

# RELATÓRIO DE GESTÃO 2008 CORE/RO

GESTÃO ADMINISTRATIVA

**FUNASA**  
FUNASA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO REGIONAL DE RONDÔNIA



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde  
Coordenação Regional de Rondônia

# **Relatório de Gestão**

## **2008**

### **Rondônia**

A Coordenação Regional de Rondônia (Core-RO), a exemplo das demais unidades regionais, atua no estado, com vistas ao alcance das metas nacionais, implementando ações de atenção a saúde dos povos indígenas, de modo a garantir acesso integral à saúde, conforme preceitos do Sistema Único de Saúde, e ações de saneamento ambiental, para prevenção e controle de agravos, em aldeias indígenas e em populações consideradas vulneráveis, como reservas extrativistas, quilombolas e assentamentos da Reforma Agrária.

Nesse sentido, este relatório, portanto tem por finalidade apresentar as ações executadas pela Core e suas respectivas áreas técnicas, bem como, os resultados obtidos no exercício de 2008, e, complementarmente, compor o Processo de Prestação de Contas Anual desta Unidade, conforme Instrução Normativa do TCU, nº 57, de 27 de agosto de 2008, e Decisão Normativa do TCU nº 94, de 3 de dezembro de 2008 e, ainda, Portaria/CGU nº 2.238, de 19 de dezembro de 2008.

1. IDENTIFICAÇÃO .....	5
2. OBJETIVOS E METAS INSTITUCIONAIS E/OU PROGRAMÁTICOS.....	7
2.1. Responsabilidades Institucionais – Papel da unidade na execução das políticas públicas ..	7
2.2. Estratégia de atuação da unidade na execução das políticas públicas .....	9
2.3. Gestão de Programas e Ações .....	23
2.3.1. Principais Programas .....	23
2.3.1.1. Programa 0150 – Proteção e Promoção dos Povos Indígenas Saúde Indígena .....	23
2.3.1.2. Programa 0122 – Serviços Urbanos de Água e Esgoto .....	24
2.3.1.3. Programa 1138 – Drenagem Urbana e Controle de Erosão Marítima e Fluvial .....	24
2.3.1.4. Programa 1287 – Saneamento Rural .....	25
2.3.1.5. Programa 8007 – Resíduos Sólidos Urbanos .....	25
2.3.1.6. Programa 0016 – Gestão da Política de Saúde .....	26
2.3.2. Principais Ações do Programa .....	27
Programa 0150 – Proteção e Promoção dos Povos Indígenas	
2.3.2.1. Ação: 6140 – Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas ..	27
2.3.2.2. Ação 8743 – Promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena .....	28
. Dsei Porto Velho .....	30
. Dsei Vilhena .....	50
Programa 0122 – Serviços Urbanos de Água e Esgoto	
2.3.2.3. Ação 10GD – Implantação e Melhorias de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água em Municípios de até 50 mil Habitantes ou Integrantes de Consórcios Públicos, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE) .....	63
2.3.2.4. 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..	64
2.3.2.5. Ação 6908 – Fomento à Educação em Saúde voltada para o Saneamento Ambiental..	65
2.3.2.6. Ação 7652 – Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para Prevenção e Controle de Agravos .....	68
Programa 1138 – Drenagem Urbana e Controle de Erosão Marítima e Fluvial	
2.3.2.7. Ação 3883 – Implantação e Melhoria de Serviços de Drenagem e Manejo Ambiental para Prevenção e Controle da Malária .....	69
Programa 1287 – Saneamento Rural	
2.3.2.8. Ação 10GC – Implantação e Melhoria de Serviços de Saneamento em Escolas Públicas Rurais – “Saneamento em Escolas” .....	71
2.3.2.9. 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 .....	72
2.3.2.10. Ação 7684 - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos .....	73

## Programa 8007 – Resíduos Sólidos Urbanos

2.3.2.11. Ação 10GG - Implantação e Melhoria de Sistema Público de Manejo de Resíduos Sólidos em Municípios de até 50 mil Habitantes ou Integrantes de Consórcios Públicos, Excluído de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE) .....	74
--	----

## Programa 0016 – Gestão da Política de Saúde

2.3.2.12. Ação 4572 – Capacitação de Servidores Públicos Federais em Processo de Qualificação e Requalificação .....	76
2.4. Desempenho Operacional .....	77
2.4.1. Principais indicadores .....	77
2.4.1.1. Saúde Indígena .....	77
. Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho .....	77
. Distrito Sanitário Especial Indígena de Vilhena .....	84
2.4.1.2. Saneamento Ambiental .....	91
2.4.1.3. Gestão .....	96
2.4.2 – Evolução de gastos gerais .....	101
3. RECONHECIMENTO DE PASSIVOS POR INSUFICIÊNCIA DE CRÉDITOS OU RECURSOS .....	101
4. RESTOS A PAGAR DE EXERCÍCIOS ANTERIORES .....	102
5. DEMONSTRATIVO DE TRANSFERÊNCIAS (RECEBIDAS E REALIZADAS) NO EXERCÍCIO .....	102
6. PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR PATROCINADA .....	102
7. FLUXO FINANCEIRO DE PROJETOS OU PROGRAMAS FINANCIADOS COM RECURSOS EXTERNOS .....	102
8. RENÚNCIA TRIBUTÁRIA .....	103
9. DECLARAÇÃO DE SOBRE A REGULARIDADE DOS BENEFICIÁRIOS DIRETOS DE RENÚNCIA .....	103
10. OPERAÇÕES DE FUNDOS .....	103
11. DESPESAS COM CARTÃO DE CRÉDITO .....	103
12. RECOMENDAÇÕES DO ÓRGÃO OU UNIDADE DE CONTROLE INTERNO .....	104
13. DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TCU .....	105
14. ATOS DE ADMISSÃO, DESLIGAMENTO, CONCESSÃO DE APOSENTADORIA E PENSÃO PRATICADOS NO EXERCÍCIO .....	106
15. DISPENSAS DE INSTAURAÇÃO DE TCE E TCE CUJO ENVIO AO TCU FOI DISPENSADO .....	106
16. INFORMAÇÕES SOBRE A COMPOSIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS .....	107
17. OUTRAS INFORMAÇÕES CONSIDERADAS PELOS RESPONSÁVEIS COMO RELEVANTES PARA A AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE E DO DESEMPENHO DA GESTÃO .....	109
18. CONTEÚDOS ESPECÍFICOS POR UJ OU GRUPO DE UNIDADES AFINS .....	109
ANEXOS .....	110
ANEXO I – PLANO DE PROVIDÊNCIAS (Anexo IV – Port. nº 2238-CGU, de 19/12/09)	
ANEXO II – RELATÓRIO DE CORREIÇÃO (Anexo III – Port. nº 2238-CGU, de 19/12/09)	

## 1. IDENTIFICAÇÃO

<b>Nome completo da unidade e sigla</b>	<b>Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde no Estado de Rondônia (Core-RO/Funasa)</b>
<b>Natureza jurídica</b>	Fundação do Poder Executivo
<b>Vinculação ministerial</b>	Vinculada ao Ministério da Saúde
<b>Normativos de criação, definição de competências e estrutura organizacional e respectiva data de publicação no Diário Oficial da União.</b>	Criada por meio da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990 – <i>“Entidade de promoção e proteção à saúde, do Poder Executivo Federal que tem como competências: I - Prevenir e controlar doenças e outros agravos à saúde; II Assegurar a saúde dos povos indígenas; e III - Fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças”</i> .  Estrutura organizacional estabelecida pela Portaria nº 1.776, de 8 de Setembro de 2003; em conformidade com o Decreto nº 4.727, de 9 de junho de 2003, publicado no DOU, 10/06/2003, que aprova seu Estatuto e Regimento Interno.
<b>CNPJ</b>	26.989.350/0180-82
<b>Nome e código no SIAFI</b>	255022
<b>Endereço completo da sede</b>	Rua Festejos, 167 – Bairro Costa e Silva, CEP 76803-596, Porto Velho-RO – Fone/fax: (69) 3216-6138/6120; <b>Endereço Eletrônico:</b> corero.gab@funasa.gov.br
<b>Endereço da página institucional na internet</b>	<a href="http://www.funasa.gov.br">www.funasa.gov.br</a>
<b>Situação da unidade quanto ao funcionamento</b>	Em funcionamento
<b>Função de governo predominante</b>	Saúde
<b>Tipo de atividade</b>	Atendimento à Saúde Indígena e Saneamento Ambiental

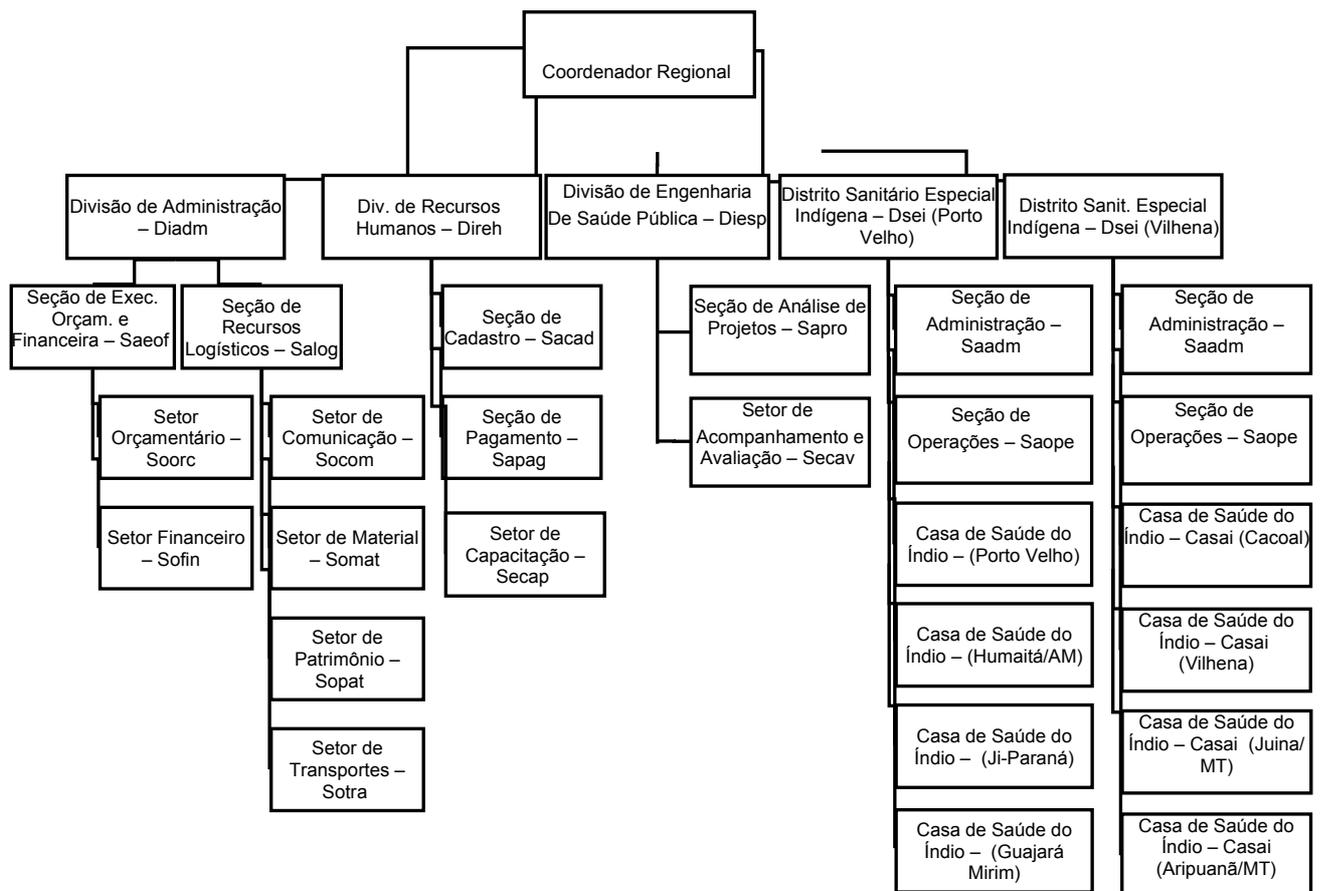
A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é uma instituição pública federal vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como função predominante a Saúde Pública. Atua de forma descentralizada por meio das Coordenações Regionais presentes em todos os estados brasileiros, com sede nas capitais, e tem por finalidade a promoção e proteção à saúde.

Regida pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a Funasa foi criada por meio da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, tem seu Estatuto e Regimento Interno

estabelecidos por meio dos Decretos nº 4.726 de 9/5/2003 e nº 4.727 de 9/6/2003, respectivamente.

A Funasa, que tem como competência, *I - Prevenir e controlar doenças e outros agravos à saúde; II - Assegurar a saúde dos povos indígenas; e III - Fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças*, conforme estabelecido na lei de criação, com a implementação do Projeto de Planejamento Estratégico e Reordenamento Institucional iniciado em 2006, sua missão foi redefinida para: **“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 e em consonância com o SUS e com as metas de desenvolvimento do milênio”**.

Em relação a sua estrutura organizacional, conforme Decreto nº 4.727 de 9/6/2003, a Funasa, neste estado, apresenta a seguinte estrutura:



## 2. OBJETIVOS E METAS INSTITUCIONAIS E/OU PROGRAMÁTICAS

### 2.1. Responsabilidades Institucionais – Papel da unidade na execução das políticas públicas

A Fundação Nacional de Saúde no estado de Rondônia tem sede em Porto Velho, onde funciona a Coordenação Regional e, a exemplo das demais regionais, atua no Estado de Rondônia, com vistas ao alcance das metas nacionais, implementando ações de saúde e vigilância voltadas à população indígena e ações de saneamento ambiental, para prevenção e controle de agravos, em municípios de até 50 mil habitantes e em populações consideradas vulneráveis (reservas extrativistas, remanescentes de quilombos e assentamentos da Reforma Agrária).

É ainda responsável pela administração, no que se refere a cadastro e folha de pagamento, de 2.279 servidores, sendo esses, 1.507 servidores descentralizados (cedidos), 294 que atuam na própria FUNASA, 267 aposentados e 211 beneficiários de pensão.

Servidor em exercício na Core	Total de Cedidos	Total Ativos	Aposentados	Beneficiário de Pensão	Total Geral
294	1.507	1.801	267	211	2.279

Na parte de saneamento ambiental a Core-RO, por meio da Divisão de Engenharia de Saúde Pública – DIESP, presta assessoria a municípios para o desenvolvimento de ações de saneamento com financiamentos de obras que contribuam para impactar nos indicadores de saúde, como prevalência/incidência da detecção/infestação de vetores da dengue, malária e mortalidade proporcional por diarreia em menores de um ano, com assistência à população indígena na execução de sistemas de abastecimento de água, melhorias sanitárias, manutenção dos sistemas existentes, contemplando ainda comunidades de reservas extrativistas e assentamentos da Reforma Agrária com sistema de abastecimento de água.

Sua atuação, portanto, abrange a população exposta a agravos, à falta ou inadequação de saneamento, contemplando comunidades rurais, centros urbanos, aldeias indígenas, população de reservas extrativistas, bem como áreas de relevante interesse epidemiológico, priorizando os municípios com população de até 50 mil habitantes, conforme

critérios e procedimentos básicos estabelecidos nas Portarias nº. 723, de 24/07/07, nº 839, de 14/08/07 e nº 827, de 10/08/07, portarias de implementação do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, do governo Federal.

No tocante a saúde indígena sua área de atuação compreende, além do estado de Rondônia, o norte/noroeste do Mato Grosso e o sul do Amazonas. Nesse universo é responsável pelo atendimento à saúde de 15.810 indígenas, das 75 etnias distribuídas nas 266 aldeias existentes. A assistência é prestada por meio de dois (2) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) – Dsei Porto Velho (na sede da Coordenação) e Dsei Vilhena, no município de Cacoal.

As principais ações executadas pela Core-RO, em 2008, constantes no seu Plano Operacional, contemplam ações de governo estabelecidas no PPA e de responsabilidade da Funasa, como: na área da Saúde Indígena as ações, *6140 – Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas* e *8743 - Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena*, dentro do Programa *0150 - Promoção e Proteção dos Povos Indígena*, e na área de Saneamento ambiental, *Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, de Esgotamento Sanitário e Manejo de Resíduos Sólidos*, em Municípios de até 50.000 hab.; *Fomento a Educação em Saúde voltada para o Saneamento Ambiental; Melhorias Sanitárias Domiciliares para Prevenção e Controle de Agravos; Serviço de Drenagem e Manejo Ambiental para Prevenção e Controle da Malária; Saneamento em Escolas Públicas Rurais; Saneamento em Áreas Rurais – Aldeias Indígenas, Reservas Extrativistas e Assentamentos*. Tem ainda, na área da Gestão, *Gestão da Política de Saúde – Capacitação de Servidores em Processo de Qualificação e Reclassificação*.

O presente relatório objetiva apresentar o desempenho de cada ação e os resultados obtidos no exercício de 2008, frente aos desafios que ora se apresentam, para o efetivo cumprimento da missão institucional, seus respectivos objetivos e metas, a serem alcançados.

## 2.2. Estratégia de Atuação da unidade na execução das políticas públicas



Para o exercício de 2008 a Core Rondônia buscou atender ações e metas estabelecidas no seu Plano Operacional, elencadas com base nas metas nacionais e de governo (Plano Operacional da Presidência e PPA), com vistas ao alcance dos objetivos estratégicos e conseqüente efetivação da missão institucional, considerando os eixos de atuação da Funasa, Saúde Indígena com ação, *Promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena* e Saneamento Ambiental, contemplando *Áreas Especiais (Rurais), Áreas de Relevante Interesse Epidemiológico e Municípios de até 50.000 habitantes*.

### Saúde Indígena

Para implementação das ações na área da saúde indígena a Core, por meio dos 2 Dsei's, Dsei Porto Velho e Dsei Vilhena, executa um conjunto de sub-ações dentro da estratégia de Programa de Saúde da Família (PSF) no caso, Família Indígena (PSFI), por meio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), contemplando todas as aldeias da área de abrangência de cada unidade (Dsei).

O Dsei Porto Velho está localizado na sede da Coordenação Regional, Porto Velho e abrange uma da área territorial corresponde às terras indígenas localizadas no Sul do Amazonas, noroeste do Mato Grosso, norte, centro-oeste e noroeste de Rondônia, um território de aproximadamente 5 milhões de hectares. É constituído por cinco pólos base: Alta Floresta, Ji-Paraná, Guajará-Mirim, Porto Velho e Humaitá/AM e um sub-pólo, Jarú. Dos cinco Polos Base, 3 possuem Casai.

O Dsei Vilhena está localizado no município de Cacoal, abrange áreas do sul e sudeste de Rondônia, norte e noroeste de Mato Grosso, em um total aproximado de 5,5 milhões de hectares de territórios indígenas. É composto de quatro Pólos Base: Cacoal, Vilhena, Juína e Aripuanã-MT. Todos os pólos possuem Casai.

Cada Pólo Base e cobre um conjunto de aldeias localizadas nas terras indígenas em municípios circunvizinhos. Associadas aos Pólos Base estão as Casas de Apoio à Saúde Indígena – Casai, para acolhimento do indígena que se encontra em tratamento de saúde.

As gerências dos Dseis são compostas por equipe de técnicos como, enfermeiros, odontólogos e farmacêuticos que coordena todas as ações desenvolvidas.

Os serviços de saúde dos Dseis dispõem de uma estrutura nos pólos base e nas Casais. A operacionalização desses serviços é realizada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, técnico de higiene bucal, agente indígena de saúde (AIS) e saneamento (AISAN), as quais prestam assistência básica nas aldeias. A ausência de médicos nas equipes traz prejuízo a essa assistência, levando à necessidade de mais deslocamentos do índio à cidade em busca dos serviços desse profissional. Há dificuldade para contratação de médicos nessa região, para assistência em áreas face à falta de interesse desse profissional para tal serviço.

A Casai é a primeira referência do indígena que vem da aldeia à procura dos serviços de saúde, onde recebe o 1º atendimento e encaminhamento para atendimento de média e alta complexidade, com agendamento de consultas e exames, na rede do SUS. Após atendimento, o paciente é encaminhado de volta à aldeia ou, se necessário, permanece na Casai até seu pronto restabelecimento para retorno, com acompanhamento contínuo, pelo tempo que for necessário.

Na execução das ações de saúde indígena deve-se considerar as particularidades ímpares desta população, com ações e assistência diferenciada, por se tratar de uma população de cultura milenar, com valores e hábitos distintos, que estão muito presentes no seu dia-a-dia. O trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI deve, portando, estar centrado nos tradicionais sistemas indígenas de saúde, baseados em uma visão holística (medicina tradicional, pajelança, e respeito às crenças relacionados ao processo saúde doença), buscando a harmonia entre as equipe e a comunidade.

Neste contexto, a assistência à saúde indígena tem sido um constante desafio enfrentado pelas equipes. As ações, por vezes, prejudicadas por tabus ou crenças, são realizadas de forma estratégica, a fim de não prejudicar os valores culturais de cada etnia.

As atividades realizadas em área estão voltadas à assistência integral à saúde, sendo necessário implementar alguns programas na busca do controle, da redução e prevenção de doenças e a promoção da saúde. As EMSI, através do Programa Saúde da Família Indígena – PSFI realizam, principalmente, a cada entrada em área, ações de assistência integral a saúde da mulher e da criança, ações de vigilância alimentar e nutricional, ações de saúde bucal, ações de controle de DST/AIDS, ações de controle da Malária, ações de controle da tuberculose e ações de imunização, com ênfase para imunização e atenção integral a saúde da mulher e da criança.

Um dos principais objetivos do PSFI é a prevenção. Neste sentido, as equipes buscam através de educação em saúde, em parcerias com lideranças, professores caciques, sensibilizarem as comunidades, de forma humanizada, sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, o que refletirá diretamente na eficácia dos indicadores de saúde.

A eficiência dos programas de saúde pública trabalhados nas aldeias tem alcançado bons resultados. Os programas estão interligados de forma direta e indiretamente, objetivando melhorar o acesso à saúde a todas as faixas etárias. A implementação dos mesmos, acontece através de visitas domiciliares, assistindo ao indígena como um todo. Dessa forma, ao realizar uma visita domiciliar, realiza-se o levantamento de problemas, observa as questões sanitárias, de moradia e saúde. É possível identificar o modo de vida e realizar intervenções quando necessário.

As principais ações realizadas pelas equipes multidisciplinares de saúde (EMSI), em especial as equipes de enfermagem, são:

- ✓ Acompanhamento dos agentes de saúde indígena (AIS) em todas as viagens para as aldeias;
- ✓ Consulta de enfermagem aos indígenas por meio de visitas domiciliares;
- ✓ Acompanhamento integral da saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento, IRA, diarreia, aleitamento materno, imunização e suplementação alimentar por meio de parcerias estabelecidas com as pastorais;
- ✓ Desenvolvimento e acompanhamento dos programas de tuberculose, blastomicose, malária, hipertensão, diabete, malária, leishmaniose, DST, tracoma e outros;
- ✓ Acompanhamento da saúde da mulher: pré-natal, puérpera, preventivo de mama e do colo uterino;

- Desenvolvimento de ações de educação em saúde e saneamento básico;
- Desenvolvimento de ações de imunização de rotina para crianças e adultos;
- Realização de atividades educativas em parceria com lideranças, professores e AIS;
- Realização de oficinas de confecção de multimistura em parceria com as pastorais da saúde, profissionais de saúde e agentes indígenas de saúde.
- Encaminhamento de pacientes para as referências, que necessitam de atendimento especializado;

Um dos principais problemas na execução das ações, e que causa maior impacto (negativo) nos resultados das ações, diz respeito a **insuficiência de veículos**, que muitas vezes impossibilita a operacionalização das ações, que exige regularidade de frequência.

A situação ficou mais grave a partir de 2007, quando a Core, foi obrigada a recolher mais de 25 veículos que foram encaminhados para leilão, obedecendo à legislação. A reposição esperada em 2008 não ocorreu na mesma proporção da necessidade, sendo que no DSEI Vilhena foram recebidos 7 veículos, tipo camionete, sendo que 5 vieram com o local de lotação determinado pelo DESAI. Essa situação, além de não atender a necessidade do DSEI, não permitiu uma distribuição adequada dentro do número recebido, favorecendo mais um Pólo Base do que o outro. O Dsei Porto Velho recebeu também 7, quando esperava 10. Não foram entregues VAN e nem ambulâncias, necessárias ao transporte dos pacientes, na cidade e no traslado do paciente a outras referências, dentro e fora do Estado.

Os 2 Dseis são pequenos em população, principalmente o DSEI Vilhena, maior em extensão territorial que são 10,5 milhões de hectares de terra indígena, abrangendo 34 municípios do Estado de Rondônia, Amazonas e Mato Grosso, num total de 266 aldeias, com ações de saúde e saneamento.

Levando em consideração as péssimas condições das estradas de acesso às aldeias, em toda a nossa área de abrangência, o desgaste é duplamente mais acentuado, provocando constantes panes e necessitando de reparos e manutenção freqüentes, o que também onera o custo dessa ação e impacta, de forma negativa, no desempenho das atividades.

Outra dificuldade enfrentada pelos DSEI's, no cumprimento da missão institucional no ano de 2008, foi a falta de sintonia entre os Dsei e o nível central (Desai), para que houvesse mais sensibilidade nos trabalhos desenvolvidos pelos distritos. Por diversas vezes foi solicitado veículo, reforma de posto de saúde, de sede de Pólo Base, de

Casai; assistência diferenciada da que é praticada como rotina, em algumas situações de risco à saúde da população indígena, tais como, malária em decorrência de garimpo em terra indígena, tuberculose, desnutrição por fome, doenças decorrentes da água, entre outras. Cujas solicitações não foram atendidas, ou mesmo discutidas com as chefias dos distritos, deixando-os ainda mais vulneráveis no enfrentamento de tais problemas. Nessas situações buscou-se parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

No enfrentamento de alguns problemas, de situações mais graves, como a malária no garimpo Roosevelt, no caso do Dsei Vilhena, a equipe de endemia está completa, porém, não tem veículos para execução das ações de rotina. O desempenho das ações foi bastante prejudicado pela deficiência de veículos.

Ainda em relação ao transporte, outro ponto que merece destaque, pela sua dificuldade, são as extensas áreas fluviais onde está localizada boa parte das aldeias. O Pólo Base de Guajará-Mirim, por exemplo, que detém 50% da população do Dsei Porto Velho, 90% das aldeias estão localizadas nos rios, a distâncias de até 7 dias de viagem, no verão amazônico. Além da estrutura logística (barcos e motores) não atender, em quantidade e em qualidade, o custo é muito maior que na área terrestre.

Assim, a manutenção das atividades depende prioritariamente de transportes para a locomoção das equipes e resgate de pacientes e a falta desses traz grandes transtornos e compromete o desempenho da ação.

Além da insuficiência de veículo, outro problema de igual proporção refere-se à questão orçamentária, recursos para atender à saúde indígena. O recurso orçamentário disponível não tem sido suficiente para aquisição de materiais e equipamentos.

Esse ano de 2008 foi ainda marcado pela nova estrutura adotada pela Procuradoria Federal da Funasa (PGF), que passou a ser regionalizada, ficando a PGF lotada na Core Amazonas, para dar suporte a esta Regional. Isso foi também um fator dificultador no andamento e conclusão dos processos licitatórios em tempo hábil, face e necessidade de envio dos mesmos à aquela Regional. Dificuldade ainda mais acentuada pela a nova legislação adotada e exigida na elaboração dos processos.

Vale destacar também a oferta insuficiente e a longa espera para procedimentos médicos-hospitalares na rede pública de saúde dessa região, que não atende a demanda, levando, na maioria das vezes, à espera de meses. Em algumas situações de emergência, devidamente caracterizada e justificada pelo médico e ainda declarado pelas Secretarias de Saúde a indisponibilidade do serviço na rede do SUS, a Core é obrigada a comprar o

serviço, o que não é raro. Nesses casos, são feitos processos licitatórios, na modalidade Dispensa de Licitação e Pregão Presencial.

Na maioria dos municípios onde ficam localizadas as Casais e nos municípios de referência do Dsei, muitas vezes as unidades de referência não dispõem, no tempo exigido, dos procedimentos necessários para as consultas eletivas e emergenciais. Se houver a possibilidade de deslocamento para unidades de referência, no caso Porto Velho, há que se avaliar ainda o custo-benefício da ação.

Como dificuldades destacam-se ainda:

- ✓ Falta de alojamento e postos de saúde para as equipes executarem os seus trabalhos com eficiência e eficácia;
- ✓ Existência do garimpo, que pode ser considerada a principal situação de risco, fato presente nos 2 Dseis. A atividade garimpeira desorganizou a rotina nas aldeias, tanto das atividades tradicionais da população indígena, como também das equipes multidisciplinares de saúde (EMSI's), as quais não conseguem acompanhar os casos de agravo de forma contínua e eficaz, principalmente pela falta do agente de saúde na aldeia, pois a maioria desistiu e está no garimpo. A movimentação da população indígena, aldeia-garimpo é intensa, dificultando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Também dificulta a realização do pré-natal das gestantes, o monitoramento dos diabéticos, hipertensos, entre outros. O risco da permanência dos profissionais nas áreas de garimpo é outro dificultador, pela a falta de alojamento e segurança.
- ✓ Falta de médicos para atendimento em área. Há dificuldade para contratação desse profissional pela indisponibilidade de candidatos com dedicação exclusiva, face à permanência em área e o salário oferecido.
- ✓ Desmotivação dos profissionais: servidores da FUNASA que atuam na saúde indígena, pela falta de uma política salarial adequada às exigências e peculiaridades dos serviços de atendimento ao índio; profissionais contratados, pela falta de estabilidade no emprego, entre outros.
- ✓ Dificuldade para contratar profissional com perfil profissiográfico para assistência à saúde do índio.

