



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
Secretaria-Geral de Controle Externo
Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

Sumários Executivos - 14

Avaliação do TCU sobre o Programa Nacional de Controle da Malária

Ministro-Relator
Lincoln Magalhães da Rocha

Brasília
2004

© Copyright 2004, Tribunal de Contas da União
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

www.tcu.gov.br

Para leitura completa do Relatório, do Voto e do Acórdão n ° 303/2004 -TCU -
Plenário, acesse a página do TCU na Internet no seguinte endereço:
www.tcu.gov.br/avaliacaodeprogramasdegoverno

Brasil. Tribunal de Contas da União.

Avaliação do TCU sobre o Programa Nacional de Controle da
Malária / Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, Secretaria
de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2004.

21 p. – (Sumários Executivos / TCU-SEPROG ; 14)

1. Malária, controle 2. Doença endêmica, controle 3. Programa de
governo, avaliação I. Programa Nacional de Controle da Malária
(Brasil) II. Título. III. Série.

Catalogação na fonte: Biblioteca Ministro Ruben Rosa



Tribunal de Contas da União

Ministros

Valmir Campelo, Presidente
Adylson Motta, Vice-Presidente
Marcos Vilaça
Humberto Guimarães Souto
Walton Alencar Rodrigues
Guilherme Palmeira
Ubiratan Aguiar
Benjamin Zymler

Auditores

Lincoln Magalhães da Rocha
Augusto Sherman Cavalcanti
Marcos Bemquerer Costa

Ministério Público

Lucas Rocha Furtado, Procurador-Geral
Jatir Batista da Cunha, Subprocurador-Geral
Paulo Soares Bugarin, Subprocurador-Geral
Maria Alzira Ferreira, Subprocuradora-Geral
Marinus Eduardo de Vries Marsico, Procurador
Cristina Machado da Costa e Silva, Procuradora

RESPONSABILIDADE EDITORIAL

SECRETÁRIO-GERAL DE CONTROLE EXTERNO

Luciano Carlos Batista

Secretária de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

Selma Maria Hayakawa Cunha Serpa

Diretor da 2ª. Diretoria Técnica da SEPROG

Dagomar Henriques Lima

Gerente do Projeto de Aperfeiçoamento do Controle Externo com Foco na Redução da Desigualdade Social - CERDS

Glória Maria Merola da Costa Bastos

EQUIPE DE AUDITORIA

Renato Kanemoto (coordenador)

Daniel de Menezes Delgado

Janete Saraiva de Azevedo

Mario Roberto Monnerat Vianna

Sandro Henrique Maciel Bernardes

Dagomar Henriques Lima (supervisor)

COLABORADORES DAS SECEX NOS ESTADOS

Ary Reis

Aureo Lucio de Queiroz Lima e Souza

EDITORAÇÃO

Diretor-Geral do Instituto Serzedello Corrêa - ISC

Paulo Roberto Wiechers Martins

Diretora Técnica do Centro de Documentação

Evelise Quadrado de Moraes

Projeto Gráfico e Edição Eletrônica

Serviço de Edição e Publicações - Sedip/ISC

Foto da Capa

Daniel de Menezes Delgado

ENDEREÇO PARA CONTATO

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de

Programas de Governo – SEPROG

SAFS Quadra 4 Lote 1

Edifício Anexo I, Sala 456

70.042-900 - Brasília-DF

Telefone: (61) 316-7313

seprog@tcu.gov.br

SOLICITAÇÃO DE EXEMPLARES

Instituto Serzedello Corrêa

Centro de Documentação

SAFS Quadra 4 Lote 1

Edifício-Sede, Sala 056

70.042-900 - Brasília-DF

Telefone: (61) 316-7165

biblioteca@tcu.gov.br

Sumário

APRESENTAÇÃO	7
Programa Nacional de Controle da Malária	9
O que foi avaliado pelo TCU	10
Por que foi avaliado	11
Recursos federais alocados ao Programa	12
Como se desenvolveu o trabalho	13
O que o TCU encontrou	13
Aspectos relevantes do Programa	13
Baixa integração entre o Incra/SVS e Ibama/SVS no controle da malária em assenta- mentos e projetos desenvolvimentistas	14
Sucateamento e desvio de finalidade no uso de bens móveis cedidos pela Funasa ..	15
Dificuldade de acompanhamento dos doentes após a indicação do tratamento	16
Deficiência no acompanhamento dos recursos transferidos pela União para controle de endemias	17
Desarticulação das ações de educação em saúde	18
Desmobilização política municipal	19
Boas práticas identificadas	19
O que pode ser feito para melhorar o desempenho do Programa	20
Benefícios da implementação das recomendações do TCU	20
ACÓRDÃO Nº 303/2004 -TCU - Plenário	21

APRESENTAÇÃO

É com muita satisfação que apresento mais uma publicação integrante da série de sumários executivos editados por esta Corte de Contas, os quais versam, de forma resumida, sobre os resultados das auditorias de programas sociais empreendidas por esta Instituição com vistas a avaliar a atuação da administração federal em áreas estratégicas para a sociedade brasileira e contribuir para a melhoria da prestação do serviço público.

