



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

4ª Secretaria de Controle Externo
Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO

**Programa Nacional de Controle
da Malária – PNCM**

Mônica Gonzalez da Silveira
Renato Kanemoto

Brasília – outubro – 2003



**RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DE AUDITORIA
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA MALÁRIA**

TC n.º 012.271/2003-0

Ministro-Relator: Lincoln Magalhães da Rocha

Unidade: Fundação Nacional de Saúde – Funasa e Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS

Gestor /Cargo/CPF: Valdi Camarcio Bezerra – Presidente da Funasa, CPF: 081.750.801-59

Jarbas Barbosa da Silva Júnior – Secretário da Secretaria de Vigilância em Saúde, CPF: 152.884.394-00.

Gerente do Programa/Cargo/CPF: José Lázaro de Brito Ladislau – Coordenador Geral do Programa, CPF: 033.362.802-06.

Vinculação ministerial: Ministério da Saúde

Vinculação no TCU: 4ª Secretaria de Controle Externo

Designação: Portarias de Fiscalização Adfis n.ºs 1363, de 29.09.2004, e 1486, de 18.10.2004 (prorrogação)

Registro Fiscalis: 866/2004

Objetivo: Monitorar a implementação das recomendações proferidas no Acórdão 303/2004-P.

Período abrangido pelo monitoramento: janeiro a outubro de 2004

Equipe de monitoramento:

Analista	Matrícula n.º	Lotação
Mônica Gonzalez da Silveira (coordenadora)	5050-4	4ª Secex
Renato Kanemoto	4591-8	Seprog

Cronograma do monitoramento:

Etapas do Trabalho	Períodos	Duração
Planejamento	27/09 a 29/09/2004	3 dias úteis
Execução	30/09 a 04/10/2004	3 dias úteis
Elaboração do Relatório	05/10 a 15/10/2004	8 dias úteis



Sumário

1. INTRODUÇÃO	3
ANTECEDENTES	3
CARACTERÍSTICAS DA AUDITORIA	3
CONSIDERAÇÕES SOBRE O PNCM	4
EVOLUÇÃO DAS AÇÕES DO PNCM NOS ÚLTIMOS 12 MESES.....	5
2. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES	6
RECOMENDAÇÕES À SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	7
DETERMINAÇÕES À SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	17
RECOMENDAÇÃO À FUNASA	19
RECOMENDAÇÕES AO INCRA	19
RECOMENDAÇÃO AO IBAMA E À SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	21
RECOMENDAÇÃO AO IBAMA.....	21
3. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS	22
4. COMENTÁRIOS DOS GESTORES	22
5. CONCLUSÃO	23



1. Introdução

Antecedentes

1.1 O Tribunal de Contas da União – TCU, a partir de 1998, iniciou a realização de auditorias de natureza operacional – ANOp com o objetivo de examinar o desempenho de programas do governo federal, seguindo metodologia desenvolvida no âmbito do Projeto de Cooperação Técnica TCU/Reino Unido. Esse Projeto visa a contribuir para a melhoria do desempenho de instituições governamentais brasileiras, assim como para a melhor utilização dos recursos públicos, por meio da implementação de recomendações decorrentes de ANOp conduzidas pelo TCU.

1.2 No segundo semestre de 2003 foi realizada ANOp no Programa Nacional de Controle da Malária – PNCM, um conjunto de ações integrante, no plano orçamentário, do Programa de Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, tendo sido apreciada pelo Tribunal mediante o Acórdão n.º 303/2004-P (fls. 266 a 310, vol. 1).

1.3 A implementação das recomendações deve passar por acompanhamento periódico, em cumprimento à sistemática de monitoramento normatizada pela Portaria Segecex n.º 12/2002.

1.4 O presente relatório trata do primeiro monitoramento da implementação das recomendações prolatadas no Acórdão supra mencionado. O trabalho foi realizado em consonância com a sistemática prevista, tendo por base a execução do Plano de Ação definido pelo Coordenador Nacional do Programa por meio da Nota Técnica n.º 81 da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, de 8 de julho de 2004 (fls. 364 a 372, vol. 2)

Características da auditoria

1.5 A auditoria procurou conhecer como o Programa tem buscado alcançar seus objetivos e de que forma o desempenho das suas ações pode ser melhorado, seja com a disseminação de boas práticas encontradas em outras experiências no País, seja a partir das recomendações formuladas, sem deixar de verificar se o Programa atende equitativamente a todos os grupos populacionais, principalmente aos mais suscetíveis à malária.

1.6 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% dos casos no Brasil.

1.7 As principais conclusões da auditoria foram:

a) adoção de nova estratégia de atuação pelo PNCM, o “diagnóstico precoce e o tratamento imediato”, seguindo orientação da Organização Mundial de Saúde – OMS, em vez da ênfase no combate ao vetor;



- b) 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;
- c) implantação do sistema on-line de informações Sivep-Malária em 60% dos municípios da Amazônia Legal;
- d) regular distribuição de medicamentos, inseticidas, larvicidas e lâminas de diagnóstico para quase todos os municípios da Amazônia Legal;
- e) baixa integração entre o Incra/SVS e Ibama/SVS no controle da malária em assentamentos e projetos desenvolvimentistas;
- f) sucateamento e desvio de finalidade no uso de bens móveis cedidos pela Funasa;
- g) tendência desfavorável, em alguns estados, ao cumprimento da meta de redução de 15% nos percentuais de internações por malária em 2003, em relação a 2002;
- h) estudos estatísticos comparativos apontam para uma melhor evolução na série histórica do IPA (1999 a 2002) dos municípios não certificados, em relação aos certificados da Amazônia Legal;
- i) dificuldade de acompanhamento dos doentes após a indicação do tratamento;
- j) deficiência no acompanhamento dos recursos transferidos pela União para controle de endemias;
- k) desarticulação das ações de educação em saúde em razão da falta de coordenação entre União, estados e municípios;
- l) risco de perda do conhecimento acumulado pelos agentes da Funasa;
- m) desmobilização política municipal em decorrência da redução no número de casos de malária na Amazônia, após a implementação do PIACM em 2002.

Considerações sobre o PNCM

1.8 A Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, criada recentemente pela Portaria/MS n.º 4726, de 09 de junho de 2003, recebeu, entre outras atribuições, a responsabilidade pela coordenação das ações do PNCM, em substituição à Funasa.

1.9 No plano orçamentário, o controle da malária é efetuado por intermédio de ações inseridas no Programa Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores (11 doenças, na sua maioria endêmicas), que se efetivam de duas formas, ou como ações específicas para a malária ou como ações criadas para atender ao conjunto de endemias.

1.10 No Brasil, conforme tabela abaixo, a incidência anual da doença continua expressiva, a despeito da redução observada no período 2000-2003.



Tabela 1: Série histórica do nº de casos de malária na Amazônia Legal – 1996 a 2004

Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004 *
N.º de Casos	443.748	404.897	471.802	635.644	615.220	389.653	348.259	137.823	173.776

Fonte: Sistema de Informações Gerenciais da Funasa /MS e Sivep-Malária.

* Dados atualizados até 24/06/2004

1.11 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.

1.12 A execução ocorre 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.

1.13 Ainda, no âmbito da descentralização das ações, encontra-se o processo de certificação de estados e municípios (Portaria n.º 1399/GM, de 15 de dezembro de 1999). A certificação consiste na habilitação à execução das ações de epidemiologia e controle de doenças, mediante a satisfação de condições que lhes permitam dar conta das atribuições e da programação estabelecidas pela Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças - PPI-ECD. Enquanto os estados estão todos certificados, parte dos municípios ainda não o foi.

1.14 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.