## **Aspectos que favoreceram a execução das ações**

- ✓ Contratação de todas as equipes prevista no Plano Distrital, complementando assim o quadro de profissionais necessários, com exceção do médico.
- ✓ Integração entre os profissionais do Dsei/Pólo Base/CASAI e usuários (indígenas), com estreitamento da relação, mais respeito e credibilidade, o que muito colabora para o melhor desempenho dos serviços. A melhora na relação é resultado de uma articulação da Funasa/profissionais com a comunidade, que busca envolver mais o indígena nos assuntos inerentes a sua saúde, com a participação desses nas atividades desenvolvidas pelo DSEI, com o intuito de levar à compreensão da ação da Funasa, suas responsabilidades enquanto subsistema inserido no Sistema Único de Saúde. Tais discussões se dão nas reuniões de conselho, reuniões com lideranças e comunidades, rodas de conversas.
- ✓ As reuniões de conselho favorecem essa integração. As reuniões dos Conselhos Locais que são nas aldeias, onde também ocorrem essas discussões, com esclarecimento e trocando informação com a comunidade e as reuniões do Conselho Distrital, que ocorre a cada 3 meses, com a participação dos indígenas, técnicos dos Pólos, Dseis e Core, Secretarias Municipais de Saúde, Funai e outras instituições.
- ✓ A atuação do Controle Social e a parceria com a Core, buscando resolver juntos os problemas e anseios da comunidade é um ponto fundamental dos avanços reconhecidos da Core. A integração da Core/Dseis com os Conselhos Distritais consistem em diálogos permanentes e resoluções conjuntas, onde todas as decisões tomadas pela Core/Dsei, tem anuência do Controle Social. Todo planejamento, o acompanhamento, a avaliação das ações, é feito conjuntamente com o Controle Social, o que reflete também na melhora da relação instituição-comunidade, reduzindo as “manifestações” e “pressões” (incluindo fechamento de unidades, prisão de equipes ou profissional). Os Conselhos Distritais estão estruturados nas dependências da Core/Dsei, com salas e equipamentos disponibilizados pela Funasa, atendendo solicitação dos presidentes. O Condisi Porto Velho está localizado na sede da Core e o Condisi Vilhena, no prédio do Dsei Vilhena, no município de Cacoal.

Parcerias que favoreçam a execução das ações:

✓ Organização não governamental: Asdefal (Associação dos Deficientes Físicos da Amazônia Legal), ONG conveniada com a Funasa para contratação de recursos humanos não contemplados na Portaria Conjunta nº 47/GM, de junho de 2006.

✓ Prefeituras: que disponibilizam pessoal (profissionais das equipes e que atuam direto na assistência), atendendo o disposto na citada portaria.

✓ Interinstitucional: Funai, Secretarias Estaduais de Saúde (Rondônia e Mato Grosso), Laboratório Central de Rondônia, Laboratório de Fronteira, Secretarias Municipais de Saúde e Prefeituras, FIOCRUZ (parceira em potencial no Dsei Vilhena – município de Cacoal - no combate e controle da tuberculose, assim como a Secretaria Municipal daquele município), Exército, Ministério Público Federal – complementação de serviços, fornecimento de material, veículos, realização de ações, e outros.

✓ Controle Social: Os Conselhos de Saúde Indígena têm tido boa atuação junto a Core, o que tem colaborado muito para uma ação mais efetiva, conforme já pontuado anteriormente;

✓ Igreja - Pastorais da Saúde: No desenvolvimento de projetos de combate à desnutrição; na confecção de alimentos alternativos.

✓ Comunidade - professores indígenas e não-indígenas: realização de ações, divulgação de informação e propagação das práticas de saúde orientadas pela Funasa.

Essas parcerias vêm avançando e se consolidando com o tempo, numa boa articulação que resulta em mais condições para alcançar o objetivo pretendido que é garantir a atenção à saúde das populações indígenas, contemplando as especificidades sociais, étnicas, culturais e geográficas, visando à redução dos agravos aos quais estes grupos estão expostos, numa perspectiva de qualidade dos serviços e ações de saúde. Tais parcerias foram imprescindíveis para implementação das ações e para alcance dos resultados obtidos.

## Área de atuação da Core Rondônia

<b>População do Estado de Rondônia</b>	1.453.756 hab.
<b>Nº. de Municípios abrangidos pela CORE</b>	Os 52 do estado de Rondônia, 4 do Amazonas e 10 do Mato Grosso. <b>Em resumo:</b> Saneamento: Dos 52 municípios a Funasa atua em 50 com ações de saneamento por meio de convênios (incluindo os convênios de exercícios anteriores) Saúde indígena: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dsei Porto Velho: Abrange 17 municípios do estado de Rondônia, 4 do Amazonas e 1 do Mato Grosso.</li> <li>• Dsei Vil: Abrange 8 municípios do estado de Rondônia e 9 do Mato Grosso.</li> </ul>
<b>População Indígena do Estado</b>	10.108 hab. (7.361 do Dsei-Pvh e 2.747 do Dsei-Vil. Pop. Total, incluindo municípios de outros estados, é de 15.810).

## Área de atuação dos Dsei

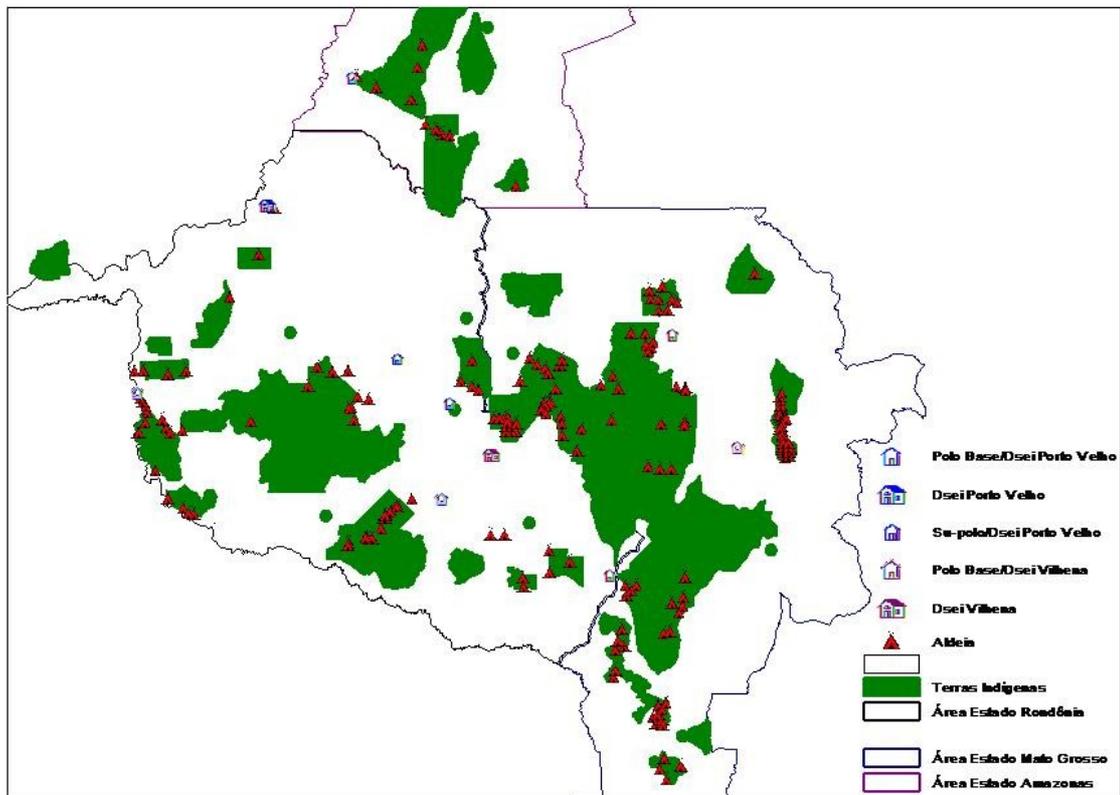
### Dsei Porto Velho

<b>População Indígena abrangida pelo Dsei</b>	9.387 pessoas (RO: 7.361, AM: 1.484 e MT: 542)
<b>Número de Pólos-Base</b>	5 pólos e 1 sub-pólo
<b>Número de Casai</b>	4 casai's e 2 pontos de apoio (prédio alugado)
<b>Número de Aldeias</b>	124 aldeias
<b>Etnias Indígenas</b>	49 ( <i>Karitiana, Tenharim, Karipuna, Parintintim, Kassupá, Diahoi, Uru Eu Wau Wau, Pirahã, Amondawa, Apurinã, Juma, Saterê-Maué, Gavião, Mura, Arara, Tora, Puruborá, Munducuru, Zoró, Wpixana, Miguelenos, Paumari, Mequén, Wajuru, Ticuna, Sakirabiar, Terena, Kampé, Oro Join, Aruá, Aricapu, Canoé, Jabuti, Macurap, Massaká, OroNão, Tupari, Oro Win, Tapiraré, Oro Waran Xijen, Oro Waran, Oro Eu, Oro At, Cabixi, Cujubim, Suruí, Cinta Larga, Tupinanbá, Kaxinawã</i> )

### Dsei Vilhena

<b>População Indígena abrangida pelo Dsei</b>	6.423 pessoas (RO: 2.747 e MT: 3.376)
<b>Número de Pólos-Base</b>	4 pólos base
<b>Número de Casai</b>	4 casai's
<b>Número de Aldeias</b>	142 aldeais
<b>Etnias Indígenas</b>	16 ( <i>Aikanã, Aikanã-Kwasã, Akuntsu, Apurinã, Arara, Canoé, Cinta Larga, Kwasar, Macurap, Mequem, Pareci, Parintintin, Rikbaktsa, Sakirabiar, Suruí, Terena e Nambikwara</i> (com 16 sub-grupos).

## ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA CORE-RO NA GESTÃO DE SAÚDE INDÍGENA



### Saneamento Ambiental

A Divisão de Engenharia e Saúde Pública – Diesp, dentro de suas atribuições em Saneamento Ambiental, vem realizando suas ações na busca de minimizar os índices de doenças ocasionadas pela falta e/ou inadequação de programas de saneamento básico principalmente para as populações mais vulneráveis, das quais são de responsabilidade da Funasa. Em destaque, os municípios de até 50 mil habitantes, Projetos Especiais, os remanescentes de quilombo, as áreas de assentamentos, reservas extrativistas e comunidades indígenas. Observados os critérios epidemiológicos, sanitários e ambientais e garantindo a transparência na aplicação de recursos e no impacto da redução de doenças, no exercício de 2008, as ações foram priorizadas para os municípios contemplados nas Portarias do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC do governo Federal, com ações de Sistema de Abastecimento de Água, Melhorias Sanitárias Domiciliares, Sistema de Esgotamento Sanitário e Drenagem para o Manejo e Controle da Malária.

As ações decorrentes da responsabilidade desta divisão, no que se refere a convênios, são programadas pela presidência da Funasa, conforme disponibilização orçamentária, voltadas para os municípios com população de até 50 mil habitantes. Com os Termos de compromissos dos convênios assinados e recursos empenhados, a área técnica inicia as análises dos projetos para a aprovação e execução das obras pelos proponentes.

O saneamento em áreas indígena é programado com base nos Planos Distritais aprovados pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, sobre os quais são elaborados projetos com respectivos planos de execução/custo e encaminhados à Presidência da Funasa, Departamento de Engenharia e Saúde Pública – Densp, para adequação ao orçamento disponível para esse fim. Os projetos especiais, para atendimentos às pequenas populações vulneráveis (assentamentos, reservas extrativistas, entre outros), as associações dessas localidades encaminham solicitação do benefício à Funasa, que após levantamento da necessidade, elabora projetos e planilha de custos e encaminha à Presidência (Densp) para apreciação e liberação de orçamento, se houver disponibilidade.

Para as ações de execução direta de projetos especiais e de saneamento em áreas indígenas, após a liberação do orçamento, por parte da Presidência, a Diesp executa os procedimentos administrativos para licitação e após contratação de empresa especializada para execução dos serviços, iniciam-se as obras. A fiscalização das obras é realizada, o que se refere a convênios, execução indireta, por meio de visitas técnicas de acompanhamento e prestação de conta, com a finalidade de verificar a correta aplicação financeira do objeto do convênio. Referente às ações de execução direta (saneamento em áreas indígenas e projetos especiais), os serviços são fiscalizados e acompanhados diretamente pelos técnicos (engenheiros) da Core/Diesp).

### **Ações em Áreas Rurais/Especiais - Aldeias Indígenas**

O Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos consiste na instalação de sistemas simplificados de abastecimento de água com captação, adução, tratamento e distribuição de água, bem como, sistemas de reservatórios e de chafariz; melhorias sanitárias nas aldeias (construção de lavanderias, banheiros, privadas, fossas sépticas, pias de cozinha, lavatórios, tanques, filtros, reservatórios de água), compreendendo desde a elaboração do projeto até a sua operação plena.

Tem por objetivo dotar todas as aldeias de condições adequadas de saneamento básico, contribuindo para redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica, o controle de doenças parasitárias transmissíveis por dejetos e a prevenção e controle de agravos ocasionado pela falta de condições de saneamento básico nas aldeias indígenas.

Em 2008 estimou-se a contratação de obras e serviços para beneficiar aldeias com sistemas de abastecimento de água e melhorias sanitárias, em conjunto com os Distritos Sanitários Indígena de Porto Velho e Vilhena e Conselho Distrital Indígena. Foram programadas 62 aldeias para implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água e melhorias sanitárias. Os projetos e Planos de Custos/Execução foram encaminhados e aprovados pela Presidência da FUNASA, que só liberou os recursos no segundo semestre de 2008. Foi elaborado, por esta Core-RO, o processo licitatório para a Concorrência Pública e encaminhada para análise e aprovação da Procuradoria Jurídica, que passou a funcionar, de forma regionalizada, na Core-AM. Por se tratar de um processo complexo, toda essa tramitação e dificuldade operacional prejudicaram o andamento do processo, que não ocorreu em tempo hábil, para sua conclusão dentro do exercício de 2008. O processo foi licitado, mas os recursos foram devolvidos, pois o prazo para empenhamento de despesas expirou antes da conclusão do processo licitatório.

A insuficiência de técnicos para elaboração de projetos, visitas “in loco” para levantamento das necessidades e dados para o planejamento e definição das ações, assim como, a insuficiência e deficiência de veículos, também retardaram e prejudicaram a conclusão do processo licitatório dentro do exercício de 2008.

Foi solicitado recurso para execução de bases de concreto para instalação de 21 sistemas de desinfecção de água, em aldeias onde já existiam sistemas de abastecimento de água implantados, mas a Presidência da FUNASA não atendeu a solicitação da Core-RO. Os equipamentos dos sistemas de desinfecção foram adquiridos em 2007, porém as bases de concreto, necessárias para instalação dos equipamentos, não foram executadas, pois na licitação não houve participação de empresas interessadas.

Os três engenheiros contratados por intermédio da ASDEFAL, ONG parceira da FUNASA, para atuar nas ações de saneamento em área indígena, visando o alcance das metas estabelecidas no Plano Distrital/Operacional, foram demitidos por falta de orçamento nos tetos dos DSEI.

Para garantir o pleno funcionamento dos sistemas que são implantados, foi programada, em conjunto os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), a contratação de empresa para serviços de manutenção, com consertos de equipamentos,

substituição de peças e recuperação dos sistemas. A meta foi alcançada, e as aldeias atendidas, de acordo com a capacidade operacional da empresa, estabelecida no contrato, mesmo nos finais de semana.

Algumas restrições, como: insuficiência de pessoal para acompanhar e supervisionar os trabalhos da empresa contratada, insuficiência e deficiência de veículos e limitação do teto de diárias, dificultaram muito o trabalho, causando demora no atendimento.

### **Aspectos positivos e impactantes**

✓ A contratação da empresa para execução dos serviços de manutenção dos sistemas de saneamento implantados em aldeias indígenas, proporcionou agilidade nos consertos de equipamentos e assistência técnica “in loco”, garantindo assim, a continuidade no abastecimento de água potável às comunidades indígenas. A assistência contínua oferecida pela empresa garantiu a permanência no abastecimento de água potável para as comunidades indígenas beneficiadas.

✓ 45 obras em áreas indígenas concluídas, atendendo 374 famílias em Sistema de Abastecimento de Água e Melhorias Sanitárias Domiciliares.

✓ Conclusão de 3 (três) obras, sendo 2 (dois) assentamentos, 1 Reserva Extrativista, por meio de ações de Melhorias Sanitárias Domiciliares, atendendo a 185 famílias.

### **Ações de Convênios**

As ações de convênios, no ano de 2008, contemplam 19 municípios, dos quais, os projetos técnicos foram analisados e, para parecer, estamos aguardando a regularização das pendências apontadas nas análises dos projetos. Na ação de ÁGUA foram contemplados 14 convênios, beneficiando 6.420 famílias, com a finalidade de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços públicos urbanos de abastecimento de água. Na ação de ESGOTO foi contemplado 01 convênio, beneficiando 1.597 famílias, com a finalidade de dotar os domicílios e estabelecimentos coletivos de sistema público de coleta e tratamento de esgoto sanitário adequado, com implantação e melhoria dos sistemas. Na ação de MSD foram contemplados 03 convênios, beneficiando 310 famílias, com a finalidade de dotar os domicílios de condições sanitárias adequadas, com as melhorias sanitárias

domiciliares. Na ação de DRENAGEM foi contemplado 01 convênio, beneficiando 1.805 famílias, com a finalidade de implantar e melhorar os serviços de drenagem e manejo ambiental, visando à prevenção e controle da malária, em aglomerados urbanos, em municípios localizados em áreas endêmicas da malária, com transmissão urbana autóctone. O beneficiamento das famílias está comprometido com a execução da obra, o que ocorrerá após a aprovação dos projetos.

O resultado alcançado no ano de 2008 não é satisfatório, pois a meta física não foi alcançada, com índice de alcance “zero”, em quase todos os indicadores, uma vez que a Core (Diesp) considerou “índice alcançado” de família beneficiada, o projeto aprovado, obra em andamento ou concluída. Dessa forma, dos 19 convênios programados de 2008, 18 foram analisados e todos estão com pendências, aguardando regularização, para posterior aprovação.

A falta de estrutura técnica por parte das prefeituras dificulta elaboração de projetos que atendam as orientações técnicas da Funasa e contribui para a morosidade no atendimento das pendências apontadas nas análises desses.

No exercício de 2008 destacam-se, como aspectos positivos, as ações do PAC, os 18 convênios analisados, a participação dos Analistas de Infra-Estrutura nas análises dos Termos de Compromissos/PAC e a implantação do Sistema Sigob. E, como negativos, a deficiência de pessoal, seja de apoio administrativo, ou técnico (engenheiro), a firmação de Termo de Compromisso sem a apresentação do projeto técnico, com a documentação mínima para a análise, a baixa qualidade dos projetos técnicos apresentados pelos municípios convenientes e Prefeituras sem engenheiros no seu quadro de pessoal.

Para solução ou minimização das dificuldades apontadas, será necessário, buscar meios de estruturar as Core's com profissionais habilitados/capacitados para áreas fins da Funasa; definir/determinar prazo para regularização de pendências, para a aprovação dos projetos de convênios; levantar junto as Core, o percentual de obras não concluídas, para inclusão na programação orçamentária do Densp; maior integração entre a área técnica da Funasa/Presidência e os técnicos da Core, no tocante aos procedimentos de análise e aprovação de projetos.

## 2.3. Gestão de Programas e Ações



De acordo com o Plano Plurianual – PPA 2008 - 2011, serão apresentados a seguir principais programas e ações, de responsabilidade da Funasa e, especificamente, as ações executadas por essa Regional, ainda com base no seu Plano Operacional, e o desempenho dessas na gestão de 2008, considerando as metas físicas e financeiras.

### 2.3.1. Principais Programas

#### 2.3.1.1. PROGRAMA 0150 - Proteção e Promoção dos Povos Indígenas

<b>Tipo de programa</b>	Finalístico
<b>Objetivo geral</b>	Reorganizar e fortalecer o sistema nacional de política indigenista
<b>Objetivos específicos</b>	Garantir aos povos indígenas a manutenção ou recuperação das 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
<b>Gerente do programa</b>	Márcio Augusto Freitas de Meira
<b>Gerente executivo</b>	Astrid Inês Schuster
<b>Responsável pelo programa no âmbito da UJ</b>	Josafá Piauhy Marreiro
<b>Indicadores ou parâmetros utilizados para a avaliação do programa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Coeficiente de Incidência Parasitária de Malária na população indígena (1/1000)</li><li>▪ Taxa de Aldeias em Situação de Vulnerabilidade (%)</li><li>▪ Coeficiente de Incidência de Tuberculose Bacilífera na população indígena (1/100.000)</li><li>▪ Coeficiente de Mortalidade Infantil entre crianças indígenas menores de 1 ano (1/1000)</li></ul>
<b>Público-alvo (beneficiários)</b>	Sociedades Indígenas

### 2.3.1.2. PROGRAMA 0122 - Serviços Urbanos de Água e Esgoto

<b>Tipo de programa</b>	Finalístico
<b>Objetivo geral</b>	Ampliar o acesso aos serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário e resíduos sólidos, com vistas à universalização
<b>Objetivos específicos</b>	Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços públicos urbanos de abastecimento de água e esgotamento sanitário.
<b>Gerente do programa</b>	Leodegar da Cunha Tiscoski
<b>Gerente executivo</b>	Márcio Galvão Fonseca
<b>Responsável pelo programa no âmbito da UJ</b>	Josafá Piauhy Marreiro
<b>Indicadores ou parâmetros utilizados para avaliação do programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de cobertura dos serviços urbanos de abastecimento de água (%)</li> <li>▪ Taxa de cobertura dos serviços urbanos de coleta de esgoto (%)</li> <li>▪ Índice de Esgoto Tratado referido à Água Consumida (%)</li> </ul>
<b>Público-alvo (beneficiários)</b>	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.

### 2.3.1.3. PROGRAMA 1138 - Drenagem Urbana e Controle de Erosão Marítima e Fluvial

<b>Tipo de programa</b>	Finalístico
<b>Objetivo geral</b>	Evitar enchentes e erosões nas áreas urbanas
<b>Objetivos específicos</b>	Desenvolver obras de drenagem urbana em consonância com as políticas de desenvolvimento urbano e de uso e ocupação do solo
<b>Gerente do programa</b>	João Reis Santana Filho
<b>Gerente executivo</b>	
<b>Responsável pelo programa no âmbito da UJ</b>	Josafá Piauhy Marreiro
<b>Indicadores ou parâmetros utilizados para avaliação do programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de regulação da drenagem urbana no Brasil (%)</li> <li>▪ Taxa de municípios com serviço de drenagem urbana superficial no Brasil (%)</li> <li>▪ Taxa de municípios com sistema de drenagem subterrânea no Brasil (%).</li> </ul>
<b>Público-alvo (beneficiários)</b>	População urbana, especialmente a residente em municípios com áreas sujeitas à inundações periódicas.

#### 2.3.1.4. PROGRAMA 1287 - Saneamento Rural

<b>Tipo de programa</b>	Finalístico
<b>Objetivo geral</b>	Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle dos determinantes e condicionantes de saúde da população
<b>Objetivos específicos</b>	Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços de saneamento ambiental em áreas rurais.
<b>Gerente do programa</b>	Francisco Danilo Forte
<b>Gerente executivo</b>	Jose Raimundo Machado dos Santos
<b>Responsável pelo programa no âmbito da UJ</b>	Josafá Piauhy Marreiro
<b>Indicadores ou parâmetros utilizados para avaliação do programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de cobertura de abastecimento de água em áreas rurais (%)</li> <li>▪ Taxa de cobertura de esgotamento sanitário em áreas rurais (%)</li> <li>▪ Taxa de cobertura de abastecimento de água em áreas indígenas (%)</li> </ul>
<b>Público-alvo (beneficiários)</b>	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

#### 2.3.1.5. PROGRAMA 8007 - Resíduos Sólidos Urbanos

<b>Tipo de programa</b>	Finalístico
<b>Objetivo geral</b>	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
<b>Objetivos específicos</b>	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.
<b>Gerente do programa</b>	Vicente Andreu Guillo
<b>Gerente executivo</b>	Silvano Silvério da Costa
<b>Responsável pelo programa no âmbito da UJ</b>	Josafá Piauhy Marreiro
<b>Indicadores ou parâmetros utilizados para avaliação do programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de municípios com destino final adequado de resíduos sólidos (%)</li> <li>▪ Taxa de cobertura de coleta de resíduos sólidos urbanos (%)</li> </ul>
<b>Público-alvo (beneficiários)</b>	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.

2.3.1.6. **PROGRAMA 0016** - Gestão da Política de Saúde

<b>Tipo de programa</b>	Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais
<b>Objetivo geral</b>	Fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população
<b>Objetivos específicos</b>	Coordenar o planejamento e a formulação de políticas públicas setoriais a avaliação e controle dos programas na área de saúde.
<b>Gerente do programa</b>	Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli
<b>Gerente executivo</b>	Luiz Fernando Beskow
<b>Responsável pelo programa no âmbito da UJ</b>	Sheila da Silva Rezende e Willianes Pimentel de Oliveira
<b>Indicadores ou parâmetros utilizados para avaliação do programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de Adesão dos Estados ao Pacto pela Saúde</li> <li>• Taxa de Adesão dos Municípios ao Pacto pela Saúde</li> <li>• Taxa de Constituição dos Colegiados de Gestão Regional</li> <li>• Taxa de Planos Estaduais de Saúde Aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde</li> <li>• Taxa de Planos Municipais de Saúde Aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde</li> </ul>
<b>Público-alvo (beneficiários)</b>	Governo



## 2.3.2. Principais Ações do Programa



### Programa 0150 – Proteção e Promoção dos Povos Indígenas

2.3.2.1. <b>Ação 6140</b> - Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas.	
<b>Tipo da Ação</b>	Atividade
<b>Finalidade</b>	Combater a desnutrição na população indígena
<b>Descrição</b>	Cadastramento das famílias indígenas no Cadastro Único; dotação extensiva de equipamento adequado para atenção alimentar e nutricional. Fomentar a alimentação saudável de acordo com as especificidades etno-culturais. Contribuir na formulação e implantação das políticas intersetoriais de segurança alimentar, gestão ambiental e desenvolvimento sustentável dos povos indígenas. Garantir a inclusão das populações indígenas nos instrumentos governamentais visando uma alimentação saudável e compatível com sua cultura.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	Wanderley Guenka
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) Porto Velho e Vilhena
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO X - Art. 103.

META	PREVISÃO	EXECUÇÃO	EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)
Financeira	0	0	0*
Física	Implementar a Vigilância Alimentar e Nutricional, monitorando crianças menores de 5 anos e gestantes, nos 2 Dsei.	2	100

\* Não foi previsto orçamento separado para execução dessa ação, que foi executada juntamente com a ação seguinte (8743).

<b>2.3.2.2. Ação 8743</b> - Promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena	
<b>Tipo da Ação</b>	Atividade
<b>Finalidade</b>	Disponibilizar serviços de saúde aos povos indígenas
<b>Descrição</b>	Assistência à saúde no âmbito dos DSEI: contratação de recursos humanos de nível médio e superior; aquisição de insumos estratégicos (medicamentos, imunobiológicos e correlatos) deslocamento das equipes multidisciplinares de saúde indígena e das equipes técnicas (aéreo, terrestre e fluvial) incluindo diárias e passagens; manutenção dos postos de saúde, dos polos base e das casas de saúde do índio- CASAI (gêneros alimentícios, materiais de expediente, de limpeza e de higiene). Acompanhamento e supervisão sistemática às EMSI. Divulgação e visibilidade das ações realizadas (produção de publicações, manuais, cartilhas e correlatos); desenvolvimento e conclusão de estudos e pesquisa sobre saúde indígena; qualificação de profissionais de saúde de nível médio e superior para execução de ações de saúde para a população indígena; capacitação de lideranças indígenas para atuação como agente indígena de saúde; capacitação de técnicos para atuação na área gerencial das unidades de saúde nos DSEI; realização de educação continuada para as EMSI; capacitação de operadores do SIASI e monitores do DESAI; qualificação de profissionais de saúde e técnicos do DSEI em vigilância em saúde; capacitação para o uso de ferramentas informatizadas; acompanhamento da instalação, manutenção e aplicação de ferramentas informatizadas.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	Wanderley Guenka
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) Porto Velho e Vilhena
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO X - Art. 103.

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)</b>
Financeira	<b>10.174.094,47</b>	<b>9.728.945,21</b>	95,62
Física	Implantar e Implementar ações de saúde nas áreas indígenas, nos 2 Dsei.	2	<b>100</b>

A ação 8743 - *Promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena* é executada por meio de subações que são executadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), conforme discriminado:

- Biossegurança;
- Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança;
- Política de Assistência Farmacêutica;
- Atenção à Saúde Bucal;
- Controle de DST/Aids;
- Controle da Malária;
- Controle da Tuberculose;
- Imunizações.

