	$\frac{\text{Somatório \% de cobertura mensal (*) (n}^\circ \text{ meses com acompanhamento)}}{\text{N}^\circ \text{ de crianças <5 anos acompanhadas no mês}} \times 100$		Eficácia	Sisvan	Consolidação das informações do Sisvan	Desai Suest Dsei	48,4%	60%	57,5%
Média percentual de gestantes indígenas com	Aferir o acompanhamento do estado nutricional	$\frac{\text{Somatório \% de cobertura mensal (*) (n}^\circ \text{ meses com acompanhamento)}}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes acompanhadas no mês}} \times 100$		Eficácia	Sisvan	Consolidação das informações do Sisvan	Desai Suest Dsei	87%	95%	88,9%

Indicador	Finalidade	Fórmula de Cálculo	Memória de Cálculo	Tipo	Fonte	Método de Aferição	Área Responsável pelo Indicador	Resultado 2009	Meta 2010	Resultado 2010
acompanhamento do estado nutricional	al das gestantes indígenas									
Nº de pessoas infectadas por malária na população indígena	Demonstrar o nº de pessoas infectadas por malária na população indígena	Nº de pessoas infectadas		Eficácia	Sivep - Malária	Consulta a relatório do sistema	Desai Suest Dsei	0*	0*	0*
Incidência de tuberculose pulmonar BK+ na população indígena	Estimar o risco de um indivíduo vir a desenvolver Tuberculose BK+	$\frac{\text{Nº de casos de TB BK + confirmados}}{\text{População Total no período}} \times 100.000$		Eficácia	Siasi	Consolidação das informações do Siasi	Desai Suest Dsei	36,7/ 100.000	12,7/ 100.000	15,2/ 100.000
Coeficiente de mortalidade infantil na população indígena	Estimar o risco de morte dos nascidos vivos no 1º ano de	$\frac{\text{Nº de óbitos de crianças < 1 ano}}{\text{Nº de nascidos vivos no período}} \times 1.000$		Eficácia	Siasi	Consolidação das informações do Siasi	Desai Suest Dsei	26,5/ 1.000	20/ 1.000	16,5/ 1.000

Indicador	Finalidade	Fórmula de Cálculo	Tipo	Fonte	Método de Aferição	Área Responsável pelo Indicador	Resultado 2008	Meta 2009	Resultado 2009
Portaria 544)		$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de obras de esgotamento sanitário concluídas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de obras programadas nos TC celebrados}} \times 100$			(Diesp e Sensp)				7,80 %
<p>Percentual de aldeias com sistema de abastecimento de água implantado com recursos do PAC (*)</p> <p>(*) Acumulado – 2007 a 2009</p> <p>OBS.:Será por Core – definido em reunião com técnicos do Densp em 08.10.09</p>	<p>Medir o percentual de de aldeias com sistema de abastecimento de água implantados com recursos do PAC</p>	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de aldeias com SAA(*)}}{\text{Total de aldeias previstas nos 4 anos do PAC}} \times 100$	Eficácia	<p>Planilha de acompanhamento de obras.</p> <p>Visita de acompanhamento de obras</p>	<p>Planilha Acompanhamento de obras (Densp)</p> <p>E visita de acompanhamento de obras (Diesp)</p>	DENSP CORE	42,86 %		42,86 %

Indicador	Finalidade	Fórmula de Cálculo	Tipo	Fonte	Método de Aferição	Área Responsável pelo Indicador	Resultado 2008	Meta 2009	Resultado 2009
Percentual de aldeias com tratamento de água implantado com recursos do PAC (*) (*)Acumulado – 2007 a 2009)	Aferir o percentual de aldeias com tratamento de água implantado com recursos do PAC	$\frac{\text{Nº de aldeias com SAA com tratamento de água implantado}}{\text{Total de aldeias com SAA implantado com recursos do PAC}} \times 100$	Eficácia	Planilha de acompanhamento em excel visita de acompanhamento de obras	Planilha de Acompanhamento (Densp) E visita de acompanhamento de obras (Diesp)	DENSP CORE	42,86 %		42,86 %
Percentual de sistemas de Abastecimento de água, em aldeias, com monitoramento da qualidade da água para consumo humano *	Medir o percentual de sistemas de abastecimento de água monitorado	$\frac{\text{Nº de sistemas de abastecimento de água em área indígena monitorado}}{\text{Total de sistemas de abastecimento de água em área indígena com tratamento}} \times 100$	Eficácia	Planilha de acompanhamento Programação de acompanhamento	Planilha Acompanhamento (Densp) E visita de acompanhamento (Diesp)	DENSP CORE			42,86 %

Indicador	Finalidade	Fórmula de Cálculo	Tipo	Fonte	Método de Aferição	Área Responsável pelo Indicador	Resultado 2008	Meta 2009	Resultado 2009
<p>Percentual de comunidades remanescentes de quilombo com SAA implantado com recursos do PAC</p> <p>(* Acumulado – 2007 a 2009</p>	<p>Verificar o percentual de comunidades remanescentes de quilombo com SAA implantado</p>	$\frac{\text{Nº de comunidades remanescentes de quilombo com SAA implantado (*)}}{\text{total de comunidades remanescentes de quilombo programadas nos 4 anos do PAC}} \times 100$	Eficácia	<p>Relatório Consolidado de atividades (Densp)</p> <p>Planilha de acompanhamento (Diesp)/Sensp)</p> <p>Programação do PAC</p>	<p>Planilha Acompanhamento (Densp)</p> <p>E visita de acompanhamento (Diesp/Sensp)</p>	DENSP CORE			0,00
<p>Percentual de domicílios com Melhorias Sanitárias Domiciliares implantadas com recursos do PAC (RA ajustado)</p> <p>(* Acumulado – 2007 a 2009</p>	<p>Verificar o percentual de domicílios com Melhorias Sanitárias Domiciliares implanta</p>	$\frac{\text{Nº de domicílios com MSD implantado (*)}}{\text{Nº de domicílios programados nos 4 anos PAC}} \times 100$	Eficácia	<p>Programação do PAC</p> <p>Sigesan</p>	<p>Relatório gerado do Sistema</p> <p>Programação do PAC</p>	DENSP/CORE			36,54 %

Indicador	Finalidade	Fórmula de Cálculo	Tipo	Fonte	Método de Aferição	Área Responsável pelo Indicador	Resultado 2008	Meta 2009	Resultado 2009
	das								
Percentual de domicílios com Melhoria Habitacional para o Controle da Doença de Chagas realizada com recursos do PAC (*) Acumulado – 2007 a 2009	Aferir o percentual de domicílios com Melhoria Habitacional para o Controle da Doença de Chagas realizada	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de domicílios com MHCDC realizada (*)}}{\text{N}^\circ \text{ de domicílios programados nos 4 anos PAC}} \times 100$	Eficácia	Programação do PAC Sigesan	Relatório gerado do Sistema Programação do PAC	DENSP/CORE			9,26 %