Alterações recentes no panorama do PNCM

1.15 Nos últimos 12 meses, deu-se a expansão da cobertura pelo Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica / Módulo de Malária - Sivep-Malária. Até o ano de 2003, cerca de 60% dos municípios da Amazônia Legal alimentavam o sistema, enquanto, em 2004, atingiu-se 100%, sendo que todos os 9 estados passaram a alimentar o sistema regularmente e estão se convencendo de sua utilidade para fins de gerenciamento das ações.

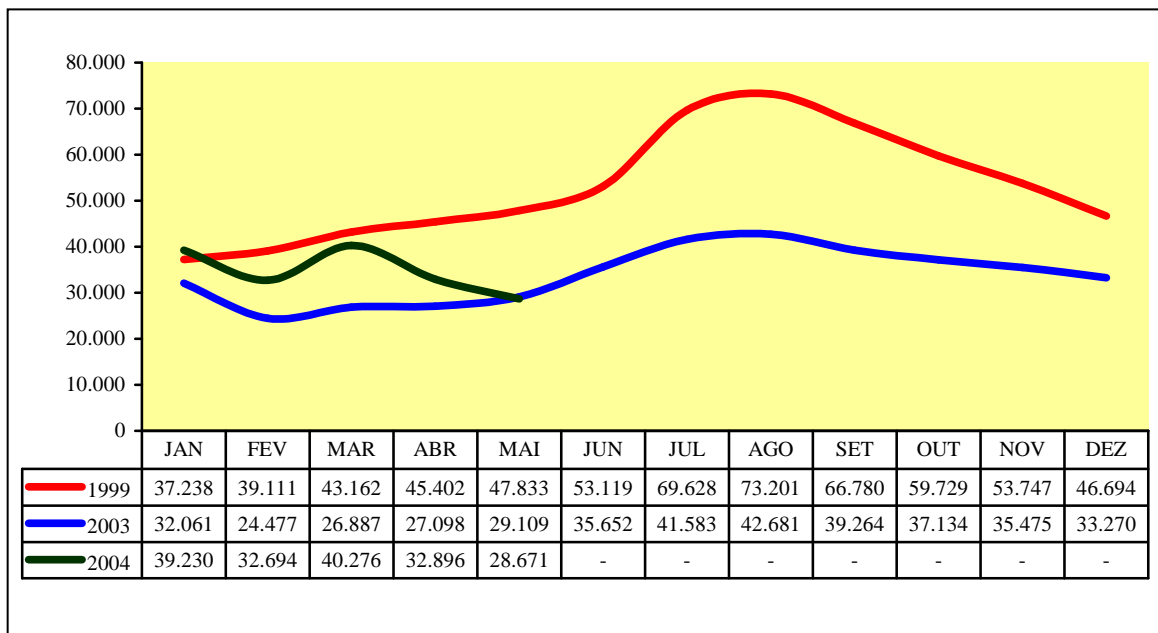
1.16 Em relação à incidência da doença, o Comitê de Acompanhamento do PNCM, em 30 de junho de 2004, emitiu parecer divulgando que ela tem aumentado como um todo na Amazônia, inclusive a exportada para outras regiões do País, fazendo com que as metas anuais (2003 e 2004) constantes do Programa Nacional de Controle da Malária estejam comprometidas na maioria dos Estados da Amazônia. No mesmo sentido, o relatório de auditoria havia apontado uma tendência desfavorável ao cumprimento da meta de redução de 15% nos percentuais de internações em 2003, em relação a 2002, com base em estudo comparativo realizado.

1.17 Pode-se observar no gráfico a seguir que a incidência da malária chegou, no mês de março/2004, a patamares próximos aos de 1999, causando preocupação aos dirigentes do Programa.



Contudo, os meses de abril e maio apresentaram uma tendência de diminuição, em razão da intensificação das ações, segundo a CGPNM.

Registro mensal de casos de malária - Amazônia Legal, 1999, 2003 e 2004*



Fonte: Coordenação Geral do PNCM / SVS/ MS

* atualizado até maio de 2004

1.18 Com relação à extra-amazônia, a CGPNM vem promovendo reuniões anuais para avaliar a situação dos estados, principalmente os que apresentaram surtos da doença. A Coordenação demonstra apreensão com a reintrodução da doença em outras regiões do Brasil, uma vez que em cerca de 80% do território brasileiro subsistem condições de transmissão.

1.19 A equipe compareceu à reunião anual de avaliação dos estados da extra-amazônia ocorrida em Brasília/DF, de 05 a 07.10.2004. Percebeu-se grande interesse dos coordenadores de endemias nas questões relativas à vigilância epidemiológica da extra-amazônia, contudo constatou-se que alguns problemas ainda persistem, como pequenos surtos da doença (ES, PE, PI, BA e CE); demora no diagnóstico da doença e na instituição do tratamento; inconsistências na alimentação dos sistemas de informação.

2. Análise da implementação das recomendações

2.1. Neste capítulo são analisadas as providências adotadas para o atendimento das recomendações feitas à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS - SVS, à Funasa/MS, ao Incra/MDA e ao IBAMA/MMA. Conforme já mencionado, o trabalho foi realizado tendo por base a execução do



Plano de Ação definido pelo Coordenador Nacional do Programa por meio da Nota Técnica nº 81 da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, de 8 de julho de 2004 (fls. 364 a 372, vol. 2)

Recomendações à Secretaria de Vigilância em Saúde

2.2. Recomendação 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”.*

2.2.1. A SVS informou estar em processo de aquisição de 382 microscópios e 50.000 imunotestes (testes rápidos) para expandir as unidades de diagnóstico e tratamento de malária em áreas de difícil acesso e/ou de ocorrência esporádica de malária.

2.2.2. Salientou o fato de o imunoteste ainda apresentar um custo elevado e instabilidade em temperaturas elevadas (acima de 25°), o que exige uma utilização bastante criteriosa, razão pela qual viabilizará uma pesquisa operacional, em condições de campo, utilizando-se 5.000 testes, para avaliar a estabilidade do imunoteste nas condições climáticas da Região Amazônica. Os demais testes, esclareceu, serão utilizados em municípios da Região Extra-Amazônica mais receptivos à malária, por apresentarem casos esporádicos e condições climáticas mais adequadas à estabilidade do referido teste.

2.2.3. Informou, ainda, que a utilização rotineira dos testes rápidos é considerada uma estratégia equivocada quanto ao fortalecimento dos serviços locais de saúde, e que ela, SVS, continua investindo recursos financeiros na capacitação de pessoas indicadas pelos municípios para atuar na área de diagnóstico pelo método de gota espessa (microscópio) e tratamento da malária, por acreditar ser esta a melhor forma de incentivar e conscientizar os gestores estaduais e municipais sobre a necessidade de estruturar um serviço permanente de diagnóstico rápido e tratamento oportuno dos casos de malária nas localidades onde a doença é endêmica. Como contrapartida os estados disponibilizam as suas equipes técnicas. No primeiro semestre de 2004, foi descentralizado o montante de R\$ 2.607.925,00 para a realização de capacitações previstas no PNCM.

2.2.4. Em contato com a Coordenação-Geral do PNCM - CGPNCM, foi apresentado a esta equipe de monitoramento o *“Plano Global de Investimento por Equipamento e Unidade Federada para os Agravos Malária e Dengue – Exercício de 2004 com Recursos da SVS”* (fls. 425, vol. 2), documento que consiste em planilha com os dados referentes aos equipamentos investidos nos programas da malária e da dengue, por unidade federada. Verifica-se, inclusive, que dos 382 microscópicos a serem adquiridos, conforme inicialmente informado, foram investidos no PNCM o total de 332 microscópicos, 50 a menos do enunciado, porém, os dados demonstram a ocorrência de investimento no programa como um todo por parte da SVS. Deve-se verificar, no próximo monitoramento, o desdobramento das ações decorrentes desses investimentos, notadamente quanto à utilização dos microscópicos recebidos pelos estados/municípios, e à capacitação de pessoal para seu correto e necessário manuseio no diagnóstico dos casos de malária.

2.2.5. Com relação ao trabalho voluntário de membros dessas comunidades suscetíveis e de difícil acesso nas atividades destinadas ao diagnóstico da malária, a CGPNCM alega ser impraticável, atualmente, vez que se tratam de populações flutuantes (raramente se fixam à terra) e que somente se interessam caso haja remuneração pelo trabalho.



2.2.6. Situação:

Diante do exposto, considera-se **EM IMPLEMENTAÇÃO** o presente item.

2.3. Recomendação 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”.*

2.3.1. Quanto a esse item, a SVS informou que promoveu, em parceria com as secretarias de saúde dos estados e municípios da Amazônia Legal, amplo processo de capacitação dos profissionais de saúde, cujo conteúdo dos treinamentos incluiu atividades de educação em saúde.

2.3.2. Esclarece que encontra-se em fase de elaboração um álbum seriado, cartazes e folhetos com o objetivo de instrumentalizar os agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e demais profissionais de saúde dos estados e municípios na promoção das ações de educação em saúde e mobilização social. Este material deverá estar disponibilizado até novembro de 2004. Afirma, também, que nas reuniões estaduais e nacionais de avaliação, a GPNCM recomendará às Coordenações Estaduais do Programa de Controle da Malária, que envolvam os professores da rede de ensino em atividades de educação para saúde.

2.3.3. Esta equipe de monitoramento, em contato com a CGPNCM obteve acesso a protótipo do álbum seriado a ser distribuído aos agentes e profissionais de saúde envolvidos, atitude que visa fortalecer as ações de educação no controle e combate à malária. Após alguns ajustes a serem efetuados para a melhor adequação do material aos propósitos necessários, a CGPNCM comprometeu-se a disponibilizar um exemplar do álbum seriado para compor os papéis de trabalho deste monitoramento.

2.3.4. Considera-se, portanto, em implementação, o referido item. Gostaria de destacar, nesse ínterim, como forma de registrar as atividades empreendidas pelos estados – e, conseqüentemente, de reforçar um acompanhamento mais efetivo - algumas proposições apresentadas na 5ª Reunião de Avaliação do PNCM, realizada em Brasília/DF, no período de 29.06 a 01.07.2004, ocasião em que ocorreu uma discussão entre os estados, no intuito de se delinearem medidas conjuntas de controle da malária. Participaram do grupo de discussão, conforme verificação da ata, representantes do Amazonas, Amapá, Roraima, Acre, Rondônia, Mato Grosso, Tocantins, Maranhão e Pará (CD em anexo).

- Estado do Maranhão:

- Implementar as ações de educação em saúde e mobilização social através dos núcleos municipais e regionais (MA) e coordenadorias (MT) de saúde e proceder à mobilização de associações comunitárias, de sindicatos e trabalhar a inserção na rede básica de ensino.

- Sugestão: que essa ação seja precedida de um encontro entre os ministérios da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento e Reforma Agrária e do Meio Ambiente. Recomenda-se que os gestores construam esta agenda a partir de julho deste ano.

- Estado do Mato Grosso:

- Implementar atividades de Educação em Saúde, através de mobilização voltada para o público escolar, associações comunitárias e sindicatos.



- Estado de Rondônia:

- Promover oficinas p/ multiplicadores municipais em Ações de Educação em Saúde nas escolas e representações.

- Estado do Tocantins:

- Elaborar folders, cartazes e álbuns seriados;

- Ampliar a articulação intersetorial envolvendo escolas, creches e universidades.

2.3.5. Situação:

Considera-se **EM IMPLEMENTAÇÃO** o presente item.

2.4. Recomendação 9.1.3. *“adote medidas junto ao Departamento de Atenção Básica (DAB) a fim de efetivar a inserção das atenções 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”.*

2.4.1. A SVS relata que reconhece a importância da atenção básica da saúde na manutenção dos resultados positivos obtidos pelo PNCM e que vem contando com a participação de representantes da atenção básica de todos os estados em todas as reuniões nacionais de acompanhamento do PNCM, tendo sido incluído um representante do DAB/SAS no Comitê Técnico de Acompanhamento do PNCM (fls. 426, vol. 2).

2.4.2. Informa que a SVS e o DAB têm envidado todos os esforços no sentido da inserção das ações de prevenção e controle da malária na rotina da atenção básica de saúde, principalmente por intermédio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), cujas atividades foram regulamentadas por intermédio do Ministério da Saúde pela Portaria n.º 44 GM/2002.

2.4.3. Acrescenta que como forma de consolidar esse processo e resolver alguns problemas específicos da Região Amazônica, particularmente a baixa densidade populacional e a dificuldade de acesso, o Ministério da Saúde promoveu a revisão dos parâmetros de cobertura dos agentes comunitários de saúde que atuam na zona rural dos municípios da Amazônia Legal, sendo que o número mínimo de pessoas acompanhadas por agente passa de 400 para 280 e o número máximo passa de 750 para 320 pessoas.

2.4.4. Em pesquisa no site do PSF na *Internet*, encontramos relato sobre reunião da Comissão Intergestora Tripartite – CIT, em que consta aprovação das mudanças no financiamento da atenção básica e da revisão dos parâmetros de cobertura dos ACS na zona rural dos municípios da Amazônia Legal (fls. 427, vol. 2). Não foi encontrado normativo sobre a questão. Considera-se, portanto, que a recomendação encontra-se em implementação, registrando-se, aqui, as proposições apresentadas pelos estados na 5ª Reunião de Avaliação do PNCM:

- Estado de Rondônia:



- Elaborar planejamento para oficinas com treinamentos introdutórios para multiplicadores municipais das áreas prioritárias em malária, com acompanhamento e monitoramento da SESAU;

- Inserção das ações de controle da malária na atenção básica dos municípios em ação contínua.

• Estado de Roraima:

- Enviar uma ficha de acompanhamento local para as equipes de Saúde da Família para estimular a prática das ações de controle da malária;

- Instituir no SIAB dados sobre acompanhamento dos pacientes de malária.

- Reorganizar as ações das equipes, redefinindo as áreas de abrangência de acordo com a nova portaria.

2.4.5. Situação:

Encontra-se **EM IMPLEMENTAÇÃO** o presente item.

2.5. Recomendação 9.1.4. *“edite orientações que melhor definam os prazos de realização das lâminas de verificação de cura – LVC”.*

2.5.1. A SVS informa que elaborou nota técnica (Nota Técnica n.º 77/2004/DIGES/SVS/MS, às fls. 373 e 374, volume 2) definindo todos os critérios para a realização das Lâminas de Verificação de Cura - LVC. Esta Nota foi discutida e aprovada pelo Comitê Técnico de Acompanhamento do Programa Nacional de Controle da Malária, em reunião extraordinária realizada no dia 1º de junho de 2004. Na já mencionada Reunião Anual de Avaliação do PNCM na região extra-amazônica, também houve discussão sobre o acompanhamento pela LVC, com debate entre os participantes do encontro, entre eles representantes dos estados do Espírito Santo, Piauí e Pernambuco (UF que apresentaram surtos da doença recentemente).

2.5.2. Os critérios e prazos de realização das LVC foram definidos com clareza nesse evento e aceitos pelos coordenadores estaduais presentes à reunião, já que nenhum deles levantou objeções. A aplicação dos testes em campo, contudo, deverá ficar restrita à Extra-Amazônia e, no caso da Amazônia Legal, às localidades com baixa incidência da doença, pois a sua extensão aos municípios de elevada incidência/risco traria dificuldades com relação aos custos e à operacionalização.

2.5.3. Situação:

Considera-se **IMPLEMENTADA** a recomendação, propondo-se que no próximo monitoramento seja verificado o resultado das reuniões de avaliação do programa realizadas neste exercício, quanto à receptividade e aplicabilidade das novas orientações sobre LVC.

2.6. Recomendação 9.1.5. *“possibilite aos estados o acesso às informações de estados vizinhos, relevantes para 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 das LVC”.*



2.6.1. De acordo com o declarado pela SVS, os estados serão orientados a melhor utilizarem as informações disponíveis no SIVEP-MALÁRIA, sistema que permite o acesso às informações de estados e municípios vizinhos e que são relevantes para a priorização das ações de controle da malária (fls. 428 a 430, vol. 2). É informado, ainda, que para maior divulgação das formas de acesso aos relatórios emitidos pelo SIVEP-MALÁRIA, a CGPNCM está assessorando os estados e municípios por intermédio das capacitações e das reuniões de avaliação do PNCM, que serão realizadas até novembro/2004.

2.6.2. Outra forma de possibilitar aos estados o acesso às informações de estados vizinhos é a divulgação rotineira de boletins epidemiológicos estaduais contendo dados, informações, análises e recomendações detalhadas relacionadas aos municípios de maior risco, o que vem sendo feito semestralmente. Ao que consta, nem todos os estados vêm obedecendo a esta prática, por outro lado, alguns o fazem com eficiência, como é o caso do Amazonas, cujo último boletim foi analisado pela equipe.

2.6.3. Encontra-se a recomendação, portanto, em implementação. Necessário se faz, no entanto, o constante esforço de conscientização e preparação dos estados para a correta e efetiva utilização do SIVEP-MALÁRIA, de forma que as informações sejam um real instrumento de elaboração e coordenação das ações de controle da doença no âmbito dos municípios e de pactuação de parcerias com os municípios e estados fronteiriços. Vale aqui registrar, nos mesmos moldes apresentados nos itens 2.3.4. e 2.4.4., deste relatório, algumas proposições apresentadas pelos estados na 5ª Reunião de Avaliação do PNCM.

- Estado do Acre:

- Criar rotina de troca de informações com os municípios de estados vizinhos e de estado para estado – julho a outubro de 2004;

- Comunicar através de consolidados mensais – agosto/2004;

- Implementar a análise da fichas de acompanhamento do SIVEP;

- Implementar ficha estadual de acompanhamento do paciente em todos os municípios pendentes – julho/2004.

- Estado do Amapá:

- Acessar as informações a partir da liberação pelo Nível Central das senhas de acesso ao SIVEP-Malária para informações sobre os Estados limítrofes, e propor ações específicas.

- Estado de Roraima:

- Reforçar a análise dos boletins epidemiológicos, de forma informativa e conclusiva.

2.6.4. Situação:

Recomendação **EM IMPLEMENTAÇÃO**.



2.7. Recomendação 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”.*

2.7.1. A SVS informa que está em fase de elaboração uma cartilha com o objetivo de orientar a aplicação dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS (Portaria M.S. nº 1172/2004). Ressalta, no entanto, que ela, a SVS, é uma instância técnica e gerencial do Ministério da Saúde, não tendo competência para esclarecer questionamentos legais.

2.7.2. Em contato com o Sr. Fabiano Geraldo Pimenta Júnior, Diretor Técnico de Gestão, foi comunicado que a SVS pretende publicar a cartilha em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde – CNS, e com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, de forma a imprimir maior legitimidade à iniciativa, porém, questionamentos a respeito do conteúdo e da operacionalização do material não permitiram que o projeto fosse efetivado.

2.7.3. Acrescentou, ainda, que a SVS deve aproveitar a próxima reunião nacional de avaliação do PNCM, que deverá acontecer em março de 2005, para convidar representantes dos municípios prioritários (aqueles que apresentam maior risco de transmissão de malária) para promover a sensibilização dos seus gestores quanto à importância da intensificação das ações de controle, assim como sobre a necessidade da prestação de contas dos recursos de epidemiologia.

2.7.4. Situação:

A recomendação, portanto, **NÃO FOI IMPLEMENTADA**. Aguarda-se, dessa forma, o desdobramento da questão, a ser conferido no próximo monitoramento.

2.8. Recomendação 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 naqueles em que os IFA's sejam altos, ou seja, superiores, a 50 por mil habitantes, conforme definição do PNCM”.*

2.8.1. No tocante a essa questão, a SVS menciona que na reunião nacional de avaliação do PNCM, realizada em Manaus, no período de 02 a 04.03.2004, foi disponibilizado um banco de dados epidemiológicos relativo ao período de 1999 a 2003, para que todos os representantes dos estados pudessem exercitar as suas análises, de modo a proceder à estratificação epidemiológica da malária.

2.8.2. Ficou decidido que esta prática também será realizada com os municípios, sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde. Argumenta, no entanto, que existe uma limitação para estratificação por localidade, conforme sugere este TCU, por falta de dados populacionais atualizados a esse nível de agregação, em decorrência da dinâmica populacional da Região Amazônica. Nas avaliações estaduais, que contaram com a participação dos municípios, afirma que essa metodologia de trabalho foi discutida e exercitada, considerando as limitações já mencionadas.

2.8.3. Acrescenta, ainda que a CGPNCM vem administrando treinamento para análise e interpretação de dados em todas as reuniões estaduais, bem como o treinamento dos agentes de endemias para a interpretação de dados epidemiológicos da malária.

2.8.4. No mesmo sentido, vale destacar a iniciativa recente do estado do Amazonas, que, no Boletim epidemiológico de setembro de 2004, recomenda aos municípios com maior variação no percentual de IFA (aumento da porcentagem de *P. falciparum* em relação ao *P. vivax*, responsável este



pelos casos menos graves) a estratificação das localidades, com vistas à adoção de estratégias específicas para a reversão da tendência atual.

2.8.5. Entende-se implementada a recomendação, sem prejuízo de se reforçar a importância da continuidade da prática de se discutir e aprimorar a cada encontro de avaliação do PNCM, o planejamento das ações de controle da malária, levando-se em consideração as peculiaridades de cada região. A seguir algumas propostas apresentadas pelos estados na já mencionada 5ª Reunião de Avaliação do PNCM.

- Estado do Amapá:

- Discutir na Reunião Estadual de Avaliação da Malária a importância da utilização de dados estratificados da malária como forma de direcionamento das ações e otimizar a utilização de recursos.

- Estado de Roraima:

- Atualizar o cadastro dos municípios e suas respectivas populações, para subsidiar as análises de dados.

- Realizar treinamento de CBVE para os gerentes, digitadores e gestores municipais.

2.8.6. Situação:

Recomendação **IMPLEMENTADA**.

2.9. Recomendação 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”.*

2.9.1. O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, editou a Portaria Interministerial n.º 279/2001 (fls. 431 e 432, vol. 2), estabelecendo a obrigatoriedade da emissão do Atestado de Aptidão Sanitária (AAS) antecedendo a implantação de qualquer projeto de assentamento na área endêmica de malária. O AAS tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade da localidade para a transmissão de malária e recomendar medidas para sua prevenção.

2.9.2. A SVS informa que foi realizada uma reunião com todos os superintendentes regionais do INCRA dos estados da Amazônia Legal para orientar e viabilizar a implementação das ações previstas na referida portaria. Acrescenta que outra medida adotada pela Secretaria de Vigilância em Saúde foi promover a participação de representantes do nível central do INCRA em todas as reuniões nacionais de avaliação do PNCM.

2.9.3. Esclarece, também, que esse assunto foi submetido ao Comitê Técnico Assessor e, após aprofundada discussão, foi proposta a reavaliação dessa recomendação, uma vez que a malária instala-se antes da efetivação dos assentamentos (invasões) e, além disso, o indivíduo pode estar no período de incubação, ainda sem a possibilidade da identificação do parasito no exame de sangue. Manifesta que este assunto tem sido polêmico na prática, pois, atualmente, o grande problema da transmissão de malária têm sido as invasões irregulares com precárias condições sanitárias, a exemplo de Manaus e



Porto Velho, municípios responsáveis por cerca de 30% dos casos da doença no Brasil, os quais fogem ao controle das autoridades do INCRA. Embora estas situações não possam ser normatizadas, a CGPNCM tem promovido, juntamente com os estados e municípios, um grande esforço para implementar as ações de controle da malária nessas localidades, por reconhecer que essas populações são bastante susceptíveis a malária e a outras doenças.

2.9.4. Desta forma, a intervenção nas fases que antecedem os assentamentos (invasões), por meio de ações de controle, é praticamente inviável em face da não competência do INCRA para atuar nas invasões (irregulares), dificultando a participação conjunta. Ademais, o sigilo e a forma súbita e desorganizada com que ocorre a instalação dessas comunidades, além das dificuldades de se adentrar nelas e dos riscos envolvidos, contribuem para dificultar ainda mais.

2.9.5. Situação:

Considera-se a recomendação **NÃO APLICÁVEL** na prática.

2.10. Recomendação 9.1.9. *“busque meios de efetivar a parceria com o INCRA e o IBAMA, considerando que os assentamentos e regiões desenvolvimentistas na Amazônia são áreas propícias à propagação”.*

2.10.1. A SVS esclarece que, no sentido de fortalecer esta parceria, incluiu no novo Comitê Técnico de Acompanhamento do PNCM representantes dessas instituições. Acrescenta que também estará promovendo ampla discussão para estabelecer mecanismos práticos e de forma descentralizada, para que estados e municípios analisem os projetos desenvolvimentistas em áreas endêmicas, com o propósito de emitir recomendações de medidas de prevenção e controle da transmissão da malária.

2.10.2. Necessário se faz ressaltar que as ações da SVS realizadas em conjunto com o IBAMA e com o INCRA, a despeito da Portaria Interministerial MS/MDA n.º 279 e da Resolução/CONAMA n.º 289, estão sendo feitas de maneira incipiente (ver itens 2.17 e 2.18, deste relatório). Algumas ações vem ocorrendo de forma pontual, por iniciativa de regionais do INCRA, porém sem grande representatividade.

2.10.3. De forma a fortalecer as atividades em conjunto, a SVS solicitou ao IBAMA e ao INCRA a indicação de um representante desses órgãos para integrar o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do PNCM (fls. 433, vol. 2). Somente o INCRA encaminhou resposta, por intermédio do Ofício/INCRA/P/n.º 086, de 12.03.2004 (fls. 434, vol. 2), quando indicou uma consultora interna, Maria Laura Ribeiro da Costa Soares. Contudo, a inclusão oficial dessa nova componente nas atividades e reuniões ainda não se efetivou, por depender de publicação em Portaria pela SVS, fato que ainda não ocorreu.

2.10.4. Situação:

Assim, considera-se **EM IMPLEMENTAÇÃO** esse item, propondo-se que no próximo monitoramento seja dado peculiar enfoque à questão, no que se refere ao progresso da parceria SVS, INCRA e IBAMA e as atividades empreendidas pelos órgãos para o desenvolvimento do programa.

2.11. Recomendação 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 vem sendo mais efetiva”.

2.11.1. A CGPNCM afirma que as reuniões sugeridas são rotina do PNCM, além disso, na já citada 5ª Reunião de Avaliação do PNCM, realizada em Brasília, no período de 29.06 a 01.07.2004, promoveu-se uma discussão entre os estados, conforme já registrado, para proporem medidas conjuntas de controle da malária, principalmente em áreas limítrofes.

2.11.2. A partir dessa discussão vêm sendo realizadas outras reuniões entre os estados e municípios envolvidos, das quais vêm resultando a elaboração de propostas de ações a serem avaliadas trimestralmente em futuros encontros, conforme as atas fornecidas pela Coordenação do Programa.

2.11.3. Assim, em 12.08.2004, no Pará, durante reunião entre representantes da CGPNCM, das secretarias estaduais do Pará e de Tocantins e dos municípios limítrofes, elaborou-se a Carta de Santana do Araguaia/PA contendo algumas propostas, como a troca de informações entre os municípios de divisa em face da ocorrência de um caso de malária; emissão de boletins semanais (municípios) e trimestrais (estados); ação conjunta de entomologia nos municípios de maior incidência; aprofundamento da análise das internações por malária; desenvolvimento de campanhas estaduais de informação.

2.11.4. Em 19.08.2004, no Maranhão, construiu-se a Carta de Capanema (fls. 411, vol. 2) em reunião entre representantes da CGPNCM, das secretarias estaduais do Pará e do Maranhão e dos municípios de divisa. Dentre as propostas do documento, constam as seguintes: ações continuadas de controle vetorial (conjuntas e simultâneas); avaliação entomológica conjunta; inquéritos hematológicos a cada 4 meses; ampliação da rede de laboratórios nas áreas estratégicas; ampliação e capacitação de equipes de atenção básica para ações sistemáticas de controle; reuniões bimestrais entre as coordenações regionais; monitoramento pelas regionais das notificações de internação; envolvimento do INCRA e do IBAMA nas ações de controle; além de algumas já constantes da Carta de Santana do Araguaia (fls. 443, vol. 2).

2.11.5. As propostas de ação conjunta, envolvendo estados e municípios limítrofes, tanto as já efetivadas, como as que estão em fase de elaboração, com o objetivo de conscientizar os gestores estaduais e municipais para que dêem sustentabilidade às ações, permitem considerar que a recomendação está em fase de implementação. Não se deve descuidar, contudo, das avaliações trimestrais das ações previstas nas Cartas, especialmente no que se refere ao controle da “exportação” dos casos.

2.11.6. Situação:

Recomendação **EM IMPLEMENTAÇÃO**.

2.12. Recomendação 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 Portaria MS/GM 44 de 3 de janeiro de 2002, que estabelece as atribuições dos agentes comunitários de saúde na prevenção e no controle da malária”.*



2.12.1. No caso específico da malária, a precária situação do vínculo empregatício dos trabalhadores da saúde, resultando em alta rotatividade de pessoal, tem prejudicado a manutenção dos ganhos obtidos, além de elevar o custo do programa e comprometer a sua eficiência, pela constante necessidade de capacitação.

2.12.2. No primeiro semestre de 2004, conforme planilhas apresentadas (fls. 435 a 437, vol. 2), a CGPNCM promoveu a capacitação de 797 profissionais para atuar no controle da malária.

2.12.3. Em decorrência do previsto no artigo 26 da Portaria/ MS n.º 1172, de 15.06.2004, que determina que as SES e as SMS deverão informar à SVS a evolução da força de trabalho cedida pelo Ministério da Saúde, considerando, dentre outros, aspectos relacionados à aposentadoria de servidores, a SVS pretende providenciar junto à FUNASA um levantamento da situação atual de expectativa de aposentadoria dos agentes de endemias cedidos aos municípios, a fim de pactuar com os estados e municípios uma proposta de reposição.

2.12.4. Segundo o Diretor Técnico de Gestão da SVS, outra providência adotada pelo Ministério da Saúde para solucionar esse problema foi a ampliação da clientela do PROFORMAR - Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde para profissionais de todas as secretarias estaduais e municipais de saúde, anteriormente restrito aos profissionais da FUNASA que foram descentralizados para os estados e municípios.

2.12.5. Nas planilhas fornecidas pela SVS constam turmas de treinamento originárias de todas as UF da Amazônia Legal, compostas por pessoal das SES e SMS, confirmando a ampliação da clientela e perfazendo 2.280 profissionais formados entre novembro de 2003 e setembro de 2004, conforme quadro a seguir.

Quadro XX: Número de profissionais formados por UF da Amazônia Legal.
Período: novembro de 2003 a setembro de 2004

UF	AC	AM	AP	PA	RO	RR	MT	TO	MA	Total
Nº alunos	320	240	120	540	420	60	280	90	210	2280

Fonte: SVS/MS e Funasa/MS. Atualizado até setembro de 2004.

2.12.6. Apesar de o levantamento do nº de agentes de endemias em vias de se aposentar estar previsto em Portaria, deve-se aguardar que ele seja realizado, daí concluir-se que essa parte da recomendação encontra-se em implementação.

2.12.7. Já em relação a iniciativas visando ao repasse de conhecimentos e treinamento de pessoal, pode-se considerar implementada essa parte da recomendação, uma vez que a extensão da clientela vem alcançando, inclusive, os profissionais do PSF/PACS, que geralmente são contratados pelas SMS.

2.12.8. Situação:

Para efeito de análise uniforme, consideraremos a recomendação **EM IMPLEMENTAÇÃO**, apesar de uma parte dela já ter sido implementada.



2.13. Recomendação 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”.*

2.13.1. É possível verificar que a SVS, por meio de sua página na *Internet* têm divulgado periodicamente informações sobre malária nos estados. Confirmou-se junto a alguns coordenadores estaduais que essas informações também são encaminhadas por meio eletrônico a todos os estados da Amazônia Legal.

2.13.2. Em relação ao envio de informações aos gestores municipais, a CGPNCM, em março/2004, orientou as coordenações estaduais a providenciar um informativo periódico sobre malária dentro do estado respectivo para ser divulgado junto aos municípios. Alguns estados estão emitindo boletins semestrais (RO), enquanto outros o fazem trimestralmente (TO) ou até mesmo mensalmente (AP).

2.13.3. Na 5ª Reunião de Avaliação Nacional, houve a apresentação dos informativos de malária já elaborados, os quais foram disponibilizados à equipe de monitoramento (CD em anexo).

2.13.4. A Coordenação Geral garante que, nas supervisões que realiza nos estados, essa providência tem sido continuamente cobrada e estimulada.

2.13.5. Verificou-se que todas as UF da Amazônia Legal vêm elaborando esses boletins com dados e informações municipais de forma a permitir comparações e promover maior envolvimento das secretarias de saúde nas ações de controle da malária.

2.13.6. Situação:

Assim sendo, a recomendação deve ser vista como **IMPLEMENTADA**, muito embora a manutenção da política de controle da malária na pauta de prioridades municipais dependa também de outros fatores, inclusive da conjuntura política local, haja vista as mudanças que devem ocorrer em diversas prefeituras municipais em 2005.

Determinações à Secretaria de Vigilância em Saúde

2.14. Determinação 9.2.1. *“observe a Instrução Normativa FUNASA/MS nº 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, além de cobrar dos estados o acompanhamento da utilização dos veículos transferidos aos municípios”.*

2.14.1. No que se refere à cessão dos bens móveis e imóveis, a CGPNCM esclarece que a Instrução Normativa FUNASA n.º 04/2000 foi cumprida. Argumenta que, na época da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, todo o processo já estava concluído, uma vez que todas as Secretarias Estaduais de Saúde já estavam certificadas para a gestão das ações de vigilância em saúde. Da mesma forma, os termos de cessão permanecem inalterados, ou seja, a comodante é a FUNASA.



2.14.2. Soube-se, pelo Diretor Técnico de Gestão da SVS, que, quanto à questão do acompanhamento (pela SVS) do uso pelos estados, os técnicos da SVS estão orientados a avaliar o acompanhamento dessa situação, quando em supervisão.

2.14.3. Já o acompanhamento (pelos estados) da utilização dos veículos transferidos aos municípios apresenta maiores dificuldades; percebeu-se que alguns municípios questionam a competência da SES para tal procedimento.

2.14.4. Apesar disso, a SVS está analisando a possibilidade de inclusão desse aspecto no Roteiro de Acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada para a Área de Epidemiologia e Controle de Doenças, o que depende de pactuação na Comissão Intergestora Tripartite – CIT. Destaque-se, contudo, que o acompanhamento ocorre de forma aleatória ou, em casos excepcionais, motivado por situações atípicas (denúncias, p. ex), obtendo-se uma checagem anual de aproximadamente 25% dos municípios.

2.14.5. Quanto à observância da Instrução Normativa, deve-se considerar a determinação não aplicável, em razão de a comodante dos bens móveis continuar sendo a FUNASA.

2.14.6. No que diz respeito ao acompanhamento, pelos estados, da utilização dos veículos pelos municípios, a determinação ainda não está implementada, já que depende de negociação na Comissão Intergestora Tripartite – CIT, tarefa que não será pacífica, adiantou o Diretor Técnico de Gestão.

2.14.7. Situação:

Seguindo o raciocínio apresentado no item 2.12.8. deste relatório, buscando uma análise uniforme, consideraremos a recomendação **NÃO IMPLEMENTADA**, apesar de uma parte dela ser considerada não aplicável.

2.15. Determinação 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 nº 02, de 06 de dezembro de 2001”.*

2.15.1. A CGPNCM informou que, após a realização da auditoria, a Instrução Normativa FUNASA/MS nº 02/2001 foi revogada pela Instrução Normativa SVS nº 01/2003, de 08 de dezembro de 2003, sendo que a SVS está aplicando na prática, todos os pontos referentes ao acompanhamento nela estabelecidos (cópia em anexo – fls. 375, vol. 2).

2.15.2. Nesse sentido, foram elaborados dois roteiros para acompanhamento da PPI-ECD, um para a esfera municipal e outro para a esfera estadual, além de ter sido instituído um grupo técnico específico para o acompanhamento das ações previstas nas programações pactuadas e integradas (cópias dos roteiros em anexo – fls. 378 a 416, vol. 2).

2.15.3. O roteiro estadual não apresenta dificuldades na sua aplicação, por outro lado, o roteiro municipal deve ser aperfeiçoado, pois é considerado extenso e solicita informações desnecessárias, segundo os gestores municipais. Tais roteiros contemplam aspectos operacionais e de execução física das ações de controle da malária, possibilitando o acompanhamento permanente da execução física do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD.



2.15.4. Situação:

Em vista da criação desses dois instrumentos de acompanhamento, em obediência ao estabelecido na IN, conquanto um deles careça de aprimoramento, vê-se que a determinação encontra-se **EM IMPLEMENTAÇÃO**.

Recomendação à Funasa

2.16. Recomendação 9.3. *“estude mecanismos que permitam obras/manejo ambiental em outros municípios, além dos elegíveis e prioritários, nos quais se detectem riscos de surtos epidêmicos”.*

2.16.1. De acordo com informações da CGPNM, as obras/manejo ambiental quase não têm sido realizadas; acreditam que os projetos estão parados, inclusive nos municípios elegíveis e prioritários, assim considerados conforme critérios estabelecidos no âmbito do Programa Saneamento Básico.

2.16.2. A recomendação encontra-se, portanto, não implementada.

2.16.3. Como não foi possível coletar mais dados em relação a esse item, necessário se faz que, no próximo monitoramento, seja dado enfoque a essa questão, considerando-se a importância da atividade e o maior tempo de atuação dentro do PNCM.

2.16.4. Situação:

Recomendação **NÃO IMPLEMENTADA**.

Recomendações ao INCRA

2.17. Recomendação 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, observada a Portaria Interministerial MS/MDA nº 279, de 08 de março de 2001”.*

2.17.1. Atualmente, um dos maiores problemas na transmissão de malária têm sido as invasões irregulares de terras com precárias condições sanitárias, as quais fogem ao controle das autoridades do INCRA. As invasões, em geral, instalam-se subitamente e de forma sigilosa, sem que as autoridades, tanto do INCRA quanto das SMS, tomem conhecimento do processo.

2.17.2. Como a malária prolifera em meio às invasões (o mesmo se diga dos acampamentos) e estas mormente precedem os assentamentos regulares e atingem muitos municípios com grande incidência da doença, deve-se reconhecer que constituem situações de difícil normatização e aplicação das ações de controle da malária.

2.17.3. Além disso, conforme informações da assessoria do INCRA, a falta de assistência das famílias nas invasões e acampamentos se dá por questões políticas, isto é, as famílias são procedentes de outras localidades e o município em que se encontram instaladas não dispõem de recursos para



prestar os serviços necessários, e muitas vezes não se interessam, uma vez que são eleitores de outras regiões.

2.17.4. No plano regional, algumas iniciativas recentes devem ser destacadas, tais como a criação do Comitê Estadual de Controle da Malária no Amapá com a participação do INCRA, IBAMA, Secretaria de Saúde e da Educação e a inclusão de representantes do INCRA e IBAMA no Comitê Estadual de Controle da Malária do Amazonas.

2.17.5. Por estarem em fase incipiente de implantação, essas providências devem ser melhor avaliadas por ocasião do próximo monitoramento, principalmente quanto aos resultados produzidos.

2.17.6. Situação:

Embora seja prematuro antecipar se haverá progressos, com relação à atuação nas invasões de terras e acampamentos, a recomendação encontra-se **EM IMPLEMENTAÇÃO**, conquanto inicial.

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

2.18.1. De acordo com a Resolução/CONAMA, n.º 289, de 25.10.2001, o INCRA, antes de realizar o assentamento de famílias em novos projetos, deveria solicitar à SVS uma avaliação do potencial malarígeno da área e o atestado de aptidão sanitária, documentos necessários para a emissão das licenças de instalação e de operação nos casos dos projetos de assentamento de reforma agrária situados na Amazônia Legal. Contudo, o que se observa é que normalmente tais procedimentos não são realizados.

2.18.2. Assim como na recomendação anterior, as invasões precedendo os assentamentos constituem o maior problema, por ocorrerem de maneira súbita e sem o conhecimento do poder público, dificultando a realização dos procedimentos citados na Resolução.

2.18.3. Conforme já mencionado (item 2.10, deste relatório), a assessoria do INCRA reconhece que as ações realizadas em conjunto, nestes três anos de vigência da Portaria Interministerial MS/MDA n° 279 e da Resolução/CONAMA n.º 289, estão sendo feitas de maneira incipiente. Vem ocorrendo algumas ações de forma pontual, por iniciativa de algumas regionais do INCRA, porém sem grande representatividade.

2.18.4. Um primeiro passo na direção da realização rotineira dos procedimentos previstos, antecedendo a regularização dos assentamentos, foi dado com a indicação, pelo INCRA, de uma consultora interna, Maria Laura Ribeiro da Costa Soares (fls. 434, vol. 2), para fazer parte do Comitê de Acompanhamento do PNCM. Contudo, da mesma forma explanada no item 2.10.3. deste relatório, a inclusão oficial dessa nova componente nas atividades e reuniões ainda não se efetivou, por depender de publicação em Portaria pela SVS, fato que ainda não ocorreu.

2.18.5. Situação:

Em vista dessa providência, a recomendação encontra-se **EM IMPLEMENTAÇÃO**, ensejando atenção especial no próximo monitoramento quanto a uma possível mudança no panorama.



Recomendação ao IBAMA e à Secretária de Vigilância em Saúde

2.19. Recomendação 9.5. *“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”.*

2.19.1. Por entender que esta é uma atividade pertinente ao nível municipal de saúde, a SVS, com base na Resolução/CONAMA nº 286/2001, estará promovendo discussão ampla para estabelecer mecanismos práticos e de forma descentralizada, para que estados ou municípios passem a analisar os projetos desenvolvimentistas de áreas endêmicas, submetidos à aprovação do Ministério da Saúde, com vistas à emissão de recomendações de medidas de prevenção e controle da transmissão da malária em suas localidades.

2.19.2. Nesse sentido, em atendimento ao Ofício nº 352/2004 – DILIQ/IBAMA, de 01.07.2004, a SVS promoveu a indicação de técnico para coordenar as avaliações e recomendações de cunho epidemiológico, no âmbito dos processos de licenciamento ambiental de empreendimentos que se localizem em áreas endêmicas para malária.

2.19.3. Assim, por meio do Ofício nº 1577 GAB/SVS/MS, de 23.07.2004 (fls. 444, vol. 2), a SVS, além de designar uma técnica da área de entomologia (Roseli La Corte dos Santos), encaminhou ao IBAMA uma relação nominal dos municípios localizados em áreas endêmicas de malária, com dados atualizados até dezembro de 2003.

2.19.4. Situação:

Pelo exposto, entende-se que a recomendação está **EM IMPLEMENTAÇÃO**, haja vista o estreitamento da interação que deve ocorrer entre a SVS, o IBAMA e os estados e municípios.

Recomendação ao IBAMA

2.20. Recomendação 9.6. *“atente ao disposto na resolução do CONAMA nº 286/01, de forma a garantir o atendimento às populações que, por suas características situam-se em risco potencial com relação à malária”.*

2.20.1. A Resolução CONAMA nº 286/01 estabelece que o licenciamento ambiental, quando relativo a empreendimentos e atividades localizados em áreas endêmicas de malária, deverá considerar a prévia avaliação e recomendação da FUNASA (entenda-se SVS, atualmente) acerca do impacto sobre os fatores de risco para ocorrência dos casos de malária.

2.20.2. A SVS promoveu a indicação de técnico para participar das avaliações e recomendações de cunho epidemiológico, conforme já comentado no item anterior.

2.20.3. Situação:

Contudo, observe-se que em virtude de a designação ser recente, ainda não houve tempo hábil para uma análise mais apurada dos seus efeitos, de modo que a recomendação em foco deve ser considerada **EM IMPLEMENTAÇÃO**.



3. Aspectos orçamentários e financeiros

3.1 Fundo Nacional de Saúde/PNCM (abrangendo as ações mais relevantes no que se refere ao gerenciamento do Programa):

Ação	Ano	Créditos Consignados	Execução Financeira	Execução Orçamentária	% da Execução Orçamentária
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
	2004	-	-	-	-
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
	2004	360.000.000	290.584.161	290.584.161	80,7
3883	2000	14.700.000	-	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	-	-	-
	2004	9.580.000	2.031.359	2.031.359	21,2
4366	2000	4.310.200	775.037	4.081.803	94,7
	2001	4.925.000	8.229.401	4.924.994	100
	2002	4.800.000	4.297.398	4.724.625	98,4
	2003	1.500.000	471.463	74.037	4,9
	2004	-	-	-	-
0829	2004	687.000.000	511.409.771	511.709.771	74,4
4368	2004	627.842.000	279.718.823	227.870.841	36,3

Fonte: SIAFI
Até 08.10.2004

3.2. Observa-se que a ação 0597 – “Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB”, e a 4366 – “Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento Ambulatorial e Domiciliar dos Casos Positivos de Malária” não tiveram créditos consignados neste exercício de 2004.

3.3. Segundo dados do Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento – SIGPLAN, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, a ação 0597 foi extinta, tendo sido “substituída” pela ação 0829 – “Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios Certificados para a Epidemiologia e Controle de Doenças”, a qual migrou do antigo programa 1187 – “Programa de Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores”, para o 1203 – “Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde”. Consta, também, a informação de que a ação 2689 –



“Desenvolvimento de Trabalho de Campo para Prevenção e Controle de Doenças Endêmicas” tenha sofrido a mesma mudança, ou seja, migrou do programa 1187 para o 1203.

3.4. A ação 4366, por sua vez, migrou para o programa 1293 – “Programa de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos”, da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Está incluída na ação 4368 – “Promoção da Oferta e da Cobertura dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos no Sistema Único de Saúde”, a qual passou a constituir-se, a partir do exercício de 2004, em projetos e atividades com maior amplitude de atuação, comparando-se com seu formato estabelecido até o exercício de 2003, que era: “Atendimento à População com Medicamentos e Insumos Estratégicos”.

4. Comentários dos gestores

4.1. De acordo com a reunião com Fabiano Geraldo Pimenta Júnior e José Lázaro de Brito Ladislau, respectivamente Diretor Técnico de Gestão da SVS e Coordenador Geral do PNCM, a implementação das recomendações tem sido encarada com seriedade e empenho por parte dos estados.

4.2. As recomendações foram repassadas aos estados (abril/2004) num momento em que se ansiava por medidas efetivas de controle, em virtude dos elevados índices da doença no trimestre precedente, muito próximos dos números de 1999, ano em que o Brasil teve o maior número de casos em sua história.

4.3. A CGPNCM, além de cobrar-lhes as propostas e providências para o cumprimento das recomendações a cada reunião de avaliação nacional (trimestral) ou estadual (semestral), pretende incluir no próximo evento nacional os municípios prioritários, assim considerados os de maior incidência de malária na Amazônia Legal.

4.4. Todavia, foram feitas algumas ressalvas e observações relativas às recomendações: a dificuldade de atuação, mesmo que em parceria com o INCRA, nas fases que antecedem os assentamentos (invasões) é praticamente inviável em face da não competência do INCRA para essa atribuição e do sigilo na instalação dessas comunidades; as LVC tiveram os critérios de realização melhor definidos, mas sua aplicação deverá ficar restrita à Extra-Amazônia e às localidades com menor incidência da doença da Amazônia, em razão do alto custo e da demanda de mão de obra que isso acarretaria caso se estendesse a prática aos locais de elevada incidência; a equipe de auditoria deste TCU responsável pelo levantamento da auditoria a que seguiu o presente monitoramento, foi muito feliz nos estudos estatísticos que desenvolveu, principalmente quando previu a tendência de elevação do número de casos da doença.

4.5. Por último, o Coordenador-Geral do PNCM declarou que seria importante poder contar com a participação do TCU no acompanhamento dos estados ao longo dos próximos anos; alega que a presença de representantes da Instituição nos eventos, como a ocorrida na avaliação nacional (09/2003) e na reunião da Extra-Amazônia (10/2004), fortalece as recomendações ora em execução.



5. Conclusão

5.1. Após a consolidação de dados e informações obtidos nesta primeira etapa de monitoramento, a situação geral de implementação das recomendações e determinações do **Acórdão n.º 303/2004 - Plenário** está representada nos quadros que se seguem.

Situação das recomendações/determinações

Número das recomendações/determinações do Acórdão n.º 303/2004-P	Situação
9.1.1	Em implementação
9.1.2	Em implementação
9.1.3	Em implementação
9.1.4	Implementada
9.1.5	Em implementação
9.1.6	Não implementada
9.1.7	Implementada
9.1.8	Não aplicável
9.1.9	Em implementação
9.1.10	Em implementação
9.1.11	Em implementação
9.1.12	Implementada
9.2.1	Não implementada
9.2.2	Em implementação
9.3	Não implementada
9.4.1	Em implementação
9.4.2	Em implementação



9.5	Em implementação
9.6	Em implementação

Percentuais de cada situação

Situação das recomendações/determinações	Percentual de recomendações/determinações (%)
Implementada	15,79
Em implementação	63,16
Não implementada	15,79
Não aplicável	5,26
TOTAL	100,0

5.2. Durante a auditoria realizada pelo Tribunal, constatou-se que diversos aspectos do programa poderiam ser melhorados.

5.3. Por isso, a implementação das recomendações objetiva a redução sustentada dos índices relativos à malária, mediante o aprimoramento do acompanhamento dos infectados, especialmente nas comunidades mais vulneráveis; maior interação entre os órgãos e atores envolvidos nas ações de controle (DAB; INCRA, IBAMA, gestores estaduais e municipais; outros); desenvolvimento de padrões de educação em saúde; promoção de maior transparência aos gastos públicos e aumento do controle social sobre o Programa.

5.4. Decorridos apenas seis meses da apreciação do relatório de auditoria pelo TCU, já se notam avanços no desenvolvimento das ações, haja vista a implementação de três delas (9.1.4, 9.1.7 e 9.1.12).

5.5. Por outro lado, o percentual significativo de recomendações/determinações em fase de implementação ou não implementadas, totalizando quase 79%, pode ser explicado pelas dificuldades na articulação com outros órgãos (9.1.3; 9.1.9; 9.5); pela dependência das propostas dos estados (9.1.2; 9.1.10) ou ainda pelo curto intervalo decorrido entre o Acórdão e o presente monitoramento (6 meses).

5.6. Além disso, é necessário considerar que as providências para o cumprimento de algumas recomendações constituem processos e, por isso, não têm como estar totalmente implementadas, pois estarão sempre em evolução (9.4.2; 9.1.10).



5.7. Destaque deve ser dado à atuação da CGPNCM, que não poupou esforços para o fornecimento dos documentos e para os esclarecimentos, sempre tempestivos.

5.8. Portanto, aguarda-se que ocorram benefícios de ordem qualitativa e quantitativa, atribuindo maior efetividade às ações ao longo do tempo e, conseqüentemente, proporcionando melhor qualidade de vida às populações de risco para a malária.

6. Proposta de Encaminhamento

6.1 Diante do exposto, com fulcro no art. 22, da Resolução nº 136/2000, sugerimos o encaminhamento dos presentes autos ao Gabinete do Excelentíssimo Senhor Ministro Lincoln Magalhães da Rocha, com proposta de:

- a) autorizar que a Seprog e a 4ª Secex efetuem o segundo monitoramento, a ser realizado no primeiro semestre de 2005, em razão da relevância das informações ainda em produção e das providências em curso, relativas às ações de controle da malária no Brasil;
- b) envio de cópia do presente relatório à Seprog, à Secretaria Federal de Controle Interno, para conhecimento, e à Secretaria de Vigilância em Saúde, à FUNASA, ao INCRA e ao IBAMA, para fins de conhecimento e adoção das ações necessárias à implementação das recomendações;
- c) restituição dos autos à 4ª Secex para prosseguimento do monitoramento.

4ª Secex, 15 de outubro de 2004.

MÔNICA GONZALEZ DA SILVEIRA

Matr. n.º 5050-4

RENATO KANEMOTO

Matr. n.º 4591-8



Atores contactados na fase de execução do monitoramento

Na fase de execução a equipe esteve reunida no Ministério da Saúde, com técnicos da Coordenação Geral do PNCM. Também manteve contatos com técnicos do Incra, do Ibama e da Funasa.

No dia 05/10/2004 a equipe esteve presente na reunião anual de avaliação do PNCM na Região Extra-Amazonica, realizada no Hotel Nacional.

Nome	Cargo/Função	Endereço	e-mail	Telefone
Fabiano Geraldo Pimenta Júnior	Gerente do Programa Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores / SVS / MS.	MS, sobreloja, Ala Norte, SL 110	fabiano.pimenta@saude.gov.br	315 3642; 99667534 (Fabiano)
Dr José Lázaro de Brito Ladislau	Coordenador Geral do PNCM /Secretaria de Vigilância em Saúde/MS	SAS - Q 04 - BL "N" - salas 1.015 e 1.017 CEP 70.070-040 - BRASÍLIA - DF	jose.ladislau@funasa.gov.br	Telefone: (61) 314-6481; Cel: (62) 8111-8870; Telefax (61) 321-1410
GT Malária Enfermeira Lubélia		SAS - Q 04 - BL "N" - salas 1.015 e 1.017 CEP 70.070-040 - BRASÍLIA - DF	lubelia.silva@funasa.gov.br	Telefone: (61) 321-2702; 314-6481; 314-6355
Jamacy	Engenheiro de Saneamento do Densp/Funasa	Densp/Funasa		314-6614/6475 314-6453/6586/6393
José Luiz	Coordenador da ação Drenagem e Manejo Ambiental	Densp/Funasa		314-6244
Miguel Crisóstomo Brito Leite	Programa Saneamento Básico/Funasa	Densp/Funasa		314--6380