A proposta deste trabalho é divulgar as ações do Tribunal de Contas da União, informando órgãos governamentais, parlamentares e público em geral sobre aspectos relevantes do desempenho dos programas auditados e questões relacionadas à redução da pobreza e da desigualdade social.

Este número traz as principais informações sobre a auditoria realizada pelo Tribunal com o objetivo de avaliar o desempenho do Programa Nacional de Controle da Malária, de responsabilidade do Ministério da Saúde. O respectivo processo (TC012.271/2003-0) foi apreciado em Sessão do Plenário de 24 de março de 2004, sob a relatoria do Ministro-Substituto Lincoln Magalhães da Rocha.

Assim, ao abordar as conclusões advindas da tarefa executada por esta Casa no sentido de examinar oportunidades de aperfeiçoamento na operacionalização do referido Programa - mormente no que tange ao impacto da implementação das ações de controle da doença no sentido da obtenção de avanço significativo e continuado na redução da transmissão e no controle da morbidade e da mortalidade, - a presente publicação reveste-se de inegável importância, em face da alta incumbência do TCU de assegurar a boa gestão dos recursos públicos em benefício da população.

Valmir Campelo
Ministro-Presidente

Programa Nacional de Controle da Malária

O Tribunal de Contas da União realizou, de agosto a novembro de 2003, auditoria com o intuito de avaliar o desempenho do Programa Nacional de Controle da Malária – PNCM. O Programa foi lançado pela Fundação Nacional de Saúde – Funasa, no segundo semestre de 2002, para dar continuidade às diretrizes estabelecidas no Plano de Intensificação de Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal – PIACM, extinto em dezembro de 2002.

Recentemente houve mudança na estrutura regimental básica do Ministério da Saúde, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, que recebeu, entre outras atribuições, a responsabilidade pela coordenação das ações do PNCM, em substituição à Funasa.

O controle da malária é efetuado por intermédio de algumas das ações abrangidas pelo Programa Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, que se encontra constituído por 10 ações voltadas à prevenção e ao controle de 11 doenças, na sua maioria endêmicas. A inserção dessas ações no Programa orçamentário efetivou-se de duas formas, ou como ações específicas para determinadas doenças, como a malária, ou como ações criadas para atender ao conjunto de endemias, conforme as especificidades locais.

Em que pese a diversidade de estratégias de abordagem, quatro ações denotam maior relevância no que se refere ao gerenciamento do PNCM: Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB – para Ações de Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis (Ação 0597); Desenvolvimento de Trabalho de Campo para Prevenção e Controle de Doenças Endêmicas (Ação 2689); Drenagem e Manejo Ambiental em Áreas Endêmicas de Malária (Ação 3883); Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento Ambulatorial e Domiciliar dos Casos Positivos de Malária (Ação 4366).

As ações de controle da malária estão concentradas nas áreas de maior risco, levando-se em conta dois elementos fundamentais: o controle integrado e a descentralização. As demais áreas são consideradas em

vigilância epidemiológica, com intervenções focais, sempre que houver necessidade. Todavia, existe um risco permanente de reintrodução da doença, principalmente se o poder público não fizer uso constante dos mecanismos de vigilância e controle.

As ações vêm sendo executadas de forma descentralizada, em parceria com municípios, principalmente, e estados, com repasse de recursos financeiros diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde.