3. INFORMAÇÕES SOBRE RECONHECIMENTO DE PASSIVOS POR INSUFICIÊNCIA DE CRÉDITOS OU RECURSOS

3.1 Reconhecimento de Passivos por Insuficiência de Créditos ou recursos

Quadro 3.1 - Reconhecimento de Passivos por Insuficiência de Créditos ou Recursos Valores em R\$
1,00

Identificação da Conta Contábil					
Código SIAFI		Denominação			
Linha Detalhe					
UG	Credor (CNPJ/CPF)	Saldo Final em 31/12/2009	Movimento Devedor	Movimento Credor	Saldo Final em 31/12/2010
-	-	-	-	-	-

Fonte: DEADM/FUNASA/RS. Não houve ocorrência no período para as Contas Contábeis de códigos: 21211.11.00, 21212.11.00, 21213.11.00, 21215.22.00 e 21219.22.00

4. INFORMAÇÕES SOBRE A MOVIMENTAÇÃO E OS SALDOS DE RESTOS A PAGAR DE EXERCÍCIOS ANTERIORES

Quadro 4.1 - Situação dos Restos a Pagar de exercícios anteriores Valores em R\$
1,00

Restos a Pagar Processados				
Ano de Inscrição	Montante Inscrito	Cancelamentos acumulados	Pagamentos acumulados	Saldo a Pagar em 31/12/2010
2009	84.611,05	-	84.611,05	0,00
2008	172,72	172,72	-	-
2007	-	-	118.748,82	-
2006	125.222,86	111.907,11	113.842,31	-
2005	98.719,52	(552,38)	292.394,49	-
Restos a Pagar não Processados				
Ano de Inscrição	Montante Inscrito	Cancelamentos acumulados	Pagamentos acumulados	Saldo a Pagar em 31/12/2010
2009	1.214.773,83	282.675,47	681.086,53	251.011,83
2008	863.913,10	46.109,15	548.863,15	268.940,80
2007	525.262,62	127.669,84	278.843,96	-
2006	1.010.933,21	94.075,08	816.691,57	-
2005	5.820.064,12	512.289,50	5.113.547,27	-

Fonte: DEADM/FUNASA/RS. Relatórios do SIAFI Gerencial.

5. INFORMAÇÕES SOBRE RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE

5.1 Composição do quadro de Servidores Ativos

Quadro 5.1 Composição do Quadro de Recursos Humanos - Situação apurada em 31/12/2010

Tipologias dos Cargos	Lotação		Ingressos em 2010	Egressos em 2010
	Autorizada	Efetiva		
1 Provimento de cargo efetivo	0	109	0	5
1.1 Membros de poder e agentes políticos	0	0	0	0
1.2 Servidores de Carreira	0	81	8	4
1.2.1 Servidor de carreira vinculada ao órgão	0	80	7	4
1.2.2 Servidor de carreira em exercício descentralizado	0	0	0	0
1.2.3 Servidor de carreira em exercício provisório	0	1	0	0
1.2.4 Servidor requisitado de outros órgãos e esferas	0	0	1	0
1.3 Servidores com Contratos Temporários	0	8	2	1
1.4 Servidores Cedidos ou em Licença	0	20	0	0
1.4.1 Cedidos	0	18	0	0
1.4.2 Removidos	0	0	0	0
1.4.3 Licença remunerada	0	1	0	0
1.4.4 Licença não remunerada	0	1	0	0
2 Provimento de cargo em comissão	4	0	1	0
2.1 Cargos Natureza Especial	0	0	0	0
2.2 Grupo Direção e Assessoramento superior	4	0	1	0
2.2.1 Servidor de carreira vinculada ao órgão	0	0	0	0
2.2.2 Servidor de carreira em exercício descentralizado	0	0	0	0
2.2.3 Servidor de outros órgãos e esferas	0	0	0	0
2.2.4 Sem vínculo	4	0	0	0
2.2.5 Aposentado	0	0	0	0
2.3 Funções gratificadas	0	5	0	0
2.3.1 Servidor de carreira vinculada ao órgão	0	0	0	0
2.3.2 Servidor de carreira em exercício descentralizado	0	0	0	0
2.3.3 Servidor de outros órgãos e esferas	0	5	0	0
3 Total	4	114	11	5

Fonte: SIAPE Gerencial; Arquivo DW enviado pela CGERH

Quadro 5.2 Composição do Quadro de Recursos Humanos por faixa etária - Situação apurada em 31/12/2010

Tipologias do Cargo	Faixa Etária (anos)				
	Até 30	De 31 a 40	De 41 a 50	De 51 a 60	Acima de 60
1. Provimento de cargo efetivo	9	12	31	48	9
1.1. Membros de poder e agentes políticos	0	0	0	0	0
1.2. Servidores de Carreira	7	8	22	38	6
1.3. Servidores com Contratos Temporários	2	3	1	2	0
1.4. Servidores Cedidos ou em Licença	0	1	8	8	3
2. Provimento de cargo em comissão	0	1	2	5	1
2.1. Cargos de Natureza Especial	0	0	0	0	0
2.2. Grupo Direção e Assessoramento Superior	0	1	2	0	1
2.3. Funções gratificadas	0	0	0	5	0

Fonte: SIAPE Gerencial; Arquivo DW enviado pela CGERH

Quadro 5.1 Composição do Quadro de Recursos Humanos por nível de escolaridade Situação apurada em 31/12/2010

Tipologias do Cargo	Nível de Escolaridade								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Provimento de cargo efetivo	0	2	15	14	39	37	2	0	0
1.1. Membros de poder e agentes políticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2. Servidores de Carreira	0	2	13	11	32	21	2	0	0
1.3. Servidores com Contratos Temporários	0	0	0	0	0	8	0	0	0
1.4. Servidores Cedidos ou em Licença	0	0	2	3	7	8	0	0	0
2. Provimento de cargo em comissão	0	0	0	0	6	3	0	0	0
2.1. Cargos de Natureza Especial	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.2. Grupo Direção e Assessoramento Superior	0	0	0	0	1	3	0	0	0
2.3. Funções gratificadas	0	0	0	0	5	0	0	0	0

LEGENDA

Nível de Escolaridade

1 - Analfabeto; 2 - Alfabetizado sem cursos regulares; 3 - Primeiro grau incompleto; 4 - Primeiro grau; 5 - Segundo grau ou técnico; 6 - Superior; 7 - Aperfeiçoamento / Especialização / Pós-Graduação; 8 - Mestrado; 9 - Doutorado; 10 - Não Classificada.

