

RELATÓRIO DE GESTÃO 2007 CORE/RR

GESTÃO ADMINISTRATIVA

FUNASA
FUNASA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO REGIONAL DE RORAIMA



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO REGIONAL DE
RORAIMA**

**Relatório de Gestão
2007**

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

O Estado de Roraima, situado no extremo setentrional do Brasil possui uma área de 224.298,98 km². Limita-se a noroeste e norte com a Venezuela, a leste com a Guiana e o estado do Pará e ao sul e oeste com o estado do Amazonas. Roraima inclui em seu território o ponto mais setentrional do Brasil, o monte Caburaí, localizado na serra de Pacaraima, 5°16'20 "acima da linha do equador".

O Estado está constituído por 15 municípios, com uma população de 403.344 mil habitantes, evidenciando uma tendência migratória muito forte ocasionada pelo fluxo migratório do centro-sul para o norte do país e, Roraima passou a ser um dos principais alvos desse fluxo. Entre 1991 e 2006, a população saltou de 217.583 para 403.344 habitantes, a maioria para a capital Boa Vista.

Essa população é composta de **indígenas** e migrantes vindos das demais regiões do país, principalmente do nordeste. **Os povos indígenas** que formam a paisagem étnica cultural de Roraima são: **Macuxi, Taurepang, Ingaricó, Wapichana, Yanomami, Maiongong, Wai-wai, Patamona** e os **Waimiri/Atroari**, sendo que estes vivem ao sul do Estado, no limite com o Amazonas, na região dos rios Jauaperi, Alalau e Jatapu. Sendo que, a assistência de saúde destes é desenvolvida através de convênio com a Eletronorte.

O aspecto migratório se evidencia em virtude da expansão marcante das atividades garimpeiras, sobretudo na década de 80, com reflexos negativos às **populações indígenas**, cujas atribuições constitucionais da **FUNASA** é a prestação de assistência a saúde a estas populações (Decreto nº 3.156, de 27/08/1999, que dispõe sobre as condições de Assistência a Saúde).

A maior concentração da população do estado está centralizada na capital Boa Vista, existindo, portanto um grande vazio demográfico na zona rural.

As principais atividades econômicas do Estado são a pecuária, agricultura, mineração e turismo, com destaque para o cultivo de arroz, feijão, milho e mandioca além das culturas nativas. A extração de madeira e o artesanato constituem importante fonte de renda para a economia do Estado.

No estado, o serviço de saúde está estruturado da seguinte forma: a rede de serviços de média e alta complexidade está centralizada na capital. Enquanto que a atenção básica está organizada através de postos de saúde, centros de saúde e Programa de Saúde da Família.

PAPEL DA UNIDADE NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A atenção à saúde dos **povos indígenas** está sob responsabilidade da **Fundação Nacional de Saúde** através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Distrito do Leste de Roraima e Distrito Yanomami.

A Constituição Federal de 1988 garantiu o acesso da saúde a todos os brasileiros. A Lei nº 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS constituindo-se em um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Nesse contexto, foi criada a Fundação Nacional de Saúde, entidade vinculada ao Ministério da Saúde, pela Lei nº 8.029, de 12/04/90, regulamentada pelo decreto nº 100 de 12/04/91 e regida pela Lei nº 8.112/90. A partir daí a FUNASA passa a assumir

diretamente **as ações de saneamento** da antiga FSESP como também as atividades de execução da **assistência a saúde dos povos indígenas**, iniciando no estado a estruturação do Distrito Yanomami voltado às ações para os **índios Yanomami**, com servidores contratados temporariamente e posteriormente através de concurso público.

A Política Nacional Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi regulamentada pelo Decreto nº 3156/99 que instituiu as condições de **Assistência à Saúde dos Povos Indígenas**. A partir dos decretos nº 3.450 de 09/05/2000, 4.726 de 09/06/2003, 4.727 de 09/06/2003, a FUNASA efetivou seu papel no SUS, assumindo as ações de **prevenção e controle de doenças; na assistência a saúde das populações indígenas**, em substituição a FUNAI e **no fomento de ações de saneamento e educação em saúde**. Nesse período são reestruturados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

É importante destacar o fortalecimento das parcerias com as instituições federais, estaduais e municipais, Organizações não-governamentais (ONG'S), através de convênios e de cooperação técnica na Assistência a **Saúde Indígena**.

NA ÁREA DE SANEAMENTO, o estado de Roraima até 2005, possuía uma população urbana abastecida com **sistema de abastecimento de água** correspondente a 283.335 habitantes representando 98,29%. A cidade de Boa Vista é abastecida em sua maior parte pela captação de água do Rio Branco e de mais 72 poços tubulares e nos demais municípios, somente por poços tubulares no total de 90. Quanto ao **sistema de esgoto sanitário**, somente a capital Boa Vista tem o sistema implantado e uma população atendida de 47.028 correspondente a 15,86% do Estado, e em relação a capital, representa 19,76% de atendimento.

A Coordenação Regional em Roraima durante o ano de 2007 desenvolveu suas atividades de acordo com as diretrizes do planejamento estratégico da FUNASA e, em conformidade com sua nova missão: **“Realizar ações de saneamento ambiental em todos os municípios brasileiros e atenção integral à saúde indígena, promovendo a saúde pública e a inclusão social, com excelência de gestão, em consonância com o SUS e com as metas de desenvolvimento do milênio”**, contemplando as ações prioritárias definidas pela Presidência, de acordo com as linhas de atuação do órgão e dos programas básicos de competência da FUNASA e das **novas diretrizes**, que são:

I - Atenção a saúde dos povos indígenas;

II - Saneamento ambiental.

I - ATENÇÃO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A - DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO LESTE - DSEI-L

O DSEI-Leste de Roraima conta atualmente com uma população estimada em 34.696 indígenas (Relatório de Atividades/CIR-Saúde/2006), pertencentes às etnias Macuxi, Wapixana, Taurepang, Ingaricó, Patamona e WaiWai que estão distribuídos para fins administrativos em nove regiões, sendo elas; Serras, Surumu, Raposa, Baixo Cotingo, São Marcos, Taiano, Serra da Lua, Amajári e WaiWai.

Os Macuxis vivem atualmente nas áreas de lavrado e de serras na região do Rio Branco. Constituem a maior população indígena do estado de Roraima, possuindo também

várias aldeias na Guiana. O povo Taurepang ocupa no Brasil uma pequena região no alto Rio Surumu, junto à fronteira com a Venezuela. Os povos Ingaricó e Patamona estão localizados no extremo Norte do estado na região atravessada pelo Rio Cotingo, sendo a maior parte residente na Guiana. O povo Wai Wai ocupa a região de florestas ao sul de Roraima e no território contíguo do Estado do Pará, possuindo também aldeias na Guiana.

O DSEI-Leste é dividido em nove regiões de saúde, baseada em fatores geopolíticos, sociais, étnicos e ideológicos, sendo cada um deles divididos em pólos-base, totalizando 34 pólos.

1. MEIOS DE LOCOMOÇÃO

O principal meio de locomoção é terrestre, através de estradas com manutenção precária. Em quatro dos trinta e quatro pólos-base o acesso é feito exclusivamente por via aérea, sendo que em algumas comunidades a locomoção por avião é imperativa quando se trata de pacientes graves. O acesso por via fluvial é favorável em quatro pólos-base, em viagens que podem durar até doze horas nos meses de verão.

2. FATORES DE RISCO

Um dos principais fatores de risco para grande parte da população indígena do Leste de Roraima está nas **difíceis condições ambientais onde vive**, propiciando o aparecimento de doenças endêmicas, como malária e leishmaniose, além de Infecções das Vias Aéreas Superiores – IVA's. **A baixa produtividade das roças devido à aridez do solo e a insuficiência dos programas sociais** voltados para a **produção de alimentos, a escassez de caça e peixe**, com agravamento no período de verão atuam, também, para aumentar a vulnerabilidade alimentar da população indígena, contribuindo para **a desnutrição e os agravos a ela associados**. Na maioria das aldeias, **a pouca disponibilidade de água potável** é fator preponderante para o surgimento de doenças de veiculação hídrica e doenças diarreicas, conforme demonstrado nas informações epidemiológicas subseqüentes.

3. FATORES SOCIAIS

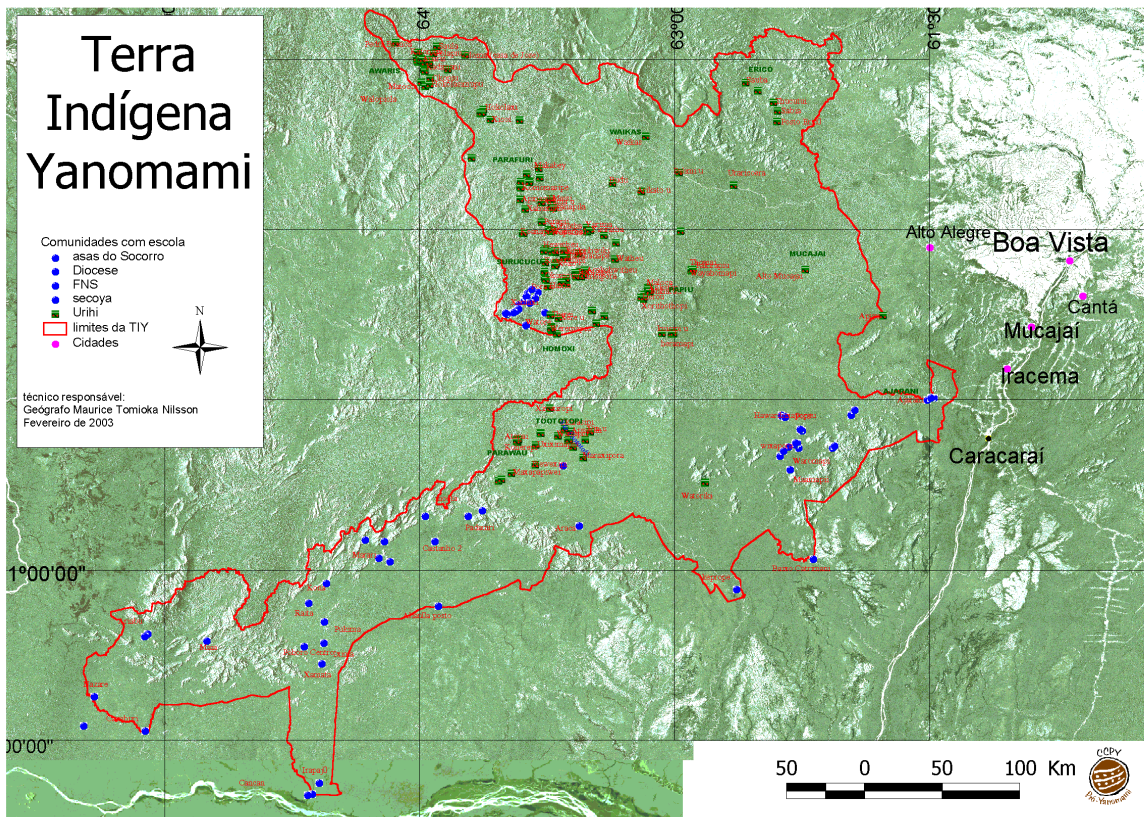
Entre os fatores sociais, destacamos a insuficiência das políticas públicas efetivas de desenvolvimento para os povos indígenas; A baixa perspectiva, as relações econômicas injustas, a violência e a discriminação por parte da sociedade envolvente, geram desestruturação e instabilidade nas comunidades indígenas, podendo estar associados aos índices de alcoolismo, depressão e suicídios, principalmente na população mais jovem. Devem ser destacados no período mais recente os **conflitos fundiários** relacionados com a **demarcação de terras indígenas**, especialmente da área **Raposa Serra do Sol**, recentemente homologada, onde existem várias fazendas e algumas vilas habitadas por não índios, em fase de desintrusão. É preciso mencionar igualmente os **movimentos migratórios** constantes nas áreas de fronteiras com **Guiana e Venezuela**, onde em decorrência do processo de colonização se encontra a maior concentração populacional indígena, existindo nessas regiões um grande número de pessoas buscando atendimento médico do lado brasileiro devido às deficiências assistenciais existentes naqueles países. O

DIVISÃO POLITICO – ADMINISTRATIVA
DISTRITO SANITÁRIO INDÍGENA DO LESTE DE RORAIMA – DSL

REGIÃO	PÓLO - BASE	MUNICÍPIO	COMUNIDADE	POPULAÇÃO
1. Serras	1. Maturuca	Uiramutã	11	1254
	2. Morro	Uiramutã	12	1059
	3. Pedra Branca	Uiramutã	9	1156
	4. Willimon	Uiramutã	17	1350
	5. Caracanã	Uiramutã	10	1006
	6. Caraparú I	Uiramutã	12	
	7. Pedra Preta	Uiramutã	9	771
	8. Piolho	Pacaraima	6	429
	9. Serra do Sol	Uiramutã	6	971
	Sub - Total		92	9299
2. Surumu	10. Cantagalo	Pacaraima	10	1443
	11. São Camilo	Pacaraima	7	769
	12. Cumanã II	Pacaraima	9	468
	Sub-total		26	2680
3. Bx. Contigo	13. Camará	Normandia	10	855
	14. Santa Maria	Normandia	3	322
	15. Constantino	Normandia	11	1064
	16. São Francisco	Normandia	12	446
	Sub-total		36	2687
4. Raposa	17. Raposa I	Normandia	14	2400
	18. Bismarck	Normandia	15	945
	19. Matiri	Normandia	5	232
	20. Santa Cruz		6	508
	Sub-total		40	4085
5. Amajari	21. Ponta da Serra	Amajari	8	1102
	22. Araçá	Amajari	7	1024
	23. Santa Inês	Amajari	2	177
	Sub-total		17	2303
6. Taiano	24. Pium	Alto Alegre	12	2382
	25. Serra do Truarú	Boa Vista	4	475
	Sub-total		16	2857
7. São Marcos	26. Vista Alegre	Boa Vista	6	1118
	27. Milho	Boa Vista	4	665
	28. Roça	Pacaraima	5	547
	29. Sorocaima II	Pacaraima	19	2003
	Sub-total		34	4333
8. Serra da Lua	30. Malacacheta	Cantá	5	2458
	31. Manoá	Bonfim	8	2193
	32. Jacamim	Bonfim	4	1137
	Sub-total		17	5788
9. Wai - Wai	33. Jatapuzinho	Caroebe	8	664
	Sub-total		8	664
TOTAL			286	34696

FONTE: Serviço de Epidemiologia CIR/Saúde - DSL/FUNASA/MS. 09/02/2006.Dados sujeito a revisão.

B - DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI – DSEI-Y
VISUALIZAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO.
Terra Indígena Yanomami



Fonte: CCPY - 2006

A área Indígena Yanomami localiza-se em uma região de floresta equatorial densa, o Maciço das Guianas, nas proximidades da fronteira entre o Brasil e a Venezuela, abrangendo uma área contínua de 9.419.108 há (96.650 km²)*, que foi demarcada em 1991 e homologada como Terra Indígena Yanomami em 1992.

* (corresponde a 43,08% da área do estado)

1. DEMOGRAFIA DO DISTRITO SANITARIO YANOMAMI

Povos Indígenas/População DSEI – Y 2006

POVO INDÍGENA	COMUNIDADES	POP.	Nº DE YEKUANA E YANOMAMI QUE FALAM A LÍNGUA PORTUGUESA	% DE YEKUANA E YANOMAMI QUE FALAM A LÍNGUA PORTUGUESA.
YEKUANA	03	309	80	25,8%
YANOMAMI	246	15.587	929	5,9%
TOTAL	249	15.896	1009	6,3%

FONTE : DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI – DSEI-Y

Os Yekuana falam a língua yekuana pertencente ao grupo lingüístico karib.

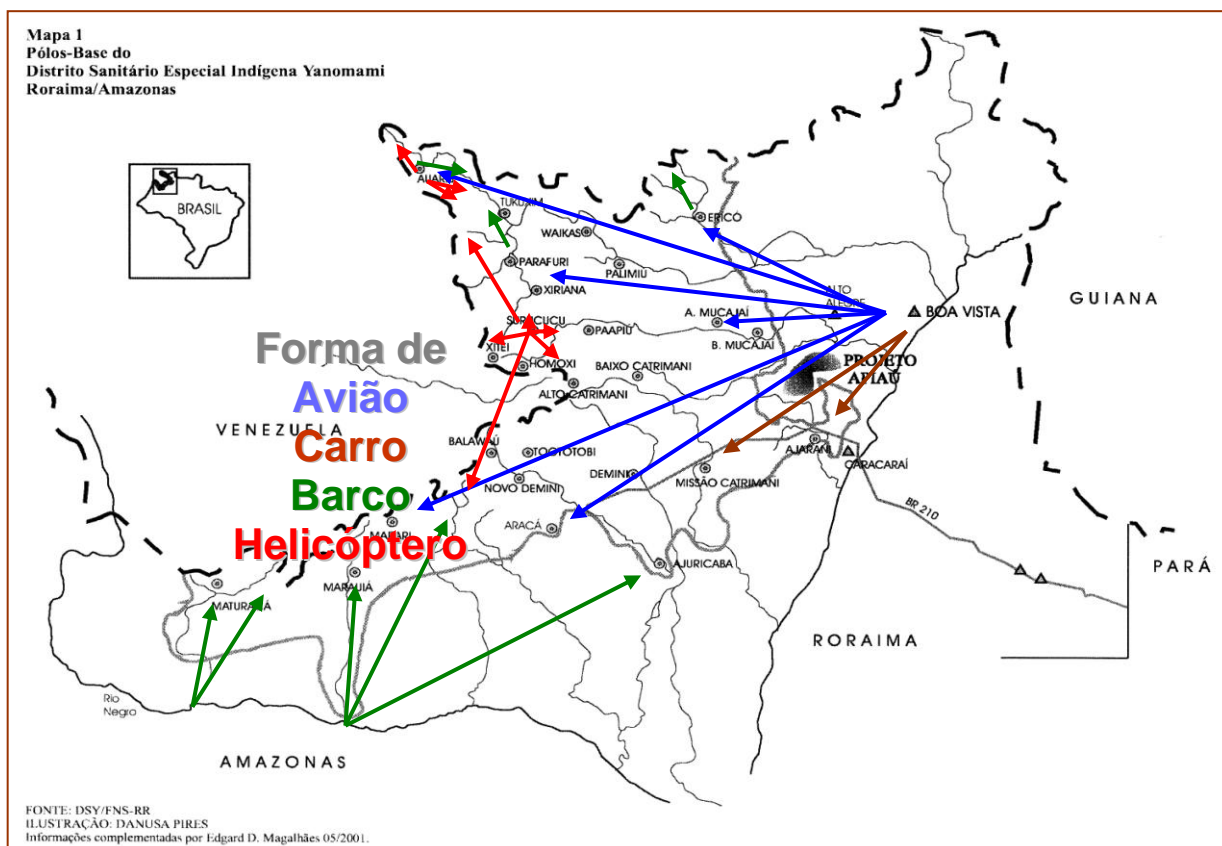
Os Yanomami formam um grupo lingüístico isolado, não identificado com nenhuma outra família lingüística. Estudos lingüísticos mais recentes (Ramirez 1994) indicam a existência de 4 línguas diferentes:

- Língua S (Sanumã)
- Língua Y (Yanomami) – com 2 super-dialetos (Yanomae e Yanomami)
- Língua N (Ninan)
- Língua A (Yawari/ XAMATARI)

Conveniada/Polos Base/Comunidade/População DSEY-2006

Organização	Pólos-Base	Acesso	Comunidades	População	Estado	%
DIOCESE-RR	04	AÉREO+RODOVIÁRIO (APENAS AJARANI)	48	1.924	RR	12,0
IBDS	03	FLUVIAL/CAMINHADA	07	1.839	AM	11,2
MEVA	02	AÉREO	13	841	RR	5,4
MNTB	03	AÉREO	12	1.133	AM	7,0
SECOYA	05	FLUVIAL/CAMINHADA	17	2.087	AM	14,9
UNB-FUBRA	20	AÉREO/TERRESTRE/ CAMINHADA	152	8.072	RR E AM	49,5
TOTAL	37	-	249	15.896		100

FONTE : DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI – DSEI-Y



FONTE: DSEI – YANOMAMI E YEKUANA/CORE/FUNASA/RR

O distrito é composto por duas etnias os Yanomami e os Yekuana. Está estruturado com 37 pólos – base, 253 aldeias e 1244 casas localizados em 8 municípios¹ abrangendo os estados de Roraima e Amazonas. A maior área está localizada em Roraima, comportando 60,6% da população, os 39,4 % estão no Amazonas. A sua sede está localizada na capital Boa Vista, onde se centralizam o gerenciamento do distrito e as atividades logísticas de suporte para a operacionalização das ações de saúde das equipes de campo, tanto em nível de Roraima quanto Amazonas. Os trabalhos são desenvolvidos por equipes multidisciplinares² contratadas por organização não - governamental³ que mantêm convênios com a FUNASA. Além das missões⁴ que mantêm apenas .

No Brasil a população Yanomami está estimada em torno de 16.904 (censo DSEI-Y- 2007) indígenas, distribuídas entre os dois estados: Roraima e Amazonas. Eles convivem em pequenas comunidades e habitam em casas circulares ou retangulares que comportam em média de 30 a 40 pessoas. As aldeias levam o nome que designam uma serra, um rio ou qualquer outra característica geográfica onde os membros da comunidade vivem ou viveram. Esta etnia forma um complexo grupo lingüístico, não identificado com outras famílias e se divide em quatro línguas. Cada uma destas possui vários dialetos e subdialetos. Ramirez (1999) a classifica em: Sanumã, ⁵Yanomae, Yanam ou Ninam e Yanomami.

¹ Alto alegre, Amajari, Caracará, Iracema, Mucajaí em Roraima e Barcelos, São Gabriel da Cachoeira e Santa Izabel do Rio Negro no Amazonas.

² Médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de laboratório e técnico ou auxiliar de enfermagem.

³ Fundação da Universidade de Brasília – FUB, Instituto de Desenvolvimento Sanitário – IBDS e Serviço de Cooperação para o Povo Yanomami – SECOYA.

⁴ DIOCESE/RR com convênio; Missão evangélica da Amazônia – MEVA e Missão Novas Tribos do Brasil – MNTB.

⁵ Também denominadas Yanomama, Yano(w)ami, Yanomami, e Yanonami.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR PÓLO – BASE, Nº DE ALDEIAS, Nº DE CASAS, MUNICÍPIO E ORGANIZAÇÕES RESPONSÁVEIS

PÓLO BASE	Nº Aldeias	Nº Casas	População	Município	ONG/RESP.
ERICÓ	5	6	188	Amajari - RR	UNB - FUNASA
SAÚBA	6	17	186	Amajari - RR	
WAIKÁS	4	8	91	Alto Alegre – RR.	
BAIXO MUCAJAI	3	19	111	Alto Alegre – RR.	
ALTO CATRIMANI	9	8	160	Mucajai – RR.	
URARICOERA	1	11	61	Alto Alegre - RR	
PARAFURI	9	12	380	Alto Alegre-RR	
HAKOMA	10	31	453	Alto Alegre- RR.	
ARATHA-U	6	15	410	Alto Alegre – RR.	
HOMOXI	2	11	170	Iracema – RR.	
KAIANAU - Ex.PAAPI-U	4	20	103	Iracema – RR.	
WAPUTHA	4	14	366	Alto Alegre – RR	
APIAU	1	8	65	Mucajai – RR.	
HAXIU	15	46	724	Alto Alegre RR.	
MALOCA PAAPIU	13	10	291	Iracema – RR.	
BALAWA-U	7	15	368	Barcelos – AM.	
DEMINI	1	1	149	Barcelos – AM.	
AUARIS	26	168	2200	Amajari – RR	
SURUCUCUS	17	58	1073	Alto Alegre RR.	
TOOTOTOBÍ	9	18	512	Barcelos – AM.	
MISSÃO CATRIMANI	19	30	603	Caracarái – RR	DIOCESE-RR.
BAIXO CATRIMANI	2	2	75	Caracarái – RR.	
AJARANI	3	5	97	Caracarái – RR.	
XITEI	24	37	1149	Alto Alegre – RR.	
MARARI	8	4	715	Barcelos – AM.	MNTB
NOVO DEMINI	2	7	271	Barcelos – AM.	
ARACÁ	2	3	147	Barcelos – AM.	
MATURACÁ	3	154	1166	S. G. da Cachoeira – AM	IBDS
MAIÁ	2	79	473	S. G. da Cachoeira – AM	
INAMBU	2	31	200	S. G. da Cachoeira – AM	
ALTO PADAUIRI	4	37	265	S. I. do Rio Negro – AM	SECOYA
MÉDIO PADAUIRI	3	29	178	S. I. do Rio Negro – AM	
MARAUÍÁ	8	180	1459	S. I. do Rio Negro – AM	
AJURICABA	1	24	125	S. I. do Rio Negro – AM	
CACHOEIRA DO ARACÁ	1	3	60	Barcelos – AM.	
ALTO MUCAJAI	6	51	385	Alto Alegre - RR	
PALIMIU	7	56	456	Alto Alegre – RR	
	249	1244	15896		

FONTE: DSEI – YANOMAMI E YEKUANA/CORE/FUNASA/RR

Em Roraima, o acesso à área Yanomami em grande parte se dá por via aéreo, saindo de Boa Vista. Com exceção aos pólos de Ajarani e Apiaú que se faz por via terrestre, com duração em média de 3 a 5 horas.