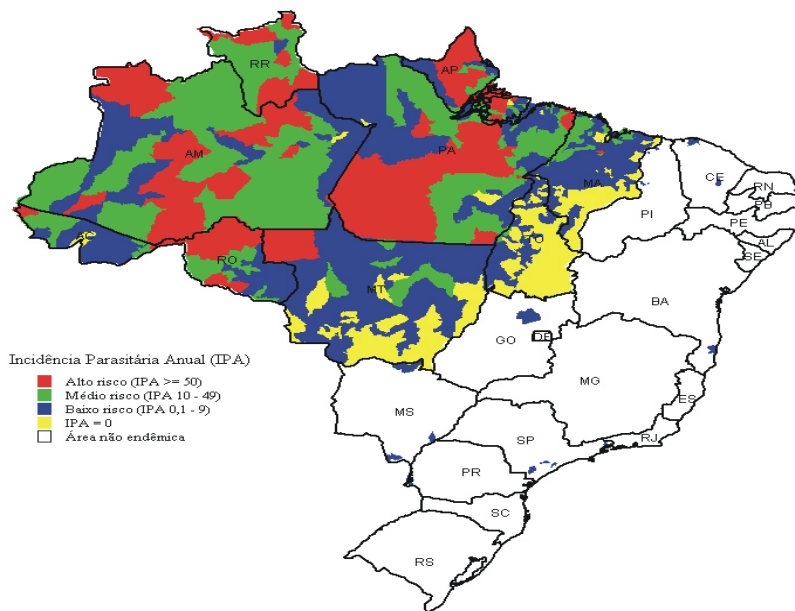
Os principais objetivos do PNCM são: reduzir a incidência, a mortalidade e as formas graves da doença, eliminar sua transmissão em áreas urbanas nas capitais e manter a ausência da transmissão da malária nos locais onde ela tiver sido interrompida.

O que foi avaliado pelo TCU

O foco do trabalho foi a investigação de como o Programa tem buscado alcançar seus objetivos e de que forma seu desempenho pode ser melhorado, seja com a disseminação de boas práticas encontradas em outras experiências no Brasil, seja a partir das recomendações formuladas, sem deixar de verificar se o Programa atende equitativamente a todos os grupos populacionais, principalmente aos mais suscetíveis.

Dirigiu-se o estudo para a Amazônia Legal (Região Norte e parte do Maranhão e do Mato Grosso), que apresenta alta incidência e distribuição concentrada da malária, em torno de 99,5%. A Figura 1 ilustra a classificação das áreas quanto ao risco de transmissão da malária.

Figura 1: Classificação das áreas de risco de transmissão da malária no Brasil, medido pelo IPA¹



Fonte: Funasa/MS.

Por que foi avaliado

A malária representa sério problema de saúde pública mundial, principalmente em países mais pobres, trazendo grande prejuízo por ocasionar alto custo hospitalar e incapacitação do indivíduo infectado (três a quatro dias em cada período de crise febril). A doença causa óbitos, sofrimento e perdas sociais. Os investimentos e a exploração do potencial turístico da região também são prejudicados.

No Brasil, conforme se observa na Tabela 1, os números continuam expressivos, a despeito da redução observada nos últimos anos.

¹ IPA-Incidência Parasitária Anual: indicador que mensura o risco de contrair a malária; corresponde ao número de lâminas positivas dividido pela população sob risco e multiplicado por uma constante, geralmente 1000.

Tabela 1: Série histórica do nº de casos de malária na Amazônia Legal – 1994 a 2002

Ano	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
N.º de Casos	555.135	564.570	443.748	404.897	471.802	635.644	615.220	389.653	348.259

Fonte: Sistema de Informações Gerenciais da Funasa /MS.

Esforços bem sucedidos no passado indicam que é possível reduzir a incidência da malária a um padrão que não interfira na qualidade de vida das populações. Contudo, surtos recentes apontam para a necessidade de verificar se a implementação das ações de controle da doença tem obtido avanço significativo e continuado na redução da transmissão e no controle da morbidade e da mortalidade, de forma a permitir uma política permanente que beneficie principalmente as comunidades mais atingidas.

Recursos federais alocados ao Programa

Os recursos alocados ao Programa são oriundos do Orçamento Geral da União. A Tabela a seguir apresenta informações orçamentárias e financeiras sobre cada uma das quatro ações listadas acima, referentes aos exercícios de 2000, 2001, 2002 e 2003.

Tabela 2 – Série histórica da execução financeira e orçamentária no período 2000 a 2003

Ação	Ano	Lei + Créditos (a)	Execução Financeira (b)	Execução Orçamentária (c)	% Execução Orçamentária (c / a)
0597	2000	356.572.251	295.212.563	336.629.574	94,4
	2001	534.633.401	556.670.995	533.604.674	99,8
	2002	566.000.001	537.266.605	551.588.288	97,5
	2003	615.000.000	344.886.993	331.491.055	53,9
2689	2000	-	-	-	-
	2001	-	-	-	-
	2002	119.255.352	112.652.698	112.804.592	94,6
	2003	158.700.000	91.172.224	91.022.211	57,3
3883	2000	14.700.000	0	12.686.720	86,3
	2001	15.550.000	10.406.947	12.089.855	77,7
	2002	30.238.000	9.149.917	5.904.000	19,5
	2003	10.015.000	0	0	0,0
4366	2000	4.310.200	775.037	4.081.803	94,7
	2001	4.925.000	8.229.401	4.924.994	100,0
	2002	4.800.000	4.297.398	4.724.625	98,4
	2003	1.500.000	471.463	74.037	4,9

Fonte: SIAFI/STN, elaborado pela Consultoria de Orçamento/CD e Prodasen, atualizado até 31/07/2003.