Fonte: SIAPE Gerencial; Arquivo DW enviado pela CGERH

5.2 Composição do Quadro de Servidores Inativos e Pensionistas

Quadro 5.4 - Composição do Quadro de Servidores Inativos - Situação apurada em 31/12/2010

Regime de proventos / Regime de aposentadoria	Quantitativo de Servidores	Aposentadorias em 2010
1 Integral	151	14
1.1 Voluntária	64	0
1.2 Compulsório	4	0
1.3 Invalidez Permanente	47	0
1.4 Outras	36	14
2 Proporcional	43	0
2.1 Voluntária	29	0
2.2 Compulsório	1	0
2.3 Invalidez Permanente	8	0
2.4 Outras	5	0

Fonte: SIAPE Gerencial; Arquivo DW enviado pela CGERH

Quadro 5.5 - Composição do Quadro de Instituidores de Pensão - Situação apurada em 31/12/2010

Regime de proventos originário do servidor	Quantitativo de Beneficiários	Pensões concedidas em 2010
1. Integral-	1	1
2. Proporcional	9	4
TOTAL	10	5

Fonte: SIAPE Gerencial e SISAC

Obs: Entende-se por integral as pensões concedidas a um único beneficiário e proporcional aquelas que foram subdivididas entre o titular vitalício e temporários.

5.3 Composição do Quadro de Estagiários

Quadro 5.6 - Composição do Quadro de Estagiários

Nível de escolaridade	Quantitativo de contratos de estágio vigentes				Custo do exercício (Valores em R\$ 1,00)
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	
Nível superior					
Área Fim	08	07	06	05	40.416,51
Área Meio	06	07	05	04	36.811,45
Nível Médio					
Área Fim	04	06	05	05	20.923,58
Área Meio	14	15	15	13	56.727,94

Fonte: RH/SUEST/RS Folha de pagamento /SIAPE/2010

5.4 Quadro de custos de recursos humanos

Quadro 5.7 - Quadro de custos de recursos humanos nos exercícios de 2008, 2009 e 2010.

Tipologias / Exercícios	Vencimentos e vantagens fixas	Despesas Variáveis						Total
		Retribuições	Gratificações	Adicionais	Indenizações	Benefícios Assistenciais e previdenciários	Demais despesas variáveis	
Membros de poder e agentes políticos								
2008	0	0	0	0	0	0	0	0
2009	0	0	0	0	0	0	0	0
2010	0	0	0	0	0	0	0	0
Servidores de Carreira que não ocupam cargo de provimento em comissão *								
2008	5.869.216,17	38.621,06	16.225.279,08	1.319.110,84	1.759.915,64	738.303,64	59.627,87	26.010.074,3
2009	12.304.242,35	27.650,95	12.353.197,82	3.415.675,07	948.576,06	593.518,51	61.355,55	29.704.216,31
2010	11.776.790,72	22.212,11	9.605.832,81	2.845.407,46	1.419.924,42	724.761,41	64.347,68	26.459.276,61
Servidores com Contratos Temporários								
2008	0	0	0	0	0	0	0	0
2009	461.180,31	0	62.934,62	4.291,00	0	0	0	528.405,93
2010	521.375,94	0	76.505,8	73.591,36	0	0	0	671.473,1
Servidores Cedidos com ônus ou em Licença **								
2008	0	0	0	0	0	0	0	0
2009	0	0	0	0	0	0	0	0
2010	0	0	0	0	0	0	0	0
Servidores ocupantes de Cargos de Natureza Especial								
2008	0	0	0	0	0	0	0	0
2009	0	0	0	0	0	0	0	0
2010	0	0	0	0	0	0	0	0
Servidores ocupantes de cargos do Grupo Direção e Assessoramento Superior (DAS)								
2008	94.704,63	55.259,60	0	0	0	0	0	149.964,23
2009	124.670,64	45.699,47	0	0	0	0	0	170.370,11
2010	128.636,82	46.084,44	0	0	0	0	0	174.721,26
Servidores ocupantes de Funções gratificadas (FGR) ***								
2008	0	0	112.170,19	0	0	0	0	112.170,19
2009	0	0	113.194,23	0	0	0	0	113.194,23
2010	0	0	106.714,49	0	0	0	0	106.714,49

Fonte: RH/SUEST/RS Incluindo aposentados e possivelmente cedidos e licenciados; **Não foi possível obter informações sobre os cedidos e licenciados. Os valores dos seus respectivos vencimentos devem estar incluídos entre os servidores de carreira. ***Alguns dos vencimentos dos FGR podem estar contidos no grupo dos servidores de carreira.

5.5 Contratos de prestação de serviços com locação de mão de obra

Quadro 5.8 - Contratos de prestação de serviços de limpeza e higiene e vigilância ostensiva

Unidade Contratante															
Nome: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE															
UG/Gestão: 255021						CNPJ: 26989350/0534-06									
Informações sobre os contratos															
Ano do contrato	Área	Nat.	Identificação do Contrato	Empresa Contratada (CNPJ)	Período contratual de execução das atividades contratadas		Nível de Escolaridade exigido dos trabalhadores contratados						Sit.		
					Início	Fim	F		M		S				
							P	C	P	C	P	C			
2010	L	O	01/2010	09526473/0001-00	01/03/2010	29/02/2012	*	*							P
2009	V	O	01/2009	09316305/0001-81	05/03/2009	04/03/2012	4	4							P
2006	V	O	15/2006	02826851/0001-13	25/08/2006	25/08/2011	7	7							P

Observação: * com relação ao contrato de limpeza 01/2010, informamos que o objeto do mesmo não são os postos de trabalho, mas sim a área total a ser asseada, de acordo com a Instrução Normativa MPOG nº 03, de 15 de outubro de 2009.

LEGENDA
Área: (L) Limpeza e Higiene; (V) Vigilância Ostensiva.
Natureza: (O) Ordinária; (E) Emergencial.
Nível de Escolaridade: (F) Ensino Fundamental; (M) Ensino Médio; (S) Ensino Superior.
Situação do Contrato: (A) Ativo Normal; (P) Ativo Prorrogado; (E) Encerrado.
Quantidade de trabalhadores: (P) Prevista no contrato; (C) Efetivamente contratada.