A seguir a discriminação das principais ações/subações executadas, com avaliação das metas alcançadas, por Dsei.

- Dsei Porto Velho



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

<i>Descrição da Meta</i>	<i>Unidade de Medida</i>	<i>Esperado</i>	<i>Alcançado</i>
Implementar a Vigilância Alimentar e Nutricional, monitorando, especialmente, menores de 5 anos e gestantes.	Dsei c/ ação implementada	1	1

O programa SISVAN é desenvolvido pelas equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI e tem como público alvo, 155 gestantes, 1.677 menores de 5 anos e 1.308 maiores de 40 anos. O acompanhamento desses grupos é feito mensalmente, onde, por meio de pesagem e coleta de dados, os enfermeiros realizam a avaliação do estado nutricional das pessoas.

A meta para 2008 foi monitorar, especialmente, os menores de 5 anos e gestantes.

A cobertura de menores de cinco anos acompanhada pelo SISVAN em 2008 no DSEI Porto Velho foi de 55%, observando um acréscimo de 8% em relação a 2007, onde o índice de cobertura alcançou 47%. Haja vista, que este índice não é o desejado, uma vez que, a meta pactuada no Plano Distrital de Saúde Indígena é de 70%.

O estado Nutricional das crianças avaliadas apresentou os seguintes estratos: Muito Baixo Peso 9,47%, Baixo Peso 19,12%, Risco Nutricional 25,91%, Adequado 43,49% e Risco de Sobrepeso 2,01%. Em gestantes a cobertura foi de 40% no ano de 2008, havendo um decréscimo de 10% em relação a 2007 que obteve 50%, justificado pela quantidade insuficiente de balança para adultos. A classificação do estado nutricional foi representada da seguinte forma: Baixo Peso 19,83%, Adequado 69,68%, Sobrepeso 9,62%, Obesidade 0,87%, dados extraídos das planilhas mensais enviadas pelos Pólos ao DSEI Porto Velho.

Em análise do acompanhamento e desenvolvimento das crianças menores de 5 anos é observado que nos primeiros seis meses de vida a criança que recebe aleitamento materno exclusivo mantém um peso adequado. Após essa fase, vem o período de transição onde as crianças ficam mais vulneráveis a desenvolverem Risco Nutricional, muitas vezes por não receberem uma alimentação adequada para idade. Sendo assim, as mães como principais cuidadoras, devem ser acompanhadas, uma vez que são observadas dificuldades de entendimento na introdução de alimentos semi-sólidos após os seis meses ou introdução precoce destes alimentos. Dessa forma, torna-se imprescindível a intervenção por parte dos profissionais, pois as crianças em Risco

Nutricional poderão entrar em Baixo Peso e assim sucessivamente, ficando susceptíveis as carências nutricionais, doenças infecciosas e parasitárias intestinais.

As ações em incentivo ao aleitamento materno, a assistência ao pré-natal nos primeiros três meses, educação sanitária, são priorizadas pelas equipes, em conjunto com lideranças, professores, caciques. Realizam orientações em saúde, visitas domiciliares sistematizadas abordando os cuidados com higiene pessoal, alimentar e ambiental, tratamento de verminoses a cada seis meses, e prescrição de complexo vitamínico, e incentivo ao plantio de roças para consumo de alimentos regionais, visando prevenir as deficiências de hipovitaminoses e micronutrientes.

As equipes também desenvolvem atividades relacionadas à vigilância alimentar através de parcerias com lideranças, professores, realizando palestras ou rodas de conversas para incentivos a agricultura de subsistência e aproveitamento de alimentos regionais ricos em vitaminas e sais minerais. Este trabalho é bem aceito pelas comunidades indígenas do DSEI Porto Velho, onde se percebe que a maioria das famílias cultiva roças de diversos tipos de alimentos, como arroz, feijão, mandioca, amendoim, cará, e frutas regionais, favorecendo para um estado nutricional adequado.

Os projetos de “Iniciativas Comunitárias do VIGISUS II estão em andamento como o da Associação do Povo Indígena Tenharim Morogita no Pólo Base de Humaitá com a implantação de três hortas comunitárias visando cultivo de hortaliças, ricas em nutrientes e necessárias ao desenvolvimento e crescimento das crianças com doenças da primeira infância, onde se espera reduzir as hipovitaminoses e carências de minerais entre menores de 5 anos. No Sub-pólo de Jarú a Associação do Povo Indígena Amondawa iniciaram um projeto de resgatar uma importante fonte alimentar, com a produção de peixe diversificado que proporcionará uma alimentação de melhor qualidade, garantindo uma dieta de proteínas adequada a esta comunidade. No Pólo de Alta Floresta está em andamento o projeto vaca leiteira que através da criação de gado as comunidades poderão se beneficiar do leite e seus derivados sendo um grande avanço nutritivo para alimentação deste povo.

Em qualquer sociedade para se obter um estado nutricional adequado depende de muitos fatores, como sociais, geográficos, entre outros, ainda mais se tratando de padrões culturais de áreas indígenas, visto que é uma população que se baseia em uma alimentação rica em proteínas e carboidratos, onde não tem hábitos de ingestão de leguminosas e o que seria uma fonte de ferro e vitamina A.

Um dos comprometimentos do estado nutricional das populações indígenas traz como uma das conseqüências à deficiência de micronutrientes, tais como o ferro, atingindo principalmente os menores de 5 anos e gestantes. Portanto, a partir de 2009, será implantado o Programa Nacional de Suplementação de Ferro no DSEI Porto Velho, objetivando reduzir a carência deste nutriente, haja vista que com o resultado prolongado da insuficiência de ferro ocorre a anemia, considerado um

dos fatores mais importantes relacionados ao baixo peso ao nascer, à mortalidade materna e ao déficit cognitivo em crianças.

Embora haja considerado empenho na execução do programa, fatores relevantes interferem na eficiência e eficácia e devem ser considerados, entre eles:

- Insuficiência na quantidade e a pouca qualidade dos equipamentos (balanças), que não oferecem boa durabilidade. Levando em conta toda problemática do trabalho em área, este equipamento acompanha as equipes, e sofre interferências de trepidações no decorrer do transporte;
- Falta de manutenção dos equipamentos, o que ocasiona a inutilização dos mesmos, impossibilitando o atendimento da população prioritária. No momento no DSEI não há nem um serviço de manutenção destes equipamentos;
- Hábitos culturais desta população, que deslocam-se com grande frequência das aldeias na época de colheita da castanha ou em festas tradicionais, dificultando o acompanhamento sistemático.



AIS e Técnica em Enfermagem realizando pesagem de criança Aruá aldeia São Luiz Alta Floresta.

Dentre as 8 etapas pactuadas no Plano Operacional para o Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional, o Distrito Porto Velho alcançou 6 etapas de forma contínua, no entanto 2 não oferecendo pleno êxito nas ações desenvolvidas, o que representa 75% das ações pactuadas.

Com relação à meta pactuada para o programa: Implementar a Vigilância Alimentar e Nutricional, monitorando especialmente crianças menores de 5 anos e gestantes, vem sendo alcançada no DSEI Porto Velho em todos os Pólos desde a implantação do programa em 2006.

Um avanço para o programa, embora não pactuado no Plano Distrital e no Plano Operacional foi à avaliação nutricional dos maiores de 40, oferecendo a este grupo de pessoas uma melhor assistência, a fim de contribuir para detecção precoce dos fatores de riscos das doenças crônicas e degenerativas.

## **Ação 8743 - Promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena**

### **Subação: Capacitação de profissionais na área indígena**

<i>Descrição da Meta</i>	<i>Unidade de Medida</i>	<i>Esperado</i>	<i>Alcançado</i>
Capacitar profissionais na saúde indígena.	Profissional capacitado	132	114

A meta era capacitar 132 profissionais nas seguintes capacitações: capacitação de Agente Indígena de Saúde; Capacitação de profissionais em sala de vacina, rede de frio, BCG e eventos adversos pós-vacina; Assistência Farmacêutica para a promoção do uso racional de medicamentos; Capacitação em Codificação de CID-10; Operacionalização do SIAFI; Capacitação de Conselheiros Locais e Distritais. Foram capacitados 114.

As capacitações ocorreram consubstancialmente no 2º semestre face a descentralização dos recursos só ter ocorrido nesse período, somado a dificuldades na operacionalização dos processos administrativo.

A capacitação de maior relevância foi a Capacitação do Agente Indígena de Saúde, Módulo - Promovendo a Saúde e Prevenindo Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele, que teve a participação de 84 (oitenta e quatro) Agentes indígenas de Saúde (AIS) dos 4 Pólos Base de 1 Sub Pólo. Os AIS foram qualificados para atuarem em suas respectivas comunidades, identificando os problemas



Capacitação AIS - Concentração

de saúde relacionados às parasitoses intestinais e doenças de pele. De acordo com a proposta curricular, o curso teve a carga de 180h, distribuídas em 120h de período de concentração e 60h de dispersão, centradas nas condições de saúde, mudanças no modo de vida e alterações ambientais, forma de relação entre os seres vivos entre si e o meio ambiente, fatores ambientais, alimentares, higiênicos e culturais que predispõe à ocorrência de parasitoses intestinais, e supervisionados pelos instrutores/supervisores.

Motivado pela metodologia, e material didático utilizado, o curso atingiu seus objetivos em 90%, contribuindo favoravelmente para o desenvolvimento e qualificação dos Agentes Indígenas de Saúde como elo entre a comunidade e Equipe Multidisciplinar.

Foi realizada ainda capacitação sobre atualização para os profissionais que trabalham com a Malária em áreas indígenas, com objetivo fortalecer sua atuação nas comunidades indígenas, para a resolução precoce de problemas relacionados ao Diagnóstico, Tratamento e Controle da Malária e redução dos riscos para a população alvo. Foram contemplados 22 profissionais, com aproveitamento no aprimoramento do processo de trabalho desses profissionais, em suas áreas de atuação, garantindo sua resolutividade com eficiência e eficácia.



Capacitação AIS - Dispersão

A realização de Capacitação só foi possível devido à parceria com o Secap, garantindo a

participação dos servidores, e recurso oriundo da Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos – CODER.

Houve também a capacitação de 6 profissionais-enfermeiros em vagas disponibilizadas pelo Estado, nos programas de alta prioridade nas áreas indígenas, tais como: DST/Aids e Hepatites Virais.

As demais capacitações que estavam programadas para serem executadas no ano de 2008, não ocorreram por estarem vinculadas diretamente ao Departamento de Saúde Indígena, seja na sua execução ou na descentralização de recursos.

Importante ressaltar que foram executadas atualizações nos Pólos Bases com transmissão de informações pertinentes a realidade de cada localidade, propiciando assim um melhor desempenho das atividades em área indígena.

#### **Subação: Implantação das Ações de Biossegurança**

<i>Descrição da Meta</i>	<i>Unidade de Medida</i>	<i>Esperado</i>	<i>Alcançado</i>
Implantar ações de Biossegurança.	Dsei c/ ação implantada	1	0

A meta pactuada era de implantar ações de biossegurança no DSEI, com o objetivo de propiciar a informação, a reflexão e a realização de ações práticas para a promoção da saúde atentando para os cuidados básicos com a água, o lixo, a higiene e a prevenção de doenças na área indígena.

Para execução do que é preconizado pelo Programa de Biossegurança e Gerenciamento de Resíduos Sólidos, a fim de assegurar melhores condições ambientais nas áreas indígenas, foi planejado, como etapas para assegurar o cumprimento da meta, reuniões nos Pólos Bases para implementação do Programa. Dentre os cinco Pólos Bases pertencentes ao Dsei Porto Velho, em dois destes (Pólo Base de Porto Velho e Guajará-Mirim) foram executadas as reuniões para início do Programa, o que representa 40% da meta. Importante ressaltar que mesmo não havendo reunião técnica nos demais Pólos, as atividades básicas vêm sendo realizadas com intuito de melhorar e preservar as condições de vida e ambientais dos indígenas.

Nas reuniões técnicas os profissionais foram orientados quanto à coleta de seletiva de resíduos contaminados nas aldeias, e mesmo não havendo os recipientes corretos para armazenamento e posterior descarte, o lixo de risco biológico são coletados

pelos profissionais, retirado das aldeias e enviados para o seu destino correto tomando as precauções com o lixo produzido.

O lixo perfuro-cortante é retirado das aldeias pelos profissionais que desprezam na rede de saúde do município, uma vez que não há coleta de lixo biológico na Funasa.

Nas aldeias foram realizadas atividades de educação em saúde entre os indígenas, pois muitas famílias não acondicionam corretamente o lixo produzido diariamente acarretando em problemas de saúde para todos na comunidade. O lixo, decorrente da intensificação do consumo de produtos industrializados como: plásticos, fraldas descartáveis, absorventes, pilhas, latas, etc., tem sido um problema sério a ser enfrentado, pois não se têm dado um destino correto a estes materiais acarretando em muita sujeira espalhada pela reserva. O acúmulo de lixo nas aldeias é responsável ainda pela proliferação de insetos, ratos e bactérias, e, em consequência, desencadeia muitas doenças como as verminoses, doenças de pele e diarreias.

Como indicador de efetividade do programa percebe-se que através das atividades de educação em saúde houve melhora do ambiente geral de algumas aldeias, aliados a isto as obras de fossas e poços realizados pela Funasa, dentre as atividades realizadas pelas comunidades há os mutirões para coleta do lixo nas reservas indígenas.

Subação: Implementação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Reduzir em 5% a mortalidade infantil indígena	Dsei c/ índice de redução alcançada	1	0
Investigar 80% dos óbitos infantis.	Dsei c/ 80% dos óbitos investigados	1	1
Garantir a disponibilização de exames citopatológicos cérvico-vaginais para 50% das mulheres indígenas na faixa etária de 25 a 59 anos.	Dsei c/ percentual alcançado	1	0

O “Programa Saúde da Mulher e da Criança” tem como objetivo atender a mulher e a criança indígena de forma humanizada em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas, garantindo o



atendimento da população feminina em sua plenitude e acompanhamento as crianças, através de ações preventivas que contribuam na redução das doenças prevalentes. O público alvo são as 6.244 pessoas (entre mulheres e crianças), do Dsei Porto Velho.

As Equipes de Saúde, através do Programa Saúde da Família Indígena – PSFI, realizam a assistência Integral a saúde da mulher e da criança, mensalmente, a cada entrada em área. Na aldeia realizam a identificação de novas gestantes, acompanhamento do pré-natal com solicitação dos exames gestacionais, consultas puerperais. Mensalmente atualizam a planilhas de acompanhamento, que constam: os dados das gestantes, datas das consultas realizadas, resultados dos exames laboratoriais, e data provável do parto, além das anotações no cartão e prontuário da gestante, fundamental para análise das condições de assistência do pré-natal, parto e puerpério.



Enfermeira realizando pré-natal em indígena Wari, Aldeia Ribeirão, Guajará-Mirim

Um dos principais objetivos do PSFI é a prevenção. Neste sentido, as equipes buscam através de educação em saúde, em parcerias com lideranças, professores caciques, sensibilizarem as comunidades de forma humanizada sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, o que refletirá diretamente na eficácia dos indicadores de saúde.

A eficiência dos programas de saúde pública trabalhados nas aldeias tem alcançado bons resultados. Os programas estão interligados de forma direta e indiretamente, objetivando melhorar o acesso à saúde a todas as faixas etárias. A implementação dos mesmos, acontecem através de visitas domiciliares, assistindo o indígena como um todo. Dessa forma, ao realizar uma visita domiciliar, realiza-se o levantamento de problemas, observa as questões sanitárias, de moradia, e saúde. É possível identificar o modo de vida e realizar intervenções quando necessário. Diante disto, as gestantes são acompanhadas no pré-natal, no parto e puerpério, as crianças nas consultas de puericultura e no Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional – SISVAN onde é avaliado de forma sistemática o crescimento e desenvolvimento.

A imunização dos povos indígenas do DSEI Porto Velho melhorou os indicadores consideravelmente. Durante o ano as equipes realizam



Vacinação em aldeias

quatro etapas de vacinação, garantindo a cobertura 100% da imunização para as crianças < de 5 anos e 100% de vacinação antitetânica para gestantes, os dados de imunização estão incluso no Programa de Imunização.

Em 2008, o DSEI Porto Velho obteve uma média de 2,6 consultas de pré-natal, sendo a cobertura de 2007 2,4 consultas. Considerando o período gestacional que varia de 36 a 42 semanas o Ministério da Saúde preconiza seis consultas à gestante, sendo pactuado no plano distrital do DSEI/ Porto Velho 4 consultas ao final da gestação. Contudo, foram contabilizadas todas as gestantes que passaram por consultas no período de 2008, independentemente da Idade Gestacional, o que reflete na baixa do indicador, uma vez que as gestantes que iniciaram o pré-natal no 2ª semestre ainda não completaram os 9 meses



Família Tupari acompanhando enfermeira realizar pré-natal, aldeia Palhal Alta Floresta

de gravidez. Vale ressaltar que a identificação precoce da gestante tem melhorado em alguns pólos, todavia, ainda é uma interferência a ser considerada a nível de DSEI.

Dentre as 11 etapas programadas no Plano Operacional de Saúde Indígena, o Distrito alcançou 10 plenamente, que representa 91% de cobertura, não atingindo pleno êxito, a cobertura de PCCU e exames de mamas pactuadas em 50% das mulheres.

Os dados de mortalidade infantil são fundamentais para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção ao pré-natal e ao parto, bem como, para a proteção da saúde infantil. Mesmo não havendo a redução de 5% na mortalidade infantil, como proposto na meta, foram realizadas as investigações de óbitos infantis pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, alcançando o percentual necessário. A Mortalidade Infantil (menores de 1 ano), encerrou o ano de 2008 com um índice de 32,6 por 1.000 nascidos vivos. Neste ano dentre os 11 óbitos ocorridos em menores de 1 ano, ressalta-se que 2 destes foram de partos gemelar, ocorridos prematuramente em área indígena. Além disso, houve ainda redução da natalidade, o que colabora para elevação do índice (32,6), em relação ao ano anterior que foi 26,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Classificando o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), o índice de mortalidade infantil do DSEI Porto Velho classifica-se em **médio**, índices compatíveis com as populações vulneráveis.

Embora haja a disponibilidade de acesso para a realização de exames PCCU para 100% das mulheres indígena, a meta alcançada no ano de 2008 de 23% não foi satisfatória. No entanto, observa-se um acréscimo de 8% em relação ao ano de 2007, que alcançou uma cobertura de 15%. A principal justificativa são os hábitos culturais distintos característicos desta população, com tradições e valores que por vezes inviabiliza a realização dos exames. Vale ressaltar que em outras épocas essa cobertura seria difícil de ser alcançada. Neste sentido, os profissionais de alguma forma não medem esforços para a realização dos exames, desenvolvendo educação em saúde, orientações para a mulher, esposo e lideranças, com o objetivo de esclarecer os benefícios do exame na Prevenção do Câncer de Colo de Útero. De posse dos resultados os profissionais providenciam a entrega destes aos pacientes e o tratamento dos casos necessários, gerando maior confiabilidade das ações.

Dentre as dificuldades que interferem na eficiência e eficácia do serviço, podemos citar:

- População semi-nômade, que estão em constantes viagens dificultando o acompanhamento sistemático;
- Baixa escolaridade;
- Hábitos inadequados de higiene;
- Identificação tardia da gravidez, pois culturalmente em algumas etnias manter o sigilo da gravidez é obrigatório ou no caso de mãe solteira a mulher teme em revelar para família;
- Não realização de exames de pré-natal (sorologias) em alguns municípios devido à suspensão temporária, que levou a realização desses exames ao final da gestação;
- Agressão física da mulher por parte dos maridos devido ao etilismo nas aldeias;
- Aborto freqüente realizados com ervas, por questões culturais é uma prática comum nesta população que quando se vê indisposta para gestação por vários fatores interrompem;
- Multiparidade, justificado por questões culturais, onde a prática do planejamento familiar não é permitida em algumas etnias;



Preenchimento da Declaração de Nacido Vivo "criança Wari aldeia 26 Guajará-Mirim"

- Alimentação precária baseada em proteínas e carboidratos (pobres em vitamina A e C);
- Introdução precoce de alimentos semi-sólidos em menores de seis meses, ou a não introdução destes alimentos nesta fase, favorecendo um estado nutricional inadequado;
- Dificuldade no entendimento do cuidado das crianças por partes dos pais, levando a subnutrição e deficiência de micro nutriente o que ocasiona anemia e doenças parasitárias intestinais;

Subação: Assistência Farmacêutica

<i>Descrição da Meta</i>	<i>Unidade de Medida</i>	<i>Esperado</i>	<i>Alcançado</i>
Implantar ações de Assistência Farmacêutica	Dsei c/ ações implantadas	1	1

A Assistência Farmacêutica do DSEI Porto Velho RO, procura integrar os Pólos Bases e Sub Pólo em um planejamento eficaz, seguro e de qualidade dentro do conjunto de ações promovidos pelas E.M.S.I (Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena), procurando garantir o total acesso ao medicamento, principal insumo da sua assistência, que dentro de uma terapêutica, faça-se necessário para a promoção, manutenção e recuperação da saúde dos Povos Indígenas, além de promover o fortalecimento de suas políticas dentro dos serviços que o tema abrange nos serviços básicos de saúde pública.

Atualmente os pólos bases e Sub Pólo sob responsabilidade deste Distrito, possuem farmácias básicas próprias, que atendem a demanda básica de medicamentos de acordo com as necessidades e características epidemiológicas existentes em cada região e a disponibilidade de estoque descentralizada pelo nível central – Departamento de Saúde Indígena – DESAI/PRESI. Quando a necessidade não corresponde com o estoque da farmácia básica, é realizada então a sua compra junto à empresa contratada para fornecimento de medicamento, a fim de garantir o imediato acesso do paciente ao medicamento, através de empresa contratada para fornecimento desta medicação.

A descentralização de medicamentos básicos é realizada de acordo com as necessidades expressos pelos Pólos Base e a disponibilidade dos itens no estoque do Almoxarifado desta Coordenação, porém a falta de correspondência das medicações disponíveis em nosso almoxarifado com a epidemiologia de nossa região e as reais necessidades de demanda, por muitas vezes ocasiona uma grande dificuldade na absorção

da medicação em tempo útil, sendo necessário em alguns casos realizar termo de doação aos sistemas básicos de saúde do município e/ou estado para evitar o desperdício com o vencimento da medicação, garantindo assim um uso racional e humano desta medicação, fortalecendo os preceitos éticos no consumo de bens públicos dentro do Sistema Único de Saúde.

Tendo em vista a complexidade envolvida nas ações de Saúde indígena, que hoje são executadas pela Fundação Nacional de Saúde através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, e por compreender que a população indígena possui características culturais e sociais ímpares, a Fundação Nacional de Saúde, através da sua coordenação busca garantir o fornecimento de medicamentos necessários à promoção, recuperação e manutenção à saúde indígena dentro dos preceitos legais envolvidos na administração pública, garantido assim uma maior expectativa de sucesso nas suas intervenções em saúde.

As principais medidas utilizadas para manutenção da promoção à assistência farmacêutica são:

- Manutenção constante dos controles de estoque (Entrada e saída de medicamentos);
- Manutenção de estoques estratégicos para utilização das E.M.S.I, sejam em área ou nas Casais;
- Previsão de consumo e solicitação de demanda ao nível Central – DESAI;
- Articulação com as demais áreas da E.M.S.I a fim de garantir a presença da assistência farmacêutica nas mais diversas áreas da Saúde;
- Formação de parcerias com municípios para fortalecimento de ações e promoção do uso racional de medicamentos;
- Descentralização da medicação básica e insumos farmacêuticos em estoque disponibilizados à nível central – DESAI (Departamento de Saúde Indígena);
- Formalização de processo licitatório para compra de medicamentos não preconizados pelo DESAI ou não disponíveis em estoque junto à empresa contratada;
- Suporte técnico - científico (fórmulas, acondicionamento, planilhas de estoque, solicitação de medicamentos, farmacovigilância, legislação farmacêutica, efeitos adversos e demais assuntos pertinentes à área) a todos os pólos bases e sub-pólo sob

responsabilidade deste distrito (P.B Porto Velho; P.B. Guajará Mirim; P.B Humaitá; P.B Ji-Paraná; P.B Alta Floresta e S.B.P Jarú);

- Garantia, junto ao programa do ministério da saúde, de materiais e insumos para diagnóstico de HIV;
- Garantia, junto ao programa do ministério da saúde, de materiais e insumos para a prevenção, diagnóstico e tratamento da malária em áreas indígenas.

No entanto, algumas dificuldades legais, operacionais e financeiras, impedem o pleno êxito das ações planejadas, o que certamente deverão nortear as melhorias a serem implantadas e as ações implementadas a partir de um novo ciclo de planejamentos e ações dentro do cenário da Saúde indígena prestado atualmente, tanto a nível local quanto central.

Podemos citar como dificuldades enfrentadas pela Assistência Farmacêutica:

- Falta de orçamento para capacitação das E.M.S.I;
- Falta de capacitação a nível central;
- Falta de veículos e materiais para transporte adequado de insumos e medicamentos;
- Insuficiência de medicamentos básicos disponibilizados à nível central, além de incoerência com o perfil epidemiológico da região em muitos itens;
- Insuficiência de estrutura física para o armazenamento adequado de insumos e medicamentos;
- Falta de recurso para reestruturação das farmácias básicas;
- Falta de recurso para produção de material educativo;
- Ineficácia dos meios oficiais de comunicação (DESAI - DSEI).

Subação: Implementação de ações de Atenção à Saúde Bucal

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Alcançar cobertura de 50% de Escovação Supervisionada no Dsei	Dsei c/ cobertura alcançada	1	1
Alcançar a cobertura de 60% da 1º consulta odontológica	Dsei c/ cobertura alcançada	1	0
Realizar 2 procedimentos odontológicos de assistência básica	Dsei c/ média alcançada	1	0

A Saúde Bucal é um conjunto de ações coletivas ou individuais que visa promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo bem como garantir um bem estar consigo e no seu meio social. Com base nas informações levantadas por meios de relatórios e planilhas foi constatado que no ano de 2008 a Saúde Bucal teve uma baixa nos indicadores em função das diversas dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento de ações de saúde bucal nas áreas indígenas.

As metas pactuadas no Plano Operacional, apresentadas no quadro acima, não foram alcançadas, a exceção da 1ª, onde o material foi descentralizado pelo Desai. À 1ª consulta tiveram acesso apenas 2.480 índios, ou seja, 26% dos Indígenas da área foram abrangidos, enquanto que a meta pactuada era de 60%.

Este fato se deu pelas diversas dificuldades enfrentadas para desenvolver ações de saúde bucal em área indígena. Dentre as dificuldades enfrentadas pelo Dsei, destacam-se, principalmente: a insuficiência de veículos para o transporte (fluvial e terrestre) das equipes e equipamentos; falta de insumos, haja vista que em 2008 não houve aquisição de tais insumos, sendo recebidos apenas insumos para ações coletivas (escovação supervisionada); insuficiência de equipamentos e equipamentos quebrados, aliado a falta de manutenção dos mesmos, sendo, o conserto muitas vezes inviável pelo seu alto valor; falta de estrutura de apoio que possa abrigar a equipe, bem como, lugar adequado para o atendimento em área; dificuldades de transporte das equipes até nas aldeias, devendo-se levar em consideração que em algumas aldeias o acesso é fluvial, ficando mais difícil o acesso nas épocas de estiagem e nos casos das vias terrestres (estradas) na época de inverno algumas aldeias ficam impossível o acesso devido aos atoleiros.



Atividade de Escovação supervisionada

Com base nos dados de 2008 é possível observar que a saúde Bucal não teve melhorias em muitos aspectos, tendo uma estabilidade na educação e saúde (escovação

supervisionada). Porém, o impacto causado aos indígenas quanto às ações da atenção individual de tratamento teve uma melhora significativa, uma vez que o resultado de 2007 foi de 1793 indígenas, enquanto que em 2008 foram atendidos 3.809, recebendo algum tipo de tratamento odontológico.

Diante da escassez dos materiais, investiu-se nas atividades educativas intensificando a realização de roda de conversas, palestras e orientações de higiene bucal.



Atendimento odontológico  
Aldeia Piquiá em Humaitá, 2007

Subação: Implementação das ações de Controle de DST/Aids

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Monitorar e acompanhar as ações de controle das DST/Aids	Dsei c/ ações monitoradas	1	1
Implantar o Teste Rápido de HIV e VDRL	Dsei c/ TR implantado	1	0

Em 2008, o Programa de Controle das DST/Aids no Dsei Porto Velho pautou-se, principalmente, em ações preventivas e de educação em saúde, como, atividades de educação e promoção de práticas sexuais seguras e culturalmente adequadas, vacinação contra a Hepatite B, administração de imunoglobulina aos recém-nascidos de mãe portadora de hepatite B, oferta do teste rápido anti-HIV I e II com aconselhamento pré e pós-teste, abordagem Síndrômica, prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, diagnóstico, acompanhamento e tratamento das



Projeção de DVD's sobre as DST's/HIV/AIDS.

DST/HIV/AIDS/Hepatites, disponibilização de preservativos masculinos e femininos; inquéritos sorológicos para a hepatite B e oficinas para produção de material educativo. Com isso o Dsei demonstrou um desempenho de 80% quanto à execução de suas ações, em função de não ter implantado o Teste Rápido para VDRL pelo o fato dos profissionais não estarem capacitados.