Como se desenvolveu o trabalho

O trabalho de auditoria desenvolveu-se em duas etapas. Na primeira fase, a de planejamento, foram coletadas informações sobre o Programa e sobre a doença, por meio de consultas a bancos de dados (SIH/SUS; Sivep-Malária; Sig-Funasa; Sigplan/MPOG; IBGE; DAB/MS), pesquisa documental, telefônica (15 Secretarias Municipais de Saúde) e postal (205 Secretarias Municipais de Saúde). Foram realizadas também diversas reuniões com especialistas em medicina tropical, epidemiologia e malária, com gestores públicos e com representantes da Sociedade Civil, a fim de obter sugestões e referências que pudessem contribuir para melhorar o desempenho da auditoria e do Programa. As informações obtidas foram analisadas por meio de diversos procedimentos e análises, tais como Mapa de Produtos e Mapa de Processos, Análises RECI, SWOT e Stakeholder, análise orçamentária e financeira, entre outros.

Na segunda fase, foram realizados os trabalhos de campo, com visitas a todos os estados da Amazônia Legal. Em municípios que apresentavam elevado número de casos da doença, foram visitadas diversas comunidades vulneráveis, principalmente assentamentos, invasões, garimpos, reservas indígenas e antigos quilombos. Durante as visitas, foram feitas entrevistas com gestores locais, membros de conselhos de saúde, coordenadores estaduais e municipais do Programa, agentes comunitários de saúde, agentes de endemia, microscopistas responsáveis pelos exames e beneficiários em geral. Em seguida, foram consolidadas as informações obtidas e organizados os achados da auditoria. Por fim, esses achados foram debatidos por meio de painel de referência e incorporados ao relatório, que foi apresentado ao gestor para elaboração de seus comentários.

O que o TCU encontrou

Aspectos relevantes do Programa

Destaque deve ser dado à nova estratégia de atuação adotada pelo Programa nos últimos anos, o “diagnóstico precoce e o tratamento imediato”, seguindo orientação da Organização Mundial de Saúde – OMS, em vez da ênfase no combate ao vetor, que se fazia até meados da década passada.

Essa nova estratégia, priorizando o doente, objetiva reduzir o seu tempo de exposição como potencial transmissor.

O trabalho executado também permitiu constatar a existência de progressos e iniciativas que contribuem para a obtenção de bons resultados, dentre as quais destacamos a implantação do PIACM, como plano de impacto que foi, na redução do número de casos de malária; a realização de reuniões periódicas de avaliação das ações do Programa, inclusive com a participação do Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do PNCM, em grande parte, composto por especialistas independentes; a implantação do sistema *on-line* de informações Sivep-Malária; a expansão de 86,4% da rede de laboratórios de campo na Amazônia Legal, no período de 1999 a 2003; a regular distribuição de medicamentos, inseticidas, larvicidas e lâminas de diagnóstico para quase todos os municípios da Amazônia Legal; a elaboração do Manual de Terapêutica da Malária, com o estabelecimento de esquemas terapêuticos adequados às especificidades da malária, com revisões e atualizações periódicas.

Baixa integração entre o Incra/SVS e Ibama/SVS no controle da malária em assentamentos e projetos desenvolvimentistas

A SVS e o Incra/MDA devem promover ações articuladas para implementação de diversas atividades em projetos de assentamentos já implantados e com focos de transmissão da malária identificados e para projetos a serem criados. A SVS e o Ibama/MMA também devem ter atuação integrada em relação ao licenciamento ambiental de empreendimentos nas regiões endêmicas de malária.

Em visitas a assentamentos e em entrevistas com superintendentes e servidores desses órgãos, foi observado que a atuação do Incra e do Ibama no controle da malária, em parceria com a SVS, ainda é incipiente, necessitando de aprimoramento.

A criação, pela SVS e pelo Incra, conjuntamente, de mecanismos que permitam o diagnóstico rápido da malária em novos projetos de assentamento, desde antes de sua instalação, bem como a realização de triagem das pessoas a serem assentadas, poderiam reduzir o impacto da doença nessas comunidades e dificultar a entrada de doentes infectados e que não se encontrem em tratamento.