Fonte: DEADM/FUNASA/RS

Quadro 5.9 - Contratos de prestação de serviços com locação de mão de obra

Unidade Contratante															
Nome: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE															
UG/Gestão: 255021						CNPJ: 26989350/0534-06									
Informações sobre os contratos															
Ano do contrato	Área	Nat.	Identificação do Contrato	Empresa Contratada (CNPJ)	Período contratual de execução das atividades contratadas		Nível de Escolaridade exigido dos trabalhadores contratados						Sit.		
					Início	Fim	F		M		S				
							P	C	P	C	P	C			
2009	1	O	09/2009	454361/0001-57	02/12/2009	01/12/2011				15	15				P

Fonte: DEADM/FUNASA/RS

LEGENDA

Área:

1. Apoio Administrativo Técnico e Operacional;
2. Manutenção e Conservação de Bens Imóveis;
3. Tecnologia da Informação;
4. Serviços de Copa e Cozinha;
5. Manutenção e conservação de Bens Móveis;
6. Serviços de Brigada de Incêndio;

7. Apoio Administrativo – Menores Aprendizizes;
8. Outras.

Natureza: (O) Ordinária; (E) Emergencial.

Nível de Escolaridade: (F) Ensino Fundamental; (M) Ensino Médio; (S) Ensino Superior.

Situação do Contrato: (A) Ativo Normal; (P) Ativo Prorrogado; (E) Encerrado.

Quantidade de trabalhadores: (P) Prevista no contrato; (C) Efetivamente contratada.

Quadro 5.10 - Distribuição do pessoal contratado mediante contrato de prestação de serviço com locação de mão de obra			
Identificação do Contrato	Área	Qtd.	Unidade Administrativa
01/2010	9	*	SEDE
01/2009	10	4	POLO BASE DE PASSO FUNDO
15/2006	10	7	SEDE
09/2009	1	15	SEDE
LEGENDA <ol style="list-style-type: none"> 1. Área; 2. Apoio Administrativo Técnico e Operacional; 3. Tecnologia da Informação 4. Manutenção e Conservação de Bens Imóveis; 5. Serviços de Copa e Cozinha; 6. Manutenção e conservação de Bens Móveis; 7. Serviços de Brigada de Incêndio; 8. Apoio Administrativo – Menores Aprendizizes; 9. Higiene e Limpeza; 10. Vigilância Ostensiva; 11. Outras. 			
Observação: * com relação ao contrato de limpeza 01/2010, informamos que o objeto do mesmo não são os postos de trabalho, mas sim a área total a ser asseada, de acordo com a Instrução Normativa MPOG nº 03, de 15 de outubro de 2009.			

Fonte: DEADM/FUNASA/RS

5.6 Indicadores Gerenciais sobre Recursos Humanos

A Política de Pessoas adotada pela Funasa fundamenta-se nos pilares estruturadores do SUS, em consonância com a missão institucional de cuidar do Saneamento Ambiental e da Saúde das populações Indígenas.

Partimos do princípio de que são as pessoas o centro da toda implantação e implementação dos processos de trabalho rumo à excelência. Isto nos conduz a uma nova forma de ver os servidores, resgatando sua auto-estima, capacitando-os, melhorando suas condições de trabalho.

Compete ao serviço de Recursos Humanos da CORE-RS: planejar, coordenar e supervisionar as atividades relacionadas com a área de recursos humanos, propor normas e procedimentos relacionado à administração e ao desenvolvimento de recursos humanos e promover e supervisionar a assistência integrada ao servidor da Funasa e seus dependentes e coordenar programas de melhorias da qualidade de vida e de trabalho do servidor

A fundação nacional de Saúde tem como diretrizes estabelecer uma política de gestão de pessoas com valorização e qualificação permanente voltada à especificidade da instituição. Além, disso, promove ações como capacitações com foco na missão institucional, elevação da auto-estima do servidor e desenvolvimento gerencial.

6. INFORMAÇÕES SOBRE TRANSFERÊNCIAS

6.1 Transferências efetuadas no exercício

Não se aplica. A SUEST não faz transferências a outros órgãos ou unidades.

6.1.1 Relação dos instrumentos de transferências vigentes no exercício de 2010

Não se aplica à SUEST

6.1.2 Quantidade de instrumentos de transferências celebrados e valores repassados nos três últimos exercícios

Não se aplica à SUEST

6.1.3 Informações sobre o conjunto de instrumentos de transferências que vigerão no exercício de 2011 e seguintes

Não se aplica à SUEST

6.1.4 Informações sobre prestação de contas relativas aos convênios e contratos de repasse
 Não se aplica à SUEST

6.4. Resumo da prestação de contas sobre transferências concedidas pela UJ na modalidade de convênio e de contratos de repasse.

Valores em R\$
 1,00

Unidade Concedente							
Nome:							
CNPJ:			UG/GESTÃO:				
Exercício da prestação de contas	Quantitativos e montante repassados			Instrumentos (Quantidade e Montante Repassado)			
				Convênios	Contratos de Repasse		
2010	Ainda no prazo de prestação de contas	Quantidade					
		Montante Repassado					
	Com prazo de prestação de contas vencido	Contas prestadas	Quantidade				
			Montante Repassado (R\$)				
		Contas NÃO prestadas	Quantidade				
			Montante Repassado (R\$)				
2009	Contas prestadas	Quantidade					
		Montante Repassado (R\$)					
	Contas NÃO prestadas	Quantidade					
		Montante Repassado (R\$)					
2008	Contas prestadas	Quantidade				Valores em R\$ 1,00	
		Montante Repassado (R\$)					
	Contas NÃO prestadas	Quantidade					
		Montante Repassado (R\$)					
Anteriores a 2008	Contas NÃO prestadas	Quantidade					
		Montante Repassado (R\$)					

Fonte: SERVIÇO DE CONVENIOS/SUEST/RS.

Não conseguimos extrair os dados do SIAFI conforme mensagem recebida.

6.1.5 Informações sobre a análise das prestações de contas de convênios e de contratos de repasse.

6.5. Resumo da prestação de contas sobre transferências concedidas pela UJ na modalidade de convênio e de contratos de repasse.

Valores em R\$ 1,00

Unidade Concedente ou Contratante					
Nome: SUEST/RS					
CNPJ: 26.989.350/0534-06		UG/GESTÃO: 255021/36211			
Exercício da prestação de contas	Quantitativos e montantes repassados			Instrumentos	
				Convênios	Contratos de Repasse
2010	Quantidade de contas prestadas			264	
	Com prazo de análise ainda não vencido	Quantidade		57	
		Montante repassado (R\$)		24.060.419,20	
	Com prazo de análise vencido	Contas analisadas	Quantidade Aprovada	6	
			Quantidade Reprovada		
		Contas NÃO analisadas	Quantidade de TCE	11	
			Quantidade	207	
		Montante repassado (R\$)	25.724.265,79		
2009	Quantidade de contas prestadas				
	Contas analisadas	Quantidade Aprovada			
		Quantidade Reprovada			
		Quantidade de TCE			
	Contas NÃO analisadas	Quantidade			
Montante repassado (R\$)					
2008	Quantidade de contas prestadas				
	Contas analisadas	Quantidade Aprovada			
		Quantidade Reprovada			
		Quantidade de TCE			
	Contas NÃO analisadas	Quantidade			
Montante repassado					
Exercícios anteriores a 2008	Contas NÃO analisadas	Quantidade			
		Montante repassado			

Fonte: Serviço de Convênio/Sopre.