Em relação aos indicadores do programa, em 2008, o Dsei apresentou a seguinte situação: taxa de 0,21/1.000, ou seja, dois casos de indígenas com HIV/AIDS, 1 caso a mais que o ano de 2007 (1caso); não houve ocorrência de caso em gestantes e nenhum infectado com sífilis. A taxa de hepatites virais (B, C e D) foi de 18,7/1.000 indígenas, sendo que o previsto para 2008 era de 21,5/1.000. Quanto às gestantes portadoras de hepatite B, a vigilância torna-se ineficaz devido às questões culturais, pois, as indígenas têm como tradicional o “primeiro parto” ser realizado na aldeia, dificultando a permanência das mesmas na CASAI. O grande número de fuga (cidade x aldeia) executado pelas usuárias explica a baixa cobertura (67%), em se tratando da administração de imunoglobulina aos recém-nascidos de mães portadoras de Hepatite B nas primeiras 24 horas e contribui para o não alcance da meta esperada (90%) em 2008.

Para assegurar uma maior eficácia no alcance das metas e objetivos estabelecidos pelo programa, somam-se as parcerias realizadas com o Estado e municípios; disponibilização dos medicamentos prescritos e utilizados nos tratamentos das DST, além, do vínculo constituído pelos profissionais de saúde com suas respectivas populações assistidas, proporcionando confiança e contribuindo para a sensibilização e aquiescência dos indígenas nas atividades realizadas (rodas de conversas, apresentação de slides pertinentes à temática em questão, palestras ilustrativas, coleta de material para o teste rápido do HIV I e II, entre outros).

Visando maior eficiência do serviço em 2008, foram capacitados dois profissionais de saúde (Enfermeiros) em “Abordagem Sindrômica” para a execução do diagnóstico frente aos sinais e sintomas característicos das DST's. Deu-se continuidade à testagem rápida para o HIV I e II nos indígenas adstritos aos quatro Pólos Base (Alta Floresta, Humaitá, Ji-Paraná e Porto Velho), dos cinco pertencentes a este distrito perfazendo um total de 80%. A distribuição dos preservativos masculinos (15.040 unidades) neste período teve um incremento de 500% em relação a 2007 (2.736 unidades). Esta etapa envolveu orientações e demonstração do "uso correto da camisinha", realizadas na língua portuguesa seguida da língua materna. Além de ser disponibilizados junto aos Agentes Indígenas de Saúde- A.I.S (elo de ligação entre a E.M.S.I e usuários) e em pontos estratégicos (escolas, posto de saúde e outros). O preservativo feminino tem pouca aceitabilidade e ainda é utilizado apenas nas demonstrações de educação em saúde.

Outro fator importante é a articulação mantida entre as esferas Estadual e Municipal do Programa de DST/HIV/AIDS que em seus planos e metas contemplam as comunidades indígenas, garantindo o fornecimento de preservativos masculinos e femininos.

Ressalta-se ainda, a continuidade das ações voltadas às Hepatites Virais, tais como: realização do inquérito sorológico para diagnóstico da hepatite B ocorrido no mês de novembro, onde

foram coletadas 839 amostras das pessoas residentes nas aldeias terrestres (Ribeirão, Laje Novo, Laje Velho, Limão, Linha 10, Linha 14, Linha 26 e Linha 31) do Pólo Base de Guajará-Mirim com o alcance de 83% do público-alvo (1.012), além da parceria mantida com a Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, assegurando a assistência mensal prestada pelos profissionais de saúde (Médicos e Bioquímicos), através do Ambulatório Especializado de Hepatites Virais, instalado no município de Guajará-Mirim, para o atendimento da população indígena daquele Pólo Base.

O monitoramento das ações desenvolvidas é realizado mensalmente de forma sistemática através da análise de planilhas que são elaboradas conforme as ações descritas no Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI e são acompanhadas pela responsável técnica do programa, além de outros instrumentos de monitoramento das ações.

Alguns fatores dificultam a eficiência do serviço, o que impede a ocorrência de resultados positivos tornando, dessa maneira, tênue o impacto das ações de controle das DST/HIV/AIDS/HEPATITES. Os principais desafios identificados foram: dificuldade no entendimento das DST/HIV/AIDS e Hepatites por parte da população indígena (cosmologia); barreiras culturais e



Indígena (conselheiro local) lendo documento que trata sobre as DST/HIV/AIDS, emitido pela coordenação epidemiológica local.

lingüísticas; recursos humanos com alta rotatividade dos profissionais de saúde nas equipes multidisciplinares. As principais dificuldades vivenciadas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena: escassez de material visual (albúm-seriado) para a educação em saúde; insuficiência de recursos financeiros para a continuidade de realização das oficinas de produção de material educativo voltados para os agentes indígenas de saúde; logística inadequada ou inexistente para apoio das equipes, entre outros.

Além disso, as possibilidades de transmissão de DST/HIV/AIDS são maiores de acordo com a quantidade de ocorrências de exposição a situações de vulnerabilidade e/ou comportamentos de risco. Tais possibilidades apresentadas pelas populações indígenas em relação ao risco permeiam diversas situações que devem ser analisadas nos contextos epidemiológicos, culturais e sociais de cada povo.

Subação: Implementação das ações de Controle da Malária

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Reduzir em 20% os casos de malária	Dsei c/ percentual de redução alcançado	1	0

O número de casos absolutos de malária em área indígena no ano de 2007 foi de 1.494 casos, ao término de 2008, foram diagnosticados 1.308 casos, o que demonstra uma redução de 12,4% em relação ao ano anterior, não atingindo a meta estipulada, mas representando avanços significativos nas ações de controle à Malária.

Deve-se salientar que grande número dos casos diagnosticados dentro da área indígena, são referentes a não indígenas presentes nestas reservas, principalmente atraídos pelos recursos naturais existentes na região, elevando os indicadores de controle da Malária.

Os Pólos Bases com maior número de casos diagnosticados foram Humaitá (AM) e Alta Floresta (RO), onde em ambos já foram intensificadas suas ações de prevenção, diagnóstico e controle pela equipe de Endemias, priorizando a importância da necessidade de monitoramento de novos casos para a implementação de ações em áreas de risco.

O Dsei implementa estratégias de enfrentamento dessa endemia, priorizando e intensificando as seguintes ações:

- Controle químico de vetores com aplicação de inseticidas residual e espacial, em áreas de alto e médio risco;
- Prevenção – por meio de ações de educação em saúde, busca ativa, diagnóstico precoce, interrompendo o ciclo de transmissão e o seu tratamento imediato;
- Diagnóstico – por meio de profissionais capacitados que realizam periodicamente busca ativa em áreas indígenas de alto risco, além do diagnóstico da demanda espontânea, através dos sinais e sintomas clínicos observados;
- Tratamento - de posse do resultado positivo, a equipe de endemias disponibiliza imediatamente o medicamento necessário para a terapêutica do paciente indígena ou não indígena, assegurando a imediata interrupção no ciclo de transmissão e início de melhora no quadro do paciente.

Dentre as atividades operacionalizadas podem ser destacadas: realização de ações de educação em saúde; identificação de sinais e sintomas de malária precocemente; acompanhamento dos pacientes em tratamento; orientações aos pacientes quanto à necessidade de concluir o tratamento; orientações à comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção da malária; vigilância permanente em área garimpeira, desenvolvendo a busca ativa constante de todas as pessoas que tem acesso às regiões de risco.

A principal dificuldade encontrada nas ações realizadas de prevenção, diagnóstico e tratamento de infecções nos mais diversos tipos de parasitemias, está no oferecimento de tais métodos em tempo hábil para uma área extensa e inóspita como a Região Amazônica, seja pela dificuldade de acesso devido às características da região, insuficiência de transporte (terrestre, fluvial, e dependendo do grupo de risco aéreo) , equipamentos modernos para o programa de controle, além da necessidade ampliação da rede de diagnóstico e implantação de métodos rápidos de diagnóstico.

Outro fator de grande importância e que demonstra a dificuldade para obtenção de melhores índices de controle, comparados muitas vezes com anos anteriores, deve - se principalmente às alterações do eco-sistema, habitat natural do vetor transmissor, ocasionado pelo homem principalmente devido ao rápido crescimento urbano que ocorre em maneira geral de forma desordenada na região, no objetivo de extração de recursos naturais, sejam minerais, vegetais ou fontes de subsistência

De modo geral, também é possível verificar uma relação direta do número de novos casos com o aumento dos índices pluviométricos da região, uma vez que a maior quantidade de água oferece maiores criadouros para a proliferação do vetor transmissor, apresentando relativa sazonalidade.

#### Subação: Implementação das ações de Controle da Tuberculose

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Reduzir a incidência de tuberculose em 10%	Dsei c/ índice de redução alcançado	1	0
Alcançar o percentual de 85% de cura dos casos novos de tuberculose	Dsei c/ percentual alcançado	1	1
Alcançar o percentual de 100% de tratamento supervisionado, de todos os casos de tuberculose	Dsei c/ percentual alcançado	1	1

As metas propostas para 2008, descritas em quadro acima, apresentaram o seguinte desempenho: Em 2008, o Dsei apresentou 21 casos novos (n<sup>a</sup> absoluto) obtendo o coeficiente de 223,71/100 mil hab. para a tuberculose de todas as formas, que representou um aumento de aproximadamente 43% em relação à taxa do ano de 2007 que foi igual a 156,19. Esse aumento deve-se a intensificação na busca de sintomáticos respiratórios. O índice estabelecido foi de 2% (179) da população obtida no final do ano de 2007 (8.963). No entanto, foram realizadas 260 buscas a mais que o programado, somando um total de 439, que significou um incremento de 245% na busca ativa. Esta intensificação, e conseqüente acréscimo da busca ativa, asseguraram maior acesso da população indígena aos exames de diagnósticos. Com isso, houve uma alta no número de casos novos identificados, levando a uma “elevação” e a não redução (meta estimada) da taxa de tuberculose pulmonar positiva de 22,31/100 mil (índice obtido em 2007) para 74,57/100 mil habitantes.



Comunidade da etnia Karitiana participando de palestras educativas.

Todos os casos tiveram acompanhamento com doses supervisionadas (DOTS) atingindo um percentual de 100% e como ocorreu no ano de 2007, a meta programada foi alcançada.

Após o estudo de coorte para todos os tipos de tuberculose verificou-se que 93% das pessoas acometidas com o agravo encerraram o tratamento por cura, enquanto que na tuberculose Pulmonar positiva (BK +) a alta por cura foi de 100%.

Vale ressaltar que a meta preconizada pelo programa corresponde a 85% de cura para os casos novos.

Foram realizadas ações pontuais nas aldeias com alta incidência de tuberculose no intuito de diagnosticar novos casos.

Os avanços obtidos em 2008 foram conquistados através da sensibilização e motivação dos profissionais atuantes na saúde indígena. No primeiro momento, buscou-se conhecer a real prevalência e incidência de cada Pólo Base constituinte deste Dsei. Estes dados foram sistematizados, compilados e digitalizados em uma planilha “Livro de TB” (instrumento fornecido pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI) para posterior discussão do agravo, levantamento de “pontos críticos” e possíveis soluções para a melhoria do programa. Contribuindo para uma maior eficiência do serviço.

Alguns fatores dificultam a eficiência do serviço, o que impede a ocorrência de resultados positivos diminuindo, dessa maneira, o impacto das ações de controle da Tuberculose em sua morbidade. As principais dificuldades vivenciadas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena:

- Inexistência de material visual (álbum-seriado) para a educação em saúde;
- Frota de transporte incipiente, aumentando o espaçamento de entrada das equipes em área;
- Doença insidiosa e de evolução lenta que requer uma boa estrutura de saúde para o seu diagnóstico, acompanhamento e tratamento e muitas vezes, essa não é a realidade dos municípios pertencentes ao DSEI Porto Velho;
  - Erros diagnósticos, por parte dos profissionais de saúde (médicos);
  - Acesso geográfico dificultado, conforme a sazonalidade (época da vazante para as áreas fluviais e período de chuvas para as áreas terrestres);
  - Logística inadequada ou inexistente para apoio das equipes.

Subação: Implementar ações de imunizações nas aldeias

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Alcançar a cobertura vacinal em 80% para vacinas tetravalente e pólio oral, em menor de 1 ano	Dsei c/ percentual de cobertura alcançado	1	1

Alcançar a cobertura vacinal de 85% para vacinas hepatite B e tríplice viral em crianças de 1 a 4 anos	Dsei c/ percentual de cobertura alcançado	1	1
Alcançar 60% de pessoas com esquema vacinal completo	Dsei c/ percentual de cobertura alcançado	1	1
Alcançar a cobertura vacinal de 80% para vacinas tríplice viral e dupla adulto em MIF (Mulheres em Idade Fértil) de 10 a 49 anos.	Dsei c/ percentual de cobertura alcançado	1	1

Para o alcance das metas e objetivos estabelecidos pelo programa de imunização, o Dsei se utilizou e priorizou algumas estratégias, como, O Mês de Vacinação dos Povos Indígenas – M.V.P.I, que ocorreu no Pólo Base de Guajará-Mirim e foi realizado no período de abril a maio de 2008; a realização das quatro etapas, no mínimo, de vacinação por ano em todas as aldeias; a realização de inquérito vacinal; a capacitação de profissionais em sala de vacinas, BCG, Rede de Frio e eventos adversos; a capacitação dos profissionais para utilização do SIASI; estruturação dos Pólos Base para o acondicionamento e transporte de vacinas; monitoramento e análise trimestral da cobertura vacinal; resgate dos suscetíveis, tendo como prioridade a faixa etária de 1a 4 anos e vacinação de mulheres férteis com DT, Hepatite B e Tríplice Viral.



Vacinação contra Hepatite B.

Dificuldades na operacionalização das ações: insuficiência e inadequação de veículos para o transporte fluvial e terrestre dos materiais; falta de radiofonia em algumas aldeias; mobilidade dos indígenas; falta de ponto de apoio ou posto de saúde nas aldeias; falta de caixas (térmicas) adequadas para o transporte dos imunobiológicos.

Aspectos que contribuíram para o bom resultado alcançado: disposição e empenho da equipe; atuação de alguns AIS (agentes indígenas de saúde); divulgação das ações por meio de radiofonia, rádio local e E.M.S.I; parceria com secretaria de saúde/município; interação dos profissionais com a comunidade, entre outros.



Vacinação de criança e idoso.

- Dsei Vilhena



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

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Implementar a Vigilância Alimentar e Nutricional, monitorando, especialmente, menores de 5 anos e gestantes.	Dsei c/ ação implementada	1	1

As ações de vigilância nutricional foram implementadas por meio de diversas ações, tais como: avaliação mensal das ações de vigilância Alimentar e Nutricional, pelas equipes dos Pólos base e equipe técnica do DSEI; realização de atividades educativas, oficinas de confecção de multimistura e aproveitamento de alimentos ricos em nutrientes existentes nas aldeias, em conjunto com as equipes multidisciplinares, população indígena (fornecimento de castanha e outros), Pastoral da Saúde, FUNAI e outras; acompanhamento do estado nutricional das gestantes e crianças. Foi possível acompanhar mensalmente o estado nutricional de 62,8% (115/183) das gestantes e 72,2% (954/1322) dos menores de 5 anos. Houve uma redução no acompanhamento de gestantes e crianças em relação ao ano anterior (86%), em virtude da falta de incentivo dos AIS em realizar esta ação em sua comunidade e da deficiência de veículos e falta de incentivo dos AIS em realizar esta ação em sua comunidade.



Acompanhamento nutricional



Realização de atividades educativas

Ressaltam-se as parcerias com as pastorais da saúde e secretarias municipais de saúde, na realização de capacitações e nas oficinas de confecção de multimistura e aproveitamento de alimentos ricos em nutrientes existentes nas aldeias; comunidade participativa e receptiva em relação às ações desenvolvidas nas aldeias e CASAI's.

Dentre as dificuldades encontradas, destacam-se: insuficiência de veículos para realizar o acompanhamento mensal das gestantes e crianças; dificuldade de acesso devido à má conservação das estradas, principalmente no período chuvoso; a circulação dos indígenas entre as aldeias e aldeia/cidade, dificultando o acompanhamento mensal das crianças e gestantes.

## Ação 8743 - Promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena

### Subação: Capacitação de profissionais na área indígena

<i>Descrição da Meta</i>	<i>Unidade de Medida</i>	<i>Esperado</i>	<i>Alcançado</i>
Capacitar profissionais na saúde indígena.	Profissional capacitado	145	150

As capacitações foram realizadas foram: Pólo Base de Aripuanã: Capacitação de CBVE em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Aripuanã. Pólo Base de Juina: 02 oficinas de Prevenção, diagnóstico e tratamento de Tuberculose; 01 oficina de Prevenção e tratamento de Hipertensão e Diabetes; Oficinas de Prevenção e tratamento de Hipertensão e Diabetes, Diagnóstico e Tratamento de Malária e Imunização. Pólo Base de Cacoal: 20 oficinas de DST e Drogas (Projeto em parceria Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal e Facimed, financiado pela UNODOC/Coord. Nacional DST/AIDS); 24 oficinas de Imunização sobre calendário vacinal indígena com técnicos de enfermagem, professores indígenas, AIS e comunidade indígena; 01 Oficina sobre Hipertensão e Diabetes com técnicos de enfermagem da CASAI e que atuam nas equipes multidisciplinares. Pólo Vilhena: 01 oficina de DST em parceria



Capacitação na área indígena



Atividades de Capacitação

com Secretaria Municipal de Saúde de Vilhena; 01 oficina de Prevenção, diagnóstico e tratamento de Tuberculose; 01 oficina de alimentação alternativa; 01 oficina em Biossegurança; 01 oficina de Saúde da Mulher e Criança Outras capacitações: Entomologia para os agentes de endemias.

Destacam-se como fatores facilitadores a boa vontade e persistência dos gestores e profissionais envolvidos com a saúde indígena no âmbito do DSEI; as parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde por meio da disponibilização de vagas, estrutura física, equipamentos e materiais para a realização de capacitações e reuniões.

Como dificuldades encontradas, destacam-se, a morosidade na liberação dos recursos financeiros destinado às capacitações e oficinas de educação em saúde pactuadas no Plano Distrital, que geralmente são liberados no último trimestre, acumulando várias ações no mesmo período e dificultando o encerramento das ações e relatórios para a consolidação e avaliação da assistência prestada; deficiência de técnicos habilitados e com tempo disponível para realizar as capacitações.

Subação: Implementação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Reduzir em 5% a mortalidade infantil indígena	Dsei c/ índice de redução alcançada	1	0
Investigar 80% dos óbitos infantis.	Dsei c/ 80% dos óbitos investigados	1	1
Garantir a disponibilização de exames citopatológicos cérvico-vaginais para 50% das mulheres indígenas na faixa etária de 25 a 59 anos.	Dsei c/ percentual alcançado	1	1



Atendimento a mulher indígena

O índice esperado para o ano de 2008 era de 26,9 óbitos em menores de 01 ano em 1000 nascidos vivos. Houve um aumento do coeficiente de mortalidade infantil de 28,3, índice de 2007, para 39,2 de óbitos em menores de 01 ano em 1000 nascidos vivos (10 óbitos em 255 nascidos vivos), registrados nesse ano de 2008.

Os óbitos do período neonatal (menores de 28 dias) tiveram um aumento em relação ao ano anterior, de 21,2 para 23,5 óbitos em menores de 28 dias em 1000 nascidos vivos.

A mortalidade pós-neonatal (infantil tardia) que compreende os óbitos de 28 dias a menores de 01 ano também teve um aumento em relação ao ano anterior: de 7,1 para 15,7 óbitos em 1000 nascidos vivos.

Para a redução destes óbitos, há necessidade de serem implementadas ações de assistência integral à saúde da criança, tais como: Programa de combate à IRA, diarreia, crescimento/desenvolvimento, imunização, bem como o fortalecimento de parcerias firmadas com as Pastorais da Saúde e FUNAI, a fim de garantir a estas crianças a alimentação e nutrição.

Em relação à investigação dos óbitos, foram investigados 100 % dos óbitos infantis.

A meta na realização dos exames citopatológico cérvico-vaginal (PCCU) era de 504 exames realizados em mulheres de 25 a 59, ou seja, 50% das mulheres em idade fértil. Foram realizados 665 exames, representando 66% das mulheres nessa faixa etária.

A implementação das ações de acompanhamento às gestantes, parto e puerpério, a promoção de intervenções multisetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres, são fundamentais para a redução da



Criança indígena recém-nascida

mortalidade perinatal (menores de 07 dias) e neonatal, bem como, garantir o nascimento seguro e a sobrevivência dos recém-nascidos, onde a assistência ao pré-natal, parto e puerpério assumam o papel central da assistência.

Facilidades para realização das ações de acompanhamento da criança: parceria com as Secretarias Municipais no atendimento à gestante, mulher e criança, inclusive para a realização do PCCU; parcerias estabelecidas com as secretarias municipais de saúde quanto a inclusão dos profissionais de saúde do DSEI nas realizações das capacitações sobre Saúde da Mulher e da Criança; participação efetiva dos profissionais de saúde nas atividades educativas, as quais visam a



Criança indígena em atendimento médico

sensibilização da comunidade quanto a importância da realização do exame PCCU, inclusive o exame de mamas, bem como quanto aos cuidados da criança; parceria com os conselheiros indígenas por meio da elaboração da seguinte resolução: “Que os Conselheiros indígenas e lideranças realizem atividades educativas nas aldeias, incentivando e cobrando que todas as gestantes iniciem o pré-natal o mais cedo possível, e que sejam acompanhadas pelos AIS, equipes multidisciplinares, realizando no mínimo 06 consultas de

pré-natal”; garantia dos Kits e de materiais educativos pra realização dos exames preventivos do câncer do colo uterino, bem como, a sensibilização das indígenas quanto a importância desta ação; investigação dos óbitos em mulher em idade fértil e infantil, proporcionando informações quanto as reais necessidades para adequação do serviço oferecido.

Dificuldades encontradas: insuficiência de veículos para realização das ações de rotina nas aldeias, como pré-natal, assistência a puérpera, recém-nascido e crianças menores de 05 anos; grande número de adolescentes grávidas, sendo ainda mais difícil iniciar o pré-natal no 1º trimestre e realizar um acompanhamento satisfatório, com número ideal de consultas de pré-natal e realização dos exames de rotina; morosidade na entrega dos resultados dos exames e exames de rotina das gestantes; comunidade não sensibilizada, especialmente as mulheres e cônjuges quanto à importância da realização do pré-natal, bem como da importância das gestantes irem à cidade para realizar os exames de pré-natal (muitas vezes, o veículo vai buscar a gestante para a realização dos exames de rotina do pré-natal, e a mesma não vem devido à falta de lugar no veículo); falta de sensibilização dos Agentes Indígenas de Saúde quanto à importância de realizar a pesagem mensal dos menores de 05 anos e encaminhar a gestante para iniciar o pré-natal.

Para a operacionalização das ações, O DSEI enfrentou sérias dificuldades em decorrência da insuficiência de veículos tais como:

- Aumento da quantidade de indígenas nas CASAI's, onerando o valor da alimentação servida, haja vista não termos condições de realizar o traslado dos indígenas com alta médica para

as suas aldeias de origem por falta de veículos; - devido à distância, o difícil acesso, a quantidade de aldeias existentes no âmbito do DSEI, além da frota de veículo ser reduzida, insuficiente e ultrapassada, há uma constante quebra devido o desgaste dos mesmos, gerando assim um alto custo na manutenção;

- As ações das EMSI's ficaram prejudicadas, principalmente para a realização das ações de rotina, o que agrava a situação dos pacientes, sendo necessário o procedimento em outra localidade. Os Pólos e Casais são obrigados a optar pela ação que será realizada, por exemplo: se envia a equipe para aldeia para assistência de rotina (vacinas e atendimento dos programas) ou o atendimento de emergência – este fica sempre em primeiro plano;

- A insuficiência de veículo foi o maior entrave em todas as ações desenvolvidas pelo DSEI em 2008, por essa razão todos os setores foram prejudicados e com isso a muitas das metas pactuadas não foram atingidas.

#### Subação: Implementação de ações de Atenção à Saúde Bucal

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Alcançar cobertura de 50% de Escovação Supervisionada no Dsei	Dsei c/ cobertura alcançada	1	1
Alcançar a cobertura de 60% da 1º consulta odontológica	Dsei c/ cobertura alcançada	1	0
Realizar 2 procedimentos odontológicos de assistência básica	Dsei c/ média alcançada	1	0

A cobertura da escovação supervisionada, que tinha a meta de alcançar 2.270 pessoas, (50% da população), foi alcançado 2.370 (52,20%) pessoas, que receberam escovação supervisionada. A cobertura da 1ª consulta odontológica tinha meta de 3.324 consultas, sendo alcançado 2.172 (39,2%). Procedimentos odontológicos assistenciais básicos - meta de 11.082 procedimentos, sendo alcançado 6.072 (54,8%).

Alguns aspectos favoreceram a implementação das ações, tais como: a aquisição de equipamentos; aquisição de escova, creme e cimento de ionômero de vidro pelo DESAI.

Aspectos que dificultaram o alcance pelo das metas: não há veículo em quantidade suficiente para atender as equipes, e os veículos existentes não possuem espaço suficiente para transportar os equipamentos de odontologia



Escovação

adequadamente, pois estes são grandes e frágeis; consultórios/equipamentos inadequados para o transporte nas estradas precárias - os equipamentos de odontologia são muito frágeis e o acesso às aldeias é precário, logo, os equipamentos tem seu tempo de uso reduzido, pois apresentam defeitos muito cedo; nas aldeias não possuem consultório fixo; falta de recurso (orçamento) para comprar



Atendimento odontológico

insumos/equipamentos odontológicos; falta de energia elétrica nas aldeias - a maioria não possui energia elétrica, o que impossibilita a execução de procedimentos de atenção básica, como: restaurações, profilaxias e outros; falta de participação dos Agentes Indígenas de Saúde para desempenhar as suas atividades, como por exemplo: escovação supervisionada, Aplicação Tópica de flúor, levantamento de necessidades individuais, entrega de escova e creme dental, falta de referência para tratamento especializado,

como tratamento reabilitador protético, endodontia, pacientes especiais, cirurgia, periodontia e outros; falta de infra-estrutura nas aldeias - nem todas as aldeias possuem local adequado para a instalação do consultório, o que dificulta o deslocamento para atendimento nestas aldeias; as aldeias são em grande número, porém pouco populosas e muito distante umas das outras; resistência a ATR (Técnica Restauradora Atraumática), preconizada pelo documento "Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas"; barreira cultural - o indígena é imediatista, quer resultados imediatos e na odontologia nem sempre é possível este resultado; dificuldades para realizar atividades de educação e saúde, principalmente em função da barreira cultural (língua/abordagem); dificuldade com o fluxo de informação - ainda não foi implantado no Dsei um sistema de informação específico para saúde bucal; dificuldade na contratação de profissional que se adapte as especificidades do trabalho em área.



Escovação supervisionada

Subação: Implementação das ações de Controle de DST/Aids

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Monitorar e acompanhar as ações de controle das DST/Aids	Dsei c/ ações monitoradas	1	1

Todas as ações do programa DST/AIDS são avaliadas mensalmente nos Pólos base pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena e trimestralmente pelos técnicos do Dsei.

Aspectos facilitadores na implementação das ações: parceria com as Secretarias Municipais de Saúde para a realização de atividades educativas junto à comunidade indígena e capacitação de profissionais; execução do Projeto "Sensibilização e Conscientização" com a

Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal e Faculdade de Ciências Médicas de Cacoal (FACIMED), onde foram realizadas 20 oficinas com comunidade indígena das aldeias próximas ao garimpo Lage, onde participaram em média 1.000 indígena. Estão sendo desenvolvidas algumas atividades em parceria com o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) dos municípios de referência, em especial no município de Vilhena; disponibilização de preservativos para a comunidade indígena por meio das Coordenações Municipais de DST/Aids; disponibilização de material educativo para realização de atividades educativas por meio do DESAI e projetos desenvolvidos; disponibilização de teste rápido



Palestra educativa de sensibilização quanto à prevenção das DST/Aids

anti-HiV, insumos e medicamentos; disponibilização de consultas e exames nas unidades de saúde de referência para diagnóstico e tratamento das DST's; participação efetiva dos profissionais de saúde nas atividades educativas, as quais visam à sensibilização da comunidade quanto à importância da prevenção das DST's/Hiv/Aids e hepatites virais; realização de sorologia para detecção de hepatites virais em parceria com as Coordenações Municipais de DST/Aids e Lacen (Laboratório Central de RO); divulgação das atividades de prevenção das DST's

junto aos Conselheiros indígenas, incentivando a utilização do preservativo.