Tendo em vista que acampamentos e assentamentos de reforma agrária comportam cerca de 60% dos casos da doença, uma maior integração entre esses órgãos é primordial para que as ações do Programa possam de fato melhorar a qualidade de vida das comunidades mais vulneráveis à doença.

O treinamento de pessoas oriundas da própria comunidade, em caráter de trabalho voluntário, para atuarem como microscopistas, poderia contribuir para essa melhoria, vez que agilizaria o diagnóstico e o tratamento da doença.

Figura 2 – Microscopista trabalhando no município de Plácido de Castro/AC



Fonte: Equipe de auditoria

Sucateamento e desvio de finalidade no uso de bens móveis cedidos pela Funasa

Com base em relatórios e documentos técnicos da Funasa, dos estados e dos municípios, assim como em reuniões com coordenadores regionais, tomou-se conhecimento da existência de desvio de finalidade no uso de veículos em alguns municípios. Em visitas a locais onde eram guardados os veículos destinados às ações de campo do Programa, bem como em entrevistas realizadas, foi observada a existência de veículos e microscópios que não se encontravam em condição de uso por falta de manutenção, além de veículos parados por falta de combustível.

A constatação verificada na auditoria evidencia falta de acompanhamento por parte dos estados, entidades responsáveis pelos bens da Funasa transferidos por meio de comodato, no que se refere à utilização adequada e à manutenção regular dos referidos bens.

Para melhor adequação no uso dos veículos e conseqüente melhoria no acompanhamento das populações de risco, torna-se necessária a criação de mecanismos para coibir e punir o desvio de veículos locados ao programa, além de haver maior cobrança no acompanhamento da utilização dos veículos transferidos aos municípios.

Com relação aos veículos parados por falta de combustível, alguns fatores devem ser levados em consideração, entre eles, a área político-geográfica que envolve a Amazônia Legal. Considerando-se as grandes distâncias a serem percorridas, o grande volume de água a ser vencido, as precárias condições das estradas e o alto preço dos combustíveis, é possível compreender as dificuldades para a realização das ações de campo.

Dificuldade de acompanhamento dos doentes após a indicação do tratamento

Dentre as causas que contribuem para essa constatação, encontram-se a falta de monitoramento dos mecanismos que permitam acompanhar o doente em sua trajetória até a cura completa; a integração incipiente com o PSF/PACS; a grande extensão rural de municípios; a insuficiência de estrutura física (laboratórios) ou de recursos humanos capacitados (laboratoristas) e a dificuldade na identificação, no sistema de informações, do paciente tratado, por ocasião do seu retorno.

Nas visitas aos municípios e na pesquisa realizada, ficou clara a dificuldade dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de endemias em exercer o acompanhamento clínico dos pacientes após a indicação do tratamento nos municípios com extensa área rural, com estradas intransitáveis ou onde o acesso só é possível por água ou ar. A Figura 3 ilustra essa dificuldade.

Figura 3 – Casa à beira da água no Estado do Acre.



Fonte: Equipe de auditoria

Com relação ao acompanhamento dos pacientes, segundo a óptica laboratorial e com base nos estudos de caso e em consultas ao Sivep-malária, evidenciaram-se incongruências na realização das lâminas de verificação de cura – LVC.

Para promover o adequado acompanhamento clínico e laboratorial dos pacientes, por demais importante seria a adoção de medidas junto a DAB – Departamento de Atenção Básica – a fim de efetivar a inserção das ações de controle na atenção básica de saúde e a interação com o PSF/PACS, assim como a edição de orientações, por parte da SVS, que melhor definam os prazos de realização das LVC e conscientize beneficiários e profissionais que atuam no controle da endemia sobre a sua importância e necessidade de realização.

Deficiência no acompanhamento dos recursos transferidos pela União para controle de endemias

Durante os trabalhos foram feitos questionamentos aos secretários municipais de saúde, ou coordenadores de endemias, sobre o percentual de recursos despendidos com malária. Apenas três dos vinte e dois entrevistados informaram ser possível tal identificação.

Ainda no intuito de se verificar em que medida os entes federados vêm acompanhando os gastos efetuados com malária, foram solicitados aos municípios visitados nos estados do Pará e Maranhão seus Relatórios de Gestão, documentos que deveriam conter, pelo menos em nível macro, os gastos em saúde efetuados pelas referidas municipalidades.

Contudo, apenas o município de Santarém (PA) elaborou tal relatório. Ainda assim, em face do conteúdo simplificado do referido documento, não seria possível identificar sequer o gasto com epidemiologia como um todo. Assim, conseqüentemente, não haveria possibilidade de identificação dos gastos com malária.