PROCESSOS NO SETOR DE PRESTAÇÃO DE CONTAS.

DADOS TOTAIS ATÉ DEZEMBRO 2010, TENDO EM VISTA QUE EM ANOS ANTERIORES, POR NÃO HAVER SERVIDORES NA PRESTAÇÃO DE CONTAS DEVIDAMENTE CAPACITADOS PARA APROVAR AS PRESTAÇÕES DE CONTAS O CONTROLE DOS PROCESSOS FICOU PREJUDICADO PARA A OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES.

6.2 Análise crítica

Não se aplica. A SUEST não faz transferências a outros órgãos ou unidades.

7. REGISTROS ATUALIZADOS NO SISTEMA SIASG E SICONV

DECLARAÇÃO

Eu, Gustavo de Mello, CPF. Nº. 432.729.080-72, ocupante do cargo de Superintendente Estadual desta Fundação Nacional de Saúde, declaro em observância ao item 7 do Anexo II da Decisão Normativa nº 107, de 27 de outubro de 2010, que as informações referentes aos contratos firmados por esta Unidade Gestora, estão disponíveis e atualizados no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG e no Sistema de Gestão de Convênios, Contratos de Repasse e Termos de Parceria – SICONV, conforme estabelece o art. 19 da Lei nº. 11.768, de 14 de agosto de 2008.

Porto Alegre, RS, 28 de fevereiro de 2011.


Gustavo de Mello
Superintendente Estadual

8. DECLARAÇÕES DE BENS E RENDAS

DECLARAÇÃO

Eu, Gustavo de Mello, CPF. nº 432.729.080-72, ocupante do cargo de Superintendente Estadual da Fundação Nacional de Saúde no Estado de (UF), declaro em observância ao Item 8 do Anexo II da Decisão Normativa nº 107, de 27 de outubro de 2010, que foram cumpridas as obrigações estabelecidas na Lei nº 8.730, de 10 de novembro de 1993, relacionadas à entrega e ao tratamento das declarações de bens e rendas dos servidores lotados nesta UJ.

Porto Alegre, RS, 28. de fevereiro de 2011.


Gustavo de Mello
Superintendente Estadual

9. INFORMAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS

Quadro 9.1 - Estrutura de controles internos da UJ

Aspectos do sistema de controle interno	Avaliação				
	1	2	3	4	5
Ambiente de Controle					
1. Os altos dirigentes da UJ percebem os controles internos como essenciais à consecução dos objetivos da unidade e dão suporte adequado ao seu funcionamento.					X
2. Os mecanismos gerais de controle instituídos pela UJ são percebidos por todos os servidores e funcionários nos diversos níveis da estrutura da unidade.					X
3. A comunicação dentro da UJ é adequada e eficiente.				X	
4. Existe código formalizado de ética ou de conduta.					X
5. Os procedimentos e as instruções operacionais são padronizados e estão postos em documentos formais.					X
6. Há mecanismos que garantem ou incentivam a participação dos funcionários e servidores dos diversos níveis da estrutura da UJ na elaboração dos procedimentos, das instruções operacionais ou código de ética ou conduta.				X	
7. As delegações de autoridade e competência são acompanhadas de definições claras das responsabilidades.					X
8. Existe adequada segregação de funções nos processos da competência da UJ.					X
9. Os controles internos adotados contribuem para a consecução dos resultados planejados pela UJ.				X	
Avaliação de Risco					
10. Os objetivos e metas da unidade jurisdicionada estão formalizados.					X
11. Há clara identificação dos processos críticos para a consecução dos objetivos e metas da unidade.				X	
12. É prática da unidade o diagnóstico dos riscos (de origem interna ou externa) envolvidos nos seus processos estratégicos, bem como a identificação da probabilidade de ocorrência desses riscos e a consequente adoção de medidas para mitigá-los.			X		
13. É prática da unidade a definição de níveis de riscos operacionais, de informações e de conformidade que podem ser assumidos pelos diversos níveis da gestão.			X		
14. A avaliação de riscos é feita de forma contínua, de modo a identificar mudanças no perfil de risco da UJ, ocasionadas por transformações nos ambientes interno e externo.				X	
15. Os riscos identificados são mensurados e classificados de modo a serem tratados em uma escala de prioridades e a gerar informações úteis à tomada de decisão.			X		
16. Existe histórico de fraudes e perdas decorrentes de fragilidades nos processos internos da unidade.				X	
17. Na ocorrência de fraudes e desvios, é prática da unidade instaurar sindicância para apurar responsabilidades e exigir eventuais ressarcimentos.					X
18. Há norma ou regulamento para as atividades de guarda, estoque e inventário de bens e valores de responsabilidade da unidade.					X
Procedimentos de Controle					
19. Existem políticas e ações, de natureza preventiva ou de detecção, para diminuir os riscos e alcançar os objetivos da UJ, claramente estabelecidas.			X		
20. As atividades de controle adotadas pela UJ são apropriadas e funcionam consistentemente de acordo com um plano de longo prazo.			X		
21. As atividades de controle adotadas pela UJ possuem custo apropriado ao nível de benefícios que possam derivar de sua aplicação.			X		
22. As atividades de controle adotadas pela UJ são abrangentes e razoáveis e estão diretamente relacionados com os objetivos de controle.			X		
Informação e Comunicação					
23. A informação relevante para UJ é devidamente identificada, documentada, armazenada e comunicada tempestivamente às pessoas adequadas.			X		

24. As informações consideradas relevantes pela UJ são dotadas de qualidade suficiente para permitir ao gestor tomar as decisões apropriadas.					X
25. A informação disponível à UJ é apropriada, tempestiva, atual, precisa e acessível.				X	
26. A Informação divulgada internamente atende às expectativas dos diversos grupos e indivíduos da UJ, contribuindo para a execução das responsabilidades de forma eficaz.				X	
27. A comunicação das informações perpassa todos os níveis hierárquicos da UJ, em todas as direções, por todos os seus componentes e por toda a sua estrutura.				X	
Monitoramento	1	2	3	4	5
28. O sistema de controle interno da UJ é constantemente monitorado para avaliar sua validade e qualidade ao longo do tempo.				X	
29. O sistema de controle interno da UJ tem sido considerado adequado e efetivo pelas avaliações sofridas.				X	
30. O sistema de controle interno da UJ tem contribuído para a melhoria de seu desempenho.				X	
Considerações gerais: É fato que os apontamentos recentes da CGU demonstram que estamos superando dificuldades históricas da SUEST/RS					