Dentre as dificuldades encontradas, destacam-se: a insuficiência de veículos para realização das ações de rotina nas aldeias; dificuldade em acompanhar os portadores crônicos de hepatite B, pois em virtude de não apresentarem sintomas, não consideram importante o acompanhamento; a utilização do preservativo ainda é bastante restrita, como também acontece na comunidade não indígena; grande consumo de álcool. O problema do uso do álcool é de conhecimento de todos profissionais de saúde desde a implantação do Dsei. No entanto, as EMSI's têm muita dificuldade em abordar o assunto nas aldeias em virtude das lideranças, AIS e professores serem os maiores consumidores do álcool, com também pelo fato de estarem habilitados para tratar o tema com segurança por falta de capacitação. O uso do álcool é mais observado em jovens, lideranças e AIS, são exatamente as pessoas que tem maior poder aquisitivo e acesso às cidades circunvizinhas. É um problema identificado em todas as aldeias do Dsei. No entanto, nas aldeias do Povo Nambikwara, no Pólo Base de Vilhena a situação é mais crítica. Grande circulação de indígenas, principalmente no município de Cacoal. O deslocamento de indígenas para a cidade ocorre devido a vários fatores, como: problemas relacionados à saúde, aquisição de alimentos, bens de consumo, participar de festas e eventos não indígenas. As lideranças possuem casas nas aldeias e na cidade, facilitando o deslocamento para a cidade, outros indígenas se hospedam nas associações ou até mesmo nas CASAI's.

## Subação: Implementação das ações de Controle da Malária

<i>Descrição da Meta</i>	<i>Unidade de Medida</i>	<i>Esperado</i>	<i>Alcançado</i>
Reduzir em 20% os casos de malária	Dsei c/ percentual de redução alcançado	1	0

Houve um aumento considerável dos casos de malária comparado ao ano anterior. No ano de 2007 foram registrados 59 casos de malária em indígenas e em 2008, 404 casos de malária em indígenas, refletindo num coeficiente de incidência de 62,9 casos em 1000 habitantes, ultrapassando, em muito, a meta alcançada do ano anterior que foi de 9,87 casos em 1000 habitantes. Ocorreram 816 casos de malária na área de abrangência do Dsei Vilhena no ano de 2008, sendo 404 em indígenas e 312 em não indígenas. Os casos de



Exame para malária

malária estão concentrados na aldeia Roosevelt (Garimpo Lage) do município de Espigão D'Oeste, onde foram registrados 808 casos de malária, 99% dos casos do distrito. Vale ressaltar que no período de 2007 houve fechamento do garimpo, o que está diretamente relacionado com o número de casos daquele ano, bem inferior que esse ano de 2008, o demonstra também que a malária do Dsei concentra-se no garimpo, especialmente.



Garimpo Lage

Aspectos que colaboraram para a realização das ações: capacitação do pessoal de endemia; disponibilidade de insumos para as ações de vigilância e controle da malária, exceto entomologia; parceria com Secretarias Municipais de

Saúde, Ministério Público e Polícia Federal; acesso livre à área do garimpo; sistema de informação eficiente; Conselho Local e Distrital integrados com o Dsei e técnicos, facilitando a execução e avaliação das ações; tratamento da malária de não indígenas que estão em área indígena.

As maiores dificuldades foram: deficiência de veículos, o número é insuficiente para atender as equipes, bem como, a frota existente está antiga e quebra constantemente; deficiência de material para a realização dos trabalhos entomológicos; insuficiência de recursos humanos para o desenvolvimento das ações de campo nas 142 aldeias, bem como, da necessidade de serem desenvolvidas ações de forma contínua, no garimpo e nas aldeias circunvizinhas ao garimpo; falta de



Aplicação do fumacê

alojamento e condições adequadas de estadia para equipe endemias no garimpo; grande circulação de pessoas na área do garimpo, de indígenas e não indígenas; falta de segurança para as equipes, principalmente na área do garimpo, por haver muitos conflitos entre índios e garimpeiros não-índios; estradas em péssimas condições de tráfego, principalmente as estradas que dão acesso ao garimpo no período da chuva.



Controle da Malária

#### Subação: Implementação das ações de Controle da Tuberculose

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Reduzir a incidência de tuberculose em 10%	Dsei c/ índice de redução alcançado	1	0
Alcançar o percentual de 85% de cura dos casos novos de tuberculose	Dsei c/ percentual alcançado	1	1
Alcançar o percentual de 100% de tratamento supervisionado, de todos os casos de tuberculose	Dsei c/ percentual alcançado	1	1

O Coeficiente de incidência de tuberculose bacilífera em 2007 foi de 158,67 casos em 100.000 habitantes, sendo pactuada, para o ano de 2008, uma redução de 10%, que seria o coeficiente de 142,80 em 100.000 hab. Foram registrados 19 casos de tuberculose em 2008, sendo 10 bacilíferos. Houve uma redução de apenas 2% e o coeficiente de incidência ficou em 155,69 casos de tuberculose bacilífera em 100.000 habitantes.

Em relação da cura dos casos novos de tuberculose, do total de casos (19), 06 tiveram alta por cura, 03 foram transferidos e 10 continuam em tratamento.

Tratamento supervisionado - Apesar de 02 casos não terem sido supervisionados no 1º semestre, foi possível concluir o 2º semestre com 100% dos casos com tratamento supervisionado.



Realização de PPD – Dsei Vilhena

Fatores que contribuíram para a implementação da ação: parceria com as Secretarias Municipais de Saúde na capacitação dos profissionais de saúde e no acompanhamento dos pacientes e contatos, por meio da disponibilização de consultas, exames e medicamentos, garantindo o tratamento e acompanhamento dos pacientes e contatos; boa aceitação



Indígena recebendo xarope caseiro

dos profissionais de saúde quanto às necessidades de intervenção para o controle da tuberculose; adequação das normas e rotinas para do programa de controle da tuberculose em parceria com as Coordenações Municipais da área de abrangência; parceria com lideranças e conselheiros indígenas na sensibilização da comunidade quanto à importância do tratamento supervisionado.

Fatores que dificultaram o alcance total das metas: displicência por parte de alguns agentes indígenas de saúde no que diz respeito ao tratamento diretamente supervisionado de indígenas de sua área de atuação; alguns indígenas têm dificuldade em aderir o tratamento devido ao longo período de tratamento, e alguns não aceitam o tratamento supervisionado, por acharem que não precisam de supervisão do tratamento (AIS).

Subação: Implementar ações de Imunizações nas aldeias

<b>Descrição da Meta</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Esperado</b>	<b>Alcançado</b>
Alcançar a cobertura vacinal em 80% para vacinas tetravalente e pólio oral, em menor de 1 ano	Dsei c/ percentual de cobertura alcançado	1	1
Alcançar a cobertura vacinal de 85% para vacinas hepatite B e tríplice viral em crianças de 1 a 4 anos	Dsei c/ percentual de cobertura alcançado	1	1
Alcançar 60% de pessoas com esquema vacinal completo	Dsei c/ percentual de cobertura alcançado	1	1
Alcançar a cobertura vacinal de 80% para vacinas tríplice viral e dupla adulto em MIF (Mulheres em Idade Fértil) de 10 a 49 anos.	Dsei c/ percentual de cobertura alcançado	1	1

A cobertura vacinal no ano de 2008 alcançou os seguintes percentuais: Cobertura vacinal em < 1 ano: Pólio - 80,8 % e Tetra - 80,0 %; Cobertura vacinal de 1 a 4 anos: VHB - 99,8% e TV - 85,60% (02 doses); Cobertura vacinal em MIF (10 a 49 anos): TV - 80% e DT - 98,9%; Esquema vacinal completo: 90%. Nesse indicador, houve uma redução em relação ao ano anterior (97,7 %), em virtude da inclusão da vacina TV - 02 doses (pessoas com 1ano e +).



Criança indígena sendo vacinada

Do total da população aldeada, 90% está com esquema vacinal completo. Houve uma redução em relação ao ano anterior (97,7 %). A redução do índice de pessoas com esquema vacinal completo se deve a baixa cobertura vacinal dos menores de 01 ano e a inclusão no calendário vacinal de rotina de 02 doses da vacina Tríplice viral para as pessoas com mais de 01 ano.



Menina indígena completando o esquema vacinal

A cobertura vacinal em menores de 01 ano está abaixo de 95% em virtude do número reduzido de viagens às aldeias, bem como, por ser utilizado como meta todas as crianças na faixa etária de 6 a 11 meses para as vacinas multidoses e de 9 a 11 meses para a vacina contra febre amarela. Por exemplo, ao solicitar a cobertura vacinal das crianças de 6 a 11 meses para a vacina contra a hepatite B, o programa (SIASI) contabiliza todas as crianças que estão com esta idade. Desta forma, a criança que completa 6 meses de idade é considerada faltosa, caso não tenha tomado a 3ª dose da vacina. Porém, conforme programa de imunização, a criança pode completar o esquema vacinal até um dia antes de completar 01 ano de idade, e mesmo assim ser possível atingir a cobertura vacinal adequada.

A Parceria com as secretarias municipais de saúde têm contribuído para a execução das ações de imunização nas aldeias, por meio do fornecimento de imunobiológicos, seringas, cartões de vacinas, termômetros, caixas de isopor, etc., e na disponibilização de vagas nas capacitações em “Sala de Vacina” para os profissionais de saúde dos Pólos Bases e Casai.

A disponibilização do SIASI – módulo imunização é uma ferramenta que muito tem auxiliado para planejar adequadamente as ações de imunização, a qual facilita a elaboração da programação das pessoas a serem vacinadas por aldeia e o acompanhamento da situação vacinal (indígena, aldeia e Pólo base) de forma adequada, tanto pelas equipes, pólos base e Dsei.

No entanto, a insuficiência de veículos para realizar as atividades de vacinação conforme programado, o difícil acesso devido à má conservação das estradas, principalmente no período chuvoso e a circulação dos indígenas entre as aldeias e aldeia/cidade, têm dificultado a atualização dos esquemas vacinais dos indígenas.



Criança vacinada – criança protegida!

Subação: Promoção da Educação em Saúde dos Povos Indígenas

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>PREVISÃO/ EXECUÇÃO (%)</b>
Financeira	39.065,22	3.965,13	10,15
Física	Beneficiar 28 aldeias com ações de Educação em Saúde e Mobilização Social.	3	10,71
	Implantar ações de Educação em Saúde 28 em aldeias, visando o fortalecimento do controle social.	3	10,71

A promoção da educação em saúde aos povos indígenas ocorreu com as realizações das Oficinas de Educação em Saúde e Mobilização Social, que busca o conhecimento cultural do comportamento humano tais como: hábitos de higiene, moradia, religião, alimentação e habilidade de trabalho que possa ser utilizado como ferramentas para despertar o interesse da comunidade indígena a participar das atividades desenvolvidas nas comunidades.

O incentivo do plantio de hortaliças e pomares favorece para que os indígenas venham adquirir novas formas de subsistência buscando a melhoria do quadro nutricional para a promoção da qualidade de vida da população.

Porém, foi operacionalizado apenas 20% (vinte por cento) das ações programadas para a saúde indígena, em função de dificuldades, como, a descentralização tardia do orçamento, que ocorreu no 2º semestre e o número reduzido de técnicos na equipe de Educação em Saúde da Core.

### **Ações desenvolvidas**

- Oficina de Educação em Saúde e Mobilização Social para o plantio de hortas comunitárias do Projeto VIGISUS II – Iniciativas Comunitárias, em 3 (três) comunidades indígenas da etnia Tenharin, aldeias: Bela Vista, Campinho-Hú e Taboca, do Pólo-Base de Humaitá - DSEI Porto Velho;
- Acompanhamento técnico no monitoramento de 6 (seis) Projetos do VIGISUS II - Iniciativas Comunitárias, dos DSEI's Porto Velho e Vilhena;

- Realização do Laudo Social das comunidades indígenas das aldeias Piquiá, Forquilha Grande e Pereira da etnia Pirahã, em conjunto com a Funai e Secretária de Ação Social de Humaitá;
- Participação no curso dos Agentes Indígena de Saúde com atuação de monitora das atividades pedagógicas de educação em saúde.



Criança indígena



## Programa 0122 – Serviços Urbanos de Água e Esgoto

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

<b>Tipo da Ação</b>	Projeto
<b>Finalidade</b>	Dotar os domicílios e estabelecimentos coletivos com abastecimento público de água adequado visando à prevenção e ao controle de doenças e agravos.
<b>Descrição</b>	Implantação e/ou a ampliação e/ou a melhoria de sistemas públicos de abastecimento de água, contemplando a elaboração de planos diretores e projetos, a realização de obras, incluindo ligação domiciliar, rede de distribuição e estação de tratamento, e ações voltadas para a sustentabilidade dos mesmos.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	José Raimundo Machado dos Santos
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Divisão de Engenharia de Saúde Pública - DIESP
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO XI - Art. 100.

META	PREVISÃO	EXECUÇÃO	PREVISÃO/ EXECUÇÃO (%)
Financeira	117.000,00	34.300,00	29,32
Física	Apoiar o beneficiamento de 6.420 famílias	0	0
	Acompanhar 15 convênios de exercícios anteriores a 2008	10	66,66

A meta física não foi alcançada considerando que, dos 14 Termos de Compromisso de Convênios/PAC/2008, todos os projetos foram analisados, porém estão aguardando regularização de pendências técnicas pelos proponentes. O beneficiamento das famílias está comprometido com a execução da obra, o que ocorrerá após a aprovação dos projetos. A falta de estrutura técnica por

parte das prefeituras dificulta elaboração de projetos que atendam as orientações técnicas da Funasa e contribui para a morosidade no atendimento das pendências apontadas nas análises desses.

A execução orçamentária diz respeito ao acompanhamento de convênios, visitas técnicas preliminares dos convênios do exercício de 2008 e visitas técnicas de acompanhamento, prestação de contas e tomadas de contas, de convênios de exercícios anteriores.

<b>2.3.2.4. Ação 10GE – Implantação e Melhorias de Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário em Municípios de até 50.000 Habitantes ou Integrantes de Consórcios Públicos, Excluídos de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico</b>	
<b>Tipo da Ação</b>	Projeto
<b>Finalidade</b>	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.
<b>Descrição</b>	Implantação e/ou a ampliação e/ou a melhoria de sistemas públicos de esgotamento sanitário, contemplando a elaboração de planos diretores e projetos, a realização de obras, incluindo ligação domiciliar, rede coletora e estação de tratamento, e ações voltadas para a sustentabilidade dos mesmos.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	José Raimundo Machado dos Santos
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Divisão de Engenharia de Saúde Pública - DIESP
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO XI - Art. 100.

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)</b>
Financeira	28.600,00	11.150,00	38,99
Física	Apoiar o beneficiamento de 1.597 Famílias.	0	0
	Acompanhar 5 convênios de exercícios anteriores a 2008.	5	100

O projeto técnico está sendo readequado para ser analisado, visto que, o que foi encaminhado pelo proponente, apresentava valor superior ao disponibilizado. Por ser um projeto de

esgotamento sanitário, com um grau de complexidade alto, o proponente enfrenta dificuldades para adequação do mesmo, pela falta de condição e estrutura técnica da prefeitura.

A execução orçamentária diz respeito ao acompanhamento de convênios, visitas técnicas preliminares dos convênios do exercício de 2008 e visitas técnicas de acompanhamento, prestação de contas e tomadas de contas, de convênios de exercícios anteriores.

<b>2.3.2.5. Ação 6908 - Fomento à Educação em Saúde voltada para o Saneamento Ambiental</b>	
<b>Tipo da Ação</b>	<b>Atividade</b>
<b>Finalidade</b>	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.
<b>Descrição</b>	As ações de Educação em Saúde e Mobilização Social nos projetos de saneamento ambiental financiados junto aos estados e municípios pela Funasa têm o sentido de fomentar, apoiar e fortalecer ações que resultem em efetiva melhoria na qualidade de vida da população beneficiada. A proposta é garantir que as melhorias em saneamento ambiental implementada nos municípios de até 50.000 habitantes, nos projetos das áreas metropolitanas e em áreas especiais (assentamentos, remanescentes de quilombo e áreas extrativistas) integrem-se de forma harmoniosa e sustentável nas comunidades, garantindo a inclusão social por intermédio do acesso das populações vulneráveis aos serviços a que têm direito e colaborando para a adequada e transparente aplicação dos recursos públicos nessa área, inclusive estimulando a parceria junto a outros projetos e programas de iniciativa governamental e não governamental. Com essas ações, esperam-se iniciativas nos municípios beneficiados. Para tal é necessário o assessoramento técnico qualificado, por intermédio das ações discriminadas a seguir: atuação junto aos gestores e técnicos em todos os níveis visando sensibilizá-los para a importância do desenvolvimento de atividades permanentes de Comunicação e Educação em Saúde; apoio técnico aos profissionais que atuam nas diversas instâncias de governo, representantes de ONGs para a elaboração, execução, acompanhamento e supervisão de projetos, programas e atividades educativas de caráter permanente; ampliação do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS), financiada por recursos de convênio, para que se torne gerador/estimulador de outros projetos de alcance social; incentivo à integração das ações permanentes de Comunicação e Educação em Saúde a outros projetos sociais/comunitários visando estimular a participação, controle e inclusão sociais, geração de emprego e renda; fomento à organização de estruturas e equipes locais para o desenvolvimento de ações permanentes de Educação em Saúde; incremento ao apoio logístico e de recursos humanos às Assessorias de Comunicação e Educação em Saúde (ASCOM) das Coordenações Regionais da Funasa, por intermédio da aquisição de equipamentos e insumos,

	pagamento de diárias e passagens, prestação de serviços de terceiros por pessoas física e jurídica visando o cumprimento das ações propostas.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	Domingos Augusto Germano Xisto da Cunha
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Equipe de Educação em Saúde - EDUSA
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO IV - Art.14.

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)</b>
Financeira	31.689,77	11.627,15	36,69
Física	Beneficiar 23 municípios contemplados no PAC com implantação de ações de Educação em Saúde e Mobilização Social, nos Projetos de Saneamento.	14	60,87
	Acompanhar a implantação de ações dos PESMs em 64 convênios de exercícios anteriores.	38	59,37

No exercício de 2008 a Educação em Saúde operacionalizou na área do Saneamento **21%** (vinte e um por cento) da programação dos Convênios do PAC, dos anos de 2007 e 2008 e **61%** dos convênios em andamento dos anos de 2002 a 2006.

Realizou 2 (duas) Oficinas de Sensibilização de Gestores e Técnicos para orientação quanto à elaboração dos Projetos de Educação em Saúde e Mobilização Social nos convênios de Saneamento Ambiental do Programa de Aceleração do Crescimento.

O alcance das metas ficou prejudicado pela a demora dos municípios em atender as solicitações de regularização das pendências na elaboração dos projetos. Há ainda pouco interesse dos proponentes em implantar ou implementar os Núcleos de Educação em Saúde.

As visitas técnicas aos Projetos de Educação em Saúde e Mobilização Social - PESMS realizadas nos municípios foram de acompanhamento, supervisão e prestação de contas.

<b>Convênios em andamento 2002 a 2005</b>					
Convênios/Municípios		Ação	Supervisão/Acompanhamento		
			Convênio Acompanhado	P C Parcial	P C Final
Alvorada do Oeste	1468/05	S.A.A	1	1	-
Ariquemes	2245/05	M.S.D	-	1	-
Ariquemes	2246/05	Drenagem	-	1	-
Cacoal	418/04	M.S.D	1	-	-
Cacaulândia	1316/03	R.S	1	-	1
Costa Marques	1960/05	M.S.D	1	-	-
Ji-Paraná	435/05	M.S.D	-	-	1
Espigão do Oeste	744/05	S.A.A	-	1	-
Guajará-Mirim	745/05	S.E.S	1	1	-
Governo do Estado: S.Francisco/A. Alegre dos Parecis e G. Mirim	1318/03	S.A.A	3	-	-
Governo do Estado: Porto Velho	995/04	S.A.A	1	-	-
Itapuã do Oeste	156/03	Drenagem	1	-	-
Machadinho Oeste	414/04	S.A.A	1	-	-
Nova Brasilândia	1962/05	M.S.D	1	-	-
Rolim de Moura	436/05	M.S.D	1	-	-
Rolim de Moura	1294/05	M.S.D	2	-	-
Theobroma	1967/05	M.S.D	1	-	-
São Felipe	1965/05	M.S.D	1	-	-
São Felipe	691/03	S.A.A	1	-	-
São Francisco	1966/05	M.S.D	2	-	-
Santa Luzia do Oeste	1654/04	S.A.A	1	-	-
Santa Luzia do Oeste	437/05	M.S.D	1	-	-
Porto Velho	1577/02	Drenagem	-	1	-
Vilhena	1969/05	M.S.D	-	1	-
Vilhena	437/02	M.S.D	-	-	1
<b>Total</b>			<b>22</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

<b>Convênios em fase de elaboração e aprovação do PESMS - 2006</b>				
Municípios/Convênios		Ação	Fase	
			Elaboração	Aprovado
Ariquemes	447/06	Drenagem	-	1
Ariquemes	1910/06	R.S	-	1
Colorado do Oeste	1736/06	S.A.A	1	-
Costa Marques	933/06	M.S.D	1	-
Santa Luzia do Oeste	1858/06	M.S.D	-	1
S.Francisco do Guaporé	1859/06	S.A.A	-	1
<b>Total</b>			<b>2</b>	<b>4</b>

Orientações e elaboração dos Projetos de Educação em Saúde e Mobilização Social – PESMS.

## Convênios do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC de 2007 e 2008

Em fase de elaboração e aprovação do PESMS				
Municípios/Convênios		Ação	Fase	
			Elaboração	Aprovado
Espigão do Oeste	1576/07	S.A.A	1	-
Nova Mamoré	803/07	Drenagem	1	-
Novo Horizonte	168/07	S.A.A	-	1
Ministro Andreazza	166/07	S.A.A	1	-
Vilhena	1449/07	M.S.D	1	-
Alta Floresta	939/08	S.A.A	1	-
Candeias do Jamari	938/08	Drenagem	1	-
Teixeirópolis	1217/08	S.A.A	1	-
Total			<b>7</b>	<b>1</b>

A parceria com o Núcleo de Educação em Saúde Estadual tem facilitado a comunicação com os municípios.

### Outras dificuldades

- Quadro de servidores reduzido, dificultando a execução das ações e a formação do Núcleo de Educação em Saúde do município;
- Mudança constante dos técnicos responsáveis nos municípios pelas ações do PESMS;
- Não há agilidade dos municípios, no atendimento das solicitações de solução das pendências nos projetos;
- Liberação de recursos para atender a Saúde Indígena somente no segundo semestre (mês de agosto), comprometendo a execução das atividades programadas;
- Quadro de servidores da Core reduzido, dificultando o cumprimento da Programação anual das atividades de Educação em Saúde.

2.3.2.6. <b>Ação 7652</b> – Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para Prevenção e Controle de Agravos	
<b>Tipo da Ação</b>	Projeto
<b>Finalidade</b>	Dotar os domicílios e estabelecimentos coletivos de condições sanitárias adequadas visando à prevenção e controle de doenças e agravos.
<b>Descrição</b>	Melhorias Sanitárias Domiciliares são intervenções promovidas, prioritariamente, nos domicílios e eventualmente intervenções coletivas de pequeno porte. Incluem a construção de módulos sanitários, banheiro, privada, tanque séptico, sumidouro (poço absorvente), instalações de reservatório domiciliar de água, tanque de lavar roupa, lavatório, pia de cozinha, ligação à rede pública de água, ligação à rede pública

	de esgoto, dentre outras. São consideradas coletivas de pequeno porte, por exemplo: banheiro público, chafariz público, ramais condominiais, tanque séptico, etc. Pode também fomentar a implantação de oficina municipal de saneamento.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	José Raimundo Machado dos Santos
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Divisão de Engenharia de Saúde Pública – DIESP
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO XI – Art. 100.

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)</b>
Financeira	78.000,00	53.750,00	68,91
Física	Apoiar o beneficiamento de 310 Famílias	0	0
	Acompanhar 18 convênios de exercícios anteriores.	18	100

Os projetos foram analisados e aguardam regularização de pendências, não havendo portanto, aprovação dos mesmos.

A execução orçamentária diz respeito ao acompanhamento de convênios, visitas técnicas preliminares dos convênios do exercício de 2008 e visitas técnicas de acompanhamento, prestação de contas e tomadas de contas, de convênios de exercícios anteriores.

### **Programa 1138 – Drenagem Urbana e Controle de Erosão Marítima e Fluvial**

<b>2.3.2.7. Ação 3883 - Implantação e Melhoria de Serviços de Drenagem e Manejo Ambiental para Prevenção e Controle da Malária</b>	
<b>Tipo da Ação</b>	Projeto
<b>Finalidade</b>	Implantar e melhorar os serviços de drenagem e manejo ambiental visando à prevenção e controle da malária, em aglomerados urbanos, em municípios localizados em área endêmica da malária com transmissão urbana autóctone.
<b>Descrição</b>	Trata-se do desenvolvimento de ações de drenagem em aglomerados urbanos, em municípios localizados em área endêmica de malária com transmissão urbana autóctone. A ação contempla intervenções que visam contribuir para a minimização da proliferação de vetores da malária, ou seja, contempla intervenções por meio de obras de engenharia e/ou manejo ambiental que inviabiliza as condições ambientais e biológicas

	favoráveis a proliferação do vetor. São financiáveis ações de esgotamento de água pluvial, canalização, retificação, limpeza e demais obras de melhoria do fluxo d'água, com uso de tecnologias adequadas. Somente são financiadas intervenções em locais de criadouros de vetor transmissor da malária, comprovados por meio de parecer entomológico e epidemiológico da área.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	José Raimundo Machado dos Santos
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Divisão de Engenharia de Saúde Pública - DIESP
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO XI - Art. 100.

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)</b>
Financeira	28.600,00	7.350,00	25,70
Física	Apoiar o beneficiamento de 1.805 Famílias	0	0
	Acompanhar 13 convênios de exercícios anteriores a 2008	6	46,15

A previsão de alcance da meta está condicionada à aprovação dos projetos que ainda não foram aprovados por dependerem de atendimento das pendências apontadas nas análises, por parte dos proponentes. A presente dificuldade está associada ao aguardo das pendências elencadas nos projetos e a falta de celeridade de resposta dos proponentes.

A dificuldade no alcance total da meta 2 está relacionada à demora na regularização das pendências, por parte das prefeituras e também à insuficiência de técnicos (engenheiros) para o acompanhamento dos convênios.

A execução orçamentária diz respeito ao acompanhamento de convênios, visitas técnicas preliminares dos convênios do exercício de 2008 e visitas técnicas de acompanhamento, prestação de contas e tomadas de contas, de convênios de exercícios anteriores.

### Programa 1287 – Saneamento Rural

<b>2.3.2.8. Ação 10GC - Implantação e Melhoria de Serviços de Saneamento em Escolas Públicas Rurais - "Saneamento em Escolas"</b>	
<b>Tipo da Ação</b>	Projeto
<b>Finalidade</b>	Promover a melhoria das condições de saúde dos alunos, reduzir a evasão escolar e elevar a capacidade de ensino e aprendizagem por meio da melhoria das condições sanitárias das escolas públicas rurais em municípios selecionados.
<b>Descrição</b>	Implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água mediante estudo hidrológico local e instalação de poço tubular (poços, cisternas, cacimbões, dentre outros); pequenas adutoras; dessalinizadores, quando necessário; caixas d'água; banheiros com dois gabinetes e um lavatório; cozinha e chafariz para atender as comunidades vizinhas, bem como capacitação de alunos, corpo docente e membros da comunidade local no uso e gestão da água.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	José Raimundo Machado dos Santos
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Divisão de Engenharia de Saúde Pública - DIESP
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO XI - Art. 100.

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)</b>
Financeira	2.530,00	0,00	0
Física	Acompanhar 1 convênio de exercício anterior (município de São Francisco do Guaporé, Escola São Pedro)	0	0

O proponente não atendeu as solicitações oficiais da área técnica para regularização das pendências, o que impossibilitou o alcance da meta proposta. Dessa forma também não houve execução orçamentária.

2.3.2.9. **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.

<b>Tipo da Ação</b>	Projeto
<b>Finalidade</b>	Propiciar resolubilidade, em áreas de interesse especial (assentamentos, remanescentes de quilombos e áreas extrativistas) para problemas de saneamento, prioritariamente o abastecimento público de água, o esgotamento sanitário e as melhorias sanitárias domiciliares e/ou coletivas de pequeno porte, bem como a implantação de oficina municipal de saneamento, visando à prevenção e ao controle de doenças e agravos.
<b>Descrição</b>	Fomento e financiamento a implantação e/ou a ampliação e/ou a melhoria de sistemas públicos de abastecimento de água e de sistemas públicos de esgotamento sanitário, contemplando a elaboração de planos diretores e projetos, a realização de obras, incluindo ligação domiciliar, rede coletora de esgoto, rede de distribuição de água e estação de tratamento, ações voltadas para a sustentabilidade dos mesmos, bem como a implantação de melhorias sanitárias domiciliares e/ou coletivas de pequeno porte, assim como a implantação de oficina municipal de saneamento, compreendendo desde a elaboração do projeto até a sua operação plena.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	José Raimundo Machado dos Santos
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Divisão de Engenharia de Saúde Pública - DIESP
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO XI - Art. 100.

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)</b>
Financeira	8.300,00	8.300,00	100
Física	Acompanhar 3 obras de exercícios anteriores a 2008	3 obras acompanhadas	100

A meta foi alcançada plenamente, pois tratam-se de obras de execução direta iniciadas em 2007.

<b>2.3.2.10. Ação 7684 - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos</b>	
<b>Tipo da Ação</b>	Projeto
<b>Finalidade</b>	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.
<b>Descrição</b>	Instalação de sistemas simplificados de abastecimento de água com captação, adução, tratamento e distribuição de água, bem como sistemas de reservatórios e de chafariz; implantação de esgotamento sanitário e rede de coleta; melhorias sanitárias nas aldeias (construção de banheiros, privadas, fossas sépticas, pias de cozinha, lavatórios, tanques, filtros, reservatórios de água e similares de resíduos sólidos).
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	José Raimundo Machado dos Santos
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Divisão de Engenharia de Saúde Pública - DIESP
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO XI - Art. 100.

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)</b>
Financeira	3.973.899,36	130.000,00	3,2
Física	Beneficiar 64 aldeias	0	0
	Acompanhar 62 obras de exercícios anteriores a 2008.	45	72,58

Para 2008, foram programadas por esta Regional, em conjunto dos Dsei e Conselho Distrital Indígenas, 64 aldeias para implantação de ações de saneamento básico, com valor total de R\$ 3.973.699,36. Os projetos e planilhas foram elaborados e encaminhados à Presidência da Funasa para análise, aprovação e descentralização do recurso orçamentário. Os processos foram licitados, mas não houve tempo hábil para empenhamento, pela demora na descentralização do recurso, que ocorreu já no 2º semestre, demora na tramitação do processo, pela complexidade do mesmo, em se tratando de uma Concorrência Pública, sendo ainda acentuada essa dificuldade pelo fato da PGF está localizada em Manaus-Am, para onde são remetidos os processos para parecer jurídico. Além disso, a área de saneamento enfrenta ainda dificuldade de executar, em tempo hábil,

todas as ações, face à insuficiência de engenheiros, para no caso, realizar os levantamentos “in loco” dos serviços a serem executados e elaborar planilha de orçamento.

Referente à meta 2, das 62 obras programadas, 17 não foram licitadas por falta de empresas interessadas, não alcançando, portanto, 100% da meta esperada.



Módulos Sanitários – Resex Lago do Cuniã

### Programa 8007 – Resíduos Sólidos Urbanos

<b>2.3.2.11. Ação 10GG</b> - Implantação e Melhoria de Sistema Público de Manejo de Resíduos Sólidos em Municípios de até 50 mil Habitantes ou Integrantes de Consórcios Públicos, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE)	
<b>Tipo da Ação</b>	Projeto
<b>Finalidade</b>	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 habitantes, preferencialmente, nos municípios acometidos de incidência da dengue.
<b>Descrição</b>	A ação de implantação e ampliação dos sistemas de limpeza pública, acondicionamento, coleta, disposição final e tratamento de resíduos sólidos urbanos contempla intervenções que visam contribuir para a universalização dos serviços de coleta, limpeza pública, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos nas áreas mais carentes do país e com população inferior a 30.000 habitantes, preferencialmente, nos municípios acometidos de incidência da dengue, e será implementada por intermédio das modalidades relacionadas a seguir: a) acondicionamento, coleta e transporte; implantação de sistema de coleta convencional e/ou seletiva, incluindo a aquisição de veículos, material e equipamentos para acondicionamento (cestas e contenedores para Postos de Entrega Voluntária - PEV e Locais de Entrega Voluntária - LEV instalados em logradouros públicos); b) unidades de disposição final - aterros sanitários

	ou de rejeitos. É passível de apoio financeiro toda a infra-estrutura para implantar aterros sanitários, incluindo: acesso; proteção adequada da área (cercamento e barreira vegetal); edificações de controle e apoio (balança, escritório, oficina de reparos, etc.), drenagem pluvial de chorume e de gases, impermeabilização de base, tratamento do chorume e equipamentos para operação. c) unidades de tratamento - triagem e/ou compostagem. É passível de apoio financeiro toda a infra-estrutura de implantação de unidades de tratamento de resíduos, bem como galpão para separação de resíduos destinados a catadores, incluindo obras civis, materiais e equipamentos; pátio de compostagem; balança; aterro de rejeitos e equipamentos para a operacionalização da unidade de tratamento. d) erradicação de "lixões" e recuperação das áreas degradadas.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	José Raimundo Machado dos Santos
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Divisão de Engenharia de Saúde Pública – DIESP
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO XI - Art. 100.

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)</b>
Financeira	7.800,00	3.900,00	50
Física	Acompanhar 2 convênios de exercícios anteriores	2 convênios acompanhados	100

Os dois convênios foram acompanhados, porém, o número de visitas previsto foi inferior ao programado e conseqüentemente, o recurso previsto.



Estação de Tratamento de Água - ETA

**Programa 0016 – Gestão da Política de Saúde**

<b>2.3.2.12. Ação 4572 – Capacitação de Servidores Públicos Federais em Processo de Qualificação e Requalificação</b>	
<b>Tipo da Ação</b>	Atividade
<b>Finalidade</b>	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.
<b>Descrição</b>	Treinamento, qualificação e requalificação de servidores, buscando a manutenção dos padrões de qualidade do serviço público.
<b>Unidade Responsável pelas Decisões Estratégicas</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>Coordenador Nacional da Ação</b>	Williames de Oliveira Pimentel
<b>Unidade Executora</b>	Coordenação Regional
<b>Área Responsável por Gerenciamento ou Execução</b>	Divisão de Recursos Humanos – DIREH
<b>Competências institucionais requeridas para a execução da ação</b>	Portaria MS nº 1.776/2003 – SEÇÃO XI – Art. 87.

<b>META</b>	<b>PREVISÃO</b>	<b>EXECUÇÃO</b>	<b>EXECUÇÃO/ PREVISÃO (%)</b>
Financeira	37.822,67	37.822,67	100
Física	Promover a qualificação de 183 servidores em exercício na Core	204	111,47

O realizado superou o previsto em função de outras necessidades e oportunidades que surgiram no decorrer do processo.



Capacitação de Agente/Guarda de Endemia em Atualização da Malária

## 2.4. Desempenho Operacional

Objetivando demonstrar o desempenho desta Regional no ano de 2008, serão apresentados os principais indicadores, estabelecidos pela Funasa, e aplicáveis ao nível regional, bem como, os resultados obtidos nos últimos anos, ilustrados nos gráficos e tabelas, apresentados a seguir.

### 2.4.1. Principais indicadores

#### 2.4.1.1. Saúde Indígena

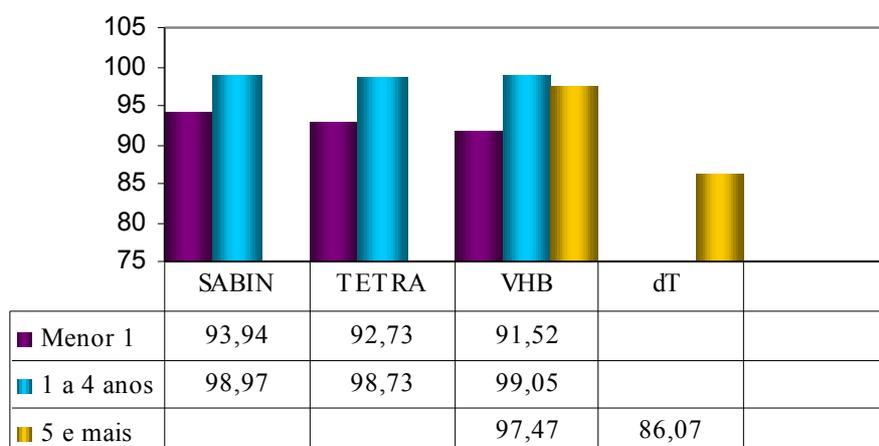
- Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho

#### Indicador I – Esquema Vacinal

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Esquema Vacinal	Mede o número de pessoas com esquema vacinal completo na população indígena.	<b>Eficiência</b>	Total de pessoas com esquema vacinal completo <b>dividido</b> pela população total do Dsei, no ano. <b>Multiplicado por 100</b>	Siasi	<b>85%</b>	<b>88%</b>

Para o alcance das metas e objetivos estabelecidos, foram utilizadas algumas estratégias como: O Mês de Vacinação dos Povos Indígenas – M.V.P.I, realizado no período de abril a maio do ano de 2008, no Pólo Base de Guajará-Mirim, onde estão concentrados mais de 48% da população indígena deste Distrito. Pode-se citar como fator de grande relevância a divulgação do Mês de vacinação dos Povos Indígenas, não apenas nas aldeias, mas também entre Esferas governamentais (DESAI, Estado e Municípios); e a Campanha Nacional contra a Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita, as quais foram missões fundamentais para permitir maior acesso das comunidades indígenas aos demais imunobiológicos.

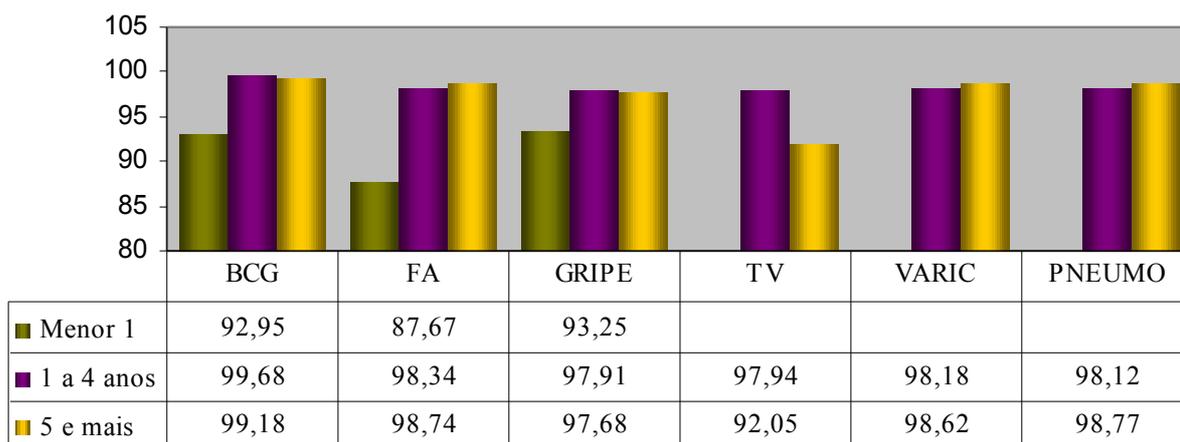
**Cobertura Vacinal das Vacinas Multidoses, Dsei Porto Velho-RO, 2008**



Fonte: Dsei Porto Velho/Core-RO/Funasa

Em todos os Pólos Base foram priorizadas e executadas as entradas trimestrais, planejadas para aplicação das vacinas, o que explica o resultado obtido.

**Cobertura Vacinal das Vacinas Dose Única, Dsei Porto Velho-RO, 2008**



Fonte: Dsei Porto Velho/Core-RO/Funasa

COBERTURA VACINAL – DSEI PORTO VELHO			
VACINAS	META (MS)	2007	2008
POLIOMIELITE (VOP)	95%	90,71%	98,68%
HEPATITE B (HB)	95%	89,31%	97,35%
DIFTERIA E TÉTANO (Dupla Adulto)	95%	95,1%	85,84%
SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA (Triplíce Viral)	100%	88,78%	93,04%
BCG	90%	94,72%	98,95%
INFLUENZA (GRIPE)	95%	85,08%	95,93%
FEBRE AMARELA	100%	93,65%	95,76%
PNEUMOCOCO	90%	91,3%	98,69%
VARICELA	95%	89,91%	98,55%
TETRAVALENTE	95%	83,8%	98,05%
ROTAVÍRUS	90%	38,2%	85,71*

Fonte: Dsei Porto Velho/Core-RO/Funasa

### Indicador II e III – Criança e Gestantes Acompanhadas pelo SISVAN

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Esquema Vacinal	Mede o número de pessoas com esquema vacinal completo na população indígena.	<b>Eficiência</b>	Total de pessoas com esquema vacinal completo <b>dividido</b> pela população total do Dsei, no ano. <b>Multiplicado por 100</b>	Siasi	<b>85%</b>	<b>88%</b>
Criança Acompanhada	Mede o percentual de crianças menores de 5 anos de idade, acompanhadas pelo Sisvan Indígena.	<b>Eficiência</b>	Nº. de crianças menores de 5 anos acompanhadas pelo Sisvan, <b>dividido</b> pelo total de crianças menores de 5 anos no Dsei, no ano. <b>Multiplicado por 100</b>	Sisvan Indígena	<b>47%</b>	<b>55%</b>
Gestante Acompanhada	Mede o percentual de gestantes indígenas, acompanhadas pelo Sisvan.	<b>Eficácia</b>	Número de gestantes indígenas acompanhadas pelo Sisvan, <b>dividido</b> pelo número de gestantes indígenas existentes no Dsei, no ano. <b>Multiplicado por 100</b>	Siasi/Sisvan	<b>50%</b>	<b>40%</b>

A população prioritária do SISVAN trabalhada pelo DSEI Porto Velho é de 1.677 menores de cinco anos e 155 gestantes, além de 1.308 maiores de 40 anos.

A cobertura de menores de cinco anos em 2008 foi de 55%, observando um acréscimo de 8% em relação a 2007, onde o índice de cobertura alcançou 47%.

Em gestantes a cobertura foi de 40%, havendo um decréscimo de 10% em relação a 2007 que obteve 50%, justificado pela quantidade insuficiente de balança para adultos.

O estado Nutricional das crianças avaliadas apresentou os seguintes estratos: Muito Baixo Peso 9,47%, Baixo Peso 19,12%, Risco Nutricional 25,91%, Adequado 43,49% e Risco de Sobrepeso 2,01%. A classificação do estado nutricional foi representada da seguinte forma: Baixo Peso 19,83%, Adequado 69,68%, Sobrepeso 9,62%, Obesidade 0,87%.

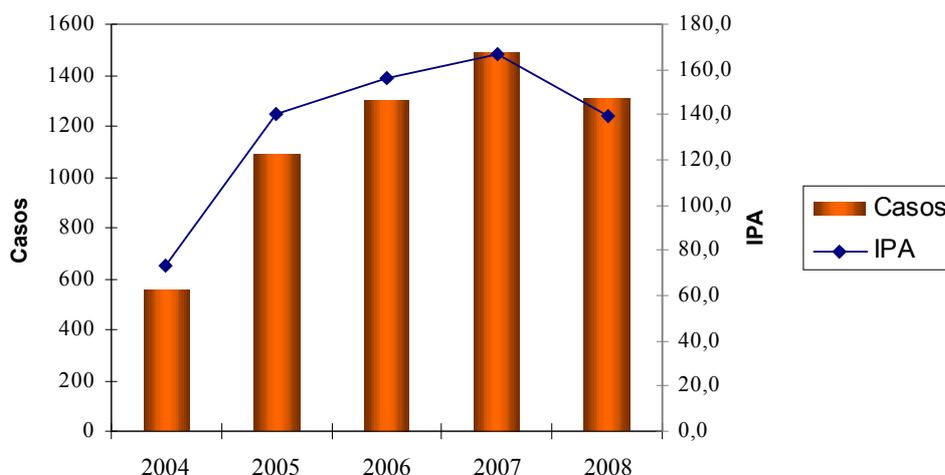
#### Indicador IV – Casos de Malária

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Casos de Malária	Mede o número de pessoas infectadas por malária na população indígena.	Efetividade	Número de casos de malária na população indígena do Dsei, no ano.	Sivep Malária e Siasi	<b>1.493</b> (166 casos em 1000 hab.)	<b>1.308</b> (139 casos em 1000 hab.)

O número de casos absolutos de malária em área indígena no ano de 2007 foi de 1.494 casos. Ao término de 2008, foram diagnosticados 1.308 casos, o que demonstra uma redução de 12,4% em relação ao ano anterior. A redução não alcançou a pretendida (20%), mas foi considerada um avanço, face a dificuldade de redução nos anos anteriores.

A seguir, apresentação gráfica do número de casos de malária nos últimos cinco anos.

**Casos de Malária e IPA no Dsei Porto Velho-RO, de 2004 a 2008**



Fonte: Dsei Porto Velho/Core-RO/Funasa

Em análise do gráfico acima, observa-se que no período de 2004 a 2007 os indicadores demonstram um acréscimo médio de 3,6% nos casos de malária a cada ano, justificado pela ocorrência de fatores determinantes, tais como:

- Extrativismo mineral (garimpo de ouro) levando a migração de garimpeiros da cidade para a área indígena;
- Criação de pedágio, expondo os envolvidos à situação de risco, uma vez que os horários de trabalho correspondem ao período de pico de transmissibilidade do mosquito Anopheles;
- Aumento da população indígena promovendo o surgimento de novas aldeias.

O declínio de número de casos em 2008 está relacionado à melhoria nas ações de saúde, busca ativa com diagnóstico precoce e tratamento imediato, bem como um acompanhamento eficaz dos casos em tratamento evitando

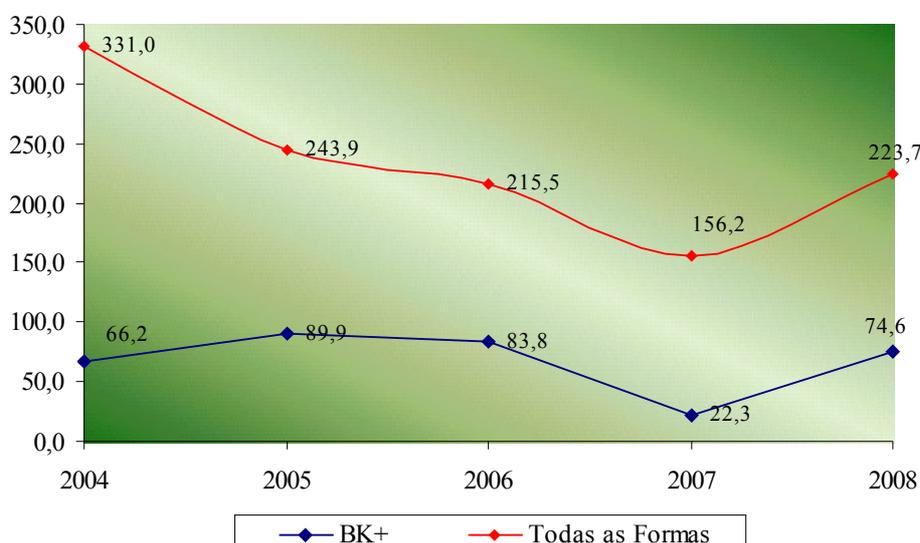
### Indicador V – Tuberculose

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Tuberculose	Mede a incidência de tuberculose pulmonar BK+ na população indígena.	Efetividade	Total de casos novos de tuberculose pulmonar BK+ pela população total indígena abrangida pelo Dsei, no ano. <b>Multiplicado por 100.000</b>	Siasi	<b>22,3</b> casos em 100.000 hab.	<b>74,6</b> casos em 100.000 hab.

Não houve redução dos casos de tuberculose, conforme meta pretendida de 10%, pois a continuidade das ações de intensificação na busca de novos casos teve como consequência um aumento no diagnóstico do agravo. O Dsei tinha programado alcançar 2% (179) de sintomáticos respiratórios, da sua população total e realizou 439. Foram notificados 21 casos de pessoas acometidas de tuberculose, levando a uma taxa de 223,71/100.000 mil, destas, 7 pessoas com tuberculose pulmonar positiva (74,57/100 mil). Ao contrário da redução, conforme meta, houve um incremento de 43,23 %, em 2008 em relação a 2007.

O gráfico a seguir, demonstra a evolução da doença no período de 2004 a 2008.

**Incidência de Tuberculose, Dsei Porto Velho-RO, 2004 a 2008**



Fonte: Dsei Porto Velho/Core-RO/Funasa

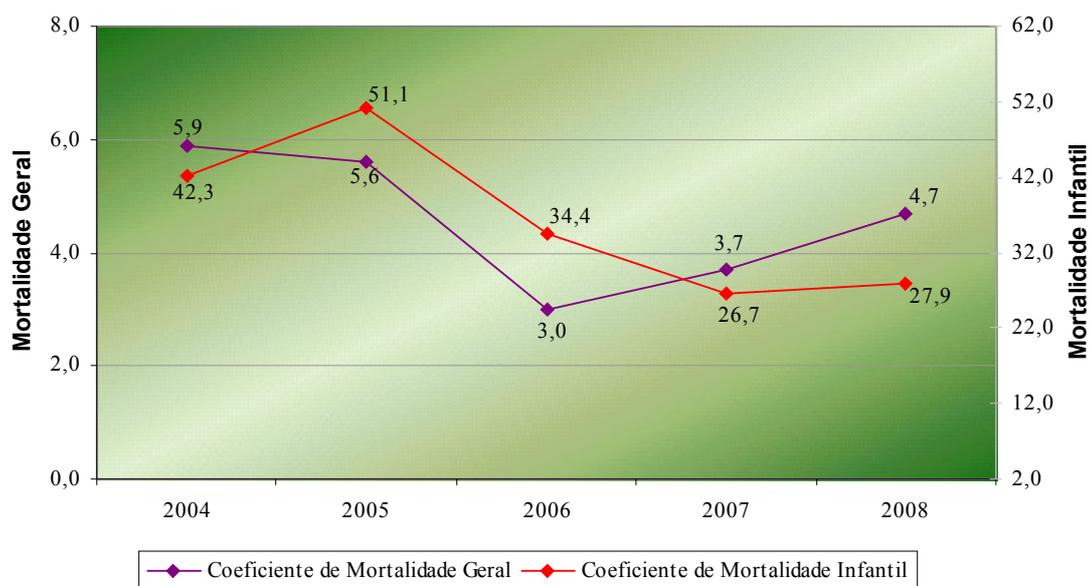
#### Indicador VI – Óbito Infantil Indígena

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Óbito Infantil Indígena	Mede o coeficiente de mortalidade infantil na população indígena.	Efetividade	Total de óbitos em menores de 1 ano de idade no Dsei, <b>dividido</b> pelo total de nascidos vivos no mesmo local e ano. <b>Multiplicado por 1.000</b>	Dsei/Core	<b>26,7</b> óbitos em < 1 ano em 1000 nascidos vivos	<b>27,9</b> óbitos em < 1 ano em 1000 nascidos vivos

As informações sobre mortalidade foram coletadas a partir das Declarações de Óbitos, que são feitas cópias nos Pólos Base e enviadas para o DSEI, conforme o fluxo de informação, e inseridos no Sistema de Informação de Saúde Indígena – SIASI, para que se possa avaliar as causas dos óbitos. Quando por algum motivo o óbito vem com causa desconhecida, é solicitado aos profissionais que façam o levantamento de informações (investigação) perante o estado de saúde do falecido, dados hospitalares e domiciliares para que se possa chegar a um determinante ao óbito. Ressalta-se que no Estado de Rondônia, não há um serviço de verificação de óbitos, sendo feita necropsia apenas em mortes violentas, para inquérito policial.

Os dados de mortalidade infantil são fundamentais para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

**Coefficientes de Mortalidade, Dsei Porto Velho-RO, 2004 a 2008**



Fonte: Dsei Porto Velho/Core-RO/Funasa

A Mortalidade Infantil (menores de 1 ano) encerrou o ano de 2008 com o índice de 27,9 por 1.000 nascidos vivos. Neste ano, dentre os 10 óbitos ocorridos em menores de 1 ano, ressalta-se que 2 destes foram de partos gemelar, ocorridos prematuramente em área indígena.

A mortalidade geral - as principais causas de óbitos estão relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias (septicemia), neoplasias, doenças endócrinas (diabete, desnutrição), doenças do aparelho circulatório (hipertensão e infarto), doenças do aparelho respiratório (pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica) e afecções do período perinatal.

O gráfico acima representa uma comparação com os anos anteriores, sendo que em 2004 e 2005 os índices de mortalidade mantinham um acréscimo anual, com redução gradativa nos anos de 2006 e 2007.

Em 2008 houve um acréscimo de 1,2% na mortalidade infantil e 1% na mortalidade geral, em relação a 2007, tendo em vista o óbito de dois (2) gemelar nascidos prematuramente, em áreas indígenas.

A mortalidade geral apresentou 45 óbitos, estratificados por causas: 20% (9 óbitos) por causa desconhecida; 20% (9) por afecções originadas no período perinatal; 15% (7) por neoplasias; 15% (7) por doenças do aparelho respiratório; 11% (5) por doenças do aparelho circulatório; 8,8% (4) relacionada a doenças infecciosas e parasitárias; 2,2% (1) por traumatismo crânioencefálico; 2,2% (1) por acidente vascular cerebral; 2,2% (1) por insuficiência renal; e 2,2% (1) por doença hemolítica do recém nascido.

Com a contratação e capacitação de profissionais, o Dsei intensificou as ações de saúde, proporcionando melhoria do acesso dos serviços de saúde às comunidades indígenas, com ênfase no Programa de Saúde da Mulher e da Criança, permitindo maior delineamento das condições dispensadas às ações dos programas de atenção à criança, pré-natal, parto e puerpério, possibilitando intervenções adequadas às diversas situações.

- Distrito Sanitário Especial Indígena de Vilhena

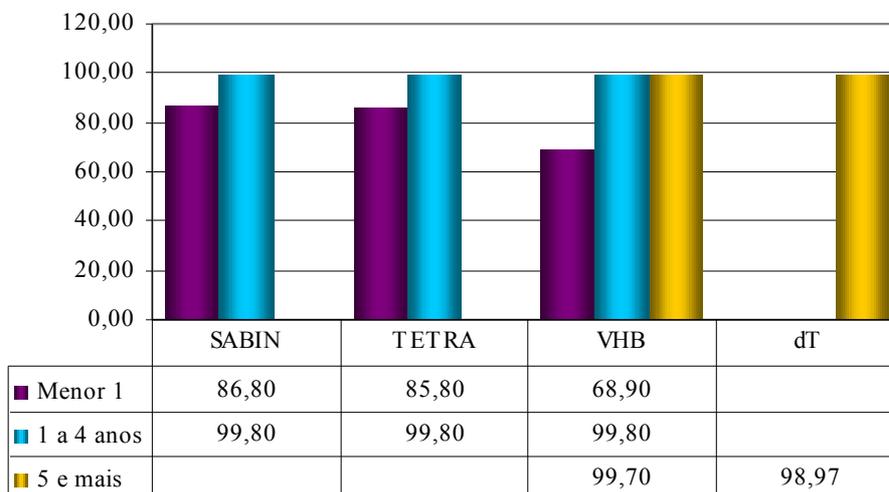
#### Indicador I – Esquema Vacinal Completo

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Esquema Vacinal	Mede o número de pessoas com esquema vacinal completo na população indígena.	<b>Eficiência</b>	Total de pessoas com esquema vacinal completo <b>dividido</b> pela população total do Dsei, no ano. <b>Multiplicado por 100</b>	Siasi	<b>97,7%</b>	<b>96,5%</b>

Do total da população aldeada, 96,5% está com esquema vacinal completo. Houve uma redução em relação ao ano anterior (97,7 %). A redução do índice de pessoas com esquema vacinal

completo se deve a baixa cobertura vacinal dos menores de 01 ano e da inclusão no calendário vacinal de rotina de 02 doses da vacina Tríplice viral para as pessoas com mais de 01 ano.

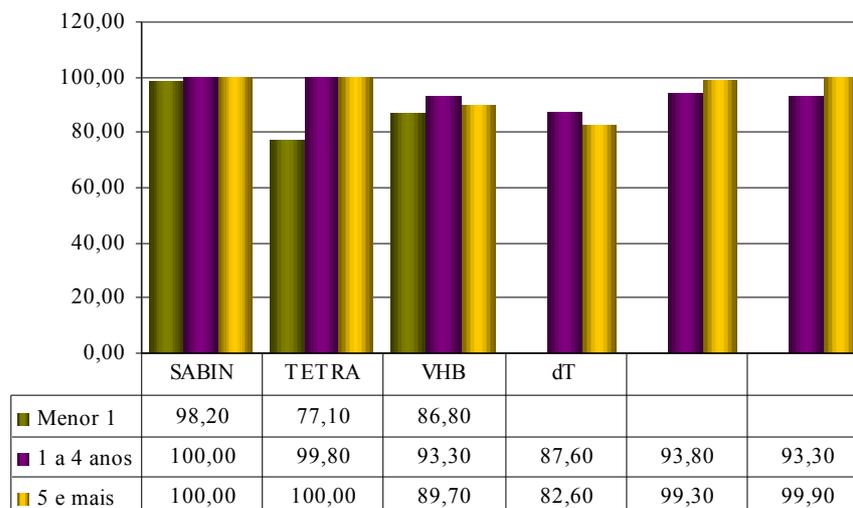
**Cobertura Vacinal das Vacinas Multidoses, Dsei Vilhena, 2008**



Fonte: Dsei Vilhena/Core-RO/Funasa

A cobertura vacinal em menores de 01 ano está abaixo de 95% em virtude do número reduzido de viagens às aldeias, bem como, por ser utilizado como meta todas as crianças na faixa etária de 6 a 11 meses para as vacinas multidoses e de 9 a 11 meses para a vacina contra febre amarela; por exemplo, ao solicitar a cobertura vacinal das crianças de 6 a 11 meses para a vacina contra a hepatite B, o programa (SIASI) contabiliza todas as crianças que estão com esta idade, desta forma, a criança que completa 6 meses de idade é considerada faltosa, caso não tenha tomado a 3ª dose da vacina; porém, conforme programa de imunização, a criança pode completar o esquema vacinal até um dia antes de completar 01 ano de idade, e mesmo assim ser possível atingir a cobertura vacinal adequada.

### Cobertura Vacinal das Vacinas Dose Única, Dsei Vilhena, 2008



Fonte: Dsei Vilhena/Core-RO/Funasa

COBERTURA VACINAL – DSEI VILHENA			
VACINAS	META (MS)	2007	2008
POLIOMIELITE (VOP)	95%	97,7 %	98,3%
HEPATITE B (HB)	95%	99,2 %	99,1%
DIFTERIA E TÉTANO (Dupla Adulto)	95%	95,2 %	98,9%
SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA (Tríplice Viral)	100%	98% (1 dose)	83,4% (2 doses)
BCG	90%	99,9 %	99,9 %
INFLUENZA (GRIPE)	95%	94,4 %	89,7%
FEBRE AMARELA	100%	99,7 %	95,9 %
PNEUMOCOCO	90%	99,8 %	99,1%
VARICELA	95%	99,8 %	98,4%
TETRAVALENTE	95%	97 %	98,6%
ROTAVÍRUS	90%	75 %	82,1%

### Indicador II e III - Criança e Gestantes Acompanhadas pelo SISVAN

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Criança Acompanhada	Mede o percentual de crianças menores de 5 anos de idade, acompanhadas pelo Sisvan Indígena.	<b>Eficiência</b>	Nº. de crianças menores de 5 anos acompanhadas pelo Sisvan, <b>dividido</b> pelo total de crianças menores de 5 anos no Dsei, no ano. <b>Multiplicado por 100</b>	Sisvan Indígena	<b>86%</b>	<b>72,2%</b>
Gestante	Mede o	<b>Eficácia</b>	Número de gestantes	Siasi/	<b>86%</b>	<b>62,8%</b>

Acompanhada	percentual de gestantes indígenas, acompanhadas pelo Sisvan.		indígenas acompanhadas pelo Sisvan, <b>dividido</b> pelo número de gestantes indígenas existentes no Dsei, no ano. <b>Multiplicado por 100</b>	Sisvan		
-------------	--	--	---	--------	--	--

Houve uma redução no acompanhamento de gestantes e crianças em relação ao ano anterior (86 %); no ano de 2008 foi possível acompanhar mensalmente o estado nutricional de 62,8 % (115/183) das gestantes e 72,2 % (954/1322) dos menores de 5 anos em virtude da falta de incentivo dos AIS em realizar esta ação em sua comunidade e da deficiência de veículos para conduzir as equipes multidisciplinares de saúde indígena e gestantes para as consultas de acompanhamento nas unidades de referência.

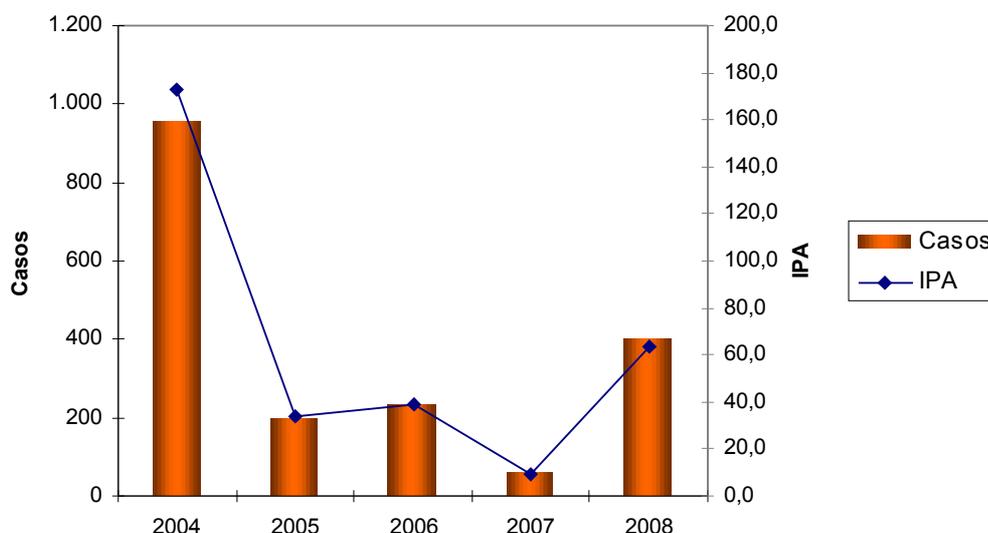
#### Indicador IV – Casos de Malária

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Casos de Malária	Mede o número de pessoas infectadas por malária na população indígena.	<b>Efetividade</b>	Número de casos de malária na população indígena do Dsei, no ano.	Sivep Malária e Siasi	<b>59 casos</b> (9,89 casos em 1000 hab.)	<b>404</b> (62,9 casos em 1000 hab.)

Houve um grande aumento dos casos de malária nesse ano (2008), comparado ao ano anterior. No ano de 2007 foram registrados 59 casos de malária em indígenas e em 2008 404 casos de malária em indígenas, refletindo num coeficiente de incidência de 62,9 casos em 1000 habitantes, ultrapassando em muito a meta alcançada do ano anterior que foi de 9,87 casos em 1000 habitantes. Ocorreram 816 casos de malária na área de abrangência do DSEI Vilhena no ano de 2008, sendo 404 em indígenas e 312 em não indígenas.

Os casos de malária estão concentrados na aldeia Roosevelt (Garimpo Lage) do município de Espigão D'Oeste, área de garimpo, onde foram registrados 808 casos de malária, 99% dos casos do distrito.

**Casos de Malária e IPA no Dsei Vilhena-RO, de 2004 a 2008**



Fonte: Dsei Vilhena/Core-RO/Funasa

### Indicador V – Tuberculose

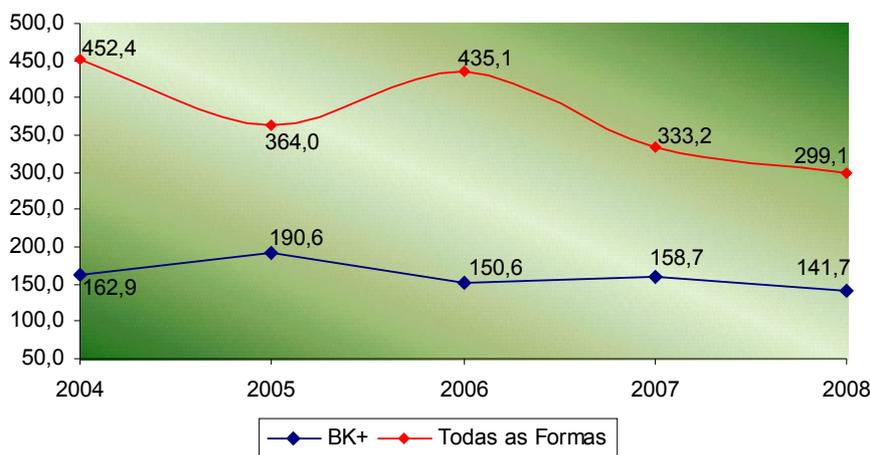
Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Tuberculose	Mede a incidência de tuberculose pulmonar BK+ na população indígena.	Efetividade	Total de casos novos de tuberculose pulmonar BK+ pela população indígena abrangida pelo Dsei, no ano. <b>Multiplicado por 100.000</b>	Siasi	<b>158,67</b> casos em 100.000 hab.	<b>141,69</b> casos em 100.000 hab.

O Coeficiente de incidência de tuberculose bacilífera em 2007 foi de 158,67 casos em 100.000 habitantes, sendo pactuado para o ano de 2008 uma redução de 10 %: 142,80 em 100.000 hab.

Apesar da meta pactuada no Plano Distrital ser de reduzir o coeficiente de incidência, a meta para o estado de Rondônia é de aumentar a detecção de casos. Para tanto, foram implementadas diversas ações de busca ativa em parceria com os municípios de referência, com o intuito de detectar os possíveis casos existentes. Com a implementação das ações, em especial na busca ativa de sintomáticos respiratórios, foram diagnosticados 19 casos de tuberculose, dos quais 9 foram bacilíferos.

O coeficiente de incidência foi de 141,69 casos de tuberculose bacilífera em 100.000 habitantes. Do total de casos (19), 11 tiveram alta por cura, 03 foram transferidos e 05 continuam em tratamento.

**Incidência de Tuberculose, Dsei Vilhena-RO, 2004 a 2008**



Fonte: Dsei Vilhena/Core-RO/Funasa

### Indicador VI – Óbito Infantil Indígena

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Óbito Infantil Indígena	Mede o coeficiente de mortalidade infantil na população indígena.	Efetividade	Total de óbitos em menores de 1 ano de idade no Dsei, <b>dividido</b> pelo total de nascidos vivos no mesmo local e ano. <b>Multiplicado por 1.000</b>	Dsei/ Core	<b>28,3</b> óbitos em < 1 ano em 1000 nascidos vivos	<b>39,2</b> óbitos em < 1 ano em 1000 nascidos vivos

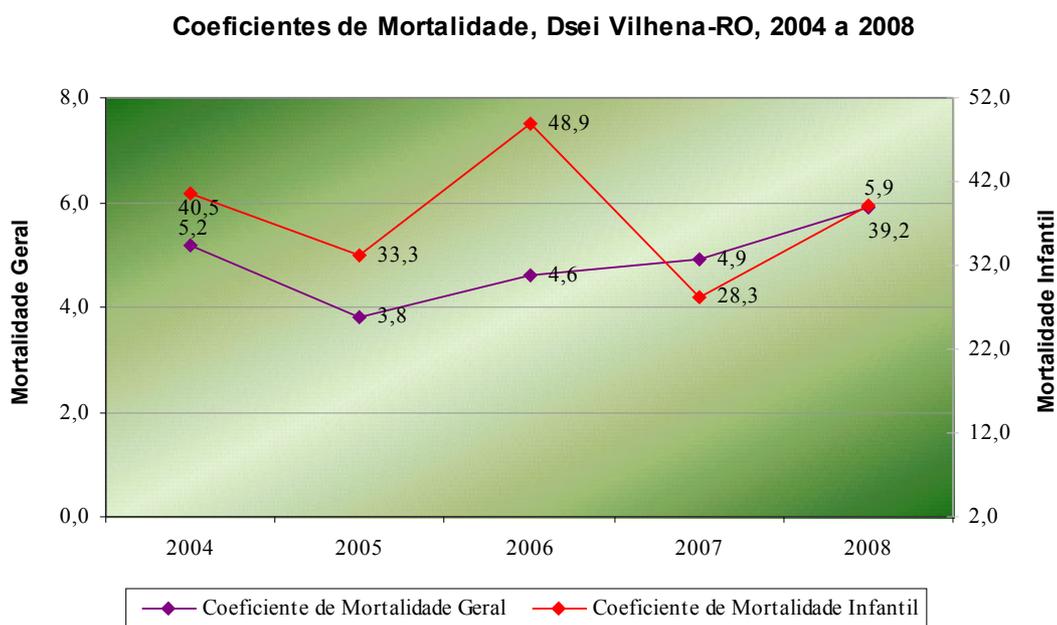
O coeficiente de mortalidade infantil esperado para o ano de 2008 foi de 26,9 óbitos em menores de 01 ano em 1000 nascidos vivos.

Houve um aumento do coeficiente de mortalidade infantil de 28,3 para 39,2 óbitos em menores de 01 ano em 1000 nascidos vivos (10 óbitos em 255 nascidos vivos).

Os óbitos do período neonatal (menores de 28 dias) tiveram um aumento em relação ao ano anterior, de 21,2 para 23,5 óbitos em menores de 28 dias em 1000 nascidos vivos.

A mortalidade pós-neonatal (infantil tardia) que compreende os óbitos de 28 dias a menores de 01 ano também teve um aumento em relação ao ano anterior: de 7,1 para 15,7 óbitos em 1000 nascidos vivos.

Para a redução destes óbitos, há necessidade de serem implementadas ações de assistência integral à saúde da criança, tais como: Programa de combate à IRA, diarreia, crescimento/desenvolvimento, imunização, bem como o fortalecimento de parcerias firmadas com as Pastorais da Saúde e FUNAI, a fim de garantir a estas crianças a alimentação e nutrição.



Fonte: Dsei Vilhena/Core-RO/Funasa

Houve um aumento no número de óbitos, de 4,9 para 5,9 óbitos em 1000 habitantes de 2007 para 2008.

O aumento do coeficiente de mortalidade geral é decorrente ao aumento do número de óbitos em menores de 01 ano, crianças na faixa etária de 1 a 4 anos e maiores de 60 anos.

Com o intuito de reduzir a mortalidade nas crianças desta faixa etária, há necessidade de serem implementadas as ações dos programas de crescimento/desenvolvimento, combate à IRA, diarreia, a fim de garantir alimentação e nutrição adequada, proporcionando assistência adequada às infecções respiratórias, já que a desnutrição e problemas pulmonares são as principais causas de óbitos nesta faixa etária.

Quanto ao aumento da mortalidade em idosos, observa-se o aumento de óbitos em idade bastante avançada, acima de 80 anos, isso demonstra que os indígenas estão vivendo mais, provavelmente em virtude da melhora da assistência nas ações desenvolvidas, tais como: controle da hipertensão, diabete, vacinação, em especial a vacinação contra a gripe e anti-pneumocócica.

#### 2.4.1.2. Saneamento Ambiental

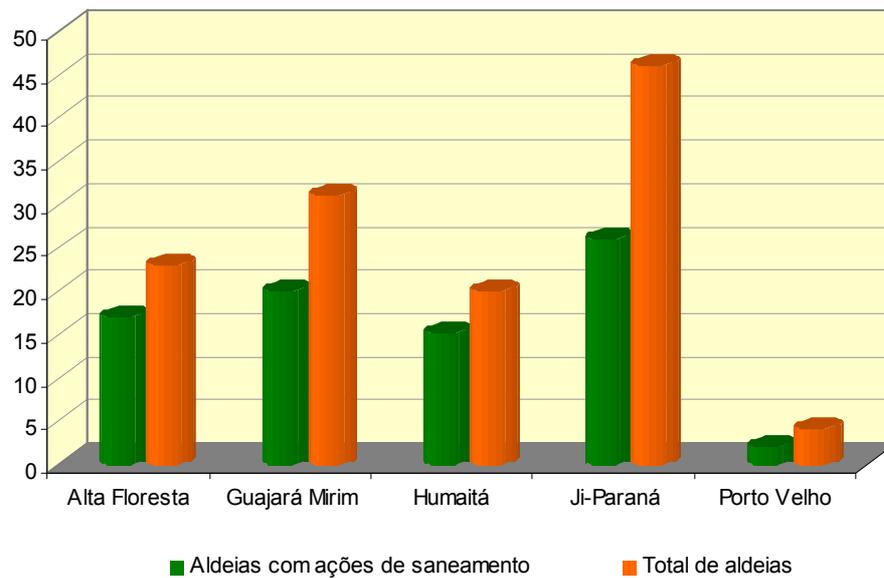
##### Indicadores das ações de execução direta – Saneamento em Áreas Indígena e Saneamento em Áreas Rurais - Assentamentos

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
% de aldeias com sistema de abastecimento de água, Dsei <b>Porto Velho</b> .	Mede o percentual de abastecimento de água em área indígena, por Dsei.	<b>Eficácia</b>	Nº de aldeia beneficiada com ações de abastecimento de água <b>dividido</b> pelo nº total de aldeias do Dsei. <b>Multiplicado por 100.</b>	Diesp/Sensp	64,70%	64,50%
% de aldeias com sistema de abastecimento de água, Dsei <b>Vilhena</b> .	Mede o percentual de abastecimento de água em área indígena, por Dsei.	<b>Eficácia</b>	Nº de aldeia beneficiada com ações de abastecimento de água <b>dividido</b> pelo nº total de aldeias do Dsei. <b>Multiplicado por 100.</b>	Diesp/Sensp	82,40%	88,00%

Relativo às ações em área indígena, das 62 aldeias programadas em 2007, foram beneficiadas 45; 17 obras não foram licitadas por falta de interesse das empresas. Dessas 17, a maioria é pertencente ao Dsei Vilhena, o que justifica o baixo índice (12%) alcançado em 2007. Em 2008, das 64 aldeias programadas, nenhuma foi beneficiada. Os processos foram licitados, mas não houve tempo hábil para empenhamento, em função do recurso só ter sido liberado no 2º semestre e das dificuldades na elaboração/tramitação do processo, por tratar-se de Concorrência Pública e a PGF estar centralizada em Manaus, Core AM. Além disso, a área de saneamento da Core enfrenta dificuldade de executar, em tempo hábil, todas as ações face a insuficiência de engenheiros, para, no caso, realizar os levantamentos “in loco”, dos serviços a serem executados e elaboração das planilhas orçamentárias.

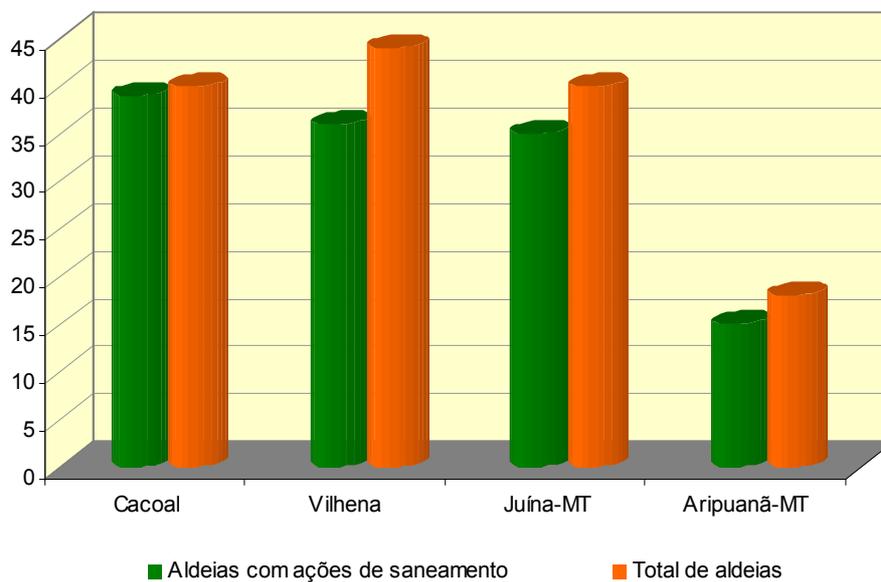
Os gráficos a seguir ilustram a atual situação do saneamento em área indígena, com aldeias com ações de saneamento distribuídas por Pólo Base.

**Aldeias com Ações de Saneamento por Polo Base, Dsei Porto Velho-RO, 2008**



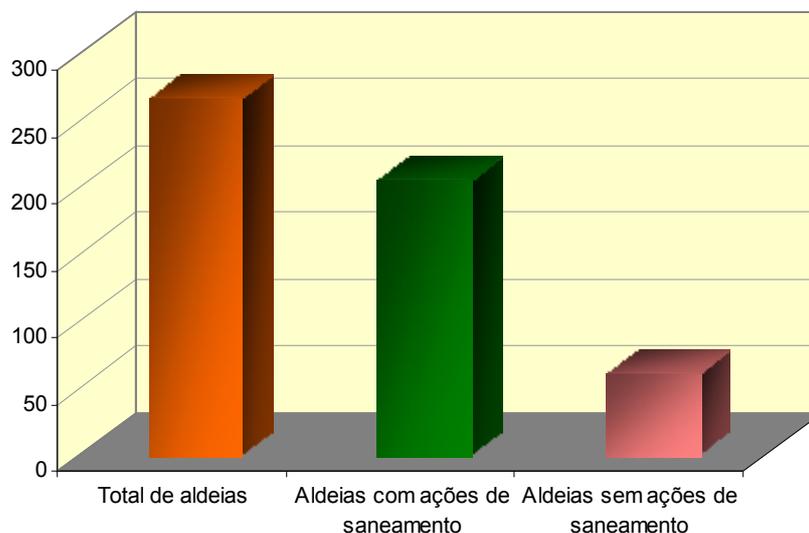
Fonte: Diesp/Core-RO/Funasa

**Aldeias com Ações de Saneamento por Polo Base, Dsei Vilhena-RO, 2008**



Fonte: Diesp/Core-RO/Funasa

**Número de Aldeias com Ações de Saneamento, Core-RO, 2008**



Fonte: Diesp/Core-RO/Funasa

Vale destacar as ações de saneamento implantadas nas aldeias indígenas que foram executadas neste exercício totalizando 45 comunidades, com construções de sistemas simplificados de abastecimento de água e lavanderias com módulos sanitários, atendendo 374 famílias.

### Indicadores das ações de convênios

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Número de Famílias Beneficiadas com projetos de abastecimento de água, contratados no ano.	Demonstra o número absoluto de famílias beneficiadas com projetos de abastecimento de água no decorrer do ano.	<b>Eficácia</b>	Números de famílias beneficiadas com os projetos de abastecimento de água em 2008.	Core/Diesp/Sensp.	622	0
Número de Famílias Beneficiadas com projetos	Demonstra o número absoluto de famílias beneficiadas com projetos	<b>Eficácia</b>	Números de famílias beneficiadas com os projetos de drenagem e manejo ambiental em 2008.	Core/Diesp/Sensp.	0	0

de drenagem e manejo ambiental, contratados no ano.	de drenagem e manejo ambiental no decorrer do ano.					
Número de Famílias beneficiadas com projetos de esgotamento sanitário, contratados no ano.	Demonstra o número absoluto de famílias beneficiadas com projetos de esgotamento sanitário no decorrer do ano.	<b>Eficácia</b>	Números de famílias beneficiadas com os projetos de esgotamento sanitário em 2008.	Core/ Diesp/ Sensp.	0	0
Número de Famílias beneficiadas com projetos de melhorias sanitárias domiciliares, contratados no ano.	Demonstra o número absoluto de famílias beneficiadas com projetos de melhorias sanitárias domiciliares no decorrer do ano.	<b>Eficácia</b>	Números de famílias beneficiadas com os projetos de melhorias sanitárias domiciliares em 2008.	Core/ Diesp/ Sensp.	0	0
% de aldeias indígenas beneficiadas com ações de saneamento em relação às metas do PAC.	Mede o percentual de ações de saneamento em aldeias indígenas com recursos do PAC.	<b>Efetividade</b>	Número de aldeias indígenas beneficiadas com ações de saneamento <b>dividido</b> pelo numero total de aldeias. <b>Multiplicado por 100.</b>	Core/ Diesp/ Sensp.	100%	0
% de projetos com visita de acompanhamento, em relação aos projetos com parcela de recursos liberada.	Mede o número de projetos com visita técnica de acompanhamento com parcela de recursos liberada.	<b>Efetividade</b>	Número de projetos com visita de acompanhamento, <b>dividido</b> pelo número de projetos com parcela liberada. <b>Multiplicado por 100</b>	Core/ Diesp/ Sensp.	100%	100%
Nº de	Mede o	<b>Efetividade</b>	Número de projetos	Core/	85%	100%

projetos com pendência técnica.	percentual de projetos com pendência técnica.		com pendência técnica <b>dividido</b> pelo número de projetos analisados. <b>Multiplicado por 100.</b>	Diesp/ Sensp.		
---------------------------------	---	--	---	---------------	--	--

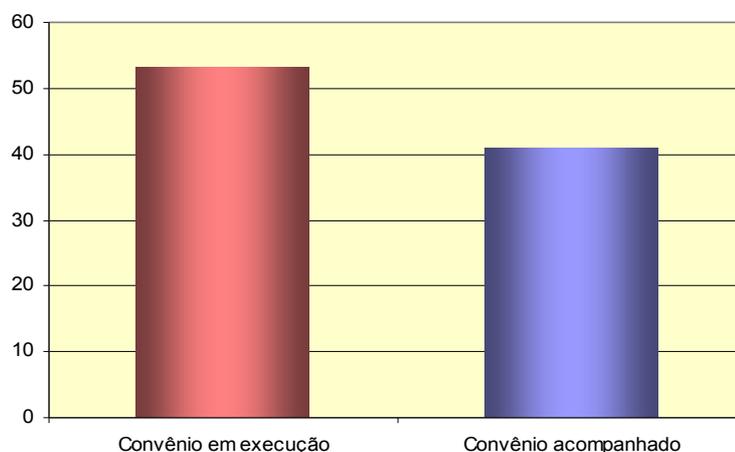
**Obs.:** Dos 23 TC/PAC/2007, apenas um (1) foi aprovado e a 1ª parcela liberada em 2008, onde foi considerado número de família beneficiada.

Observados os critérios epidemiológicos, sanitários e ambientais e garantindo a transparência na aplicação de recursos e no impacto da redução de doenças, no exercício de 2008, as ações de convênios foram priorizadas para os municípios contemplados nas Portarias do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC do governo Federal, com ações de Sistema de Abastecimento de Água, Melhorias Sanitárias Domiciliares, Sistema de Esgotamento Sanitário e Drenagem para o Manejo e Controle da Malária, das quais, 37 projetos técnicos foram analisados e estão aguardando regularização das pendências apontadas nas análises, por parte dos proponentes, 4 projetos estão em processo de análise, 1 projeto está aprovado com obra em execução, beneficiando 622 famílias, nessas ações.

O resultado dos indicadores apresentados não é satisfatório, com índice de alcance “zero”, em quase todos os indicadores, uma vez que a Core (Diesp) considerou “índice alcançado” de família beneficiada, seja 2007 ou 2008, o projeto aprovado, obra em andamento ou concluída.

Relativo aos convênios, dos 23 programados de 2007, apenas 1 projeto foi aprovado, com a obra em andamento, os demais continuam aguardando regularização das pendências por parte das convenientes (prefeituras). Os de Cooperação Técnica, dos 4 programados, 2 estão aprovados. Dos 19 programados de 2008, 18 foram analisados e todos estão com pendências, aguardando regularização, para posterior aprovação.

**Número de Convênio Acompanhado, Core-RO, 2008**



Fonte: Diesp/Core-RO/Funasa

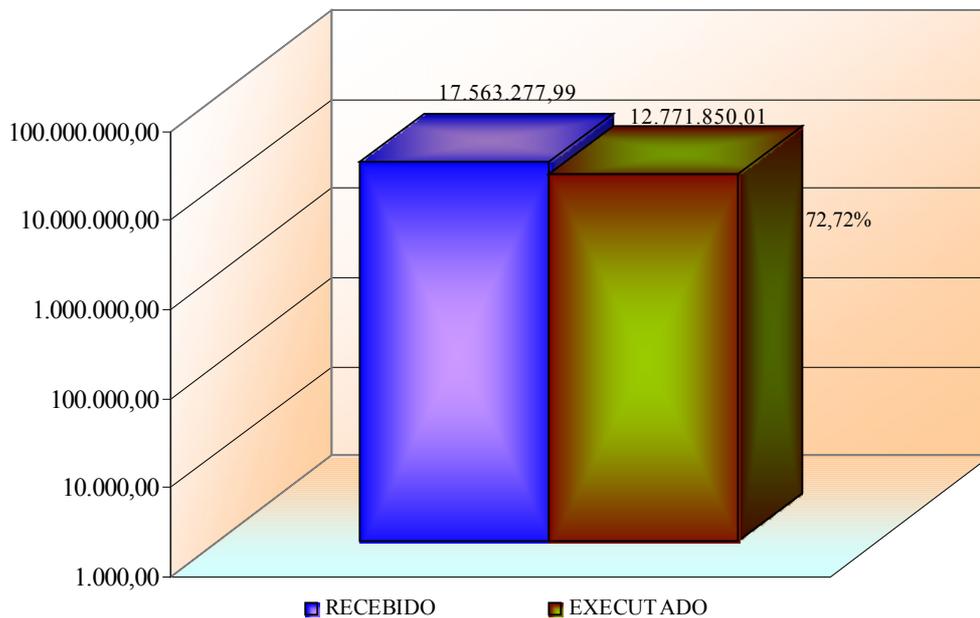
### 2.4.1.3. Gestão

#### Indicador orçamentário e financeiro

Indicador	Quesito Avaliado	Tipo	Método de Cálculo	Fonte	Índice alcançado em 2007 (referência)	Resultado Alcançado em 2008
Execução Financeira	Avalia a capacidade de pagamento da Coordenação Regional no exercício de 2008.	<b>Eficiência</b>	Total dos recursos financeiros pagos no exercício, <b>dividido</b> pelo total de recursos orçamentários empenhados, na Core, no ano. <b>Multiplicado por 100</b>	Cgofi/Siafi	88,1%	127,1%
Execução Orçamentária	Avalia a capacidade de execução orçamentária da Coordenação Regional no exercício de 2008.	<b>Eficiência</b>	Total dos recursos orçamentários executados no exercício, <b>dividido</b> pelo total dos recursos orçamentários liberados no exercício, na Core, no ano. <b>Multiplicado por 100</b>	Cgofi/Siafi	99,90%	72,72%
Capacidade de pagamento	Avalia a capacidade de pagamento de Restos a Pagar inscritos no exercício financeiro.	<b>Efetividade</b>	Total de Restos a Pagar inscritos, dividido pelo total de pagamentos de Restos a Pagar no exercício.	Siafi	49,2%	84,4%

Os indicadores mostram o desempenho da Core na área orçamentária-financeira. Conforme é possível também observar no gráfico abaixo, chama atenção, especialmente, a baixa execução orçamentária em 2008, comparada ao ano de 2007.

### Execução Orçamentária, Core-RO, 2008

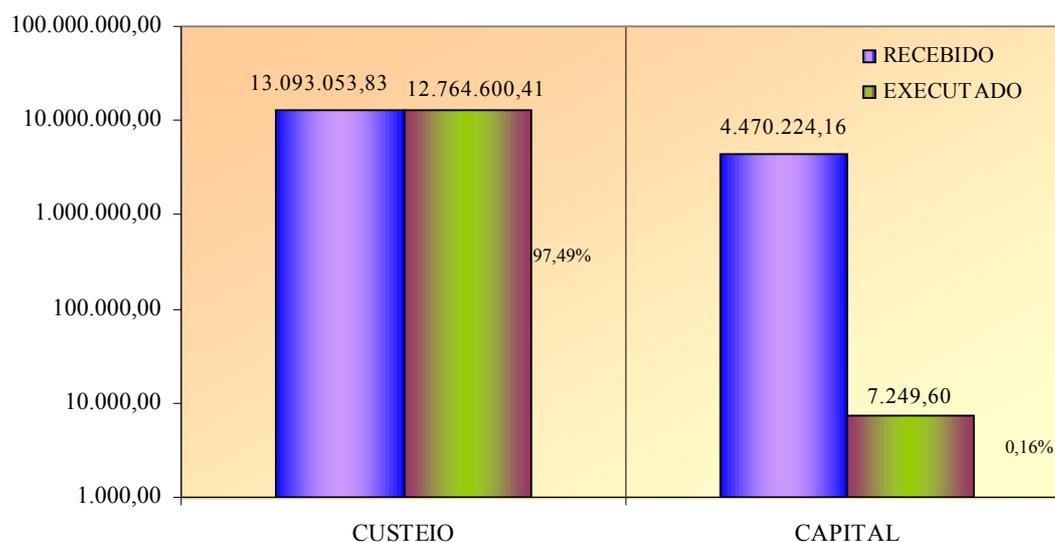


Fonte: Saeof/Core-RO/Funasa

O baixo percentual de eficiência na execução orçamentária do orçamento de capital, em 2008, recurso destinado a saneamento básico em aldeias indígenas, foi decorrente de problemas conjunturais, tais como:

- Demora na liberação dos créditos, sendo realizada no segundo semestre;
- Processos complexos de obras de engenharia;
- Centralização da PGF na Core/AM;
- Sistemática diferente adotada pela atual PGF, quanto aos processos licitatórios, com a exigência pormenorizada dos procedimentos;

### Execução Orçamentária - Principais Categorias, Core-RO, 2008



Fonte: Seof/Core-RO/Funasa

Como é possível observar no gráfico acima, e conforme explicado no parágrafo anterior, dos créditos não executados, num total de R\$ 4.791.427,98, 93%, ou seja, R\$ 4.470.224,16 corresponde a despesas de capital com Obras e Instalações, orçamento destinado a obras de saneamento nas aldeias, que não foi executado em função de problemas descritos acima.

## QUADRO DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS PAGAS EM 2008 - CORE-RONDÔNIA

DESPESAS	MANUTEN	DSEI/PVH	DSEI/VIL	EDUCAÇÃO	CAPACITAÇÃO	DIESP	TOTAL
AJUDA DE CUSTO - PESSOAL CIVIL - 3339093.03	3.231,10						3.231,10
APARELHOS E UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS - 33449052.12		5.200,00					5.200,00
APOIO ADMIN., TÉCNICO E OPER. (MOTOR. TERC).- 3339037.01		304.093,55	447.355,26				751.448,81
ASSINATURAS DE PERIODICOS E ANUIDADES - 3339039.01	2.280,00						2.280,00
AUXILIO A PESSOAS FISICAS - 3339048.01		70,00					70,00
COMBUSTÍVEL E LUBRIFICANTES AUTOMOTIVOS - 3339030.01	16.709,54	175.900,70	5.377,25			9.477,41	207.464,90
DESPESAS DE TELEPROCESSAMENTO - 3339039.97							0,00
DIÁRIAS - 3319092.14	1.670,52	8.913,72	4.147,69				14.731,93
DIÁRIAS - 3339014.14	365.614,78	102.400,80	109.609,18	13.032,27	52.450,65	96.176,77	739.284,45
DIÁRIAS A COLABORADORES EVENTUAIS NO PAÍS- 3339036.02	13.875,37	48.610,68	47.816,58			25.629,40	135.932,03
FERRAMENTAS - 3339030.42	35,00						35,00
FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO - 3339036.23		140,00					140,00
FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO - 3339039.41	31.877,30	1.099.509,65	1.466.851,94				2.598.238,89
FRETES E TRANSP. DE ENCOMENDAS - 3339039.74							0,00
GÁS E OUTROS MATERIAIS ENGARRAFADOS - 3339030.04	373,56	10.062,21	5.988,00				16.423,77
GENEROS DE ALIMENTAÇÃO - 3339030.07	13.151,79	77.018,44	39.247,99				129.418,22
HOSPEDAGENS - 3339039.80	21.961,20	468.960,96	22.295,84				513.218,00
LIMPEZA E CONSERVAÇÃO - 3339037.02	120.619,76	260.048,56	352.499,09				733.167,41
LOCAÇÃO DE IMÓVEIS (PESSOA FÍSICA) - 3339036.15		35.213,33					35.213,33
LOCAÇÃO DE IMÓVEIS (PESSOA JURÍDICA) - 3339039.10		12.000,00					12.000,00
LOCAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE - 3339033.03		35.930,10	69.907,50			400,00	106.237,60
MANUT. CONS. EQUIP. DE PROC. DE DADOS - 3339039.95	25.904,71						25.904,71
MANUTENÇÃO E CONSERV. DE BENS IMÓVEIS - 3339039.16	3.140,00	490,00					3.630,00
MANUTENÇÃO E CONSERV. DE BENS MÓV. OUTRAS NAT. - 3339039.20	1.008,00	600,00					1.608,00
MANUTENÇÃO E CONSERV. DE MÁQ. E EQUIP. - 3339039.17	134.561,60	43.943,12				536.838,43	715.343,15
MANUTENÇÃO E CONSERV. DE VEÍCULOS - 3339039.19	60.909,38	149.074,68	79.356,52			18.980,80	308.321,38
MAQUINAS E EQUIPAMENTOS GRAFICOS - 33449052.32		1.640,00					1.640,00
MÁQUINAS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DIVERSOS - 33449052.34		409,60					409,60
MATERIAL DE ACONDICIONAMENTO E EMBALAGEM - 3339030.19		2.006,01					2.006,01
MATERIAL DE CAMA, MESA E BANHO - 3339030.20							0,00
MATERIAL DE CONSUMO - 339092.92		93.531,39	41.519,07			1.439,76	136.490,22
MATERIAL DE COPA E COZINHA - 3339030.21	5.322,01	679,79					6.001,80
MATERIAL DE EXPEDIENTE - 3339030.16	35.846,57	788,07	441,00			500,00	37.575,64
MATERIAL DE LIMPEZA E PROD. DE HIGIENIZAÇÃO - 3339030.22	3.007,06	12.844,16	3.987,41				19.838,63
MATERIAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS - 3339030.17	45,26	84,75	250,00				380,01
MATERIAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA - 3339030.28		9.855,45	210,00				10.065,45

MATERIAL DE SINALIZAÇÃO VISUAL E OUTROS - 3339030.44							0,00
MATERIAL ELÉTRICO E ELETRÔNICO - 3339030.26	700,33	8.569,63					9.269,96
MATERIAL FARMACOLÓGICO - 3339030.09	49.177,75	115.801,49	317.173,77				482.153,01
MATERIAL HOSPITALAR - 3339030.36			265,00				265,00
MATERIAL LABORATORIAL - 3339030.35		33.049,95					33.049,95
MATERIAL ODONTOTOLÓGICO - 3339030.10							0,00
MATERIAL P/ AUDIO E VIDEO - 3339030.29					1.183,00		1.183,00
MATERIAL P/ MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVEIS/INST. - 3339030.24	3.926,28	1.841,50	585,00				6.352,78
MATERIAL P/ MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEIS - 3339030.25	187.098,21	10.061,40	27.419,01		113.230,23		337.808,85
MATERIAL P/ MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS - 3339030.39	168.680,58	360.497,15	274.107,68		33.476,11		836.761,52
MATERIAL P/ REABILITAÇÃO PROFISSIONAL - 3339030.43							0,00
MATERIAL PARA COMUNICAÇÕES - 3339030.30							0,00
MUDANÇAS EM OBJETO DE SERVIÇO - 3339033.04							0,00
PASSAGENS - 339092.33	3.362,38		78.844,89				82.207,27
PASSAGENS PARA O PAÍS - 3339033.01	7.225,90	124.291,56	159.888,09		10.100,00	8.680,00	310.185,55
SEGUROS EM GERAL - 3339039.69	28.409,23						28.409,23
SERV TERC - PESSOA FÍSICA - 339092.36	214,80	214,80					429,60
SERV TERC - PESSOA JURÍDICA - 339092.39	15.256,13	234.931,93	168.313,83		9.957,00		428.458,89
SERV TERC - PESSOA JURÍDICA - 339192.39	2.699,90						2.699,90
SERV TERC - PESSOA JURÍDICA - 339192.85							0,00
SERVIÇOS DE ÁGUA E ESGOTO - 3339039.44	6.333,52	95.900,98	20.745,54				122.980,04
SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO EM GERAL - 3339039.47	44.112,75						44.112,75
SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO EM GERAL - 3339139.47	5.984,80						5.984,80
SERVIÇOS DE CÓPIAS E REPRODUÇÃO DE DOCUMENTOS - 3339039.83	34.312,18	7.131,30	12.059,89				53.503,37
SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA - 3339039.43	186.358,52	70.837,07	105.582,09				362.777,68
SERVIÇOS DE SELEÇÃO E TREINAMENTO - 3339039.48					6.110,00		6.110,00
SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES - 3339039.58	145.279,33	130.800,62	152.006,33		2.843,09		430.929,37
SERVIÇOS DOMÉSTICOS (LAVANDERIA) - 3339039.46		60.402,80	95.745,32				156.148,12
SERVIÇOS FUNERÁRIOS - 3339039.67	11.161,80	64.838,20	41.633,86				117.633,86
SERVIÇOS GRÁFICOS E EDITORIAIS - 3339039.63	505,00						505,00
SERVIÇOS MÉDICO-HOSP., ODONT. E LABORAT. - 3339039.50		11.231,00	22.600,00				33.831,00
SUPRIMENTO DE FUNDOS - 96							0,00
UNIFORMES, TECIDOS E AVIAMENTOS - 3339030.23							0,00
VIGILÂNCIA OSTENSIVA - 3339037.03	229.610,54	715.619,75	632.865,86			19.803,72	1.597.899,87
<b>TOTAL</b>	<b>1.991.554,44</b>	<b>5.006.040,85</b>	<b>4.806.696,48</b>	<b>13.032,27</b>	<b>68.660,65</b>	<b>878.615,72</b>	<b>12.764.600,41</b>

## 2.4.2 – Evolução de gastos gerais

Além dos indicadores de desempenho, devem ser evidenciadas pela UJ, de acordo com a tabela abaixo, os principais gastos ocorridos, ao longo dos últimos 3 anos (despesas pagas), podendo ser adicionados comentários que expliquem o comportamento dos gastos gerais da Unidade.

DESCRIÇÃO	ANO		
	2006	2007	2008
1. PASSAGENS	260.502,78	259.373,09	310.185,56
2. DIÁRIAS E RESSARCIMENTO DE DESPESAS EM VIAGENS	879.634,76	727.785,99	739.284,45
3. SERVIÇOS TERCEIRIZADOS			
3.1. Publicidade	7.896,30	8.416,80	5.984,80
3.2. Vigilância	1.402.500,98	1.526.649,74	1.597.899,97
3.3. Limpeza e Conservação	857.943,79	976.810,48	733.167,41
3.4. Tecnologia da informação	0,00	0,00	0,00
3.5. Outras Terceirizações*	8.806.130,17	8.285.025,13	8.060.312,28
3.6. Suprimento de fundos	348.281,50	173.931,81	108.718,61
4. CARTÃO DE CRÉDITO CORPORATIVO	0,00	38.340,00	100.673,03
<b>TOTAIS</b>	<b>12.562.890,28</b>	<b>11.996.333,04</b>	<b>11.656.226,11</b>

\*Obs.: Outras terceirizações - Contratos referentes a Serviços de Manutenção de Veículos, Bombas e Ar-condicionados, Motoristas, Fornecimentos de Medicamentos, Alimentação nas Casais, Serviços de Telefonia Fixa, Água, Luz e Gás, Xérox, Correios, Lavanderia, Funerários, Remanufaturamento de cartuchos, Aluguel de imóveis.

## 3. RECONHECIMENTO DE PASSIVOS POR INSUFICIÊNCIA DE CRÉDITOS OU RECURSOS

Item 3 do Conteúdo Geral do Anexo II da DN TCU 93/2008. Quadro II.A.1- Reconhecimento de Passivos

**Obs.: Não houve ocorrência no período**

#### 4. RESTOS A PAGAR DE EXERCÍCIOS ANTERIORES

Item 4 do Conteúdo Geral do Anexo II da DN TCU 93/2008.

Quadro II.A.2- Execução de Restos a Pagar no Exercício por ano de inscrição no Siafi

ANO	PROCESSADOS (R\$)				NÃO PROCESSADOS (R\$)			
	INSCRITOS	CANCELADOS	PAGOS	A PAGAR	INSCRITOS	CANCELADOS	PAGOS	A PAGAR
2006	2.215.285,98		1.673.259,85	542.026,13	6.795.635,68	741.825,16	5.511.784,39	542.026,13
2007	1.414.994,62		1.385.693,26	29.301,36	1.438.939,39	730.889,13	708.050,26	-
2008	905.543,07	29.301,36	876.241,71	-	3.641.566,82	52.936,96	3.074.936,70	513.693,16

**Nota:** As reinscrições ocorreram por força de Decreto.

O RP Processados A PAGAR, ainda vigente a obrigação.

O RP NÃO PROCESSADO a Pagar de 2006, foi cancelado em 2007, enquanto que o A PAGAR DE 2007 foi reinscrito em 2008, devido a vigência das obrigações.

#### 5. DEMONSTRATIVO DE TRANSFERÊNCIAS (RECEBIDAS E REALIZADAS) NO EXERCÍCIO

Item 5 do Conteúdo Geral do Anexo II da DN TCU 93/2008. Quadro II.A.3

**Obs.: Não aplicável à Regional**

#### 6. PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR PATROCINADA

Item 6 do Conteúdo Geral do Anexo II da DN TCU 93/2008

**Obs.: Não aplicável à Regional**

#### 7. FLUXO FINANCEIRO DE PROJETOS OU PROGRAMAS FINANCIADOS COM RECURSOS EXTERNOS

Item 7 do Conteúdo Geral do Anexo II da DN TCU 93/2008. Quadro II.A.4 – Projetos e Programas financiados com Recursos Externos (Demonstrativo dos Fluxos Previstos e Realizados)

**Obs.: Não aplicável à Regional**

## 8. RENÚNCIA TRIBUTÁRIA

Item 8 do Conteúdo Geral do Anexo II da DN TCU 93/2008.

**Obs.: Não aplicável à Regional**

## 9. DECLARAÇÃO DE SOBRE A REGULARIDADE DOS BENEFICIÁRIOS DIRETOS DE RENÚNCIA

Item 9 do Conteúdo Geral do Anexo II da DN TCU 93/2008 - Quadro II.A.12 – Declaração do gestor sobre a regularidade dos beneficiários

**Obs.: Não aplicável à Regional**

## 10. OPERAÇÕES DE FUNDOS

Item 10 do Conteúdo Geral do Anexo II da DN TCU 93/2008

**Obs.: Não aplicável à Regional**

## 11. DESPESAS COM CARTÃO DE CRÉDITO

Item 11 do conteúdo geral do Anexo II da DN-TCU-93/2008

*Tabela x – Cartão de crédito cooperativo: série histórica das despesas*

Ano	Fatura		Saque	
	Quantidade (1)	Valor	Quantidade	Valor
2006	-	0,00	-	0,00
2007	-	0,00	69	R\$ 38.340,00
2008	31	R\$ 32.578,03	143	R\$ 68.095,00

(1) A quantidade refere-se a cada ocorrência da fatura (item de gasto)

Justificativa: Em 2002 foram iniciados os procedimentos de implantação do Cartão de Crédito Cooperativo do Governo Federal nesta Coordenação Regional através de abertura de Processo nº 25275.007.507/2002-36, chegando-se a obter cartão “piloto”. Porém, o processo não teve êxito e não houve continuidade devido a entraves burocráticos. A implantação foi desautorizada pela presidência da Funasa e só voltou a vigorar a partir de 2007.

Tabela y – Informações sobre as definições feitas pelo Ordenador de Despesas da UG, consoante previsão do art. 6º da Portaria MP nº 41, de 04.03.2005.

<b>Limite de utilização total da UG:</b>	<b>R\$ 150.000,00</b>
<b>Natureza dos gastos permitidos:</b>	<b>SAQUE E FATURAS</b>

<b>Limites concedidos a cada portador:</b>	
<b>Portador</b>	<b>Limite</b>
ADINOILDES DE SOUZA SILVA GRIEGER	R\$ 3.000,00
ALCIMAR GONÇALVES GALVÃO	R\$ 1.060,00
AMARILDO BARROZO DE BRITO	R\$ 2.900,00
BENICIO ADRIANO	R\$ 2.200,00
CELIA MARIA BEZERRA DA SILVA	R\$ 16.000,00
EDMILSON NUNES NOBREGA	R\$ 4.300,00
ENEDINA GONÇALVES GALVÃO	R\$ 2.105,00
JAIR MARTINS DE OLIVEIRA	R\$ 1.000,00
JOÃO BATISTA FURTUNA	R\$ 8.750,00
JOSÉ ELIAS DA COSTA BARROS	R\$ 1.300,00
JOSE MARIA RODRIGUES DA SILVA	R\$ 4.320,00
JOSE SOARES NETO	R\$ 5.955,00
LEONIDAS VAZ DE CARVALHO	R\$ 4.400,00
LINDALVA COUTINHO DE QUEIROZ	R\$ 8.460,00
LUIZ EIJI SATO	R\$ 16.500,00
MARIA DAS GRAÇAS FONTINELE	R\$ 4.000,00
MARIA DO CARMO DOS SANTOS RAMOS	R\$ 17.240,00
MARIA LUCILEIA CARVALHO DA MOTA SILVA	R\$ 12.580,00
MARISA FERREIRA BARROZO	R\$ 4.700,00
NILTON SANTOS DA SILVA	R\$ 7.000,00
ROSINALDO LUCENA DA SILVA	R\$ 1.500,00
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$ 129.270,00</b>

## **12. RECOMENDAÇÕES DO ÓRGÃO OU UNIDADE DE CONTROLE INTERNO**

Item 12 do conteúdo geral por natureza jurídica do Anexo II da DN-TCU-93/2008

**(Plano de Providências – Anexo I)**

## 13. DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TCU

Item 13 do conteúdo geral por natureza jurídica do Anexo II da DN-TCU-93/2008

### **ACÓRDÃO 25/2008 – Pedido de Reexame**

**Recorrentes:** Carlos Rufino de Carvalho (CPF nº 011.656.582-91), Francisco Mateus de Lima (C.P.F nº 024.805.142-34), Jose Siqueira Campos (CPF nº 011.636.392-49), e Nivaldo soares de Moura (CPF nº 006.963.822-53).

#### **Recomendações:**

Item 9.1 – conhecer do Pedido de Reexame para, no mérito, negar-lhe provimento, mantendo-se os termos do Acórdão 1.112/2004 – 2ª Câmara.

**Sector Responsável** – Seções de Pagamento e Cadastro.

**Providências Adotadas:** Excluído da folha de pagamento dos referidos servidores as referidas Sentenças Judiciais.

### **ACÓRDÃO 2759/2008 – Aposentadoria.**

**Interessada:** Aldenora Pereira da Silva (CPF nº 045.794.452-87)

#### **Recomendações:**

9.3.1 – dar ciência, no prazo de quinze dias, do inteiro teor desta deliberação à interessada cujo ato foi considerado ilegal;

9.3.2 – fazer cessar, no prazo de quinze dias, os pagamentos decorrentes do ato considerado ilegal, sob pena de responsabilidade solidária da autoridade administrativa omissa;

9.3.3 – dar ciência a interessada de que o efeito suspensivo proveniente da eventual interposição de recursos perante o Tribunal de Contas da União não exime da devolução dos valores percebidos indevidamente após a notificação, em caso de não provimento desses recursos;

#### **Providências Adotadas:**

9.3.1 – A servidora tomou ciência do acórdão;

9.3.2 – Será feito novo registro do Ato no SISAC, para nova análise dessa corte;

9.3.3 – A partir do mês de junho/2006 as sentenças judiciais passaram a ser informadas no assunto de cálculo 21, o que significa que só incide nos reajustes gerais, atendendo o que determina o Acórdão 2161/2005.

### **ACÓRDÃO 4076/2008 – Pensão Civil.**

**Interessados:** Gleyson Dias de Oliveira (CPF nº 512.433.692-72), Karen Christy da Silva Rodrigues (CPF nº 541.241.772-00), Maria de Lourdes Rodrigues da Silva (CPF ° 349.669.512-91), Marisa Dalva Alves da Silva (CPF nº 514.480.172-20) e Willian Alves de Lima (CPF nº 514.479.912-49).

#### **Recomendações:**

Item 9.3.1 – faça cessar, no prazo de 15 (quinze) dias, os pagamentos decorrentes dos atos impugnados;

Item 9.3.2 – Expeça novo ato em substituição ao original, ajustando o valor das parcelas referentes à URP e Plano Collor, mediante aplicação do procedimento estabelecido no item 9.2.1.2 do Acórdão 2161/2005 – Plenário.

Item 9.3.3 – dar ciências aos interessados acerca da presente deliberação.

#### **Providências Adotadas:**

9.3.1 – A partir do mês de junho/2006 as sentenças judiciais passaram a ser informadas no assunto de cálculo 21, o que significa que só incide nos reajustes gerais, atendendo o que determina o Acórdão 2161/2005;

9.3.2 – Será feito novo registro do Ato no SISAC, para nova análise dessa corte;

9.3.3 – Estamos adotando medidas para que os interessados dêem ciência da presente deliberação.

## 14. ATOS DE ADMISSÃO, DESLIGAMENTO, CONCESSÃO DE APOSENTADORIA E PENSÃO PRATICADOS NO EXERCÍCIO

Item 14 do conteúdo geral por natureza jurídica do Anexo II da DN-TCU-93/2008

ATOS	QUANTIDADE	REGISTRADOS NO SISAC Quantidade
Admissão	00	00
Desligamento	00	00
Aposentadoria	46	00
Pensão	07	00

Obs.: O registro no SISAC não tem ocorrido regularmente em função da grande demanda de atividades, face à deficiência de pessoal no atual quadro de RH da instituição. No entanto, esta Regional estará imprimindo todos os esforços para efetivação desses registros no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

## 15. DISPENSAS DE INSTAURAÇÃO DE TCE E TCE CUJO ENVIO AO TCU FOI DISPENSADO

Item 15 do Conteúdo Geral do Anexo II da DN TCU 93/2008

**Quadro II.A.13** – Processos dispensados de instauração de TCE e processos de TCE não encaminhados ao TCU em decorrência do arquivamento no órgão de origem – Exercício de 2008

Motivo da dispensa ou do arquivamento <sup>2</sup>	Nº do processo (adm. ou TCE)	Responsável		Cargo ou função do responsável <sup>3</sup>	Valor do débito atualizado <sup>4</sup> até 31/12 (R\$)	Data da ocorrência <sup>5</sup>	Ocorrência (irregularidades detectadas) <sup>6</sup>	Principais medidas administrativas adotadas <sup>7</sup>
		CPF / CNPJ	Nome					
Aprovação da Prestação de Contas do Convênio 1969/00	TCE-25275.002079/2007-99	066.661.088-54	Roberto Eduardo Sobrinho	Prefeito	-	-	Falta de manutenção nas obras, relativas ao Convênio 1969/00	Inadimplência do Município e instauração da TCE.

## 16. INFORMAÇÕES SOBRE A COMPOSIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Obs.: Qtde – posição em 31.12; Despesa – total incorrido no exercício

Descrição:	2006		2007		2008	
	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa
Servidores Ativos do quadro próprio em exercício na Unidade	1.925	78.785.801,84	1.865	79.339.218,66	1.801*	89.553.651,81
Funcionários Contratados – CLT em exercício na Unidade	0		0		0	
<b>Total Pessoal Próprio</b>	<b>1.925</b>	<b>78.785.801,84</b>	<b>1.865</b>	<b>79.339.218,66</b>	<b>1.801</b>	<b>89.553.651,81</b>

\* Do total de 1.801 servidores ativos, apenas 294 estão em exercícios na Core. Os demais estão à disposição (descentralizados) ao estado e municípios, principalmente.

Descrição:	2006		2007		2008	
	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa
Ocupantes de funções de confiança, sem vínculo.	01	5.093,09	01	26.095,20	01	29.717,17

Descrição:	2006		2007		2008	
	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa
Contratações temporárias (Lei 8.745/1993)	0		0		0	

Descrição:	2006		2007		2008	
	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa
Pessoal Terceirizado Vigilância / Limpeza	140	1.816.985,05	140	1.887.810,98	148	1.638.314,53
Pessoal Terceirizado Apoio Administrativo	0		0		0	
Pessoal Terceirizado Outras atividades	48	918.546,77	48	953.763,71	56	735.525,65
Estagiários	38 (em média)	109.491,78	55 (em média)	165.470,25	47 (em média)	177.236,20
<b>Total Pessoal Terc + Estag</b>	<b>226</b>	<b>2.845.023,60</b>	<b>243</b>	<b>3.007.044,94</b>	<b>251</b>	<b>2.551.076,38</b>

Descrição:	2006		2007		2008	
	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa
Pessoal Requisitado em exercício na Unidade, com ônus	0		0		0	
Pessoal Requisitado em exercício na Unidade, sem ônus	0		0		0	
<b>Total Pessoal Requisitado, em exercício na Unidade</b>						

Descrição:	2006		2007		2008	
	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa	Qtde	Despesa
Pessoal Cedido pela Unidade, com ônus						
Pessoal Cedido pela Unidade, sem ônus	1	31.177,87	1	34.561,50	2	57.897,31
<b>Total Pessoal cedido pela Unidade</b>	<b>1</b>	<b>31.177,87</b>	<b>1</b>	<b>34.561,50</b>	<b>2</b>	<b>57.897,31</b>

Descrição:	2008	
	Qtde	Despesa
Pessoal envolvido em ações finalísticas da unidade	208	
Pessoal envolvido em ações de suporte da unidade	86	
<b>Total Geral</b>	294	

Outros:

Descrição:	2008	
	Qtde	Despesa
Pessoal que atua na Saúde Indígena e que não pertence ao quadro da Funasa (colocado à disposição por meio do convênio c/ ONG e das Prefeituras – recurso da SAS)	554*	
<b>Total Geral</b>	<b>554</b>	

\* Obs.: 335 do Dsei Porto Velho e 219 do Dsei Vilhena

A Coordenação Regional de Rondônia tem passado, na última década, por imensas dificuldades no tocante ao seu quadro de Recursos Humanos, situação que foi agravada pela descentralização das ações de endemias ocorrida no final do ano de 2000 e primeiro trimestre do exercício de 2001. Naquele período, por força da Portaria nº 1.399/99, todos os bens patrimoniais foram doados ao Governo do Estado de Rondônia e os servidores que desenvolviam as atividades de combate e controle de endemias foram cedidos formalmente aos cinquenta e dois municípios e ao Estado, sendo incluídos na cessão, todos os servidores administrativos responsáveis pela parte burocrática das atividades.

Atualmente a CORE dispõe, em seu quadro de pessoal, de 1.801 servidores ativo. Desses, 1.507 estão cedidos ou descentralizados a estados e municípios, face à descentralização das ações de vigilância em saúde acima citada, 294 estão em exercício nesta Regional, dos quais 208 atuam em atividades nas áreas finalísticas – Saúde Indígena e Saneamento, e 86 em atividades de suporte administrativo, área meio. Para o desenvolvimento de suas ações, a Core depende ainda, de 554 trabalhadores que atuam na saúde indígena, disponibilizados por meio de convênio com ONG e por meio dos municípios que recebem recurso para contratação de pessoal para a saúde indígena e mais 204 terceirizados, nas áreas de vigilância, limpeza e conservação e motoristas, entre outros, além dos estagiários, em torno de 47.

Diante do exposto, as atividades de saúde indígena são desenvolvidas quase que exclusivamente por “terceirizados” o que tem comprometido a qualidade dos trabalhos face à grande rotatividade dos profissionais. As ações de saneamento não atendem a demanda por falta de engenheiros para acompanhamento das obras e dos convênios e a estrutura administrativa da CORE é totalmente deficitária, havendo a necessidade imediata da realização de concurso público para suprir a demanda reprimida.

**17. OUTRAS INFORMAÇÕES CONSIDERADAS PELOS RESPONSÁVEIS  
COMO RELEVANTES PARA A AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE E DO  
DESEMPENHO DA GESTÃO.**

Obs.: Campo não utilizado

**18. CONTEÚDOS ESPECÍFICOS POR UJ OU GRUPO DE UNIDADES AFINS**  
Item B do Anexo II da DN-TCU-93/2008

Obs.: Não se aplica a natureza jurídica da UJ

## **ANEXOS**

- ANEXO I – PLANO DE PROVIDÊNCIAS (Port. nº 2238-CGU, de 19/12/09)
- ANEXO II – RELATÓRIO DE CORREIÇÃO (Port. nº 2238-CGU, de 19/12/09)