No Amazonas, a forma de acesso a Terra Indígena Yanomami é bem distinta da realidade de Roraima. Primeiro, as equipes se deslocam de barco ou avião de Manaus para os municípios de Santa Izabel do Rio Negro, Barcelos e São Gabriel da Cachoeira. A viagem de barco leva em média 5 dias, o que ocasionam muito tempo e elevados custos. Destes municípios aos pólos – base, onde estão localizadas as bases de apóio logístico das organizações prestadoras do serviço, o percurso é feito por via fluvial e terrestre. Daí até as aldeias, o acesso se dá através de pequenos barcos (canoa com motor de popa), helicóptero e por caminhada. As dificuldades de operacionalização das ações de saúde são bastante, tendo em vista o tempo gasto e às condições da viagem. No verão os rios ficam intrafegáveis, dificultando o deslocamento das equipes.

2. ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DO DISTRITO SANITARIO YANOMAMI

Os Yanomami são tradicionalmente caçadores e coletores de produtos da floresta, mas praticam também a agricultura (principalmente de banana, mandioca, milho) e a pesca que habitam as florestas tropicais do Maciço das Guianas, vivem na fronteira entre Brasil e a Venezuela numa região de floresta densa, e de difícil acesso, geralmente em regiões serranas.

Eles não possuem meios adequados de conservação dos alimentos, só pescam, colhem e caçam aquilo que podem consumir curto período de tempo. Este fato tem uma grande importância sanitária, uma vez que eles não costumam ter reservas de alimentos. Na ocorrência de epidemias, em que grande parte da comunidade adocece, há escassez de alimentos. Verifica-se assim, que o maior número de crianças desnutridas ocorre nas regiões mais marcadas pelas grandes epidemias de malária.

Atualmente, os Yanomami desenvolvem um certo nível de dependência da sociedade envolvente como: aquisição de ferramentas agrícolas (machados, terçados, facas, cavadores, etc) e material de pesca. Observa-se também um crescente interesse por alguns produtos alimentícios industrializados como o sal e o açúcar.

“No Brasil, os Ye’kuana vivem a noroeste do estado de Roraima, na fronteira com a Venezuela; encontram-se divididos em três aldeias às margens dos rios Auaris. Contam com uma população de aproximadamente 309 pessoas. Povo de língua Karib, também são conhecidos no Brasil como Maiongong. A maioria deles vive em território venezuelano, onde sua população alcança 4.800 pessoas”. Segundo os ‘idosos’ de Auaris, os ⁶Ye’kuana freqüentavam a região muito antes de decidirem construir suas casas e ali se fixarem: era uma zona de caça e de passagem.

⁶ Os Yekuana praticam caça e pesca, contam com roças familiares bastantes variadas, onde predomina o plantio de mandioca (de vários tipos), milho, inhame, banana, abacaxi entre outros. A mandioca servia quase que exclusivamente para a confecção de beiju, mas hoje em dia se produz a farinha (fina e grossa). Em Auaris, contam hoje com uma escola de ensino fundamental, onde o diretor e demais professores, no total de sete, são Yekuanas. Além dos professores, três indígenas trabalham na área da saúde, setes são soldados, e ainda é prática que os assalariados contribua para ações na comunidade, como construções da casa de reuniões, reforma na escola, entre outros. “São exímios navegadores, construtores de canoas e ralos”.

3. FATORES DE RISCO

- -Risco de descontinuidade das ações devido às mudanças repentinas na política de atenção à saúde indígena, ao atraso na liberação de parcelas e na renovação anual dos convênios;

- -Alto custo das operações e instabilidade no financiamento (risco permanente de redução do orçamento);

- -Presença constante de invasores em 56 % dos pólos-base como: garimpeiros (13 pólos-base), piaçabeiros, caçadores, pescadores e piabeiros (em 6 pólos-base) e fazendeiros (no Ajarani) – levando à contínua reintrodução de doenças (DST, gripe, TB, diarreias, malária) e danos ambientais (contaminação dos rios por mercúrio, formação de criadouros do vetor da malária, dispersão da caça, etc), e incremento dos conflitos intercomunitários devido ao fornecimento de armas, munição e álcool aos índios;

- -Dificuldades operacionais e logísticas relacionadas à grande dispersão entre as comunidades e entre os pólos-base;

- -Inexistência de agentes indígenas de saúde totalmente formados;

- -Dificuldade de se conseguir recursos humanos com perfil indigenista e qualificação técnica adequada para as excepcionalmente difíceis condições de trabalho na área yanomami;

- -Consumo de álcool em 81 % dos pólos-base (só caxiri=16 pólos, só cachaça=5, caxiri+cachaça=5)

- -Dificuldade de comunicação lingüística entre as equipes de saúde e os índios;

- Ausência de assistência à saúde dos Yanomami na Venezuela.

ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO

A rede básica de assistência está hierarquizada em **33 pólos-base**, totalizando **224 postos de saúde** e **84 laboratórios de microscopia**, onde atuam **533 agentes indígenas**, dos quais 142 estão capacitados como microscopistas, 28 agentes indígenas de endemias, 45 agentes indígenas de saneamento e 318 agentes indígenas de saúde. Todos os pólos-base contam com uma infra-estrutura mínima de mobiliários e equipamentos essenciais, além dos postos de saúde que estão parcialmente equipados. As ações básicas de atenção à saúde no DSEI-Leste tem como princípio a presença dos Agentes Indígenas de Saúde nos pólos-base e postos de saúde. A assistência prestada por estes agentes é complementada pela visita periódica de profissionais de saúde do CIR e também pelas equipes multidisciplinares (composta por médico, odontólogo, enfermeiro e auxiliares de enfermagem) dos municípios de Boa Vista, Bonfim, Normandia, Pacaraima, Alto Alegre, Amajári e Cantá, através do Incentivo de Apoio às Populações Indígenas da SAS/MS e Equipes de Supervisão da FUNASA.

REDE BÁSICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – 2006				
Região	Pólos-base	Postos de Saúde	Laboratórios	Agentes Indígenas
Surumu	03	24	06	48
Baixo Cotingo	04	29	07	57
Serras	09	72	25	159
Raposa	04	20	06	46
Amajári	03	17	07	44
Taiano	02	13	07	37
São Marcos	04	27	09	61
Serra da Lua	03	16	13	65
Wai-wai	01	06	04	16
Total	33	224	84	533

A atenção à saúde no DSEI Leste é realizada por instituições governamentais e não-governamentais. Foi celebrado um Convênio com a ONG-Conselho Indígena de Roraima, cujo objetivo é a atenção básica a toda a população adstrita ao DSEI-Leste. Entretanto, conforme preconiza a legislação, os municípios atuam complementarmente, através da implantação de Equipes Multidisciplinares - EMSI, via incentivo fundo-a-fundo da SAS/MS.

A Conveniada atua com exclusividade nas ações dos programas de saúde, imunização e formação dos Agentes Indígenas de Saúde.

Já a Assistência à Saúde é dividida por áreas de atuação. Cada Município atua em sua área específica, com algumas exceções. O Município do Uiramutã, apesar de ser o mais populoso com relação à população indígena, não possui EMSI e, desta forma, todos os seus pólos-base e aldeias são assistidos pelo CIR. Os municípios que assistem integralmente sua população são Normandia, Bonfim, Cantá, Boa Vista, Amajari, Alto Alegre, Caroebe e São Luiz. Pacaraima assiste as comunidades que ficam na Região São Marcos. A região Surumu é assistida pelo CIR Saúde.

Ao todo, são 12 (doze) EMSI's dos 09 Municípios e 05 (cinco) do CIR, totalizando 16 Equipes atuando no DSEI, às quais se somam mais 09 (nove) profissionais enfermeiros(CIR) que atuam na Formação dos AIS.

As atividades de assistência à saúde no âmbito do **DSEI-Y** em 2007 foram executadas por equipes multidisciplinares de saúde contratadas através de convênio com quatro ONG's (DIOCESE, SECOYA, IBDS e FUB) além dos trabalhos da Missão Evangélica do Amazonas e Missão Novas Tribos do Brasil.

Estas missões evangélicas não contratam profissionais de saúde, dependendo do trabalho voluntário, rotativo, dos próprios missionários.

Ações específicas de controle de agravos na região das Missões e outros como, por exemplo, Malária, Oncocercose, vacinação são diretamente coordenadas e executadas por funcionários do próprio quadro da FUNASA.

Por insuficiência de estrutura a Missão Novas Tribos do Brasil (MNTB), responsável pela assistência a três pólos-base, com uma população de 1097 yanomami, abdicou de sua responsabilidade assistencial em meados de 2007, criando uma lacuna na assistência que passou a ser coberta temporariamente pelo próprio quadro de funcionários do DSEI-Y /FUNASA.

Na área de assistência da conveniada Fundação Universidade de Brasília (FUB) que abrange 8665 yanomami de 20 pólos-bases, representando 51% da população do DSEI-Y, as ações de saúde foram prejudicadas devido às paralisações das atividades pelos funcionários por atraso no pagamento, e também pelo término de seu convênio em outubro de 2007, causando uma significativa lacuna assistencial, ainda não resolvida formalmente. Desde então o DSEI-Y /FUNASA vem mantendo a assistência básica com pessoal de seu próprio quadro funcional e colaboradores eventuais.

Os dados de serviços prestados nos atendimentos, nos procedimentos, bem como os dados relativos a morbidade, natalidade, mortalidade são digitados pelas respectivas conveniadas que regularmente devem enviar os mesmos para a sede do DSEI-Y, onde são consolidados e transformados em informações epidemiológicas de modo a subsidiar as ações.

Vários programas normatizados pelo Ministério da Saúde são trabalhados em programas específicos, tais como: Sistema de Informações, da Saúde Indígena (SIASI), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Malária (SIVEP), bem como, planilhas da COMOIA, vacinação, etc.

Em função do atraso da remessa desses dados ao DSEI-Y, bem como a saída da conveniada FUB, desde outubro de 2007, e a falta de recursos humanos específicos para este trabalho de digitação, causou uma importante defasagem na atualização dos dados, os quais estão sendo trabalhados atualmente em sistema de mutirão para resolução deste problema.

As informações aqui consolidadas relativos ao ano de 2007 são preliminares, com falta de alguns dados de alguns agravos relativos ao final do ano, que ainda não foram alimentados no sistema e analisadas.

1. ATENÇÃO BÁSICA

O Atendimento à saúde no DSEI-Y baseia-se na necessidade da presença contínua das equipes de saúde nos pólos-base e aldeias a fim de garantir o desenvolvimento dos programas e a assistência permanente às comunidades.

No DSEI-Y a assistência nos pólos-base é mantida principalmente através da atuação de equipes de profissionais de saúde de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem, microscopistas, agentes de combates de endemias, etc). Os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentista) são responsáveis pela orientação, acompanhamento e supervisão dos profissionais de nível médio, em geral de mais de um pólo-base.

Os casos de maior gravidade ou que necessitam de investigação diagnóstica mais complexa são removidas em Roraima para Boa Vista e no Amazonas para São Gabriel da Cachoeira, Barcelos e Manaus.

2. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Em **Roraima**, os casos de maior complexidade ou de maior gravidade, que não podem ser resolvidos na área indígena, são removidos para a cidade de Boa Vista. Os casos mais graves são encaminhados do aeroporto diretamente para as unidades de pronto-atendimento (**Hospital Infantil, Maternidade, Hospital Geral de Roraima**, etc). Os casos que não são graves, mas que exigem maior complexidade para o seu diagnóstico, são removidos para a **Casa de Saúde do Índio** onde são assistidos ou encaminhados para outras unidades de referência para o atendimento especializado. A assistência na cidade não apresenta ainda um nível de qualidade nem os atendimentos diferenciados minimamente razoáveis. Apesar do progresso indiscutível da Casa de Saúde do Índio de Roraima, ainda existem problemas de recursos humanos. O atendimento do SUS em geral ocorre de maneira lenta e com baixa qualificação técnica. Ao mesmo tempo, não há nenhuma adaptação do sistema que proporcione uma assistência diferenciada aos índios.

No **Amazonas**, os pacientes da região do Rio Cauaburis são removidos para a (**Casa de Saúde do Índio de São Gabriel da Cachoeira, Hospital de Guarnição e os casos de maior complexidade para a Casa de Saúde Índio de Manaus**) que articula com os serviços de maior complexidade na região. Os pacientes provenientes das bacias do Marauíá, Padauri e Demini são removidos para as **casas de apoio de Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos** e daí, caso necessário, para a **Casa de Saúde do Índio de Manaus**.

3. INTERSETORIALIDADE

A articulação do DSEI Yanomami com outros setores se dá no campo da educação e proteção ambiental. Na educação, é necessário fortalecer a articulação com a secretaria de Educação do Estado de Roraima para garantir a educação formal, embora os Yanomami e Ye'kuana já contem com as iniciativas de projetos na Diocese de Roraima,

Serviços e Cooperação com os Povos Yanomami – SECOYA, Missão Evangélica da Amazônia – MEVA, Missão Novas Tribos do Brasil – MNTB, e Comissão Pró-Yanomami – CCPY.

No Amazonas, os Yanomami assistidos pelo Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Sanitário – IBDS, possuem escolas de 1º e 2º graus nas aldeias de Maturacá e Nazaré, mantido pelo município de São Gabriel da Cachoeira.