10. INFORMAÇÕES QUANTO A ADOÇÃO DE CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

Quadro 10.1 - Gestão Ambiental e Licitações Sustentáveis

Aspectos sobre a gestão ambiental	Avaliação				
	1	2	3	4	5
Licitações Sustentáveis					
1. A UJ tem incluído critérios de sustentabilidade ambiental em suas licitações que levem em consideração os processos de extração ou fabricação, utilização e descarte dos produtos e matérias primas. <ul style="list-style-type: none"> Se houver concordância com a afirmação acima, quais critérios de sustentabilidade ambiental foram aplicados? Os normatizados pelo Ministério do Planejamento. 					X
2. Em uma análise das aquisições dos últimos cinco anos, os produtos atualmente adquiridos pela unidade são produzidos com menor consumo de matéria-prima e maior quantidade de conteúdo reciclável.			X		
3. A aquisição de produtos pela unidade é feita dando-se preferência àqueles fabricados por fonte não poluidora bem como por materiais que não prejudicam a natureza (ex. produtos de limpeza biodegradáveis).				X	
4. Nos procedimentos licitatórios realizados pela unidade, tem sido considerada a existência de certificação ambiental por parte das empresas participantes e produtoras (ex: ISO), como critério avaliativo ou mesmo condição na aquisição de produtos e serviços. <ul style="list-style-type: none"> Se houver concordância com a afirmação acima, qual certificação ambiental tem sido considerada nesses procedimentos? 			X		
5. No último exercício, a unidade adquiriu bens/produtos que colaboram para o menor consumo de energia e/ou água (ex: torneiras automáticas, lâmpadas econômicas). <ul style="list-style-type: none"> Se houver concordância com a afirmação acima, qual o impacto da aquisição desses produtos sobre o consumo de água e energia? 			X		
6. No último exercício, a unidade adquiriu bens/produtos reciclados (ex: papel reciclado). <ul style="list-style-type: none"> Se houver concordância com a afirmação acima, quais foram os produtos adquiridos? 				X	
7. No último exercício, a instituição adquiriu veículos automotores mais eficientes e menos poluentes ou que utilizam combustíveis alternativos. <ul style="list-style-type: none"> Se houver concordância com a afirmação acima, este critério específico utilizado foi incluído no procedimento licitatório? 			X		
8. Existe uma preferência pela aquisição de bens/produtos passíveis de reutilização, reciclagem ou reabastecimento (refil e/ou recarga). <ul style="list-style-type: none"> Se houver concordância com a afirmação acima, como essa preferência tem sido manifestada nos procedimentos licitatórios? 			X		
9. Para a aquisição de bens/produtos é levada em conta os aspectos de durabilidade e qualidade de tais bens/produtos.			X		
10. Os projetos básicos ou executivos, na contratação de obras e serviços de engenharia, possuem exigências que levem à economia da manutenção e operacionalização da edificação, à redução do consumo de energia e água e à utilização de tecnologias e materiais que reduzam o impacto ambiental.				X	
11. Na unidade ocorre separação dos resíduos recicláveis descartados, bem como sua destinação, como referido no Decreto nº 5.940/2006.			X		
12. Nos últimos exercícios, a UJ promoveu campanhas entre os servidores visando a diminuir o consumo de água e energia elétrica. <ul style="list-style-type: none"> Se houver concordância com a afirmação acima, como se procedeu a essa campanha (palestras, <i>folders</i>, comunicações oficiais, etc.)? 			X		
13. Nos últimos exercícios, a UJ promoveu campanhas de conscientização da necessidade de proteção do meio ambiente e preservação de recursos naturais voltadas para os seus servidores. <ul style="list-style-type: none"> Se houver concordância com a afirmação acima, como se procedeu a essa campanha (palestras, <i>folders</i>, comunicações oficiais, etc.)? 			X		

<p>Considerações Gerais: Esta unidade acaba de recompor sua força de trabalho e procurou se dedicar aos reclamos do seu público (prefeituras, catadores, comunidades tradicionais, etc.) procurando enfrentar um imenso contencioso em várias frentes de trabalho. A área de administração, estratégica para estas ações e programas, também teve sua força de trabalho recomposta. Durante o ano de 2011 estas atividades já são uma prioridade.</p>					
--	--	--	--	--	--

11. INFORMAÇÕES SOBRE GESTÃO DE PATRIMÔNIO IMOBILIÁRIO

Não se aplica à SUET

11.1 Gestão de bens imóveis de uso especial

Não se aplica à SUET

12. INFORMAÇÕES SOBRE GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)

Justificativa: A SUEST-RS não tem uma estrutura formal de Tecnologia da Informação. Esta responsabilidade é da competência da Presidência da Funasa.

13. UTILIZAÇÃO DE CARTÃO DE PAGAMENTO



Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal **CARTAO DE CREDITO PARA O RELATORIO GERENCIAL**

Exercício: 2010
 Base: 31-JAN-2011
 Moeda: REAL (Em unidade monetária)

Órgão da UG Executora 36211
 Mês de Referência DEZEMBRO
 Tipo de Valor Saldo Atual

UG Executora

255021 FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - RS

Entidade			Sq Cartão Pagto Gov Federal	Fatura - Cartão Pagto Gov. Fed
00000000000191	00000000000191	BANCO DO BRASIL SA		11.927,50
00765284057	00765284057	LEONARDO FREDER RUDUIT	4.792,41	2.077,73
19803699091	19803699091	VALMOR BELARDINELLI		1.775,05
19807449049	19807449049	EDISON MONTEIRO VIEIRA	21.135,68	918,96
25202995091	25202995091	MARCOS ANTONIO FERNANDES RIBEIRO	2.415,08	
25774883000	25774883000	DALPIRES VIANNA DOS SANTOS	2.450,00	
31942636091	31942636091	AMAIR SANTOS DE MOURA	26.970,00	
40880869020	40880869020	CARMEN LUCIA CIDADE DE CASTRO BARRIONUEVO	666,20	3.965,01
41540581004	41540581004	LUCIANE DALLVALLE BRASIL	4.915,00	
78003440025	78003440025	ROBSON WILLIG PRADE	4.790,00	
Total			68.134,37	20.664,25

14. INFORMAÇÕES SOBRE RENÚNCIA TRIBUTÁRIA

Justificativa: A SUEST-RS não executa renúncia tributária, pois a gestão orçamentária e financeira é de responsabilidade da Presidência da Funasa.