A necessidade de dar transparência aos gastos realizados e de possibilitar o acompanhamento por parte não só da SVS, mas também do respectivo conselho de saúde, conforme o § 3º, art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal, torna pertinente a elaboração de cartilha para orientar os municípios sobre a prestação de contas dos recursos para epidemiologia.

Desarticulação das ações de educação em saúde

A equipe de auditoria observou que, apesar de existirem ações educativas sobre malária, elas são desarticuladas. O baixo nível de conhecimento da população sobre a doença é um dos fatores que dificultam a melhoria dos indicadores relacionados à malária. Por isso, ações de educação em saúde para conscientizar a comunidade são imprescindíveis.

Assim, caberá à SVS criar estratégias de articulação das ações de educação, das três esferas de governo, pactuando com os demais gestores o compromisso de desenvolver ações de educação e mobilização social, para que a população, tendo mais conhecimento sobre as ações e a forma de acesso aos serviços disponíveis, intensifique o controle social que exerce sobre o Programa.

A carência de estratégias foi corroborada pela consulta a municípios da Amazônia Legal (entrevistas e questionários), em que se verificou a inadequação de um componente institucional de educação em saúde. Igualmente, dos 22 municípios visitados, 21 informaram que não promovem ações sistemáticas de educação em saúde relativas à doença. Em geral, as ações se limitam a iniciativas pontuais e esporádicas, com a prevalência de palestras, afixação de cartazes e orientações em rádio local.

Desmobilização política municipal

Após a implementação do PIACM houve sensível redução no número de casos de malária nos estados da Amazônia. Contudo, face às condições inerentes à região, há razoável probabilidade de a doença voltar a ganhar força, caso os entes, em especial os municípios habilitados em gestão plena, “baixem a guarda”, na expressão dos especialistas consultados, com relação às ações de controle.

Os coordenadores estaduais de endemias, bem como os coordenadores de endemias em nível municipal, durante a verificação *in loco*, ratificaram a informação.

Concordam sobre a necessidade de ações de conscientização junto aos gestores, sobretudo nos municípios, para que estes mantenham as ações de vigilância e controle da malária na pauta de prioridades, além de garantir maior envolvimento dos secretários de saúde no alcance e na manutenção das metas estabelecidas.

Qualquer descuido no gerenciamento das ações de controle pode levar a uma rápida elevação no número de casos de malária em áreas limitadas, ou mesmo comprometer os resultados alcançados pelo Programa na região, em face das condições propícias à proliferação da malária existentes na Amazônia.

Boas práticas identificadas

Algumas práticas observadas *in loco* merecem registro, pois poderiam ser aproveitadas em outras situações, de forma a contribuir para o aperfeiçoamento do Programa: existência no estado do Maranhão de uma “Cartilha da PPI/ECD – Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças”, contendo orientações aos municípios sobre como elaborar a Prestação de Contas referente aos recursos de epidemiologia; a promoção, em Sinop/MT, de gincanas sobre malária nas escolas uma vez por mês, pelas equipes de educação em saúde da SMS – Secretaria Municipal de Saúde, com premiações e atividades de campo com o acompanhamento de técnicos e professores; a elaboração e a distribuição rotineira de manuais de endemias (Santarém/

PA e Araguaína/TO) aos executores dos trabalhos de campo, com orientações práticas e linguagem coloquial.

O que pode ser feito para melhorar o desempenho do Programa

No Brasil, as ações de controle da malária vêm seguindo uma estratégia de controle integrado, em que se pretende uma ação conjunta e permanente do Governo e da sociedade, direcionada à eliminação de riscos de adoecimento ou morte por malária, com o fim de aliviar as perdas sociais e econômicas produzidas pela doença, mediante o fortalecimento dos níveis regional e local.

Tendo em vista os objetivos, as estratégias e metas do Programa e ainda o que foi encontrado na auditoria, o TCU propôs recomendações aos órgãos envolvidos com o Programa, visando a contribuir para aumentar a efetividade do PNCM. Tais recomendações constam do Acórdão N° 303/2004 - TCU – Plenário, proferido na Sessão de 24/03/2004.

Benefícios da implementação das recomendações do TCU

Espera-se que a implementação das recomendações contribua para a redução dos índices relativos à malária, mediante a melhoria no acompanhamento dos infectados, a maior interação entre os órgãos envolvidos na consecução dos objetivos do Programa e o desenvolvimento de padrões de educação em saúde.

Aguarda-se que o aprimoramento da interação com o PSF/PACS e a inserção das ações de controle na atenção básica de saúde garantam uma maior abrangência no atendimento às populações mais vulneráveis.

Além disso, a implementação das recomendações visa a dar maior transparência aos gastos realizados e possibilitar seu acompanhamento financeiro; aumentar o controle social sobre o Programa e promover maior envolvimento dos secretários de saúde municipais.

Enfim, todos esses esforços permitirão maior efetividade às ações ao longo do tempo, proporcionando melhor qualidade de vida às populações de risco.

ACÓRDÃO Nº 303/2004 -TCU - Plenário

1. Processo nº TC 012.271/2003-0 (com 01 volume)
2. Grupo: I - Classe de Assunto: V – Relatório de Auditoria Operacional
3. Interessado: Tribunal de Contas da União
4. Entidade: Fundação Nacional de Saúde – FUNASA/MS
5. Relator: Ministro-Substituto Lincoln Magalhães da Rocha
6. Representante do Ministério Público: Não atuou
7. Unidade Técnica: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo - SEPROG
8. Advogado constituído nos autos: Não atuou
9. Acórdão:

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Relatório de Auditoria Operacional realizada na Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão do Plenário, com fundamento no disposto no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU, em:

9.1. Recomendar à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS que:

9.1.1. promova ações no sentido de conscientizar os gestores sobre a necessidade de garantir um serviço de diagnose rápida de casos de malária em comunidades mais suscetíveis e de difícil acesso, incentivando, caso necessário, o trabalho voluntário de membros dessas comunidades, devidamente treinados;

9.1.2. crie estratégias de articulação das ações de educação em saúde, das três esferas de governo, pactuando com os demais gestores o compromisso de desenvolver ações de educação e mobilização social;

9.1.3. adote medidas junto ao Departamento de Atenção Básica (DAB) a fim de efetivar a inserção das ações de controle na atenção básica de saúde e a interação com os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS), conforme preconizado no documento de lançamento do PNCM;

9.1.4. edite orientações que melhor definam os prazos de realização das Lâminas de Verificação de Cura – LVC;

9.1.5. possibilite aos estados o acesso às informações de estados vizinhos, relevantes para a elaboração e a coordenação de ações de controle de endemias, como dados sobre os doentes que foram para outros municípios em busca de tratamento e que retornaram após serem medicados, para fins de acompanhamento e realização de LVC;

9.1.6. elabore cartilha para orientar os municípios sobre a prestação de contas dos recursos de epidemiologia, a exemplo da Cartilha da PPI/ECD do Estado do Maranhão;

9.1.7. em conjunto com as coordenações estaduais de endemias, oriente os municípios para que, sempre que possível, planejem suas ações de controle da malária levando em consideração o IPA por localidade intra-municipal, intensificando as ações naquelas em que os IPAs sejam altos, ou seja, superiores, a 50 por mil habitantes, conforme definição do PNCM;

9.1.8. em conjunto com o INCRA, crie mecanismos que permitam o diagnóstico rápido da malária em novos projetos de assentamento, tão logo sejam iniciadas as atividades que antecedam sua instalação, bem como a realização de triagem das pessoas a serem assentadas, como forma de reduzir o impacto da doença nessas comunidades e dificultar a entrada de doentes infectados com malária e que não se encontrem em tratamento;

9.1.9. busque meios de efetivar a parceria com o INCRA e o IBAMA, considerando que assentamentos e regiões desenvolvimentistas na Amazônia são áreas propícias à propagação da malária;

9.1.10. realize reuniões com as coordenações estaduais, e estas com as regionais (quando houver) e com gestores municipais, com o intuito de buscar a conscientização dos gestores para que dêem sustentabilidade política e gerencial à estruturação e ao suporte às ações de vigilância e controle da malária, de forma que se diminua a “exportação” de casos da doença de estados e municípios com atuação deficitária para outros cuja atuação é mais efetiva;

9.1.11. faça levantamento sobre a expectativa de aposentadoria dos agentes de endemias cedidos aos municípios envolvidos com o Programa e elabore junto com estados e municípios estratégia de repasse de conhecimentos, treinamento e reposição de pessoal, levando em consideração ainda a integração do PNCM com os programas PACS e PSF, conforme o Art. 2º da PortariaMS/GM 44 de 03 de janeiro de 2002, que estabelece as atribuições dos agentes comunitários de saúde na prevenção e no controle da malária;

9.1.12. oriente as coordenações estaduais de endemias para que estas reproduzam a sistemática de envio de informações aos gestores incumbidos das ações de controle da malária, com dados comparativos sobre a evolução dos indicadores da doença, a fim de manter a vigilância e o controle da malária na pauta de prioridades municipal, além de garantir maior envolvimento dos secretários de saúde no alcance e na manutenção das metas estabelecidas;

9.2. determinar à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS que:

9.2.1. observe a Instrução Normativa FUNASA/MS n.º 04, de 17 de julho de 2000, a qual estabeleceu procedimentos para a cessão de bens móveis e imóveis, utilizados nas atividades de epidemiologia e controle de doenças, a estados e ao Distrito Federal, criando mecanismos para coibir e punir o desvio de veículos alocados ao programa, além de cobrar dos

estados o acompanhamento da utilização dos veículos transferidos aos municípios;

9.2.2. acompanhe a execução física e financeira do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD, conforme o Art. 6º da Instrução Normativa FUNASA/MS n.º 02, de 06 de dezembro de 2001;

9.3. Recomendar à FUNASA que estude mecanismos que permitam obras/manejo ambiental em outros municípios, além dos elegíveis e prioritários, nos quais se detectem riscos de surtos epidêmicos;

9.4. Recomendar ao INCRA que:

9.4.1. sempre que tiver conhecimento de alguma invasão ou acampamento de trabalhadores rurais, comunique tal fato às secretarias estaduais e municipais de saúde, informando sua localização, para que sejam tomadas as providências necessárias ao controle de endemias nessas comunidades, acelerando assim a atuação no combate e prevenção da malária e evitando o surgimento de surtos locais, observando a Portaria Interministerial MS/MDA n.º 279, de 08 de março de 2001

9.4.2. atente ao disposto na resolução do Conama n.º 289/01, de forma a garantir o atendimento às populações que, por suas características, situam-se em risco potencial com relação à malária.

9.5. Recomendar ao IBAMA e à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS que criem mecanismos que permitam a realização de triagem dos trabalhadores a serem empregados em novos projetos desenvolvimentistas, com vistas a dificultar a entrada de doentes infectados com malária e que não se encontrem em tratamento;

9.6. Recomendar ao IBAMA que atente ao disposto na Resolução do Conama n.º 286/01, de forma a garantir o atendimento às populações que, por suas características, situam-se em risco potencial com relação à malária;

9.7. Determinar à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS que:

9.7.1. estabeleça grupo de contato de auditoria, com participação de seus técnicos e de representantes da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral, para atuar como canal de comunicação com este Tribunal, com o objetivo de facilitar o acompanhamento da implementação das determinações e recomendações do TCU;

9.7.2. remeta ao Tribunal de Contas da União, no prazo de 90 (noventa) dias, plano de ação contendo o cronograma de adoção das medidas necessárias à implementação das recomendações e determinação prolatadas, com os nomes dos responsáveis pela implementação dessas medidas.

9.8. Encaminhar cópia desta deliberação, bem como do Relatório e do Voto que a fundamentam as seguintes autoridades: Ministro de Estado da Saúde; Presidentes do INCRA e do IBAMA; Presidentes das Comissões de Assuntos Sociais e de Fiscalização e Controle do Senado Federal, Presidentes das Comissões de Fiscalização Financeira e Controle e de Seguridade Social e Família; Secretário de Vigilância em Saúde; Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde; Coordenador Nacional do PNCM; Coordenadores Estaduais do PNCM nos estados da Amazônia Legal; Secretário Federal de Controle Interno; Diretor do Departamento de Atenção Básica/DAB/MS; Coordenadores dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família nos estados da Amazônia Legal;

9.9. Determinar a realização do monitoramento, com vistas a verificar o cumprimento da presente deliberação e dos resultados advindos, nos termos dos arts. 243, 250, inciso III, do RI/TCU.

10. Ata nº 9/2004 – Plenário

11. Data da Sessão: 24/3/2004 – Ordinária

12. Especificação do quórum:

12.1. Ministros presentes: Valmir Campelo (Presidente), Marcos Vinícios Vilaça, Humberto Guimarães Souto, Adylson Motta, Walton

Alencar Rodrigues, Guilherme Palmeira, Ubiratan Aguiar, Benjamin Zymler e o Ministro-Substituto Lincoln Magalhães da Rocha (Relator).

12.2. Auditor presente: Marcos Bemquerer Costa

VALMIRCAMPELO

Presidente

LINCOLN MAGALHÃES DA ROCHA

Ministro-Relator

Fui presente:

LUCAS ROCHA FURTADO

Procurador-Geral



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

SAFS Quadra 4 Lote 1

70.042-900 - Brasília-DF

<http://www.tcu.gov.br>