Sobre proteção ambiental existem iniciativas da destinação do lixo produzido na área indígena, assim como discussões sobre a poluição dos rios por garimpagem clandestina ainda persistente na terra Yanomami.

4. CONTROLE SOCIAL

Nos últimos anos tem havido um crescente interesse de participação por parte dos conselheiros, o que tem fortalecido politicamente o Conselho Distrital do DSEI-Y. Periodicamente os yanomami têm se reunido em suas regiões nos Conselhos Locais de Saúde para avaliar a situação de saúde e o atendimento prestado pelas instituições, bem como outros assuntos de seu interesse especialmente as escolas e as invasões da área.

A participação indígena nas instâncias de discussões e deliberação ainda é frágil. Mas é importante manter a execução do calendário das reuniões do Conselho Distrital de Saúde do Distrito, com duas reuniões por ano. As reuniões nos conselhos locais apoiadas pelas organizações parceiras ocorrem esporadicamente, contando algumas vezes, com a participação do gestor federal.

Certamente a organização política dos Yanomami ainda deve avançar mais e, para isso, é necessário que se continue a investir na capacitação dos conselheiros e que se garanta a participação de intérpretes nas reuniões dos conselhos locais.

Nas regiões onde a FUNASA não atua diretamente, cabe a esta, a responsabilidade pelo planejamento, definição de protocolos e rotinas, monitoramento, supervisão e implantação de protocolos e vigilância epidemiológica.

Na área de **SANEAMENTO AMBIENTAL** destacamos as ações de Melhorias Sanitárias Domiciliares, Drenagem Urbana, Resíduos Sólidos, executadas através de convênios entre a FUNASA/PRESIDÊNCIA e as PREFEITURAS, cabendo a CORE/RR a supervisão e o acompanhamento das obras.

Com relação às **áreas indígenas**, a CORE/RR recebe os recursos e contrata a execução das obras nas aldeias selecionadas, principalmente para implantação de Sistema de Abastecimento de Água.

Atualmente, a CORE/RR presta assistência e manutenção em 108 sistemas de abastecimento de água em 108 aldeias, sendo 106 no DSEI/Leste e 02 no DSEI/Yanomami.

Na área de **RECURSOS HUMANOS** a CORE-RR, tem um quantitativo de 538 servidores distribuídos entre a sede (166), CASAI (112) e descentralizados/cedidos (260). Esta força de trabalho se apresenta insuficiente para atender a grande demanda de atividades nas áreas meio (administração) e finalística (saneamento e saúde indígena). Para suprir parte das necessidades a CORE conta com 46 estagiários nas áreas meio e fim. Para as ações de saneamento precisaríamos suprir com mais quatro engenheiros, enquanto que para a Saúde Indígena a necessidade seria bem maior face a quantidade de categorias que

seriam necessárias, salientando que essas ações são realizadas atualmente por ONG's através de convênios firmados com a FUNASA.

NA ÁREA ADMINISTRATIVA, A GESTÃO DOS RECURSOS foram prejudicadas em função de atraso na liberação dos créditos orçamentários e com isso interferindo no andamento dos procedimentos administrativos, desde as licitações aos contratos contínuos de manutenção, como também nas ações relacionadas aos programas finalísticos(**saneamento ambiental e saúde indígena**), repercutindo negativamente, na maioria das vezes, na realização das atividades.

FORÇA DE TRABALHO DA CORE – RR

Nº DE ORD.	CATEGORIA FUNCIONAL	QUANT.	SEDE	CASAI	CEDIDO/ DESCENTRALIZADO
01	Administrador	01	01	0	0
02	Agente Serviço de Engenharia	03	03	0	0
03	Agente Administrativo	61	40	05	16
04	Agente de Portaria	10	4	1	5
05	Agente Saúde Pública	120	31	0	89
06	Artífice de Mecânica	03	1	0	2
07	Assistente de Administração	03	0	1	2
08	Assistente. Social	01	1	0	0
09	Atendente	09	0	8	1
10	Aux. Op. Serviços. Diversos	63	9	20	34
11	Aux. Serviços Gerais	15	2	2	11
12	Auxiliar Administrativo	01	0	0	1
13	Auxiliar de Laboratório	2	0	1	1
14	Auxiliar de. Estatístico	01	0	1	0
15	Auxiliar. Enfermagem	54	6	35	13
16	Auxiliar. Saneamento	08	03	1	04
17	Biólogo	01	0	0	1
18	Biomédico	01	0	1	0
19	Bioquímico	01	0	1	0
20	Cartógrafo	01	1	0	0
21	DAS	01	1	0	0
22	Datilógrafo	11	4	0	7
23	Desenhista	01	1	0	0
24	Divulgador Sanitário	01	1	0	0
25	Ecônomo	01	0	1	0
26	Enfermeiro	08	2	6	0
27	Engenheiro	06	5	0	1
28	Farmacêutico	05	0	4	1
29	Guarda de Endemias	41	14	0	27
30	Laboratorista	04	02	1	1
31	Médico	08	1	7	0
32	Medico. Veterinário	01	0	0	1
33	Microscopista	03	0	1	2
34	Motorista Oficial	54	27	0	27
35	Nutricionista	03	0	2	1
36	Odontólogo	06	0	4	2
37	Psicólogo	01	0	0	1
38	Técnico em Contabilidade	02	1	0	1
39	Técnico em Laboratório	13	3	5	5
40	Técnico em Radiologia	01	1	0	0
41	Técnico em Saúde	01	1	0	0
42	Terapeuta Ocupacional	04	0	4	0
43	Visitador Sanitário	03	0	0	3
TOTAL		538	166	112	260

Obs: Dados atualizados até dezembro de 2007

GESTÃO DE PROGRAMAS E AÇÕES

Programa 0150 – *Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas*

Dados gerais do programa

DSEI-LESTE / DSEI-YANOMAMI

Tipo de programa	FINALÍSTICO
Objetivo geral	Garantir o pleno exercício dos direitos sociais básicos dos índios e a preservação do patrimônio cultural das sociedades indígenas.
Gerente do programa	Ministério da Justiça
Gerente executivo	FUNAI
Indicadores ou parâmetros utilizados	Coeficiente de incidência Parasitária de Malária na População Indígena (1/1000) Taxa de Famílias Indígenas em situação de vulnerabilidade social (%) Coeficiente de Incidência de Tuberculose Bacilífera na População Indígena (1/100.000) Coeficiente de mortalidade Infantil entre crianças Indígenas menores de 1 ano (1/1000)
Público-alvo (beneficiários)	Sociedades indígenas.

Gestão das ações
0150. 2272 – Gestão e Administração do Programa

Dados gerais da ação
DSEI LESTE

Tipo	Orçamentária
Finalidade	Constituir um centro de custos administrativos dos programas, agregando as despesas que não são passíveis de apropriação em ações finalísticas do próprio programa.
Descrição	Essas despesas compreendem: serviços administrativos; pessoal ativo; manutenção e uso de frota veicular, própria ou de terceiros por órgãos da União; manutenção e conservação de imóveis próprios da União, cedidos ou alugados, utilizados pelos órgãos da União; tecnologia da informação, sob a ótica meio, incluindo o apoio ao desenvolvimento de serviços técnicos e administrativos; despesas com viagens e locomoção (aquisição de passagens, pagamento de diárias e afins); sistemas de informações gerenciais internos; estudos que têm por objetivo elaborar, aprimorar ou dar subsídios à formulação de políticas públicas; promoção de eventos para discussão, formulação e divulgação de políticas, etc; produção e edição de publicações para divulgação e disseminação de informações sobre políticas públicas e demais atividades-meio necessárias à gestão e administração do programa.
Unidade responsável pelas decisões estratégicas	Presidência da Fundação Nacional de Saúde
Unidades executoras	Departamento de Saúde Indígena - Desai
Áreas responsáveis por gerenciamento ou execução	Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação de Saúde Indígena - CGPAS
Coordenador nacional da ação	WANDERLEY GUENKA
Responsável pela execução da ação no nível local (quando for o caso)	

Responsável Regional : Substituto	Helder Gonçalves de Almeida
Responsável Técnico Regional:	Geraldino Oliveira de Paula

Resultados

Com vistas a viabilizar as atribuições a cargo do DSEI-Leste, faz mister à atuação das Seções de Logística e Administração, inseridas na estrutura do DSEI, na disponibilização dos recursos necessários. Aliado a esse esforço operacional, co-existem atividades meio, que aí incluem rateios de despesas com os demais setores da FUNASA, tais como aquisições de materiais de expediente, peças de veículos, materiais elétricos e hidráulicos, despesas com limpeza e vigilância predial, água e energia, serviços postais e telefônicos, mecânica de veículos e equipamentos e afins e outros serviços de terceiros.

Para o exercício de 2007, tivemos definido o teto orçamentário, para execução direta, de **R\$ 2.788.501,32** (dois milhões, setecentos e oitenta e oito mil, quinhentos e um reais e trinta e dois centavos) nas ações 2272 e 6501.

O fluxo do crédito se inicia com o envio de planilha trimestral ao nível central da Funasa, contendo de forma detalhada todas as despesas afetas para o período que,

através do DESAI-Departamento de Saúde Indígena descentraliza os valores, também detalhada , por subelemento. Do referido montante, R\$ 223.282,00 (duzentos e vinte e três mil, duzentos e oitenta e dois reais) anual , ou seja, 8% (oito por cento), se destinam a financiar as despesas das áreas meio. Da análise do valor apurado pelo SIAFI referenciado no quadro abaixo, para os aludidos gastos no decorrer do exercício de 2007, constata-se uma grande assimetria, emanada do processo de descentralização dos créditos, considerando que, nossa demanda orçamentária foi atendida em 94,75%, ou seja, R\$ 2.642.009,29(dois milhões, seiscentos e quarenta e dois mil, nove reais e vinte e nove centavos) das ações 2272 e 6501.

Quanto à qualidade dos gastos, tivemos uma execução altamente centralizada com a canalização de forma excessiva, para as prioridades arbitradas pela gestão anterior, situação que, sem sombra de duvida, refletiu negativamente, no cumprimento da missão institucional do Dsei-Leste.

Não obstante os aspectos negativos na execução orçamentária foi altamente positivo a preocupação dos técnicos com o princípio do planejamento, sempre em simetria com o teto orçamentário e, aliado a atuação proativa de órgãos como a Controladoria da União e Ministério Público Federal, nos credencia a vislumbrar e atuar no processo de melhoria na qualidade dos gastos.

Metas e resultados da ação exercício

Previstas		Realizadas	
Física	Financeira	Física	Financeira
	23.487,00		23.487,00

Gestão das ações

0150. 6501 - Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Dados gerais da ação

DSEI-LESTE

Tipo	Orçamentária
Finalidade	Garantir a oferta de serviços de saúde visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde das comunidades indígenas.
Descrição	Assistência à saúde no âmbito dos DSEIs: 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 pólos-base e das casas de saúde do índio (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 pesquisas sobre saúde indígena; e 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 agentes indígenas de saúde; capacitação de técnicos para atuação na área gerencial das unidades de saúde nos DSEI's; realização de educação continuada para as equipes de saúde indígena; capacitação de operadores do SIASI e monitores do DESAI; qualificação de profissionais de saúde e técnicos dos DSEI's em vigilância em saúde; capacitação para uso de ferramentas informatizadas; acompanhamento da instalação, manutenção e aplicação de ferramentas informatizadas.
Unidade responsável pelas decisões estratégicas	Presidência da Fundação Nacional de Saúde
Unidades executoras	Departamento de Saúde Indígena - Desai
Áreas responsáveis por gerenciamento ou execução	Coordenação Geral de Atenção à Saúde Indígena - CGASI
Coordenador nacional da ação	Wanderley Guenka
Responsável pela execução da ação no nível local (quando for o caso)	

Responsável Regional: Substituto	Helder Gonçalves de Almeida
Responsável Técnico Regional:	Geraldo Oliveira de Paula

Resultados

A assistência a nível de Atenção Básica prestada às populações indígenas na área de abrangência do Distrito Sanitário Indígena do Leste de Roraima é operacionalizado pela conveniada Conselho Indígena de Roraima-CIR por intermédio do convenio Nº 011/ 04 e aditivos firmado com a FUNASA, ficando a cargo desta chefia a elaboração de parecer técnico das ações desenvolvidas e análise epidemiológica das principais morbidades no período.

Foram pactuadas com a conveniada supra, ações de atenção básica para serem desenvolvidas em 33 pólos base e 283 aldeias. O plano de trabalho visa atender 34.696 indígenas utilizando como estratégia a oferta de serviços através de Programas de Saúde

Coletiva, que seguem diretrizes estabelecidas pela FUNASA-MS, tais como: Atenção a Saúde da Mulher, Atenção a Saúde da Criança, Imunizações, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Vigilância Nutricional, Controle das DST/AIDS, Controle da Tuberculose, Endemias, Saúde Bucal, Capacitação de Recursos Humanos, Acompanhamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias, Acompanhamento das Doenças Crônico-Degenerativas, Saúde Mental, Medicina Tradicionais, Controle Social e Educação em Saúde conforme plano de trabalho aprovado pelo CONDISI. O total populacional informado para cálculos epidemiológicos foi de 34.696 (população 2006). Foram realizados **64.502 atendimentos** para diferentes agravos e **grupos etários**, dos quais as **infecções respiratórias** agudas acometeram 36,8% da população geral. Nos menores de 1 ano(581 crianças) as infecções respiratórias acometeram **1.582 crianças** representando um universo de 142,9 % do total de crianças menores de 1 ano, praticamente metade das crianças foram acometidas 2 vezes no ano de 2007 por infecção respiratória aguda. Foram informados **391 casos de pneumonias em menores de 1 ano**, representando **43,2% das crianças desse grupo etário**, sendo notificados 02 óbitos por pneumonia em menores de 1 ano e 03 óbitos identificados acima de 60 anos por esta mesma complicação respiratória. A relação se deve a diversos fatores como a baixa cobertura vacinal em influenza nos menores de 1 ano e maiores de 60 anos, além do pouco entendimento da população sobre a importância dos imunobiológicos. A necessidade de ações de educação e mobilização são recomendações urgentes que devem ser inseridas na rotina de forma gradativa considerando sempre fatores políticos, sociais e culturais, quebrando o paradigma das palestras corriqueiras de linguagens distantes das realidades vividas pelas populações indígenas dessa área de abrangência. Sobre o agravo diarreia 13,4 % da população geral foram acometidos. Nos menores de 1 ano, 54% desse grupo tiveram diarreia, significando mais da metade do total de crianças menores de 1 ano acometidas com diarreia em 2007.

SAÚDE DA CRIANÇA – COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL

O Coeficiente de Mortalidade Infantil em 2007 foi de 22,1 / 1000 NV, destacando o CMI do ano de 2006 que foi de 32 / 1.000 nota-se uma redução de 10,9 / 1.000 NV em relação a 2007. Porém se levarmos em consideração o número de nascidos vivos verificamos que manteve em 2006 um aumento de 19,1% em relação ao total de nascimentos de 2007. Ao considerarmos o óbito em menor de 1 ano por causa morte, verificamos que a maior incidência são de doenças do aparelho respiratório (Pneumonia – 02 óbitos), seguido das causas mal definidas (12 óbitos), diarreias (02 óbitos) e desnutrição (01 óbito). Apesar da variação do número absoluto de óbitos no decorrer de 2007, verifica-se que o indicador pactuado no plano de trabalho da referida conveniada para 2007, (em que se compromete de reduzir 5% da mortalidade infantil) foi cumprida, conforme plano de atividades de 2007.

Casos de óbitos em menores de 1 ano e Coeficiente de Mortalidade Infantil 2005 a 2007

Período	2005	2006	2007
Óbitos <1 ano	37	28	24
CMI	32,1	32 / 1.000	22/1.000 *

Fonte: FUNASA DSEI-Leste / CIR-Saúde

* DADOS SUJEITOS A ALTERAÇÕES.

COBERTURA VACINAL

A cobertura vacinal da população do Dsei Leste vem sendo trabalhada com a proposta pactuada de 04 etapas anuais nas áreas de abrangência da conveniada CIR-Saúde ressaltando que as comunidades têm seu acesso por vias fluvial, caminhadas, via aérea e via rodoviária o que muitas vezes dificulta a ação devido a certos períodos do ano em que o rio baixa seu volume de água torna-se intrafegável, além das chuvas constantes no período de abril a agosto acarretarem muitas vezes prejuízo em algumas comunidades, que deixam de ser visitadas por conta dessa situação. A falta de rede frio nos pólos base para acondicionamento dos imunobiológicos e profissionais de enfermagem em tempo integral além da estrutura em área são fatores primordiais para que as ações não aconteçam de forma continua.

Entretanto ao analisarmos os percentuais de cobertura vacinal de 2007 nas vacinas multidoses em menores de 1 ano, verificamos que as coberturas estão baixas tais como Pólio – 26,3 %, Tetravalente – 28,1%, Hepatite b – 38,3%, Influenza - 41,4%. Nos imunobiológicos de dose única para outros grupos etários apresenta uma média de cobertura vacinal de 89.6% , satisfatória se considerarmos de uma forma geral, porém nos menores de 1 ano não alcançou o que foi preconizado pelo Programa Nacional de Imunização. Ainda temos a necessidade de visualizar a cobertura por aldeia fato que ainda não foi implantado devido a deficiência no sistema de informações SIASI que ainda não está em funcionamento neste Distrito.

Faixa Etária	Cobertura Vacinal de crianças < e >de 1 ano em 2007.								
	Pólio	DTP+Tetra	Hep.B	BCG	FA	Influenza	Varicela	T. Viral	Pneumo
< 1ano	26.3	28.1	38,3	87,7	48,3	41,4			
> 1 anos	79,1	80.3	86,2	98.6	83.2	70,6	68,8	63	88,4

Fonte: DSEI- Leste de RR

A conveniada pactuou em seu plano de trabalho quatro entradas em área indígena, ao analisarmos as entradas das equipes com imunobiológicos observamos que dos 33 pólos base todos realizaram a primeira etapa, na segunda e terceira etapas dos 33 pólos apenas 31 cumpriram a entrada em área. A quarta etapa foi realizado em 9,0% do total de pólos base, ou seja, apenas em 03 pólos. Não foi alcançado a meta pactuada de quatro entradas por cada pólo base. As ações de educação em saúde não estão sendo desenvolvidas necessitando de outras estratégias para captar clientela dispersas principalmente entre os responsáveis pelas crianças menores de 1 ano. E das ações desenvolvidas pela conveniada. Metas não atingidas em menores de 1 ano, e parcialmente atingida em outras faixas etárias.

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Em relação ao Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional, é realizada a mensuração mensal (peso e altura) das crianças menores de cinco anos por AIS. As análises do desenvolvimento desse grupo etário ainda não são realizadas por todos os profissionais de saúde de nível superior. O programa foi implantado parcialmente e os AIS atenderam **15.990 crianças** com mensuração de altura e anotação de peso no ano de 2007. Essas anotações são realizadas em planilhas distribuídas pela conveniada e nas supervisões realizadas não se observou qualquer anotação de peso, altura e análise de crescimento e desenvolvimento nos cartões das crianças conforme preconizado pelo MS. **Cada criança**

foi pesada e medida aproximadamente 3 vezes ao ano, não cumprindo a meta estabelecida pois as mesmas devem ser pesadas ao menos uma vez a cada mês, (12 vezes ao ano). **A população de crianças na faixa de idade de 0 a 5 anos é de aproximadamente 2.987.** Ressalta-se que todas as crianças detectadas com baixo peso, carência nutricional, com risco nutricional ou desnutrido são cadastradas no programa de Vigilância Alimentar e Nutricional, e atendidas com suplementação de alimentos pela conveniada, necessitando ainda que este benefício seja ampliado e se estenda a 100% das aldeias. **O SISVAN atende as MIF (Mulheres em Idade Fértil) e no atendimento pré-natal é realizado palestras para as grávidas sobre alimentação saudável. O programa está em processo de implantação, devido a falta de profissionais capacitados para realizar as ações,** falta de inquérito nutricional em área por nutricionista, deficiências que refletem no resultado do trabalho, meta parcialmente atingida.

Acompanhamento de crianças de 0 á 5 anos no período de 2005 á 2007

Ano	Nº de crianças (pesadas e medidas)
2005	7.741
2006	13.936
2007	15.990
Total	37.667

PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO UTERINO

O Programa de PCCU para mulheres em idade fértil esta implantado e desenvolvido pelos municípios parceiros, a conveniada CIR – Saúde, que realizou **386** preventivos. **A meta pactuada foram 500 exames** a serem realizados no ano de 2007, desse total **foram atendidas 77,2% do total pactuado.** Quando analisamos o acesso das mulheres ao serviço de coleta de PCCU observamos que do total de **MIF: 8.218** apenas **4,6%** realizaram o exame de preventivo de colo de útero. A falta de estrutura adequada em várias aldeias ainda é fator de suma importância para a não realização do PCCU, além de fatores culturais que refletem na resistência da coleta por parte das mulheres. A demora no diagnóstico laboratorial devido o laboratório de referência para diagnóstico ficar localizado em Boa Vista, e atender toda a demanda do estado de Roraima. **Meta não atingida.**

Exames de prevenção do câncer de colo de Útero (PCCU) realizado em mulheres de idade fértil (MIF) no período de 2005 a 2007

ANO	EXAME	Nº de MIF
2005	PCCU	504
2006	PCCU	429
2007	PCCU	386
TOTAL	-	1.319

ACOMPANHAMENTO PRÉ – NATAL

O acompanhamento pré-natal é realizado por AIS mensalmente em todas as comunidades. As consultas de pré-natal são realizadas na oportunidade da visita das equipes de saúde. Foram cadastradas **1.134 grávidas** e foram realizadas **2.310 consultas** de pré-natal no ano de 2007; das quais 20% das mesmas realizadas por médico e enfermeiro e 60% realizado acompanhamento por AIS. Foram **pactuadas 04 consultas** de pré-natal e cada grávida realizou uma **média de 02 consultas** no período da gravidez. **Meta parcialmente alcançada.**

CONTROLE DAS DST/AIDS

O programa de prevenção e controle das DST/AIDS está parcialmente implantado no DSEI. No ano de 2007 foram diagnosticados 17 síndromes do corrimento vaginal, 10 casos de doenças inflamatórias da vulva e vagina, 01 caso de tricomonas vaginalis; totalizando **28 casos de DST**. Estes diagnósticos foram realizados através de Abordagem Síndrômica em pacientes atendidos pela demanda espontânea. Grande parte dos profissionais atuantes necessitam serem capacitados. Pois a falta de capacitação tem prejudicado o bom andamento do programa. Os casos diagnosticados e tratados em área através de abordagem síndrômica que não evoluem para melhora são encaminhados para o município de referencia para realização de exames específicos. A oferta de preservativos é realizada em área indígena através de repasses da **SES RR** para a **FUNASA**. Nas aldeias a aceitação ainda ocorre de forma tímida, as populações ainda não reconhecem o uso do preservativo como forma de proteção, necessitando estimular o uso, implementado ações de esclarecimento principalmente com lideranças e curadores tradicionais. Os pacientes identificados com **HIV** receberam 100% de acompanhamento por profissionais de saúde. **Meta parcialmente atingida.**

TUBERCULOSE

Foram diagnosticados 13 casos de tuberculose, representando um coeficiente de incidência de 0,3/1.000, foi pactuado um CI de 0,2/1.000, o indicador deve ser revisto, para efeito de pactuação ao longo do ano, pois com a implementação de ações de BA (Busca Ativa) de sintomáticos respiratórios **a tendência é ter um aumento no primeiro momento, para depois haver uma curva decrescente na notificação de casos.**

Casos novos de Tuberculose e Coeficiente de Incidência no período de 2005 á 2007

Período	2005	2006	2007
Casos Novos	06	12	13
C.I./ 1.000 hab	0,1	0,34	0,37

Fonte: DSEI-Leste de Roraima

Se analisarmos os casos identificados de 2005 a 2007, e, após supervisão em área indígena, detectamos a necessidade de reorganizar o gerenciamento do programa de controle da tuberculose, pois a falta de livros de registro de sintomáticos respiratórios, reflete na descontinuidade das outras ações de investigação em área, tais como: teste intradérmico de **PPD**, exames de baciloscopia **BARR** e triagem para realização de exame de raios-x. **Meta não atingida.**

MALÁRIA

No período de 2005 á 2007 a malária teve uma variação decrescente quanto ao número de casos positivos. Em 2005 observou-se um maior índice de lâminas examinadas, que vem reduzindo a medida, que os números de casos também vem reduzindo, obedecendo ao critério de oferta de busca ativa, considerando-se o numero de casos identificados em cada comunidade ou residência. Ao relacionarmos os pólos assistidos pela conveniada CIR-Saude, levando em consideração o risco para malária e analisando o Índice de Parasitemia Anual, todos os pólos bases estão classificados de Baixo Risco (IPA menor de 50). **Meta atingida.**

Casos Positivos de Malária e Incidência de Parasitemia no período de 2005 a 2007

Período	2005	2006	2007
Lâminas examinadas	48.891	36.318	22.578
Positivos	3.262	1.523	813
IPA	101,5	44,9	23,4

Fonte: DSEI-Leste RR

DOENÇAS CRÔNICOS-DEGENERATIVAS

Estão sendo realizados acompanhamentos periódicos de pacientes hipertensos e diabéticos. Foram diagnosticados 101 Hipertensos e 69 Diabéticos, monitorados periodicamente pelas EMSI. O cadastro é realizado para acompanhamento do paciente e dispensação de medicamentos específicos. **Meta atingida.**

SAÚDE BUCAL

O programa de Saúde Bucal é desenvolvido regularmente, desde o ano de 2000 até o período corrente, onde foram realizados levantamentos da situação da saúde bucal da população através do CPOD, concomitante foram realizadas ações curativas e preventivas para controle das cáries e promoção da saúde bucal, como: escovação e aplicação de flúor supervisionado, evidencição de placa bacteriana, distribuição de escovas e cremes dentais (3 vezes ao ano), palestra, reuniões com a comunidade e visitas domiciliares. São realizadas regularmente capacitações dos AIS no módulo de saúde bucal, realização de tratamento ART (tratamento atramautico) e Exodontias. **Meta atingida.**

Atendimentos realizado pelo Programa de Saúde Bucal no período de 2005 a 2007

ANO	Nº de Atendimentos
2005	2.905
2006	3.216
2007	1.842
TOTAL	7.963

Os programas Saúde Mental e Medicinas Tradicionais, não possuem dados para avaliação das metas em 2007.

As atividades de Controle Social no decorrer do exercício tiveram grande importância na avaliação das ações executadas em área.

A educação em saúde é realizada pelos profissionais das **EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena)**.

SANEAMENTO BÁSICO

Das ações pactuadas pela conveniada em relação ao saneamento básico, o destino adequado dos lixos orgânicos e inorgânicos está sendo desenvolvido. Há palestras para as comunidades sobre destino adequado dos dejetos e lixos. No ano de 2007, os **AISAN** ficaram praticamente o ano todo sem salário dificultando a continuidade das ações.

RECURSOS

As despesas com medicamentos, imunobiológicos, combustível e horas vôle de responsabilidade da FUNASA não sofreram no decorrer do ano de 2007 impactos que viessem a prejudicar o desempenho das ações de todos os programas de saúde.

No ano de 2007 foram detectados pela CGU e expostos na mídia local e nacional problemas de erros de conduta que vieram a contribuir com a saída do chefe do DSEI-Leste. Todavia não houveram quebra na cadeia de atendimentos tampouco na execução das ações visto as providencias tomadas, quanto a indicação de uma equipe de intervenção (a partir da Coordenação da CORE) para assumir interinamente com poderes para nomear a chefia do DSEI-Leste com tempo hábil para dar continuidade as ações inclusive por parte da conveniada.

As planilhas abaixo, destacam as necessidades de gastos com os recursos adequadamente planejados de acordo com o plano de trabalho pactuado.

QUADRO GERAL DE PESSOAL DO DSEI-LESTE 2007

CATEGORIA PROFISSIONAL (1)	Quant. Total	LOTAÇÃO						VÍNCULO EMPREGATÍCIO					
		Posto de Saúde	Pólo Base	CASAI	Adm. DSEI	Adm. Convênio	Município	Estado	FUNASA	Convênio	Município	Estado	SAS/MS/Outros
ACD	8		6	2					1	6			1
AIS	250	178	72							250			
AISAN	74	74											74
AIEN	28		28							28			
Administrador	2			1	1				1	1			
Agente Administrativo	15			12	3				10		5		
Agente de Endemias	1				1				1				
Agente Saúde Pública	1				1				1				
Antropólogo													
Asses. Comunicação	1					1				1			
Assistente Social*	3			3		0				1			1
Aux. Administrativo	2					2				2			
Aux. enfermagem.	75		14	59	2	0			42	18			11

Aux. De Epidemiologia*	5					5				5			
Aux. Logística	3					3				3			
Aux. Farmácia*	2					2				2			
Aux. Serv. Gerais	28			23	1	3			20	5			
Aux. de cozinha	7			7						6	1		
Biomédico	1			1					1				
Bioquímico	2			2						0			
Coord. Administrativo	1					1				1			
Coord. Epidemiologia	1					1				1			
Coord. Operacional													
Coord. Geral	1					1				1			
Coord. Indígena	2					2				2			
Coord. Médico	1					1				1			
Coord. Técnico													
Chefe de Endemias	1					1				1			
Chefe de Logística	1					1				1			
Chefe de Transportes	1					1				1			
Datilografo	1				1				1				
Economista													
Enfermeiro	25		13	10	1	1			6	14			5
Farmacêutico	4			3		1			3	1			
Guarda de Endemias													
Medico Dermatologista	1			1					1				
Medico endocrinologista	1			1					1				
Médico generalista	11		4	7		0			2	6			1
Medico ginecologista	1			1									1
Medico Pneumologista	1			1									1
Microscopista													
Microsc. Indígena	130	62	68			0				130			
Motorista	32					32				32			
Nutricionista	2			2					2				
Odontólogo	7		5		2	0				5			2
Psicólogo													
Operador de Radio	2					2				2			
Piloto						0				0			
Secretaria	2					2				2			
Tec. Contabilidade						0				0			
Tec. Enfermagem	2				2				2				
TEc. Pes. Finanças	1					1				1			
Téc. De Endemias	5		5			0				5			
Téc. Laboratório	5		5			0				5			
TOTAL	683	240	220	143	15	64			95	540	6		23

**QUADRO DE PESSOAL DA
ADMINISTRAÇÃO DO DSEI LESTE – RR**

CATEGORIA PROFISSIONAL (1)	Quant. Total	LOTAÇÃO							VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
		Posto de Saúde	Pólo Base	CASAI	Adm. DSEI	Adm. Convênio	Munici- pio	Estado	FUNASA	Convênio	Munici- pio	Estado	SAS/MS/ Outros
AISAN	74	74 (1)											
Administrador	01				01				01				
Agente Administrativo	03				03				03				
Agente Saúde Pública	01				01				01				
Agente de Endemias	01				01				01				
Aux. enfermagem.	02				02				02				
Aux. Ope. Ser. Div.	01				01				01				
Datilógrafo	01				01				01				
Enfermeiro	01				01								01
Odontólogo	02				02								02
Tec. Enfermagem	02				02				02				
TOTAL	15				15				12				3

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Veículos da FUNASA á disposição da conveniada CIR/SAÚDE

Veículos = 21

Ano de Fabricação 13 carros / 1999
 01 carro / 2000
 01 carro / 2001
 03 carros / 2002
 03 carros / 2003

* A manutenção destes veículos é realizada pela FUNASA/CORE-RR

Barcos = 21
 Motores de Popas = 12
 Motores Estacionários = 05
 Maquinas Fog. (para ações de conteúdo
 endemias) = 10
 Microscópios = 85
 Radio fonias = 126
 Balanças para bebê =
 Balanças antropométricas =
 Bicletas = 100
 Bebedouro de pressão
 Condicionador de Ar
 Fogão 4 bocas
 Freezer horizontal

Geladeira Vertical
 Microcomputador
 Televisor
 Vídeo-cassete
 Computador
 Retroprojeter
 Bala de oxigênio
 Balança pediátrica tipo concha
 Balança Antropométrica
 Maca de Transporte
 Gabinete Odontológico
 Geladeira a Gás
 Balança de ar para parede

Legenda: (1) Os AISAN serão incorporados pelos municípios a partir da vigência da pactuação a ser realizada, de acordo com a Portaria 2.656/2007. Serão remunerados com o incentivo fundo-a-fundo transferidos da SAS/MS para os seus municípios de origem, conforme quadro complementar nº 04.

No ano de 2007 o DSEI-Leste contou com a importante contribuição de 03(três) técnicos contratados pela SAS/MS, para atuar nas ações do Programa de Saúde e acompanhamento das ações do Controle Social, Imunização, Atenção a saúde da mulher e da criança, Supervisões técnicas frente as demandas de atuação da conveniada CIR/Saúde e as EMSIS dos 08 municípios. Apesar das questões de logística a operacionalização dessas atividades foram sem duvidas o ponto importante para a melhoria do alcance dos resultados não só das áreas supra citadas, mas de todo o contexto pactuado do Plano Distrital.

O Dsei/Leste desde 2000 tem contado para a execução das ações básicas de saúde, com a conveniada CIR/SAÚDE e com as EMSI's dos 08 Municípios (Pacaraima, Bonfim, Normandia, Cantá, Amajari, Boa vista, Caroebe, e São Luiz do Anauá). Todavia o modelo de atenção desenvolvida pelo CIR/SAÚDE merece ser revisto uma vez que se observamos o desenvolvimento das ações e quadro dos agravos onde esta conveniada vem atuando demonstra que o impacto é apenas parcial sob o ponto de vista epidemiológico.

Podemos citar como fatores de risco quanto à operacionalização das ações para conveniada os seguintes itens.

- Descontinuidade das ações em decorrência do atraso na liberação de parcelas até por 03 meses, refletindo em atraso de salários e falta de pagamento para fornecedores.

- Dificuldades operacionais e logísticas relacionadas a grande dispersão entre as comunidades os pólos bases e o sistema de referencial em Boa Vista.

- O programa de saúde desenvolvida pela conveniada não prevê recursos humanos de nível médio ou superior com presença permanente em área indígena.

- Dificuldade de se conseguir fixar recursos humanos da área medica para trabalhar em área indígena com qualidade técnica adequada para difíceis condições de trabalho em área.

**QUADRO DE PESSOAL DO DSEI LESTE – 2007
CONVENIADA - CIR**

CATEGORIA PROFISSIONAL (1)	Quant. Total	LOTAÇÃO							VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
		Posto de Saúde	Pólo Base	CASAI	Adm. DSEI	Adm. Convênio	Município	Estado	FUNASA	Convênio	Município	Estado	SAS/MS/Outros
ACD	6		6							6			
AIS	250	178	72							250			
AIEN	28		28							28			
Administrador	2			1		1				2			
Antropólogo													
Asses. Comunicação	1					1				1			
Assistente Social*	1			1						1			
Aux. Administrativo	2					2				2			
Aux. enfermagem.	18		14	4						18			
Aux. de Epidemiologia*	5					5				5			
Aux. Logística	3					3				3			
Aux. Farmácia*	2					2				2			
Aux. Serv. Gerais	5			2		3				5			
Aux. de cozinha	6			6						6			
Bioquímico													
Coord. Administrativo													
Coord. Epidemiologia	1					1				1			
Coord. Operacional													
Coord. Geral	1					1				1			
Coord. Indígena	2					2				2			
Coord. Médico	1					1				1			
Coord. Técnico													
Chefe de Endemias	1					1				1			
Chefe de Logística	1					1				1			
Chefe de Transportes	1					1				1			
Economista													
Enfermeiro	14		13			1				14			
Farmacêutico	1					1				1			
Guarda de Endemias													
Médico generalista	6		4	2						6			
Microscopista													
Microsc. Indígena	130	62	68							130			
Motorista	32					32				32			
Nutricionista													
Odontólogo	5		5							5			
Psicólogo													
Motorista													
Operador de Radio	2					2				2			
Piloto													
Secretaria	2					2				2			
Tec. Contabilidade													
TEc. Pes. Finanças	1					1				1			
Téc. De Endemias	5		5							5			

Téc. Laboratório	5		5							5			
TOTAL	540	240	220	16	0	64				540			

**QUADRO DE PESSOAL DO DSEI – 2007
CASAI**

CATEGORIA PROFISSIONAL (1)	Quant. Total	LOTAÇÃO							VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
		Posto de Saúde	Pólo Base	CASAI	Adm. DSEI	Adm. Convênio	Munici- pio	Estado	FUNASA	Convênio	Munici- pio	Estado	SAS/MS/ Outros
ACD	2			2					1				1
Administrador	1			1						1			
Assistente Social*	2			2						1			1
Agente Administrativo	12			12					7		5		
Aux. enfermagem.	55			55					40	4			11
Aux. farmácia*													
Aux. Serv. Gerais	21			21					19	2			
Aux. de cozinha	7			7						6	1		
Bioquímico	2			2					2				
Biomédico	1			1					1				
Enfermeiro	10			10					6				04
Farmacêutico	3			3					3				
Médico generalista	5			5					2	2			1
Méd. Dermatologista	1			1					1				
Méd. Ginecologista	1			1									1
Méd. endocrinologista	1			1					1				
Méd. Pneumologista	1			1									1
Nutricionista	2			2					2				
TOTAL	127			127					85	16	6		20

FATORES DE RISCO PARA A CONTINUIDADE DAS AÇÕES

- Risco de descontinuidade das ações devido ao atraso na liberação de parcelas causando descontinuidade por três meses seguidos, refletindo em atraso de salário e falta de pagamento para fornecedores;
- Dificuldades operacionais e logísticas relacionadas à grande dispersão entre as comunidades, os pólos-base e o sistema de referencia em Boa Vista;
- O programa de saúde desenvolvida pela conveniada não prevê recursos humanos de nível médio ou superior com presença permanente em área indígena
- Dificuldade de se conseguir fixar recursos humanos medico para trabalhar em área indígena com qualificação técnica adequada para as difíceis condições de trabalho em área.

Metas e resultados da ação exercício

Previstas		Realizadas	
Física	Financeira	Física	Financeira
Referenciada em cada atividade mencionada acima.	2.736.326,49	Referenciada em cada atividade mencionada acima.	2.736.326,49

ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE INDÍGENA - EMSI

Programa de controle do Câncer do Colo Uterino

As equipes dos municípios realizaram no ano de 2007, 866 coletas de preventivos para 8.218 melhores em idade fértil (MIF). A acesso das mulheres ao serviço de coleta e a oferta da atividade por parte das equipes têm superado a discreta resistência das mulheres mais idosas contribuindo para alcance de uma melhor cobertura da meta alcançada, visto que a meta pactuada de 500 coletas de PCCU/2007, quanto ao diagnósticos, a demora esta em torno de 15 dias. Dependendo da coordenação das atividades realizar a busca na referencia em Boa Vista. Meta atingida.

Acompanhamento Pré - Natal

O acompanhamento do pré - natal pelas equipes dos 08 municípios é realizada por médico e enfermeiro (consultas) exceto São Luiz do Anauá que não é contemplado com médico na composição da equipe. Foram captados 1.134 gestantes e consultadas 2.310, vale ressaltar que a captação dessas gestantes é realizada pelos AIS que realizam o acompanhamento durante todo o processo da gravidez. Meta parcialmente alcançada.

Saúde da Criança

As crianças de 05 anos acompanhadas com peso e estatura foi de 3.938 para o total de 7.790 crianças, ou seja, a cobertura por esta atividade foi de 49,4% em 2007. Meta parcialmente atingida.

Tuberculose

Os casos de tuberculose detectados pelas EMSI's foram 13 casos. Em 2007 todos receberam tratamento por DOTS. Deste 13 casos, 04 receberam alta por cura que representam 69.2% da meta pactuada e destes 04 pacientes encontra-se em tratamento. Meta parcialmente atingida.

QUADRO DEMONSTRATIVO DAS EMSI

Nº	Município	Nº de Equipes	Ano	Composição da(s) Equipe(S)	NS	Relatórios Apresentados	Devendo 2007
1	Boa Vista	01	2002	05 médicos;12 enfermeiros;04 odontólogos ; 02 ACD e 19 Téc. de Enfermagem –AIS e AISAN	24 NS 201 NM	SET 2007	DEZ 2007
2	Bonfim	02	2002	02 médicos-06 ACD;06 Aux.Enf;06 Téc.Enf; 06 THD 02 Enfermeiro;02 Odontólogo	06NS 06 NM	NOV 2007	Out.Nov e Dez/2007
3	Cantá	01	2004	01 médicos; 01enfermeiros;01 odontólogo ; 03 Téc. de Enfermagem –03 AIS e 03 AISAN	03NS 03 NM	DEZ 2007	-
4	Pacaraima	02	2002	02 médicos;06 Téc.Enf; 02 Enfermeiro;02 Odontólogo;01 AIS e 01 AISAN	06NS 07 NM	SET 2007	Out.Nov e Dez/2007
5	Amajari	02	2004	01 médicos; 01enfermeiros;01 odontólogo ; 03 Téc. de Enfermagem –03 AIS e 03 AISAN	03NS 03 NM	DEZ 2007	-
6	Alto Alegre	01	2003	01 médicos; 01enfermeiros;01 odontólogo ; 03 Téc. de Enfermagem	03NS 03 NM	NOV 2007	DEZ 2007
7	Caroebe	01	2004	01 médicos; 01enfermeiros;01 odontólogo ; 03 Téc. de Enfermagem –02 AIS e 02 AISAN	03NS 05 NM	JUNHO/2007	Julho á Dezembro 2007
8	São Luiz	01	2004	01enfermeiros;01 odontólogo ; 02 Téc. de Enfermagem –02 AIS e 02 AISAN	02NS 04 NM	DEZ 2007	-
9	Normandia	02	2002	02 médicos; 02enfermeiros;02 odontólogo ; 06 Téc. de Enfermagem –01 AIS e 01 AISAN	06NS	SET 2007	Out á Dez 2007

No quadro acima podemos observar que os relatórios mensais das ações executadas pela (EMSI) não oferecem condições, que viabilizem a avaliação do alcance dos resultados, a não ser parcialmente. É necessário que as equipes técnicas de supervisão do DSEI-Leste tornem mais efetivo o contato com estas equipes inclusive no que se refere esclarecer a importância do repasse das informações.

COMPOSIÇÃO DAS EMSI POR MUNICÍPIO E CATEGORIA PROFISSIONAL

Nº	Município	Médico	Enfermeiro	Odontólogo	Nutricionista	Téc.Enf	AISAN	AIS
01	Boa Vista	05	12	04	01	19	-	-
02	Bonfim	02	02	02	-	06	-	-
03	Cantá	01	01	01	-	03	-	-
04	Pacaraima	02	02	02	-	06	01	-
05	Amajari	01	01	01	-	03	-	-
06	Alto Alegre	01	01	01	-	03	-	02
07	Caroebe	01	01	01	-	03	-	02
08	São Luiz		01	01	-	02		02
09	Normandia	02	02	02	-	06	01	-
TOTAL		15	23	15	01	51	02	06

Gestão das ações

0150. 2272 – Gestão e Administração do Programa

Dados gerais da Ação

DSEI-YANOMAMI

Tipo	Orçamentária
Finalidade	Constituir um centro de custos administrativos dos programas, agregando as despesas que não são passíveis de apropriação em ações finalísticas do próprio programa.
Descrição	Essas despesas compreendem: serviços administrativos; pessoal ativo; manutenção e uso de frota veicular, própria ou de terceiros por órgãos da União; manutenção e conservação de imóveis próprios da União, cedidos ou alugados, utilizados pelos órgãos da União; tecnologia da informação, sob a ótica meio, incluindo o apoio ao desenvolvimento de serviços técnicos e administrativos; despesas com viagens e locomoção (aquisição de passagens, pagamento de diárias e afins); sistemas de informações gerenciais internos; estudos que têm por objetivo elaborar, aprimorar ou dar subsídios à formulação de políticas públicas; promoção de eventos para discussão, formulação e divulgação de políticas, etc; produção e edição de publicações para divulgação e disseminação de informações sobre políticas públicas e demais atividades-meio necessárias à gestão e administração do programa.
Unidade responsável pelas decisões estratégicas	Presidência da Fundação Nacional de Saúde
Unidades executoras	Departamento de Saúde Indígena - Desai
Áreas responsáveis por gerenciamento ou execução	Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação de Saúde Indígena - CGPAS
Coordenador nacional da ação	WANDERLEY GUENKA
Responsável pela execução da ação no nível local (quando for o caso)	

Responsável Regional: Substituto	Helder Gonçalves de Almeida
Responsável Técnico Regional:	Joana Claudete das Mercês Schuert

Resultados

A FUNASA-Fundação Nacional de Saúde tem dentre suas atribuições, abarcada pela missão institucional, o Atendimento de Atenção Integral à Saúde Indígena. Por se tratar de atividade típica de estado (não exclusiva), e em face da deficiente operacional, a Funasa vem viabilizando suas ações de saúde mediante parcerias Instituições Não Governamentais (ONG'S).

Dada a complexidade e especificidades que permeiam as relações com as populações indígenas, foram criados, mediante Portaria nº 852 de setembro de 1999, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS), os quais têm entre as diversas atribuições a de acompanhar e avaliar todas ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência, com base em indicadores de saúde e desempenho, que para a presente análise, jurisdicionada no Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami.

Com vista viabilizar as atribuições a cargo do DSEI-Yanomami, faz mister à atuação das Seções de Logística e Administração, Farmácia, Entomologia, Gerencia de Saúde, Estatística, Almoxarifado, Controle Social e CASAI/ RR inseridas na estrutura do

Dsei, na disponibilização dos recursos necessários. Aliado a esse esforço operacional, coexistem atividades meio, que aí incluem rateios de despesas com os demais setores da Funasa, tais como aquisições de materiais de expediente, peças de veículos, materiais elétricos e hidráulicos, despesas com limpeza e vigilância predial, água e energia, serviços postais e telefônicos, mecânica de veículos, equipamentos e afins, medicamentos e materiais laboratoriais.

Para o exercício de 2007, tivemos definido teto orçamentário, para execução direta, de R\$ 11.800.000,00 (Onze Milhões e Oitocentos Mil Reais).

O fluxo do crédito se inicia de planilha trimestral ao nível central da Funasa, contendo de forma detalhada todas as despesas afetas para o período que, através do DSAI- Departamento de Saúde Indígena descentraliza os valores, também detalhada, por subelemento. Do referido montante, R\$ 120.825,00 (Cento e Vinte Mil Oitocentos e Vinte e Cinco Reais), ou seja, 1,023%, se destinam a financiar as despesas das áreas meio. Da análise do valor apurado pelo SIAFI para os aludidos gastos no decorrer do exercício de 2007, constata-se uma grande assimetria, emanada do processo de descentralização dos créditos, considerando que, nossa demanda orçamentária foi atendida em 98,97%, ou seja, R\$ 11.767.800,00 (Onze Milhões Setecentos e Sessenta e Sete Mil, Oitocentos Reais).

Quanto aos gastos, os recursos foram aplicados conforme quadro abaixo:

PROGRAMA DE TRABALHO	NATUREZA DESPESA	PLANO INTERNO	VALOR R\$:	NATUREZA
10122015022720001 – Gestão e Administração do programa	339030	IYANCSI	49.164,73	Medicamentos
	339037	IYANCSI	21.498,86	Vigilância e Limpeza
	339039	IYAN	19.325,00	Telefone, CAER, Energia elétrica
	339039	IYANCSI	26.775,70	Telefonia - Embratel, Telemar, Reprografia Correios, Material Predial, Ar Condicionado e Funerária.
	339092	IYANCSI	3.610,71	Vigilância
	TOTAL R\$:			120.825,00

O recurso foi aplicado conforme as despesas acima.

Metas e resultados da ação exercício

Previstas		Realizadas	
Física	Financeira	Física	Financeira
	120.825,00		120.825,00

Gestão das ações
0150. 6501 - Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Dados gerais da Ação

DSEI-YANOMAMI

Tipo	Orçamentária
Finalidade	Garantir a oferta de serviços de saúde visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde das comunidades indígenas.
Descrição	Assistência à saúde no âmbito dos DSEIs: 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 pólos-base e das casas de saúde do índio (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 pesquisas sobre saúde indígena; e 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 agentes indígenas de saúde; capacitação de técnicos para atuação na área gerencial das unidades de saúde nos DSEI's; realização de educação continuada para as equipes de saúde indígena; capacitação de operadores do SIASI e monitores do DESAI; qualificação de profissionais de saúde e técnicos dos DSEI's em vigilância em saúde; capacitação para uso de ferramentas informatizadas; acompanhamento da instalação, manutenção e aplicação de ferramentas informatizadas.
Unidade responsável pelas decisões estratégicas	Presidência da Fundação Nacional de Saúde
Unidades executoras	Departamento de Saúde Indígena - Desai
Áreas responsáveis por gerenciamento ou execução	Coordenação Geral de Atenção à Saúde Indígena - CGASI
Coordenador nacional da ação	Wanderley Guenka
Responsável pela execução da ação no nível local (quando for o caso)	

Responsável Regional: Substituto	Helder Gonçalves de Almeida
Responsável Técnico Regional:	Joana Claudete das Mercês Schuert

Resultados (Ver tabela anexa)

Metas e resultados da ação exercício

Previstas		Realizadas	
Física	Financeira	Física	Financeira
	12.119.857,03		12.119.857,03

Programa 0122 – Serviços Urbanos de Água e Esgoto

Dados gerais do programa

Tipo de programa	PROGRAMA FINALÍSTICO
Objetivo geral	Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços públicos urbanos de abastecimento de água e esgotamento sanitário.
Gerente do programa	Ministério das Cidades
Gerente executivo	FUNASA
Indicadores ou parâmetros utilizados	Taxa de Cobertura dos Serviços de Urbanos de abastecimento de água (%) Taxa de Cobertura dos serviços Urbanos de coleta de esgoto (%) Taxa de tratamento de esgoto coletados (%)
Público-alvo (beneficiários)	Às populações com menor nível socioeconômico, bem como aquelas residentes em áreas de habitação subnormal, localizadas nas periferias dos grandes centros urbanos e em municípios de pequeno porte

Gestão das ações

0122. 2272 – Gestão e Administração do Programa

Dados gerais da Ação

Tipo	Orçamentária
Finalidade	Constituir um centro de custos administrativos dos programas, agregando as despesas que não são passíveis de apropriação em ações finalísticas do próprio programa.
Descrição	Essas despesas compreendem: serviços administrativos; pessoal ativo; manutenção e uso de frota veicular, própria ou de terceiros por órgãos da União; manutenção e conservação de imóveis próprios da União, cedidos ou alugados, utilizados pelos órgãos da União; tecnologia da informação, sob a ótica meio, incluindo o apoio ao desenvolvimento de serviços técnicos e administrativos; despesas com viagens e locomoção (aquisição de passagens, pagamento de diárias e afins); sistemas de informações gerenciais internos; estudos que têm por objetivo elaborar, aprimorar ou dar subsídios à formulação de políticas públicas; promoção de eventos para discussão, formulação e divulgação de políticas, etc; produção e edição de publicações para divulgação e disseminação de informações sobre políticas públicas e demais atividades-meio necessárias à gestão e administração do programa.
Unidade responsável pelas decisões estratégicas	Presidência da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA
Unidades executoras	Departamento de Engenharia de Saúde Pública - DENSP
Áreas responsáveis por gerenciamento ou execução	Coordenação Geral de Cooperação Técnica em Saneamento - CGCOT
Coordenador nacional da ação	José Raimundo Machado dos Santos
Responsável pela execução da ação no nível local (quando for o caso)	

Responsável Regional: Substituto	Helder Gonçalves de Almeida
Responsável Técnico Regional:	Paulo Henrique Brasil Hass Gonçalves

Resultados

a) Principais despesas

- 339014 – referente a diárias - nas atividades relacionadas ao abastecimento de água em áreas indígenas, supervisão de Agente de Saneamento AISAN, manutenção dos sistemas, consertos dos sistemas, abastecer com combustível as comunidades indígenas para os geradores e motores, supervisão dos convênios entre FUNASA, as Prefeituras e o Estado de Roraima.

- 339030 – material de consumo – compra de combustível para abastecimento dos veículos nos serviços necessários a esta divisão; compra de combustível para manter em funcionamento os sistemas de abastecimento de água nas comunidades indígenas, que funcionam com motores e geradores de energia; compra de peças de veículos para manutenção da frota; aquisição de tubos, conexões, etc, utilizados para manter em funcionamento os sistemas de abastecimento de água nas comunidades indígenas.

- 339037 – segurança e limpeza – recurso utilizado para garantir a segurança do patrimônio e limpeza das instalações prediais desta CORE- FUNASA, onde esta divisão de engenharia participa como cota da administração geral em Roraima.

- 339039 – serviços – utilizados pagamentos de horas de vôo, em transporte aéreo, para comunidades indígenas onde só existe este meio de transporte; pagamento como cota junto à administração desta CORE na manutenção dos aparelhos de ar condicionado; lavagem de veículos utilizados nesta divisão;

- 339032 – reconhecimento de dívida – para pagamento de material de consumo nos sistemas de abastecimento de água, onde não foi possível realizar em tempo hábil a entrega do material por parte das empresas fornecedoras, já que a licitação foi realizada no final do ano em curso.

Com relação ao recurso financeiro 409051, relacionado a execução de obras de saneamento em áreas indígenas, foi realizada licitação e empenho no último mês do ano, e somente foi efetuado a ordem de serviços, para início da execução das obras no mês de janeiro de 2008, portanto o recurso só será desembolsado no ano de 2008.

Metas e resultados da ação exercício

Previstas		Realizadas	
Física	Financeira	Física	Financeira
	622.999,31		622.999,31

Programa 1287 – Saneamento Rural

Dados gerais do programa

Tipo de programa	PROGRAMA FINALÍSTICO
Objetivo geral	Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços de saneamento ambiental em áreas rurais.
Gerente do programa	Francisco Danilo Bastos Forte
Gerente executivo	Jose Raimundo Machado dos Santos
Indicadores ou parâmetros utilizados	Taxa de Cobertura de água em áreas rurais (%) Taxa de Cobertura de esgotamento sanitário em áreas rurais (%) Taxa de cobertura de abastecimento de água em áreas indígenas (%)
Público-alvo (beneficiários)	População rural dispersa, residente em assentamentos de reforma agrária e em localidades de até 2.500 habitantes e as minorias étnicoraciais como quilombolas, população indígena e outros povos de floresta.

Gestão das ações

1287. 7684 – Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos

Dados gerais da Ação

Tipo	AÇÃO ORÇAMENTÁRIA
Finalidade	Dotar as aldeias de condições adequadas de saneamento básico. Contribuir para redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica. Contribuir para o controle de doenças parasitárias transmissíveis por dejetos e contribuir para o controle de agravos ocasionados pela falta de condições de saneamento básico em áreas indígenas.
Descrição	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).
Unidade responsável pelas decisões estratégicas	Presidência da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA
Unidades executoras	Departamento de Engenharia de Saúde Pública - DENSP
Áreas responsáveis por gerenciamento ou execução	Coordenação Geral de Engenharia Sanitária - CGESA
Coordenador nacional da ação	José Raimundo Machado dos Santos
Responsável pela execução da ação no nível local (quando for o caso)	

Responsável Regional: Substituto	Helder Gonçalves de Almeida
Responsável Técnico Regional:	Paulo Henrique Brasil Hass Gonçalves

Resultados

As atividades de saneamento durante o ano de 2007 se desenvolveram de acordo com o Plano Operacional da CORE/RR, apoiando o Estado e os Municípios na elaboração dos projetos de saneamento, supervisões e fiscalizações de obras em área indígena e municípios, relativas a sistema de abastecimento de água, melhorias sanitárias domiciliares, resíduos sólidos, esgotamento sanitário, além de outras atividades, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população, como também na redução de doenças de veiculação hídrica e de outras endemias, principalmente na área indígena, e nos projetos do PAC-Programa de Aceleração do Crescimento, contemplando 15 municípios, no total de 32 convênios, sendo 14 de Sistema de Abastecimento de Água, 5 de Melhorias Sanitárias Domiciliares, 3 de Água na Escola, 5 de Drenagem e 5 de Esgoto Sanitário, e uma população a ser atendida de aproximadamente 40.000 habitantes.

- Algumas dificuldades encontradas que comprometeram a agilização das metas:
- Falta de uma política salarial compatível com os cargos e funções técnicas;
- Os contratos com os consultores por um período muito curto.
- Insuficiência de engenheiros para acompanhamento, avaliação e fiscalização dos projetos de engenharia.
- Precariedade do ambiente de trabalho como: móveis e equipamentos inadequados.

Metas e resultados da ação no exercício

Previstas		Realizadas	
Física	Financeira	Física	Financeira
19 aldeias e 3.986 pop. Atendida	1.843.967,13	19 aldeias e 3.986 pop. atendida	1.667.081,69

Programa 0750 - Apoio Administrativo

Dados gerais do programa

Tipo de programa	Apoio Administrativo
Objetivo geral	Prover os órgãos da União dos meios administrativos para a implementação e gestão de seus programas finalísticos.
Gerente do programa	Não se aplica
Gerente executivo	Não se aplica
Indicadores ou parâmetros utilizados	Não se aplica
Público-alvo (beneficiários)	Governo

Gestão das ações
0750. 2000 - Administração da Unidade

Dados gerais da Ação

Tipo	Orçamentária
Finalidade	Constituir um centro de custos administrativos das unidades orçamentárias constantes dos orçamentos da União, agregando as despesas que não são passíveis de apropriação em programas ou ações finalísticas.
Descrição	A atividade padronizada “Administração da Unidade” substitui as antigas atividades 2000 - Manutenção de Serviços Administrativos, 2001 - Manutenção de Serviços de Transportes, 2002 - Manutenção e Conservação de Bens Imóveis, 2003 - Ações de Informática. Nesse sentido se constitui na agregação de despesas de natureza administrativa que não puderem ser apropriadas em ações e programa finalísticos. Essas despesas, quando claramente associadas à determinada ação, devem ser apropriadas nesta ação; quando não puderem ser apropriadas a uma ação finalística, mas puderem ser apropriadas a um programa finalístico, devem ser apropriadas na ação Gestão e Administração do Programa (GAP, 2272); quando não puderem ser apropriadas nem a um programa nem a uma ação finalística, devem ser apropriadas na ação Administração da Unidade (2000). Essas despesas compreendem: serviços administrativos; pessoal ativo; manutenção e uso de frota veicular, própria ou de terceiros por órgãos da União; manutenção e conservação de imóveis próprios da União, cedidos ou alugados, utilizados pelos órgãos da União; tecnologia da informação, sob a ótica meio, incluindo o apoio ao desenvolvimento de serviços técnicos e administrativos; despesas com viagens e locomoção (aquisição de passagens, pagamento de diárias e afins); sistemas de informações gerenciais internos; estudos que têm por objetivo elaborar, aprimorar ou dar subsídios à formulação de políticas públicas; promoção de eventos para discussão, formulação e divulgação de políticas etc; produção e edição de publicações para divulgação e disseminação de informações sobre políticas públicas e demais atividades-meio necessárias à gestão e administração da unidade.
Unidade responsável pelas decisões estratégicas	Presidência da Fundação Nacional de Saúde
Unidades executoras	Departamento de Administração - DEADM
Áreas responsáveis por gerenciamento ou execução	Coordenação Geral de Recursos Logísticos - CGLOG
Coordenador nacional da ação	Williames de Oliveira Pimentel
Responsável pela execução da ação no nível local (quando for o caso)	

Responsável Regional: Substituto	Helder Gonçalves de Almeida
Responsável Técnico Regional: Substituta	Edilene dos Santos Lima

Resultados

A DIADM durante o exercício de 2007 recebeu recursos para administração da unidade para atender despesas com pagamento de diárias, contratos contínuos de manutenção, como também material permanente destinado à aquisição de móveis para atender a sede do órgão.

E importante destacar que durante o exercício de 2007 as atividades da DIADM foram prejudicadas em face na demora na liberação de créditos orçamentários, principalmente aqueles referentes aos contratos contínuos, como também a intervenção ocorrida nesta regional desencadeada pela Polícia Federal, paralisando parcialmente os processos licitatórios em andamento.

A DIADM tem seu quadro de pessoal insuficiente para atender a demanda do setor, visto que atualmente parte dessa mão-de-obra é suprida por estagiários, com grande rotatividade, impossibilitando atribuição de responsabilidades para certas funções.

Os equipamentos de informática já não atendem as necessidades do setor devido a incompatibilidade com volume de trabalhos desenvolvidos.

Está sob a responsabilidade da DIADM a celebração de contratos com empresas prestadoras de serviços e fornecedores de materiais.

As licitações realizadas foram nas modalidades: Tomada de Preço, Convite, Dispensa de Licitação, Inexigibilidade e Pregão com destaque para este último como sendo a modalidade mais utilizada.

As principais despesas no programa da DIADM nos elementos de despesas:

– 3390.14- pagamento de diárias do titular do órgão e também servidores em viagem para levantamento de material permanente.

– 3390.30 - destinada a aquisição de material de expediente, combustível, peças de reposição para veículos, manutenção predial e outros de fundamental importância para o funcionamento da instituição.

– 3390.37 - destinada a serviço de vigilância armada, limpeza e conservação predial para conservação do patrimônio público.

– 3390.39 - tendo como principais gastos despesas com telefonia, energia elétrica, água, manutenção de veículos, sempre, com a utilização de contratos em vigor.

– 4490.52- neste elemento o destaque de gasto maior foi com mobiliário para suprir parte da deficiência atualmente existente da sede da CORE/RR.

Os recursos foram aplicados de acordo com as necessidades da instituição.

Após a ação da Polícia Federal a Presidência da FUNASA-Brasília enviou a CORE-RR, uma equipe de técnicos, tanto da área técnica quanto da administrativa para dar continuidade as atividades administrativas e finalísticas, evitando assim a paralisação com sérias conseqüências para as populações indígenas.

O cronograma de desembolso dos recursos é feito trimestralmente pela Presidência da FUNASA, cuja liberação ocorre total ou parcialmente.

Metas e resultados da ação exercício

Previstas		Realizadas	
Física	Financeira	Física	Financeira
	1.273.838,72		1.273.838,72

1. Identificação

Nome completo da unidade e sigla	Fundação Nacional de Saúde – FUNASA/ CORE-RR	
Natureza jurídica	FUNDAÇÃO DO PODER EXECUTIVO	
Vinculação ministerial	MINISTÉRIO DA SAÚDE	
Normativos de criação, definição de competências e estrutura organizacional e respectiva data de publicação no Diário Oficial da União	Decreto nº 100 de 16/04/1991, D.O.U de 17/04/91 (institui a funasa) Portaria GM/MS nº 1835 de 1/11/1994, D.O.U de .03/11/94 (Reg. Interno) Portaria GM/MS nº 163 de 15/02/1995, D.O.U de 16/02/95 (aprova cód.unid. org.) Decreto nº 3450 de 09/05/2000, D.O.U de .10/05/00(estatuto) Portaria FUNASA nº 410 de 10/08/2000, D.O.U de 18/08/00 (.reg. interno) Portaria GM/MS nº 1776 de 8/09/2003, D.O.U de 09/09/03.(reg. interno)	
CNPJ	26.989.350/0536-60	
Nome e código no SIAFI	Coordenação Regional da FUNASA em Roraima – 255023	
Código da UJ titular do relatório	Coordenação Regional da FUNASA em Roraima – 255023	
Códigos das UJ abrangidas	Não consolida outras unidades	
Endereço completo da sede	Av. Cap. Ene Garcez, 1636 – São Francisco – CEP: 69304-400 - Boa Vista/ RR	
Endereço da página institucional na Internet	www.funasa.gov.br	
Situação da unidade quanto ao funcionamento	Em funcionamento	
Função de governo predominante	Saúde e Saneamento	
Tipo de atividade	Atenção à Saúde Indígena e Saneamento Básico urbano e rural	
Unidades gestoras utilizadas no SIAFI	Nome	Código
	Coordenação Regional da FUNASA em Roraima	255023