15. PROVIDÊNCIAS ADOTADAS PARA ATENDER AS DELIBERAÇÕES DO TCU

15.1 Deliberações do TCU atendidas no exercício

15.2 Deliberações do TCU pendentes de atendimento ao final do exercício

15.3 Recomendações do OCI atendidas no exercício

15.4 Recomendações do OCI pendentes de atendimento ao final do exercício

Plano de Providências Permanente da Gestão de 2009

Em atenção ao Ofício nº. 4374/2011/GAB/CGU-Regional RS/CGU-PR do dia 17 de fevereiro que solicita o encaminhamento do Plano de Providências Permanente – PPP da Gestão de 2009, esta Divisão de Administração apresenta as informações relacionadas às Recomendações constantes no Relatório nº. 244118; objeto deste PPP:

Nº. OS: 244118 – Nº. Constatação: 008 – Nº. Recomendação: 001

Contatar o Tribunal de Contas da União e verificar se houve a quitação dos débitos dos Acórdãos nº. 2227/2005 e 2085/2007, ambos da 2ª Câmara, bem como a situação atual dos respectivos devedores.

Nº. OS: 244118 – Nº. Constatação: 008 – Nº. Recomendação: 002

Contatar a Procuradoria-Geral da FUNASA e verificar se houve a quitação dos débitos e a situação atual dos respectivos devedores.

Nº. OS: 244118 – Nº. Constatação: 008 – Nº. Recomendação: 003

Caso constatada a falta de atuação necessária à regularização dos débitos ou a pendência das situações, providenciar as comunicações, encaminhamentos e demais medidas cabíveis para fins de ajuizamento dos devedores e débitos existentes para com o erário.

Manifestação da SUEST-RS: Quanto à quitação desses débitos, informo que esta Superintendência Estadual adotou as providências necessárias aos seus encaminhamentos, pois apesar dos Acórdãos do TCU serem dos anos de 2005 e 2007, até então nenhuma providência havia sido adotada.

Referente ao Acórdão nº. 2227/2005 que julgou irregulares as contas do então Prefeito Municipal de Butiá, no valor de R\$ 40.740,00 informo que foi encaminhado ao Procurador-Geral da Procuradoria da FUNASA o Memorando nº. 010/DIADM, de 10/01/2011 (**Anexo I**) para que as providências fossem adotadas pela respectiva área jurídica desta Fundação. Informo, ainda, de que esta situação havia sido apontada pela Auditoria Interna da FUNASA, por isso a referência no citado memorando do Relatório daquela Auditoria.

Quanto ao Acórdão nº. 2085/2007 que julgou irregulares as contas do então Coordenador Regional da FUNASA deste Estado, Sr. Ignácio José de Araújo Mahfuz no valor de R\$ 69.675,38 porém sem imputar-lhe a responsabilidade do ressarcimento total à instituição, informo que através do Memorando nº. 01/DIADM, de 6/01/2011 (**Anexo II**) foi notificado o Diretor do Departamento de Administração da Presidência da FUNASA para que as providências fossem adotadas, tendo em vista ser de sua competência/responsabilidade a inclusão e exclusão deste registro junto à Conta Contábil nº. 11.229.0500 – Responsáveis por Danos ou Perdas.

Nº. OS: 244118 – Nº. Constatação: 009 – Nº. Recomendação: 001

Proceder à crítica dos valores informados e providenciar, se for o caso, a devida retificação do Relatório de Gestão/2009 consolidado da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Manifestação da SUEST-RS: Quanto a esta situação de divergências de valores entre o Relatório de Gestão/2009 e a extração de dados via SIAFI Gerencial dos valores de Restos a Pagar, informo que esta Administração procedeu à análise das informações e contatou com a Presidência da FUNASA para maiores informações, porém sem que retorno tenhamos recebido. Sendo assim, foi oficializado o Departamento de Administração da Presidência da FUNASA através do Memorando nº. 62, do último dia 4 (**Anexo III**) esta situação para que possa ser esclarecido e informado quais são os valores que devem ser considerados.

Nº. OS: 244118 – Nº. Constatação: 011 – Nº. Recomendação: 001

Proceder à apuração dos valores pagos indevidamente a título de CPMF, nos contratos em questão, e providenciar a reposição ao erário.

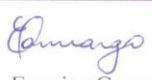
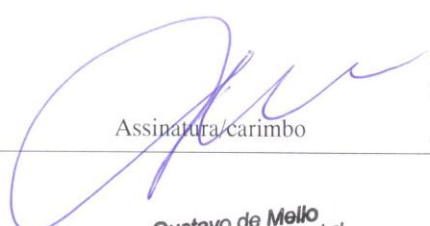
Nº. OS: 244118 – Nº. Constatação: 011 – Nº. Recomendação: 002

Revisar, além dos contratos já referidos, todos os demais instrumentos contratuais da UJ que possuam caráter continuado e tenham sido firmados até 31/12/2007, a fim de expurgar a CPMF do cálculo dos preços contratados, nos termos do Parágrafo 5º do artigo 65 da Lei nº. 8.666/93, firmando em seqüência os devidos termos aditivos de revisão.

Manifestação da SUEST-RS: Informo que esta Superintendência Estadual providenciou a constituição de um Grupo de Trabalho, instituído pela Portaria nº. 354, de 31 de julho de 2009 (**Anexo IV**) para que adotasse as providências cabíveis de identificar e proceder à reposição daqueles valores porventura pagos indevidamente a título de CPMF. Este Grupo de Trabalho concluiu suas atividades que resultaram na devolução dos valores pagos indevidamente pela empresa que prestava serviços de vigilância armada na sede desta Instituição. Há outras quatro empresas que prestavam serviços na FUNASA e que foram notificadas de que valores cobrados a título de CPMF deveriam ser recolhidos, pois foram pagos de forma indevida. Essas empresas, apesar de notificadas e reiteradas as notificações, não procederam aos respectivos recolhimentos. Diante do exposto, esta Superintendência Estadual encaminhou à Procuradoria Regional Federal da 4ª Região o Processo nº. 25265.026.761/2009-58 para que as providências quanto à cobrança judicial sejam adotadas.

Quanto à segunda recomendação, informo que todos os contratos de caráter continuado foram revisados naquela ocasião, resultando na adequação de todas as planilhas formadoras de preço.

16. INFORMAÇÕES CONTÁBEIS DA GESTÃO

DECLARAÇÃO DO CONTADOR COM RESSALVA			
Denominação completa (UJ)			Código da UG
Superintendência Estadual da FUNASA no Estado do Rio Grande do Sul			255021
<p>Declaro que os demonstrativos contábeis constantes do Sistema Siafi (Balanços Orçamentário, Financeiro e Patrimonial e a Demonstração das Variações Patrimoniais, previstos na Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964), refletem a adequada situação orçamentária, financeira e patrimonial da unidade jurisdicionada que apresenta Relatório de Gestão, EXCETO no tocante a:</p> <p>RESTRICAO TITULO</p> <p>104 SALDOS ALONGADOS CONTAS TRANST. AT. PERMAN.</p> <p>163 SLD.ALONGADOS CTAS TRANSITORIAS AT.COMP.</p> <p>470 DESPESA SEM AMPARO LEGAL</p> <p>Estou ciente das responsabilidades civis e profissionais desta declaração.</p>			
Local	Brasília-DF.		Data
			21/01/2011
Contador Responsável	 Evanice Camargo Cardoso	CRC n°	4763
Ordenador de Despesas	 Assinatura/carimbo		


 Gustavo de Mello
 Superintendente Estadual
 FUNASA/RS

17. INFORMAÇÕES SOBRE A COMPOSIÇÃO ACIONÁRIA

Não se aplica à SUET, em conformidade com o Anexo II da DN 107 – TCU, Parte A – Conteúdo Geral – Quadro A1 – item C”.

18. INFORMAÇÕES SOBRE FUNDOS PARTIDÁRIOS

Não se aplica à SUET, em conformidade com o Anexo II da DN 107 – TCU, Parte A – Conteúdo Geral – Quadro A1 – item C”.

19. EVOLUÇÃO DOS FUNDOS CONTITUCIONAIS

Não se aplica à SUET, em conformidade com o Anexo II da 107 – TCU, Parte A – Conteúdo Geral – Quadro A1 – item C”.

20. INDICADORES DE DESEMPENHO DO IFES

“Não se aplica à SUET, em conformidade com o Anexo II da DN 107 – TCU, Parte A – Conteúdo Geral – Quadro A1 – item C”.

21. ANÁLISE DA SITUAÇÃO FINANCEIRA

“Não se aplica à SUET, em conformidade com o Anexo II da DN 107 – TCU, Parte A – Conteúdo Geral – Quadro A1 – item C”.

22. REMUNERAÇÃO PARA ADMINISTRADORES DE EMPRESAS PÚBLICAS

“Não se aplica à SUET, em conformidade com o Anexo II da DN 107 – TCU, Parte A – Conteúdo Geral – Quadro A1 – item C”.

23. CONTRATAÇÕES DE CONSULTORES NA MODALIDADE “PRODUTO”

“Não se aplica à SUET, em conformidade com o Anexo II da DN 107 – TCU, Parte A – Conteúdo Geral – Quadro A1 – item C”.

24. INFORMAÇÕES A RESPEITO DA DESMOBILIZAÇÃO DE ATIVOS MOBILIÁRIOS

“Não se aplica à SUET, em conformidade com o Anexo II da DN 107 – TCU, Parte A – Conteúdo Geral – Quadro A1 – item C”.

CONCLUSÃO

Tendo em vista a necessidade de aprimoramento do processo de planejamento, bem como a institucionalização dos mecanismos e ferramentas que visam à melhoria da gestão, a Assessoria de Planejamento em conjunto com a Coordenação Regional, e de acordo com suas competências regimentais, vem adotando, desde 2008, um modelo de relatório de avaliação. Optou-se por dar ênfase aos resultados alcançados pelas áreas finalísticas e de gestão da instituição, ou seja, nos eixos “**Saneamento Ambiental, Saúde Indígena e Gestão**”, optando-se pela construção de indicadores de desempenho que possibilitem avaliar as ações programadas e estabelecer parâmetros de eficiência, eficácia e efetividade.

O Relatório de Avaliação faz parte de um conjunto de estratégias que visam o aperfeiçoamento e fortalecimento do processo de planejamento criado no âmbito da Funasa e veio numa tentativa de preencher a lacuna existente entre o momento de monitoramento e o de análise, e a comunicação dos resultados.

Este instrumento gerencial foi elaborado visando avaliar os esforços empreendidos pela Core/RS no alcance das metas definidas no Plano Operacional; demonstrar os resultados alcançados; subsidiar o processo de Prestação de Contas Anual e feitura do Relatório de Gestão, bem como possibilitar a correção de distorções na execução das ações.

Desta foram formulados novos Indicadores propostos pelas áreas técnicas e elaborado o novo quadro de indicadores ressaltando a importância da utilização dos indicadores para demonstrar o desempenho alcançado pela FUNASA nos programas e ações que estão sob sua responsabilidade e o esforço empreendido para o cumprimento de sua missão institucional., com as seguintes informações:

- **Indicador:** expressa o nome do indicador proposto considerando, a conceituação do termo;
- **Finalidade:** o que o indicador pretende expressar;
- **Método de cálculo:** a descrição da(s) variáveis que compõem o cálculo do indicador
- **Tipo:** qualificação do indicador dentre as seguintes categorias: eficiência, eficácia e efetividade;
- **Fonte:** origem dos dados considerados para a construção do indicador;

- **Método de aferição:** refere-se ao conjunto de técnicas utilizadas para mensurar os dados que constituirão a fórmula de cálculo. Ex: sistemas de informação
- **Área responsável pelo indicador:** identifica a área da FUNASA responsável pela aplicação do indicador e a consequente produção da informação.

O processo de elaboração do Relatório de Gestão 2010 permitiu verificar a importância da informação atualizada através do registro regular das atividades referentes aos programas do Plano Operacional e da atualização dos dados que alimentam os Sistemas Corporativos.

Foram apresentadas de forma detalhada as ações constantes no Plano Operacional bem como indicadores de desempenho que demonstram além dos resultados alcançados, o alinhamento as diretrizes governamentais na realização de ações de Saneamento Ambiental e Proteção e Promoção a Saúde Indígena.

Considerando que o recurso humano é um elemento determinante na obtenção de resultados das ações desenvolvidas, enfatizamos a necessidade de ampliação do quadro de pessoal.

Por fim, a Superintendência Estadual da Funasa no Rio Grande do Sul entende que muito há que se melhorar no que diz respeito a gestão. Portanto, no decorrer de 2011, envidará esforços no fortalecimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de monitoramento e controle.

FUNASA



Fundação
Nacional
de Saúde

Ministério da
Saúde

G O V E R N O F E D E R A L



PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA