



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

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

RELATÓRIO DO SEGUNDO MONITORAMENTO

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA MALÁRIA – PNCM

Maria Antonia Ferraz Zelenovsky
Renato Kanemoto

Brasília – abril – 2005



RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DE AUDITORIA
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA MALÁRIA

TC n.º 003.805/2005-5

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 SVS, 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 Secex

Designação: Portaria de Fiscalização Adfis n.º 162, de 11 de março de 2005

Registro Fiscalis: 164/2005

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

Período abrangido pelo monitoramento: janeiro de 2004 a março de 2005

Equipe de monitoramento:

Analista	Matrícula n.º	Lotação
Renato Kanemoto	4591-8	Seprog
Maria Antonia Ferraz Zelenovsky	4582-9	4ª Secex

Cronograma do monitoramento:

Etapas do Trabalho	Períodos	Duração
Planejamento	07 a 09/03/2005	3 dias úteis
Execução	10 a 18/03/2005	7 dias úteis
Elaboração do Relatório	21 a 23/03/2005	3 dias úteis



Índice de tabelas

Tabela 1 - Série histórica do nº de casos de malária na Amazônia Legal – 1996 a 2004	6
Tabela 2 - Incidência proporcional de malária por P. falciparum na Região Amazônica.....	8
Tabela 3 - Internações por malária causada por P.falciparum. Período: 2003 a 2005.....	9
Tabela 4 - Participação dos ACS na realização de exames diagnósticos da malária	14
Tabela 5 - LVC realizadas nas UF da Amazônia Legal. Período 2003 / 2004.	16
Tabela 6 - Distribuição de lâminas por casos exportados.	17
Tabela 7 - Casos novos de malária em Araguacema/TO em 2004.	19
Figura 8 - Área de trabalho do Sivep-Vetor	20
Tabela 9 - Localidades com transmissão de malária no município de Vera/MT (parcial) em 2005	22
Tabela 10 - Número de alunos que concluíram o curso	26
Tabela 11 - Resumo (I) epidemiológico de Tocantins (malária). Período: Julho a dezembro de 2004..	27
Tabela 12 - Resumo (II) epidemiológico de Tocantins (malária). Período: Julho a dezembro de 2004.	27
Tabela 13 - Execução orçamentária e financeira das ações do PNCM.....	34
Tabela 14 - Execução orçamentária e financeira das ações do PNCM de janeiro a 2 /06/2005	35
Tabela 15 - Situação de implementação das recomendações/determinações	36
Tabela 16 - Situação percentual de implementação das recomendações/determinações.....	37

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Registro mensal de casos de malária - Amazônia Legal, 1999, 2003 e 2004.....	7
Gráfico 2 - Evolução do número de casos de malária e do percentual de instituição do tratamento	11
Gráfico 3 - Capacitações em ações de educação em saúde.....	12
Gráfico 4 - Participação dos ACS na realização de exames diagnósticos e.....	14
Gráfico 5 - Variação percentual do nº de casos de malária.....	16



Sumário

1. INTRODUÇÃO	4
ANTECEDENTES	4
CARACTERÍSTICAS DA AUDITORIA	4
OPERAÇÃO DO PNCM	5
ALTERAÇÕES RECENTES NO PNCM E NA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	6
2. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES	9
RECOMENDAÇÕES À SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	9
DETERMINAÇÕES À SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	28
RECOMENDAÇÃO À FUNASA	30
RECOMENDAÇÕES AO INCRA	30
RECOMENDAÇÃO AO IBAMA E À SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	32
RECOMENDAÇÃO AO IBAMA.....	33
3. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS.....	33
4. COMENTÁRIOS DOS GESTORES.....	35
5. CONCLUSÃO.....	36



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 (TC n.º 012.271/2003-0; fls. 266 a 310, vol. 1).

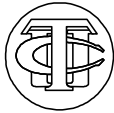
1.3 A implementação das recomendações deve passar por acompanhamento periódico, em cumprimento à sistemática de monitoramento normatizada pela Portaria Segecex n.º 12/2002. O primeiro monitoramento foi realizado no período de 27/09 a 15/10/2004 nos mesmos autos que tratam da auditoria operacional originária (TC 012.271/2003-0, fls. 445/471) e apreciado mediante Relação 277/2004-P, Acórdão 1.895/2004-P. O presente relatório trata do segundo monitoramento. O trabalho foi realizado tendo por base o acompanhamento da 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 – SVS, do Ministério da Saúde – MS, de 8 de julho de 2004 (TC n.º 012.271/2003-0; fls. 364 a 372, vol. 2).

1.4 Foram realizadas reuniões com a gerência técnica da SVS, a coordenação geral do Programa - CGPNCM, a coordenação da ação de Drenagem e Manejo Ambiental, os engenheiros do Departamento de Engenharia de Saúde Pública – Densp, da Fundação Nacional de Saúde – Funasa, e a coordenadoria de assentamentos do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA, do Ministério do Desenvolvimento Agrário – MDA.

1.5 Com o apoio do corpo técnico responsável pela extração de dados do Sivep – Malária, principal sistema de informações utilizado pelos coordenadores nacional, estaduais e municipais do Programa, obtiveram-se planilhas que subsidiaram as conclusões apresentadas no capítulo seguinte (Análise da Implementação das Recomendações).

Características da auditoria

1.6 A auditoria realizada em 2003 procurou conhecer como o Programa vinha buscando alcançar seus objetivos e de que forma o desempenho das suas ações poderia 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 atendia equitativamente a todos os grupos populacionais, principalmente aos mais suscetíveis à malária.



1.7 Dirigiu-se o estudo para a Amazônia Legal (Região Norte e parte do Maranhão e do Mato Grosso), que apresentava alta incidência e distribuição concentrada da malária, em torno de 99,5% dos casos no Brasil.

1.8 As principais conclusões da auditoria foram:

- a) o PNCM adotava nova estratégia de atuação, representada pelo “diagnóstico precoce e o tratamento imediato”, seguindo orientação da Organização Mundial de Saúde – OMS, em vez da ênfase no combate ao vetor;
- b) eram realizadas 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) o sistema on-line de informações Sivep-Malária estava implantado em 60% do municípios da Amazônia Legal;
- d) havia regular distribuição de medicamentos, inseticidas, larvicidas e lâminas de diagnóstico para quase todos os municípios da Amazônia Legal;
- e) era baixa a integração entre o INCRA/SVS e IBAMA/SVS no controle da malária em assentamentos e projetos desenvolvimentistas;
- f) havia, em alguns casos, sucateamento e desvio de finalidade no uso de bens móveis cedidos pela Funasa;
- g) havia 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 apontavam para uma melhor evolução da série histórica da Incidência Parasitária Anual - IPA (1999 a 2002) dos municípios não certificados, em relação aos certificados da Amazônia Legal;
- i) havia dificuldade de acompanhamento dos doentes após a indicação do tratamento;
- j) o acompanhamento dos recursos transferidos pela União para controle de endemias era deficiente;
- k) as ações de educação em saúde eram desarticuladas, em razão da falta de coordenação entre União, estados e municípios;
- l) havia risco de perda do conhecimento acumulado pelos agentes da Funasa, em razão da aposentaria de muitos servidores, falta de reposição de quadros e de estratégia de capacitação;
- m) havia desmobilização política municipal em decorrência da redução no número de casos de malária na Amazônia, após a implementação do PIACM em 2002.

Operação do PNCM

1.9 A Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, criada 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.



1.10 No plano orçamentário, o controle da malária era efetuado por intermédio de ações inseridas no antigo Programa Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores (11 doenças, na sua maioria endêmicas), que se apresentavam de duas formas, ou como ações específicas para a malária ou como ações criadas para atender ao conjunto de endemias. Mudanças recentes, a partir do PPA 2004/2007, transferiram as principais ações para o Programa Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (1203), conforme será melhor detalhado no capítulo que trata da execução financeira e orçamentária.

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 do Programa 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 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 todos os estados estão certificados, parte dos municípios ainda não o foi, como é o caso de Manaus, foco de recente epidemia de grandes proporções.

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 PNCM e na situação epidemiológica

1.15 O Comitê de Acompanhamento do PNCM, em 30 de junho de 2004, emitiu parecer divulgando que a malária 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.

1.16 No Brasil, conforme tabela 1 abaixo, a incidência da doença tornou a apresentar números expressivos em 2003 e 2004, após declínio observado no período 2000-2002. Dois motivos podem explicar o aumento do registro de casos nos dois últimos anos: um aumento real da incidência e a melhoria da notificação e do sistema de controle (Sivep-Malária), segundo a CGPNCM.

Tabela 1 - Série histórica do n° 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	407.995	461.717

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



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

Gráfico 1 - Registro mensal de casos de malária - Amazônia Legal, 1999, 2003 e 2004



Fonte: Coordenação Geral do PNCM / SVS/ MS

1.18 Em relação ao Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica/Módulo de Malária - Sivep-Malária, principal sistema de acompanhamento do Programa, deu-se a expansão da cobertura de forma concreta nos últimos 12 meses. Até o ano de 2003, cerca de 60% dos municípios certificados 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 sendo convencidos de sua utilidade para fins de gerenciamento das ações e de divulgação de informes periódicos, garante a CGPNCM.

1.19 O MS está contratando quatro assessores por meio de organismos internacionais para ficarem lotados nos estados de RO, RR, AP e AC. Esses consultores prestarão reforço técnico à secretaria de saúde do respectivo estado, mas permanecerão vinculados à CGPNCM, de forma a subsidiar a tomada de decisões.

1.20 Os objetivos principais dessas contratações são: racionalizar recursos, mediante diminuição do número de viagens dos técnicos lotados em Brasília; criar nos estados uma referência ligada à coordenação federal do Programa; priorizar atividades finalísticas junto aos municípios; além de melhorar o diagnóstico dos problemas existentes através de cruzamento de dados e sua comparação.

1.21 Com relação à extra-amazônia, a CGPNCM vem promovendo reuniões anuais para avaliar a situação dos estados, principalmente os que apresentaram surtos da doença. A Coordenação



demonstra apreensão com o risco de reintrodução da doença em outras regiões do Brasil, uma vez que em cerca de 80% do território brasileiro subsistem condições de transmissão.

1.22 A equipe de monitoramento 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 (fora da Amazônia); bem como inconsistências na alimentação dos sistemas de informação.

1.23 Em 2005, Minas Gerais e Espírito Santo vêm apresentando surtos da doença: o primeiro contabilizava 11 casos diagnosticados até abril de 2005, nos municípios de Prata e Monte Alegre de Minas Gerais, enquanto o segundo conta com mais de 30 casos registrados, desde meados de 2004, na zona rural do norte do Estado. Nesses surtos mais recentes têm havido a predominância acentuada da forma mais branda da doença, causada pelo *P. vivax*.

1.24 A segunda espécie mais freqüente, o *Plasmodium falciparum*, que é o mais agressivo dos parasitas da malária, está para tornar-se resistente aos esquemas de tratamento atualmente disponíveis (apontam pesquisadores, epidemiologistas e a CGPNCM), tendo em vista que o aumento da proporção de infecções causadas por este agente pode constituir um indício dessa ocorrência.

1.25 A tabela 2 permite observar a evolução da incidência proporcional de malária por *P. falciparum* em relação ao total de casos da doença. Todas as UF estão com índices superiores a 20%, contrariando o preconizado pela OMS e pela literatura internacional, conforme a CGPNCM, ou seja, a manutenção de níveis inferiores a 20.

Tabela 2 - Incidência proporcional de malária por *P. falciparum* na Região Amazônica.

Período: janeiro a março de 2003 a 2005

	2003	2004	2005
AC	27,7	25,5	21,5
AM	8,8	17,2	22,7
AP	42,3	49,5	36,6
MA	18,1	19,2	23
MT	14	14,6	28,4
PA	25,7	25,9	24,9
RO	32,5	32,1	24,5
RR	20,1	12,1	20,2
TO	17,6	24,9	26
Total	21	24,5	23,7

Fonte: Sivep – Malária. Atualizado até 29/03/2005.

1.26 Observa-se tendência ao crescimento em 4 UF (AM, MA, MT e TO) e a manutenção de índices muito elevados no Amapá, em torno de 40%. A CGPNCM acredita que a falta de adesão ao tratamento e as deficiências na execução das atividades de campo devem ser as principais causas envolvidas, embora não descarte a possibilidade de a resistência às drogas já estar contribuindo, fato



que preocupa e indica a necessidade, não só no Brasil, de maior priorização das pesquisas que buscam desenvolver novas drogas antimaláricas.

1.27 Os percentuais referidos sugerem uma mudança da fórmula parasitária, cuja permanência seria temerária, não só pelas proporções que um surto ou uma epidemia poderiam assumir, mas também pelo fato de que a agressividade do agente infeccioso e a possibilidade de resistência à drogas são fatores potencializadores.

1.28 Considerando-se a possibilidade do desenvolvimento de resistência, optou-se por verificar a evolução do número de internações dentro do universo de casos notificados de malária causada por *P. falciparum*, de acordo com a tabela 3. Note-se que o percentual de internação não vem aumentando, ao contrário do que se esperaria nas situações de intensa resistência.

Tabela 3 - Internações por malária causada por *P.falciparum*. Período: 2003 a 2005.

ANO	2003	2004	2005*
TOTAL DE INTERNAÇÕES (A)	3.063	3.741	357
TOTAL CASOS DE MALÁRIA POR <i>P. FALCIPARUM</i> (B)	83.724	103.905	21.119
PERCENTUAL DE INTERNAÇÃO (A/B)(100)	3,62%	3,6%	1,69%

Fonte: Sivep – Malária. Atualizado até 29/03/2005.

* dados atualizados até janeiro de 2005.

1.29 Assim, embora seja prematuro assumir qualquer conclusão, é inegável que a malária constitui um sério problema de saúde pública e que os indícios mostram a necessidade de uma política de controle permanente e de medidas sustentadas ao longo do tempo.

2. Análise da implementação das recomendações

2.1. Neste capítulo serão 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, assim como o curso das atividades que vêm sendo executadas desde o monitoramento anterior e seus possíveis efeitos.

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”.*

2.3. A CGPNCM e o Comitê de Acompanhamento inicialmente demonstraram dúvidas quanto quais seriam as medidas necessárias à implementação da recomendação: ampliar a cobertura e dar agilidade ao processo de diagnóstico ou incrementar a utilização do teste rápido. Foi, então, esclarecido que se pensou na disseminação do teste rápido como alternativa para dar agilidade ao diagnóstico da doença nos locais de maior suscetibilidade e de difícil acesso, ou seja, buscou-se abraçar as duas possibilidades.



2.4. No primeiro monitoramento, foi esclarecido que a utilização rotineira dos testes rápidos é considerada uma estratégia equivocada para o fortalecimento dos serviços locais de saúde nas áreas de grande ocorrência da doença, por apresentar custo elevado e instabilidade em temperaturas acima de 25°, o que impede o seu uso rotineiro. Além disso, o seu uso generalizado poderia comprometer a memória dos microscopistas com relação ao reconhecimento das diferentes espécies do parasita. Reserva-se o seu uso às localidades de menor incidência da Amazônia Legal e à extra-amazônia.

2.5. A SVS optou por investir recursos financeiros na capacitação de pessoal dos municípios para atuar na área de diagnóstico pelo método da gota espessa (por microscopia) 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 áreas de maior incidência.

2.6. No primeiro monitoramento, a SVS informou ter iniciado processo de aquisição de 382 microscópios e de 50.000 imunotestes (testes rápidos) para expandir as unidades de diagnóstico e tratamento.

2.7. No presente trabalho, observou-se que o processo de aquisição dos microscópios não avançou devido a entraves ocorridos na fase de licitação, em razão de dificuldades na especificação do produto, de tal forma que pudesse ser adquirido com a qualidade necessária. O problema vem sendo contornado por meio da transferência ou de empréstimos de microscópios destinados inicialmente a outros programas (dengue, tuberculose, outros) em caráter emergencial autorizado pelo MS.

2.8. A capacitação de pessoal para o correto manuseio e a precisão diagnóstica vem sendo executada. O consolidado final das capacitações realizadas em 2004 (fls. 7) em ações de vigilância e controle da malária e diagnóstico laboratorial, foram contabilizadas 1.144 pessoas capacitadas nos nove estados da Amazônia Legal, perfazendo uma média de 127 treinandos por UF.

2.9. Quanto aos imunotestes, a SVS viabilizará uma pesquisa operacional, em condições de campo, utilizando 5.000 testes para avaliar a sua estabilidade nas condições climáticas da Região Amazônica. A pesquisa foi iniciada em abril de 2005 e duração prevista de 10 meses, sendo coordenada por técnicos da SVS e da OPAS – Organização Panamericana de Saúde. Conforme o protocolo da pesquisa (fls. 2 a 5), serão abrangidas cinco localidades endêmicas nos Estados de Rondônia, Mato Grosso, Amapá, Pará e Amazonas, situadas em áreas remotas da Amazônia Legal.

2.10. Os demais imunotestes (45.000) serão utilizados em municípios da extra-amazônia mais receptivos à malária, por apresentarem casos esporádicos e condições climáticas mais adequadas à estabilidade do referido teste.

2.11. A CGPNM alega ser impraticável o trabalho voluntário de membros de comunidades suscetíveis e de difícil acesso, como a dos assentamentos, nas atividades destinadas ao diagnóstico da malária, vez que se trata de populações flutuantes (raramente se fixam à terra) e que somente se interessam caso haja remuneração pelo trabalho. No caso dos antigos quilombos, que contam com uma população mais fixa, existem dois entraves: a) elevado custo e demora da capacitação (60 dias); b) cobrança de honorários pelos “voluntários”, assim que percebem sua importância dentro do grupo.

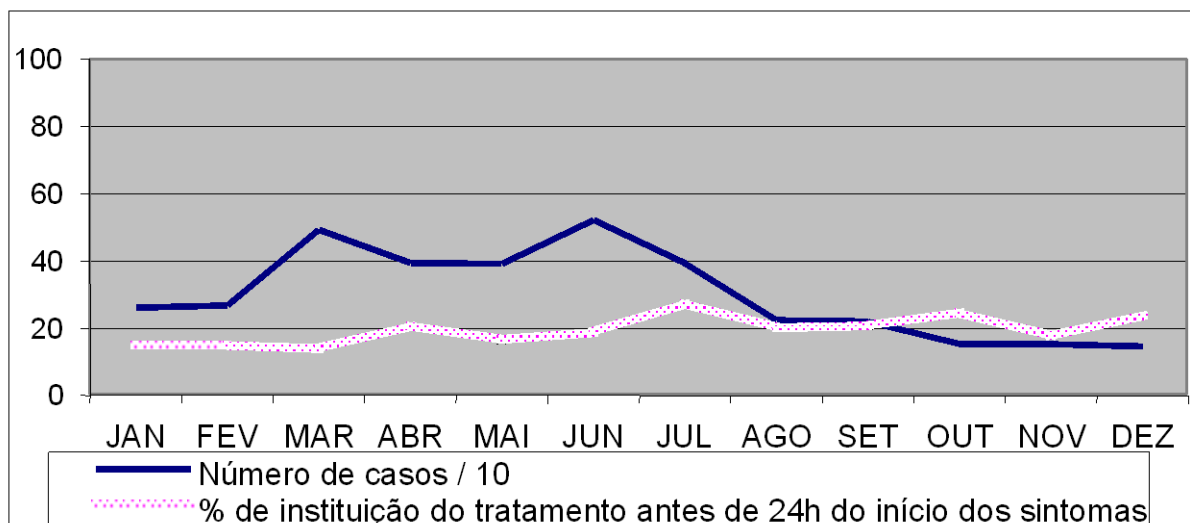
2.12. Na reunião de avaliação do Amazonas (junho de 2004), o município de Lábrea/AM declarou que vem acumulando queda de 20% no número de casos de malária, mês a mês. O resultado



foi atribuído à descentralização do atendimento e da rede de diagnóstico do município, com a criação de nove pólos urbanos e rurais, permitindo que o início do tratamento fosse mais antecipado.

2.13. Utilizando-se dados obtidos a partir do SIVEP-MALÁRIA, construiu-se o gráfico 2, que demonstra a redução do número de casos de malária ao mesmo tempo que aumenta o percentual de tratamento precoce no município(até 24 horas a partir do início dos sintomas) (correlação de -26%).

Gráfico 2 - Evolução do número de casos de malária e do percentual de instituição do tratamento precoce no município de Lábrea/AM. Período: janeiro a dezembro de 2004



Fonte: SIVEP-MALÁRIA

2.14. A boa prática ilustrada convalida a recomendação em tela, denota conscientização de gestores locais e, fundamentalmente, mostra uma provável correlação entre agilidade diagnóstica/tratamento e melhoria de indicadores da malária.

2.15. Assim sendo, na realização do impacto restará atentar para: a) os resultados da pesquisa em andamento e as conclusões sobre a sua aplicabilidade na Amazônia; b) a retomada do processo de aquisição e distribuição de microscópios; c) a possibilidade de estudos mais amplos que evidenciem os efeitos da atuação diagnóstica dos municípios nos indicadores da doença.

2.16. Do exposto, levando em conta a expansão da rede de serviços de diagnóstico; as capacitações que vêm sendo realizadas e o interesse em implantar o teste rápido nas localidades mais remotas da Amazônia Legal, considera-se **EM IMPLEMENTAÇÃO** a presente recomendação.

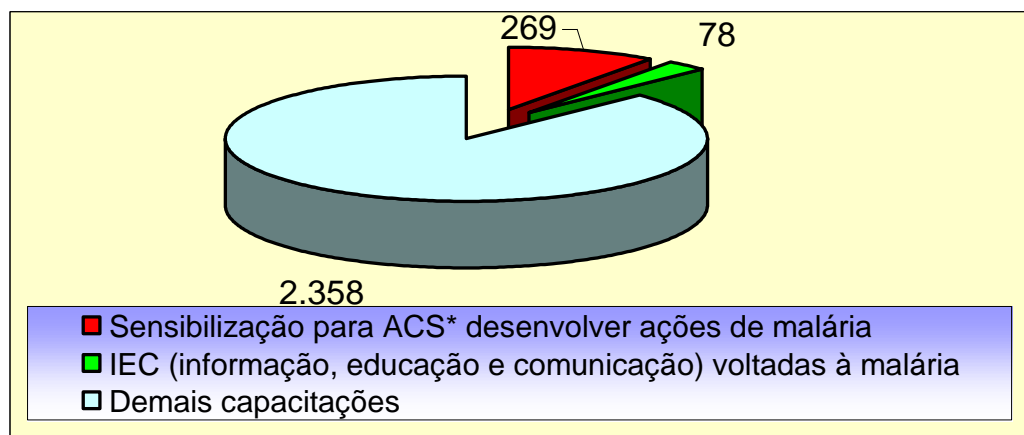
2.17. **Recomendação 9.1.2.** “crie estratégias de articulação das ações de educação em saúde, das três esferas de governo, pactuando com os demais gestores o compromisso de desenvolver ações de educação e mobilização social”.



2.18. A SVS informou anteriormente 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.

2.19. A análise do consolidado das capacitações de recursos humanos (fls. 7) financiadas com recursos da SVS/MS mostra que foram capacitados 347 profissionais com foco predominante nessas atividades, de um total de 2.705, correspondendo, portanto, a 12,8%, conforme gráfico 3.

Gráfico 3 - Capacitações em ações de educação em saúde.
Período: janeiro a dezembro de 2004



Fonte: Planilha de consolidação das capacitações em 2004 (SVS/MS)

* Agente Comunitário de Saúde

2.20. Além da estratégia descrita, foi apresentado protótipo do álbum seriado a ser distribuído aos agentes e profissionais de saúde envolvidos, instrumento que visa fortalecer as ações de educação no controle da malária junto à população exposta ao vetor da doença. Idealizado pela CGPNM, deveria ser disponibilizado ao público-alvo até novembro de 2004, após os ajustes necessários, conforme se apurou no primeiro monitoramento.

2.21. Um grupo de trabalho composto por educadoras da Secretaria de Saúde do Amazonas e do Pará, bem como da CGPNM finalizou o protótipo em fevereiro de 2005, tendo corrigido inadequações, como a sobrecarga de informações a respeito de alguns temas, em contraposição à carência com relação a outros (ex: adesão ao tratamento). A distribuição dos 100 primeiros exemplares está prevista para o primeiro semestre de 2005 e deverá atingir algumas comunidades vulneráveis do AM e do AP (assentamentos; povoados ribeirinhos). A CGPNM pretende que se faça a distribuição concomitante de mosquiteiros impregnados com inseticida, com intuito educativo, uma vez que as populações atingidas, em geral, não cultivam esta medida preventiva.

2.22. Com relação às atividades empreendidas pelos estados, algumas proposições foram apresentadas na 5ª Reunião de Avaliação do PNCM¹, com o objetivo implementar as ações de educação em saúde e mobilização social, e deverão ser monitoradas no próximo trabalho:

a) proceder à mobilização de associações comunitárias e sindicatos e trabalhar a inserção na rede básica de ensino (MA e MT);

¹ Realizada em Brasília/DF, no período de 29.06 a 01.07.2004.



b) promover oficinas para multiplicadores municipais nas escolas e representações (RO);

c) elaborar folders, cartazes e álbuns seriados; ampliar a articulação intersetorial envolvendo escolas, creches e universidades (TO).

2.23. A despeito da concretização satisfatória das medidas previstas, é conveniente realizar verificações complementares, quando se realizar o próximo monitoramento, sobre as seguintes medidas: a) distribuição do álbum seriado aos agentes e profissionais de saúde; b) cumprimento das propostas lançadas pelos estados (MA, MT, RO, TO); c) continuidade dos processos de capacitação e qualificação de recursos humanos direcionados às ações de educação e mobilização social.

2.24. Conquanto o número de profissionais capacitados em 2004 pareça modesto, não chegando à média de 40 por UF da Amazônia Legal, se considerada em conjunto com os cursos de qualificação profissional do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar (vide análise da recomendação 9.1.11), desde que ambos constituam práticas continuadas, certamente serão responsáveis por efeito multiplicador das ações de educação e mobilização comunitária, principalmente, se houver bom uso do álbum seriado, que se encontra em vias de distribuição.

2.25. Diante dessas medidas concretas, deve-se ter a presente recomendação por **IMPLEMENTADA**, valorizando o esforço da SVS para auferir ganhos na promoção da educação em saúde.

2.26. **Recomendação 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”.*

2.27. A SVS relatou no monitoramento anterior que, no âmbito do gerenciamento central, foi incluída uma representante do DAB/SAS no Comitê Técnico de Acompanhamento do PNCM e que vem contando com a participação de representantes da atenção básica dos estados em todas as reuniões nacionais de acompanhamento do PNCM.

2.28. Contudo, obteve-se recentemente a informação, junto ao Comitê, de que não houve representante(s) do DAB nas duas últimas reuniões do Comitê, fato que indica dificuldades na articulação interinstitucional. No que se refere à situação nos estados, a equipe de monitoramento pôde colher subsídios na reunião nacional de Manaus (5 a 7 de abril de 2005). Os estados do Maranhão e de Tocantins relataram progressos significativos na parceria com o PACS: o primeiro referiu aumento da participação dos ACS na coleta de exames, embora a inserção das ações de controle da malária na atenção básica ainda seja incipiente, enquanto o segundo destacou aumento de 125% no número de exames coletados no último biênio. Três estados (AM, RR e AC) não se manifestaram, enquanto Amapá e Mato Grosso mencionaram a reduzida integração com o PSF/PACS. Por último, os estados do Pará e de Rondônia teceram críticas à atuação dos profissionais das equipes do PSF, citando as dificuldades para diagnosticar e tratar, os encaminhamentos desnecessários para internação de casos de malária por *P. vivax* (forma menos grave da doença) e, no caso de Rondônia, a falta de envolvimento da coordenação do PSF na Secretaria de Estado de Saúde.



2.29. Em 2004, a SVS capacitou 269 ACS nos estados da Amazônia Legal para ações de controle da malária (fls. 7).

2.30. Já o DAB/MS, após ampla discussão e aprovação na Comissão Intergestora Tripartite – CIT, conseguiu avançar na busca de soluções que superem problemas gerados pelas características específicas da Região Amazônica, particularmente a baixa densidade populacional e a dificuldade de acesso. Promoveu-se a revisão dos parâmetros de cobertura dos ACS 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.

2.31. Pela proposta, serão beneficiados cerca de 540 municípios, porém, segundo informações da gerência do DAB, os novos parâmetros estão sendo adotados nas localidades de forma incipiente desde o segundo semestre de 2004.

2.32. A atuação dos ACS nas áreas endêmicas tem grande importância tanto nas ações educativas quanto nas vinculadas ao diagnóstico e tratamento da malária. Sabendo-se que a coleta dos exames (gota espessa) na Amazônia Legal é uma das tarefas delegadas a eles (idem aos agentes de endemias e outros), buscou-se aferir a evolução da produtividade dos ACS a partir de 2003, em confronto com a cobertura populacional histórica da Região Norte, pelo PSF/PACS, no mesmo período.

2.33. Note-se que, na construção da tabela 4 e do gráfico 4, foi desconsiderada a cobertura populacional de dois estados (MT e MA), a fim de evitar distorções na análise, tendo em vista que eles apresentam poucos municípios com transmissão da doença e o PACS/PSF tem abrangência difusa.

Tabela 4 - Participação dos ACS na realização de exames diagnósticos da malária

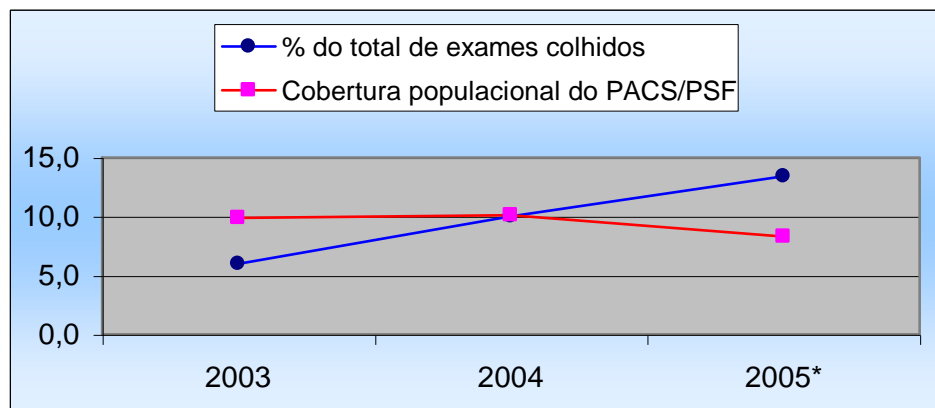
	Exames coletados por ACS	% do total de exames coletados	Cobertura populacional do PACS/PSF*
2003	134.999	6,0%	9.929.356
2004	256.248	10,0%	10.114.401
2005**	60.510	13,4%	8.347.568

Fontes: Sivep – Malária / MS e Siab / MS.

* Região Norte do Brasil.

** Dados atualizados até março de 2005.

Gráfico 4 - Participação dos ACS na realização de exames diagnósticos e cobertura populacional do PACS/PSF da região Norte x 10⁶. Período(*): 2003 a março de 2005.



Fontes: Sivep – Malária / MS e Siab / MS.



2.34. Nos últimos dois anos a produtividade do conjunto dos ACS praticamente duplicou, ao passo que a cobertura teve variação quase imperceptível. O bom desempenho desses profissionais fornece indicativos da efetiva inserção das ações de controle na atenção básica e de saúde (PSF/PACS), conquanto seja prematura qualquer conclusão definitiva.

2.35. Cabe aqui, registrar as proposições apresentadas por duas UF na 5ª Reunião de Avaliação do PNCM, em 2004:

a) oficinas com treinamentos introdutórios para multiplicadores municipais das áreas prioritárias em malária (RO);

b) ficha de acompanhamento local para as equipes do PSF para estimular a prática das ações de controle da malária (RR).

2.36. Quando da última etapa de monitoramento, as seguintes possibilidades deverão ser discutidas: a) avaliar a evolução produtividade dos ACS; b) verificar o nível de articulação entre DAB e SVS; entre representante do DAB e o Comitê de acompanhamento; c) verificar o cumprimento das propostas dos estados; d) identificar os efeitos da redução dos parâmetros de cobertura dos ACS.

2.37. Portanto, considera-se a recomendação **EM IMPLEMENTAÇÃO**, tendo em vista o desempenho marcante dos ACS na etapa de diagnóstico da doença, as medidas adotadas pela SVS e pelo DAB, embora haja grandes oportunidades de aperfeiçoar a articulação interinstitucional.

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

2.39. Até a época da auditoria no PNCM, os prazos e critérios para realização das LVC não estavam bem definidos, acarretando deficiências no acompanhamento dos doentes após a instituição do tratamento.

2.40. Ciente da recomendação instituída pelo Tribunal, a SVS elaborou Nota Técnica n.º 77/2004/DIGES/SVS/MS, definindo todos os critérios e prazos para a realização das LVC.

2.41. A Nota foi discutida e aprovada pelo Comitê Técnico de Acompanhamento (junho de 2004) e na Reunião Anual de Avaliação do PNCM na região extra-amazônica (setembro de 2004), sendo que nesta última também estavam presentes os coordenadores de endemias da maioria dos estados da Amazônia Legal, além da equipe do primeiro monitoramento.

2.42. Os critérios e prazos de realização das LVC foram aceitos pelos coordenadores estaduais presentes à Reunião, já que nenhum deles apresentou objeções. A aplicação 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 transmissão acarretaria dificuldades com relação aos custos e à operacionalização. De acordo com a Nota Técnica, a cada paciente tratado nessas localidades devem corresponder de quatro a seis LVC.

2.43. Nesta segunda etapa de monitoramento, foi informado pela CGPNCM que ainda não foram realizadas reuniões de avaliação da receptividade e da aplicabilidade das novas orientações.



2.44. Embora a Coordenação do Programa acredite que os estados, em geral, devem encontrar dificuldades para fazer cumprir os novos critérios, dadas as condições operacionais da Amazônia, a análise do gráfico 5 e da tabela 5 admite outro raciocínio.

2.45. Duas UF chamam a atenção, MT e TO, o primeiro por apresentar o maior aumento percentual de LVC realizadas de 2003 para 2004 (625,0%) e o segundo, pelos 50% de aumento, apesar da redução no número de casos da doença.

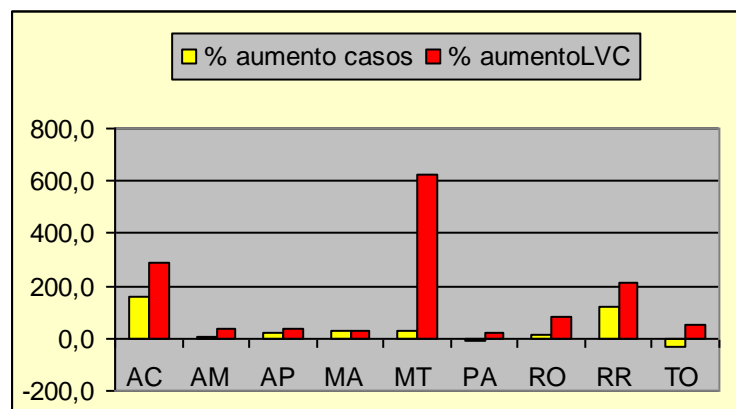
2.46. Lembrando que ambos são os estados da Amazônia Legal que apresentam menor transmissão da doença, de maneira que a maioria dos seus municípios deveria proceder à LVC. Assim, os percentuais apresentados constituem indicativos do possível cumprimento das orientações da referida nota técnica nas duas UF, embora reste saber se o fazem seguindo corretamente os critérios e de forma tempestiva.

Tabela 5 - LVC realizadas nas UF da Amazônia Legal. Período 2003 / 2004.

	AC	AM	AP	MA	MT	PA	RO	RR	TO
2003	7824	109597	5503	22592	222	70.277	41.403	3343	990
2004	30651	150786	7451	29058	1610	84228	75579	10468	1.487
% de aumento	292,0	37,6	35,4	28,6	625,0	19,8	82,5	213,0	50,0

Fonte: Sivep-Malária/MS

Gráfico 5 - Variação percentual do nº de casos de malária e do nº de LVC realizadas entre 2003 e 2004.



Fonte: Sivep-Malária/MS

2.47. A análise fica prejudicada no caso dos demais estados, não sendo possível estabelecer nenhuma correlação pertinente, vez que parte significativa dos municípios detém média ou elevada transmissão da malária, estando, assim, desobrigados da realização da LVC.

2.48. Historicamente, as LVC sempre foram relegadas a um segundo plano, uma vez que constituem atribuição de localidades com poucos casos da doença e, portanto, pouco habituadas ao acompanhamento laboratorial dos doentes após instituição do tratamento, a não ser que exista alguma



forma de coerção (possibilidade pouco provável) ou venha ocorrendo maior conscientização acerca da necessidade do controle da cura.

2.49. Assim sendo, em vista da edição da Nota Técnica contendo as orientações propostas, considera-se a recomendação **IMPLEMENTADA**.

2.50. **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”.

2.51. No monitoramento anterior foi informado que, para maior divulgação e esclarecimento sobre as formas de acesso aos relatórios emitidos pelo SIVEP-MALÁRIA, a CGPNCM estaria assessorando os estados e municípios por intermédio de reuniões estaduais de avaliação do PNCM, realizadas até novembro/2004, e de capacitações.

2.52. Nas reuniões, os estados têm sido orientados rotineiramente a melhor utilizar as informações disponíveis no SIVEP-MALÁRIA, sistema que permite o acesso a informações, inclusive de estados e municípios vizinhos, que são indispensáveis para a estratégia das ações de controle da malária, ressaltou a CGPNCM.

2.53. No atual monitoramento obteve-se acesso ao resumo do que foi desenvolvido numa das capacitações, a Oficina de Avaliação do Sivep-Malária, ocorrida em São Luis/MA (3 e 4 de julho de 2004). No evento os coordenadores de endemias e técnicos dos estados realizaram grupos de trabalho e receberam orientações para melhor aproveitamento do Sivep-Malária.

2.54. O coordenador responsável pelo gerenciamento das informações do sistema forneceu senha de habilitação ao uso do sistema (leitura) à equipe de monitoramento, para que esta pudesse testar as condições de acesso ao sistema, quando da simulação de situações do cotidiano dos estados.

Tabela 6 - Distribuição de lâminas por casos exportados

UF: MA. Período: 01/01/2005 a 31/03/2005

Município de Notificação	Casos Positivos
AP - MACAPA	1
PA - ANANINDEUA	2
PA - CASTANHAL	0
PA - PARAGOMINAS	8
PA - AURORA DO PARA	1
PA - BELEM	3
PA - MARITUBA	1
PA - PARAGOMINAS	12
PA - VISEU	1
RO - PORTO VELHO	0
RR - BOA VISTA	1
TO - ARAGUAINA	1
TO - PALMAS	1
Total	32

Fonte: Sivep – Malária/MS

2.55. Simulou-se a necessidade de o gerente de endemias do Maranhão conhecer o quantitativo de doentes que ali se infectaram e foram para municípios de outros estados, nos quais foi feito o diagnóstico e instituído o tratamento. Pôde-se extrair dados do Sivep-Malária, de forma a compor a tabela 6, cuja análise poderia contribuir para a proposição de estratégias de ação conjunta entre os estados, principalmente, quando se trate de municípios localizados em regiões de divisa.

2.56. Outra forma de possibilitar 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 periodicamente. Ao que consta, nem todos os estados vêm seguindo esta prática, por outro lado, alguns o fazem com eficiência, como é o caso do Pará e de Mato Grosso (fls. 20 a 49), cujos exemplares mais recentes foram cedidos à equipe.

2.57. Em vista dessas informações, a recomendação encontra-se **IMPLEMENTADA**. Necessário se faz, no entanto, permanente esforço de conscientização e capacitação dos estados para a adequada utilização do SIVEP-MALÁRIA, de forma que os dados e informações extraídos subsidiem a elaboração e a coordenação das ações de controle da doença nos municípios e de pactuação de parcerias com os municípios e estados fronteiriços.

2.58. **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”.*

2.59. A SVS informou, no primeiro monitoramento, que estava 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). Ressaltou, no entanto, que a SVS, sendo uma instância técnica e gerencial do Ministério da Saúde, não tem competência para esclarecer questionamentos legais.

2.60. A elaboração da cartilha vem ocorrendo por meio de ação conjunta entre a SVS, o Conselho Nacional de Saúde – CNS e 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 dos comandos do material não permitiram que o projeto fosse efetivado.

2.61. No presente trabalho, apurou-se que a SVS pretende ampliar a cartilha provendo-a de respostas mais amplas, inclusive, sobre as possibilidades de onde podem ser gastos os recursos da Vigilância em Saúde.

2.62. Contudo, o CONASEMS tem se mostrado discordante quanto ao estabelecimento de algumas proibições de forma taxativa no roteiro municipal (cartilha), com relação à aplicação dos recursos, tendo em conta que poderiam servir de estímulo ao incremento de questionamentos em auditorias com base nelas. Assim, o documento ainda não está pronto e tudo indica que, no curto prazo, o problema não será resolvido.

2.63. Neste contexto, o Gerente Técnico da SVS fez uma ressalva sobre a possibilidade de adoção da cartilha do Estado do Maranhão como modelo, vez que esta não supre questionamentos dos gestores, principalmente, os relacionados à possibilidade de utilização dos recursos da epidemiologia (Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS) para cobrir a folha de pagamento dos agentes e outros profissionais concursados ou para aumentar o teto da Lei de Responsabilidade Fiscal. A PORTARIA GM/MS Nº 1172, de 15 de junho de 2004, que define a sistemática de financiamento, não deixa a questão muito clara: “destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações de Vigilância em Saúde”.

2.64. A SVS aproveitou a 9ª Reunião Nacional de Avaliação do PNCM (Manaus, de 5 a 7/4/2005), que contou com representantes dos 60 municípios prioritários (aqueles que apresentam maior risco de transmissão de malária), para anunciar a decisão da SVS de realizar cursos de



epidemiologia para gestores, com vistas a aprimorar a qualidade de análise/interpretação e de tomada de decisão, o que também implica sensibilizá-los sobre a necessidade da prestação de contas dos recursos de epidemiologia.

2.65. Aguarda-se, dessa forma, a resolução do impasse envolvendo o CONASEMS e a realização dos cursos para gestores, a serem conferidos na realização do próximo monitoramento. Sendo assim, a recomendação pode ser considerada **EM IMPLEMENTAÇÃO**.

2.66. **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 IPA’s sejam altos, ou seja, superiores, a 50 por mil habitantes, conforme definição do PNCM”.*

2.67. No tocante a essa questão, a SVS mencionou que ficou decidido nas reuniões de avaliação (1º semestre de 2004) que a estratificação epidemiológica da malária seria realizada pelos municípios, sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde. Alegou, no entanto, que existe uma limitação para a estratificação por localidade pelo IPA, conforme sugere este TCU, por falta de dados populacionais atualizados a esse nível de agregação, em decorrência da dinâmica populacional da Região Amazônica, caracterizada pela predominância de populações flutuantes em diversas localidades.

2.68. Conhecendo-se de antemão essa limitação, a CGPNM levou essa metodologia de trabalho para discussão nas avaliações estaduais (2º semestre de 2004), que contaram com a participação dos municípios, acordando-se a seguinte posição: a utilização de indicador tendo no seu denominador a base populacional seria impraticável, podendo gerar distorções interpretativas.

2.69. Propôs-se trabalhar com o nº de casos positivos de malária, já que o Sivep-Malária possibilita a extração de dados atualizados por localidade intra-municipal.

2.70. Para fins de teste, construiu-se a tabela 7, tomando-se como exemplo o município de Araguacema/TO, balneário à beira do Rio Araguaia, na divisa com o Pará, que se caracteriza pela presença constante de populações flutuantes (trabalhadores de madeiras, visitantes, assentados), concluindo-se pela viabilidade da proposta.

Tabela 7 - Casos novos de malária em Araguacema/TO em 2004

Localidade	População	Exames coletados	Exames positivos
ARAGUACEMA - CIDADE	flutuante	239	61
SENHOR DO BOMFIM - POVOADO	flutuante	4	1
TARUMA - FAZENDA	flutuante	10	4
TOTAL	flutuante	253	66

Fonte: Sivep-Malária/MS

2.71. Foram agrupados dados de 2004, conquanto seja possível obter dados mais recentes (até março de 2005), o que não foi feito em razão do reduzido número de casos ocorridos neste ano. Ainda, com relação à tempestividade dos dados, a coordenação do Sivep garante que, ao final de cada mês, 80% dos casos estão registrados no sistema.



2.72. Em complemento, durante Oficina de Avaliação do Sivep, ocorrida em S. Luis/MA, em julho de 2004, a SVS promoveu o lançamento de nova ferramenta para os gestores locais, o Módulo Sivep-Vetor, cuja implantação também possibilita o planejamento das ações de controle da malária, levando em consideração especificidades epidemiológicas, como a presença de criadouros do vetor em localidades intra-municipais. A figura 8 ilustra área de trabalho do sistema disponibilizado aos gestores.

Figura 8 - Área de trabalho do Sivep-Vetor

SIVEP - MALÁRIA Notificação de Casos - Microsoft Internet Explorer

SIVEP - VETORES

Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema de Controle de Vetores - Malária

Nº da Ficha:

Boletim de Atividades Diária do Agente de Saúde - Atividades em Criadouros

Data da Atividade: UF:

Município: Código:

Localidade: Código:

Agente Notificante: Código do Agente:

Atividades

Criadouros Tratados:

Ação Aplicada

1-Limpeza 2-Drenagem 3-Aterro 4-Larvicida 5-Outros

Se utilizado Larvicida Biológico: Qtd de Larvicida:

Kg(Kilogramas) L(Litros)

OK

Iniciar E... Área de trabalho Meu computador Meus documentos 18:51

Fonte: Coordenação Técnica do Sivep-Malária. SVS/MS

2.73. Desde o evento, os gestores municipais vem sendo orientados acerca da utilidade do sistema no planejamento das ações, embora, segundo a coordenação técnica do Sivep-Vetor, ainda esteja em fase inicial de operacionalização.

2.74. 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 Incidência de *Falciparum* Ano - IFA (aumento da porcentagem de *P. falciparum*, responsável pelos casos mais graves, em relação ao *P. vivax*) a estratificação das localidades, com vistas à adoção de estratégias específicas para a reversão da tendência atual. Note-se que, para tanto, seria possível a utilização dos indicadores sugeridos pela SVS.

2.75. Assim, compreendem-se as limitações ao uso do IPA por localidade intra-municipal, sendo necessário lembrar que os assentamentos, invasões, garimpos, agrupamentos de seringueiros e outras populações congêneres são responsáveis por 60% dos casos de malária na Amazônia Legal.



2.76. Por outro lado, o objetivo da recomendação em pauta vem sendo atingido, qual seja, que os municípios sejam orientados a planejar ações de controle levando em consideração as especificidades epidemiológicas das suas localidades, o que pode ser efetivado pela substituição do IPA por indicadores mais representativos da situação real dentro de cada município como o nº de criadouros presentes do vetor e o nº de casos positivos da doença.

2.77. Portanto, entende-se **IMPLEMENTADA** a recomendação, sem prejuízo de 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 em conformidade com as peculiaridades locais.

2.78. **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”.*

2.79. No primeiro monitoramento, a SVS informou que a medida inicial adotada foi promover a participação de representantes do nível central do INCRA em todas as reuniões nacionais de avaliação do PNCM. Contudo, verificou-se que não havia representantes do INCRA nesta última Reunião Nacional de Avaliação do PNCM (5 a 7 de abril de 2005).

2.80. Inicialmente, essa recomendação foi apreciada pelo Comitê Assessor, tendo sido 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 parasita no exame de sangue, conforme argumentou a SVS.

2.81. Como o grande problema da transmissão de malária vem sendo as invasões irregulares com precárias condições sanitárias, a intervenção nas fases que antecedem os assentamentos, por meio de ações de controle, é praticamente inviável em face da não competência do INCRA para atuar nas invasões, dificultando a participação conjunta, informou a SVS.

2.82. No monitoramento atual, houve oportunidade de expor a questão à consultora do INCRA, recém-nomeada para integrar o Comitê, a qual informou que o INCRA atua em acampamentos e assentamentos, mas não nas invasões, já que existe vedação em lei.

2.83. A Lei nº 8.629/93, alterada pela Medida Provisória nº 2.183-56, de 24 de agosto de 2001, dispõe que a área invadida por motivo de conflito agrário ou fundiário de caráter coletivo não será vistoriada, avaliada ou desapropriada nos dois anos seguintes à sua desocupação, ou seja, a área invadida permanece de fora do processo de reforma agrária durante esse período.

2.84. No caso dos acampamentos (instalação à beira das áreas desapropriáveis), a atuação do INCRA ocorre, segundo a Consultora, mas tem se limitado à distribuição de cestas básicas, lonas para as barracas, medicamentos. Acrescenta que não tem sido possível a instalação das equipes nessas localidades, inclusive porque não há nenhum tipo de garantia à saúde das pessoas que ali atuam.



2.85. Assim sendo, a intervenção nas fases que antecedam os assentamentos é possível, ao contrário do que se acreditava, desde que se atenha aos acampamentos, sendo passíveis de aplicação, inclusive, as propostas abordadas na análise da recomendação 9.4.2, com relação à competência e procedimentos para emissão do atestado de aptidão sanitária – AAS.

2.86. Para facilitar a identificação de invasões, acampamentos e assentamentos, a SVS recomendou recentemente aos estados a atualização do cadastro de localidades no Sivep. De acordo com relatos dos representantes dos municípios, essas áreas vêm sendo classificadas equivocadamente como fazendas, povoados e similares.

2.87. De fato, analisando-se relatórios extraídos do Sivep, verifica-se que praticamente inexistem registros de acampamentos, invasões e assentamentos, sendo raro o ilustrado na tabela 9 em que se evidencia a existência de um acampamento.

Tabela 9 - Localidades com transmissão de malária no município de Vera/MT (parcial) em 2005

Código	Nome	Zona	Categ.	Status	Prédios	Habitantes
157	ASA BRANCA	Rural	FAZ	Ativa	7	21
217	ASSENTAMENTO CALIFORNIA	Rural	ACAM	Ativa	126	368
252	ATLANTICA	Rural	FAZ	Ativa	4	2
126	BA-BA	Rural	SIT	Ativa	8	24

Fonte: Sivep-Malária/MS

2.88. O recadastramento dos assentamentos e acampamentos permitirá aferir a situação epidemiológica dessas localidades, já que o sistema permite apurar dados intra-municipais, conforme visto na análise da recomendação 9.1.7. Esta etapa será fundamental para a definição de estratégias mais efetivas para a implementação das ações de controle, principalmente em relação aos acampamentos e assentamentos.

2.89. No monitoramento antecedente, a recomendação em questão havia sido considerada não aplicável, pois admitia-se que a intervenção nas etapas que antecedem os assentamentos seria inviável, em face da não competência do INCRA. Como tal entendimento não mais prevalece e diante das providências adotadas recentemente, a recomendação em foco encontra-se **EM IMPLEMENTAÇÃO**.

2.90. Por fim, cabe registrar que deverá ser verificado no próximo monitoramento se os municípios procederam ao recadastramento no Sivep e se houve progressos na atuação conjunta com o INCRA nos acampamentos. Entrementes, somente se poderá falar no cumprimento dessa recomendação se a próxima (9.1.9) resultar em avanços efetivos.

2.91. **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 da malária”.

2.92. A SVS esclareceu, durante o primeiro monitoramento, que pretendia incluir no novo Comitê Técnico de Acompanhamento do PNCM representantes dessas instituições no sentido de fortalecer a parceria.



2.93. De forma a fortalecer as atividades em conjunto, a SVS solicitou ao IBAMA e ao INCRA a indicação de um representante de cada órgão para integrar o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do PNCM.

2.94. Somente o INCRA encaminhou resposta, por intermédio do Ofício/INCRA/P/n.º 086, de 12.03.2004 (TC n.º 012.271/2003-0; fls. 434, vol. 2), indicando a 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 não ocorreu até o presente momento.

2.95. A representante do INCRA considera importante a articulação entre os níveis centrais (SVS e INCRA), antecedendo o incremento da parceria nos estados. Alega que existem muitas dificuldades a serem vencidas:

a) falta de pessoal nas regionais: as equipes das regionais estão reduzidas; os mais novos têm pelo menos 40 anos de idade; muitos estão em vias de se aposentar; não há concurso público há muitos anos; as metas nas regionais são muito altas, se considerarmos o pequeno contingente de pessoal;

b) processo de reformulação, em curso, nos quadros da Instituição, de acordo com o perfil de cada um, redundando em remanejamento excessivo de pessoal.

2.96. 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, continuam sendo executadas de maneira incipiente. Algumas ações vêm sendo implementadas com mais frequência em alguns estados, como Tocantins e Rondônia, de acordo com informações dos coordenadores de endemias respectivos.

2.97. Nesse sentido, vale destacar que, na recente reunião nacional de avaliação, ficou acertado com os estados a participação de representantes do INCRA e do IBAMA nas reuniões de avaliação estadual de controle da malária e a apresentação nas reuniões nacionais, por estado, dos avanços alcançados. Com relação ao IBAMA, o Secretário da SVS reconheceu as dificuldades na articulação intersetorial entre as instâncias centrais dos dois órgãos, dando a entender que promoverá esforços no sentido de minimizá-las.

2.98. Ainda durante a reunião nacional, a pedido da Secretaria de Saúde do Amazonas, houve encontro entre representantes da Secex-AM, da Seprog e da recém-criada Fundação de Vigilância em Saúde – FVS do Estado do Amazonas, onde esta propôs a participação do TCU no fortalecimento do diálogo e no acompanhamento das ações de controle da malária, principalmente as que envolvam INCRA e IBAMA.

2.99. Assim, considera-se **EM IMPLEMENTAÇÃO** esse item, propondo-se que na realização do próximo monitoramento seja dado enfoque à questão, no que se refere ao progresso da parceria SVS, INCRA e IBAMA, em especial, quanto à participação de representantes do INCRA e do IBAMA nas avaliações estadual e nacional e nas reuniões do Comitê.

2.100. **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”.

2.101. No monitoramento anterior, a CGPNCM informou que as reuniões sugeridas constituem rotina no Programa e vêm resultando na elaboração de propostas de ações a serem avaliadas quadrimestralmente em futuros encontros, conforme as atas fornecidas pela Coordenação do Programa

2.102. Assim, foi realizado Grupo de Trabalho – Malária em Áreas Limitrofes, em 01.07.2004, no Amazonas, tendo como participantes representantes da CGPNCM, do Comitê, dos estados de RO/AC/RR/MT/PA/AM e dos municípios de divisa. A proposta principal foi no sentido de que cada estado faça levantamento de problemas específicos e custos operacionais, bem como de limites geográficos e populacionais.

2.103. Também houve reunião em Porto Velho nos dias 10 e 11/08/2004, com os estados de RO/AM/AC/MT e respectivos municípios para elaborar termo de compromisso e planos de trabalho, definindo responsabilidades, competências e financiamento das ações em áreas limítrofes, segundo a CGPNCM.

2.104. 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 pelos municípios quadrimestrais pelos estados; desenvolvimento de campanhas estaduais de informação.

2.105. Em 19.08.2004, no Maranhão, construiu-se a Carta de Capanema, documento fornecido à equipe de monitoramento, 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; envolvimento do INCRA e do IBAMA nas ações de controle.

2.106. Em 01.09.2004, no Amapá, elaborou-se a Carta de Macapá, cuja ata de reunião foi encaminhada à equipe de monitoramento. Reuniram-se representantes da CGPNCM, das secretarias estaduais do Pará e do Amapá e dos municípios de divisa para propor reforços nas ações de campo e a intensificação dos processos de divulgação e de troca de informações entre os municípios de fronteira (fls. 50 e 51).

2.107. Convém mencionar que tais reuniões ainda não tiveram novas edições, conquanto espera-se que no segundo semestre de 2005 haja continuidade dos trabalhos. Desta forma, o acompanhamento das exportações vem sendo feita via sistema (SIVEP-MALÁRIA), com a divulgação dos consolidados por intermédio dos boletins epidemiológicos.

2.108. As propostas de ação conjunta visando à sustentabilidade das ações permitem considerar a recomendação **EM IMPLEMENTAÇÃO**, sendo necessário, quando da avaliação do impacto da implementação das recomendações, verificar a efetuação das ações previstas nas Cartas, assim como da continuidade das reuniões em 2005.



2.109. **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”.*

2.110. O artigo 26 da Portaria/ MS n.º 1172, de 15.06.2004 determina que as secretarias estaduais de saúde - SES e as secretarias municipais de saúde - 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.

2.111. Desde o primeiro monitoramento, a SVS vem pleiteando junto à FUNASA um levantamento da expectativa de aposentadoria dos agentes de endemias cedidos aos municípios, a fim de pactuar com os estados e municípios uma proposta de reposição.

2.112. No presente trabalho, apurou-se que a Coordenação de Recursos Humanos da Funasa está em vias de finalizar o levantamento, com previsão para maio de 2005. Tudo indica, porém, que o excesso de desvios de função nos municípios tem sido o maior empecilho ao trabalho, podendo inclusive gerar distorções na apuração final.

2.113. No que diz respeito à necessidade de capacitação e reposição de pessoal, no caso do controle da malária, a elevada rotatividade de pessoal tem prejudicado a manutenção dos ganhos obtidos na operação das atividades, além de elevar o custo do programa e comprometer a sua eficiência.

2.114. Em 2004, conforme planilha consolidada apresentada (fls. 7), a SVS promoveu a capacitação de 2.705 profissionais para atuar em ações de prevenção, diagnóstico e controle da malária, sendo 507 no primeiro semestre e 2.198 no segundo.

2.115. Segundo o Diretor Técnico de Gestão da SVS, outra providência adotada pelo Ministério da Saúde para suprir a demanda por capacitação foi a ampliação da clientela do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR 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.

2.116. O Proformar constitui outra estratégia de qualificação profissional em que se incluem também atividades voltadas para a educação em saúde, dentre outras, sendo coordenado conjuntamente pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Conselho Nacional de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).



Tabela 10 - Número de alunos que concluíram o curso de qualificação do Proformar em 2003/2004

UF	2003	2004
AC	60	120
AM	0	201
AP	0	120
MA	60	150
MT	30	250
PA	0	369
RO	48	402
RR	60	0
TO	20	25
Total	278	1.637

Fonte: Planilha consolidada de turmas concluídas nas UF da Amazônia Legal (MS).

2.117. A parte técnica-pedagógica está sob responsabilidade de profissionais com formação superior nas áreas de saúde e educação. O curso inclui simulações do trabalho de campo nas comunidades e ensinamentos sobre ações de educação em saúde.

2.118. A tabela 10, construída a partir da planilha de fls. 8 a 19, mostra que houve crescimento de 488% no número de alunos que concluíram o curso de qualificação em relação a 2003. O MS informou que no triênio 2004-2006 deve-se ministrar o curso a milhares de agentes em todo o Brasil, uma vez que não se destina exclusivamente aos que atuam em regiões de malária.

2.119. Apesar de o levantamento do número de agentes de endemias em vias de se aposentar estar previsto em Portaria, dever-se-á verificar se foi finalizado, por ocasião do próximo monitoramento, daí concluir-se que essa parte da recomendação encontra-se **EM IMPLEMENTAÇÃO**.

2.120. Em relação às 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 permite acesso, inclusive, aos profissionais do PSF/PACS, os quais geralmente são contratados pelas SMS.

2.121. Desta forma e para efeito de análise, considera-se a recomendação **EM IMPLEMENTAÇÃO**.

2.122. **Recomendação 9.1.12.** “*orientar 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*”.

2.123. No monitoramento anterior, verificou-se que a SVS, por meio de sua página na Internet têm divulgado periodicamente informações sobre malária nos estados, além de promover o envio de resumos epidemiológicos consolidados aos coordenadores de endemias.



2.124. Por iniciativa própria, as coordenações estaduais e municipais de endemias podem se utilizar do Sivep-Malária para a extração de resumos epidemiológicos dos municípios e localidades, possibilitando-lhes monitorar a evolução dos indicadores da doença. O acesso ao sistema possibilita obter planilhas como a ilustrada nas tabelas 11 e 12.

Tabela 11 - Resumo (I) epidemiológico de Tocantins (malária), julho a dezembro de 2004.

UF: TO Período: 01/07/2004 a 31/12/2004							
Municípios	Pop.	Exame		Positivo		Total	
		Busca passiva	Busca ativa	BP	BA	Exame	Positivo
ABREULANDIA	2300	3	0	0	0	3	0
ANANAS	11415	20	1	7	0	21	7
APARECIDA	3620	1	1	1	1	2	2
ARAGOMINAS	7515	1	0	0	0	1	0
ARAGUACEMA	5794	92	27	14	8	119	22

Fonte: Sivep-Malária/MS

Tabela 12 - Resumo (II) epidemiológico de Tocantins (malária), julho a dezembro de 2004.

Municípios	Autócto- ne	Importado outro Município	LVC	Exame Positivo		Índice de lâminas positivas	IFA	Falci- parum Vivax	
				IPA					
ABREULANDIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANANAS	0	0	1	1	0,6	33,3	28,6	2	5
APARECIDA	0	0	0	0	0,6	100	0	0	2
ARAGOMINAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARAGUACEMA	20	0	163	11	3,8	18,5	0	0	22

Fonte: Sivep-Malária/MS

2.125. Em relação ao envio de informações aos gestores municipais, a CGPNM, em março/2004, orientou as coordenações estaduais a providenciar um informativo periódico sobre malária dentro do estado respectivo para ser divulgado junto aos municípios.

2.126. No primeiro monitoramento verificou-se que alguns estados passaram a emitir boletins semestrais (RO), enquanto outros, trimestralmente (TO) ou até mesmo mensalmente (AP). Já no presente monitoramento, soube-se que quase todas as UF da Amazônia Legal vêm elaborando os boletins regularmente com dados e informações municipais, de forma a permitir comparações e promover maior envolvimento das secretarias de saúde nas ações de controle da malária (Rondônia é uma das exceções). Foram cedidos à equipe de monitoramento exemplares recentes de publicações do Pará e de Mato Grosso, este último com tiragem de 4.000 exemplares.

2.127. Cabe ainda destacar que na Reunião de Avaliação Nacional (5 a 7/4/2005) houve a apresentação dos informativos epidemiológicos sobre a malária em cada estado da Amazônia Legal.



Como estiveram presentes cerca de 60 municípios responsáveis por 85% da malária no Brasil, houve intenso debate. Em complemento, foram realizadas mesas de discussão entre cada estado e seus municípios presentes ao evento.

2.128. 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.

Determinações à Secretaria de Vigilância em Saúde

2.129. **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”.*

2.130. No que se refere à cessão de bens móveis e imóveis, a situação permanece inalterada desde o 1º monitoramento, ou seja, o acompanhamento do uso dos veículos pelos estados acontece quando os técnicos da SVS estão em supervisão, onde, entre outras funções, avaliam a situação encontrada, enquanto o acompanhamento da utilização dos veículos transferidos aos municípios, que é feito pelos estados, apresenta maiores dificuldades, sendo que alguns municípios continuam questionando a competência da SES para tal procedimento.

2.131. A SVS informou que, nos últimos seis meses, acompanhou o uso de veículos nos estados da Amazônia Legal em duas ocasiões em cada estado, por meio da coordenação de endemias dos estados. Quanto às capitais, as visitas ocorreram apenas uma vez (exceto no município de Manaus que não tinha pactuado essa fiscalização).

2.132. Acrescentou o Diretor Técnico de Gestão da SVS que foram aproveitados os sorteios que a CGU fez para fiscalização de municípios acima de 100.000 habitantes, sendo considerados os indícios de irregularidade encontrados pelas auditorias como um dos critérios para inclusão no roteiro de visitas dos técnicos da SVS.

2.133. Segundo informação obtida, a SVS tem enfatizado nas reuniões com os estados a necessidade desse acompanhamento pelas SES junto a seus municípios, e tem cobrado os procedimentos nesse sentido.

2.134. A SVS vem analisando, desde a época do primeiro monitoramento, a possibilidade de inclusão dessa atribuição aos estados no Roteiro de Acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada para a Área de Vigilância em Saúde - PPI-VS (antiga PPI-ECD), o que depende de pactuação na Comissão Intergestora Tripartite – CIT.

2.135. A negociação não tem avançado. Os municípios continuam questionando a competência da SES para o acompanhamento. Os estados não consolidaram equipes para atuar nesta área e alegam que a execução dessa tarefa excede sua capacidade operacional. Apenas o Amazonas está montando equipe para este fim.

2.136. No que diz respeito ao acompanhamento, pelos estados, da utilização dos veículos pelos municípios, a determinação não vem sendo atendida, já que depende de negociação na Comissão



Intergestora Tripartite – CIT, tarefa que não será pacífica, adiantou o Diretor Técnico de Gestão da SVS.

2.137. Quanto à observância da Instrução Normativa, deve-se considerar a determinação parcialmente atendida, pois embora a comodante dos bens móveis continue sendo a FUNASA (Instrução Normativa FUNASA/MS n.º 04/2000), a SVS tem promovido ações fiscalizatórias de reduzida abrangência.

2.138. Tendo em vista as discussões em curso sobre a redefinição de responsabilidade sobre a fiscalização do uso dos veículos, considera-se a determinação **EM IMPLEMENTAÇÃO**.

2.139. **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”.*

2.140. 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.

2.141. Na época do primeiro monitoramento, foram elaborados dois roteiros para acompanhamento da PPI-VS (antiga PPI-ECD), um para a esfera municipal e outro para a esfera estadual.

2.142. Ambos 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.

2.143. O roteiro estadual foi apresentado à equipe de monitoramento e já vem sendo aplicado sem dificuldades (fls. 52 a 59). Por outro lado, o roteiro municipal deve ser aperfeiçoado, pois é considerado extenso e solicita informações desnecessárias, segundo os gestores municipais.

2.144. A isso some-se o posicionamento discordante do CONASEMS, assunto já abordado na análise da recomendação 9.1.6, não aceitando algumas das proibições expressamente estabelecidas no roteiro municipal.

2.145. Assim sendo, quando da realização do próximo monitoramento deve-se atentar para o desfecho das discussões relativas à elaboração e aplicação do roteiro municipal.

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



Recomendação à Funasa

2.147. **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”.*

2.148. De acordo com informações da SVS, as obras/manejo ambiental quase não têm sido realizadas, como pode ser observado pela execução orçamentária da ação 3883 nas tabelas 13 e 14. Os projetos estão parados, inclusive nos municípios elegíveis e prioritários, assim considerados conforme critérios estabelecidos no âmbito do Programa Saneamento Básico.

2.149. O *ranking* dos municípios elegíveis e prioritários para receber obras de manejo ambiental é montado atualmente pela SVS, mas é a Funasa, por intermédio do Departamento de Engenharia em Saúde – Densp, a responsável pela ação. A fundação alega que a última listagem que lhes foi enviada é de 2003, da época do antigo Centro Nacional de Epidemiologia - Cenepi, a antecessora da SVS.

2.150. Com a publicação da Portaria 106, de 04 de março de 2004, os critérios de elegibilidade e prioridade passaram a ser essencialmente indicativos. Observe-se que até a Portaria anterior (nº 225, de 14 de maio de 2003) prevalecia a obrigatoriedade de seguir os critérios.

2.151. Assim, ainda que o Densp não tenha o papel de eleger onde executar essas obras, vez que o que está em sua competência é a execução, não é mais obrigado a seguir necessariamente esse *ranking* previamente estabelecido. É possível incluir outros municípios, ou mesmo vetar municípios dessa lista nos casos onde não exista transmissão urbana autóctone.

2.152. Portanto, cessada a obrigatoriedade de seguir os critérios em virtude da nova Portaria, considera-se a recomendação **IMPLEMENTADA**, já que sua finalidade foi atingida, qual seja, possibilitar o atendimento de municípios não relacionados que apresentem ou passem a apresentar risco de surtos epidêmicos.

Recomendações ao INCRA

2.153. **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”.*

2.154. Como visto na análise da recomendação 9.1.8, a Lei nº 8.629/93 dispõe que a área invadida permanece fora do processo de reforma agrária durante dois anos. Em relação aos acampamentos, a atuação do INCRA é possível, e consiste predominantemente no fornecimento de alimentos, lonas, roupas, outros.

2.155. No monitoramento anterior, constatou-se que um dos maiores problemas na transmissão da malária vêm sendo os acampamentos e as invasões irregulares de terras com precárias condições sanitárias, as quais fogem ao controle das autoridades do INCRA.



2.156. Aliadas ao fato das invasões/acampamentos se instalarem subitamente e de forma sigilosa, existem dificuldades na normatização e na aplicação das ações de controle da malária de forma tempestiva, agravadas pela falta de rede de assistência à saúde nesses locais.

2.157. Segundo o INCRA, 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, por serem populações flutuantes, oriundas de outros municípios, que pressionam a rede de serviços públicos locais.

2.158. O INCRA propõe que seja realizado inicialmente um levantamento junto às Regionais do Instituto sobre a situação da malária nos assentamentos e invasões, pois existe a possibilidade de que os dados estejam superestimados.

2.159. No plano regional, algumas iniciativas recentes foram identificadas:

a) criação do Comitê Estadual de Controle da Malária no Amapá com a participação do INCRA, IBAMA, Secretaria de Saúde e da Educação;

b) inclusão de representantes do INCRA e IBAMA no Comitê Estadual de Controle da Malária do Amazonas;

c) intensificação da parceria entre a regional do INCRA em Tocantins e a SES, no sentido de antecipar ao máximo as ações de controle nos acampamentos e assentamentos.

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

2.161. Embora seja prematuro antecipar se haverá progressos com relação à atuação do PNCM nas invasões de terras e acampamentos, considera-se a recomendação **EM IMPLEMENTAÇÃO**.

2.162. **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”.*

2.163. 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 - AAS, de acordo com a Resolução/CONAMA, n.º 289, de 25.10.2001.

2.164. O AAS tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade da localidade para a transmissão de malária e recomendar medidas para sua prevenção em fase anterior à implantação de qualquer projeto de assentamento na área endêmica de malária.

2.165. A avaliação e o atestado são necessários para a emissão das licenças de instalação e de operação dos projetos de assentamento de reforma agrária situados na Amazônia Legal.

2.166. O INCRA reconhece que as ações realizadas em conjunto, nestes anos de vigência da Resolução/CONAMA n.º 289, não estão sendo feitas regularmente, todavia vêm ocorrendo algumas ações de forma pontual, por iniciativa de algumas regionais do INCRA, porém sem grande



representatividade. Por outro lado, ressalta como maior óbice à realização dos procedimentos citados na Resolução o fato de que há assentamentos que são precedidos pela ocorrência de invasões e acampamentos, que ocorrem de maneira súbita e sem o conhecimento do poder público, conforme visto na análise da recomendação anterior (9.4.1).

2.167. Neste contexto, cabe destacar que, ainda no primeiro monitoramento, foi informado que ocorreria reunião entre todos os superintendentes regionais do INCRA nos estados da Amazônia Legal e representantes do Programa para orientar e viabilizar a implementação das ações previstas na Portaria n.º 279/2001, que dispõe sobre as ações conjuntas, incluindo a emissão do AAS. Em seguida, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, editou a Portaria Interministerial n.º 2.021, de 21 de outubro de 2003, que revogou a de n.º 279/2001, estabelecendo que a obrigatoriedade da emissão do AAS passaria a ser atribuição da SVS.

2.168. Para dar agilidade a esta ação, o Comitê de Assessoramento do PNCM propôs, em abril de 2005, a delegação de competência às SES da Amazônia Legal para a emissão dos AAS, assim como a realização de reuniões entre coordenadores estaduais do Programa e superintendentes regionais do INCRA para a implementação de medidas de controle nos assentamentos e para definir procedimentos para a emissão do AAS.

2.169. 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

2.170. **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”.*

2.171. Por ocasião do primeiro monitoramento, informou-se que, em atendimento ao Ofício n.º 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.

2.172. Assim, por meio do Ofício n.º 1577 GAB/SVS/MS, de 23.07.2004, a SVS, além de designar uma técnica da área de entomologia (Roseli La Corte dos Santos), encaminhou ao IBAMA relação nominal dos municípios localizados em áreas endêmicas de malária, com dados atualizados até dezembro de 2003.

2.173. Em consulta recente ao setor de entomologia da SVS, porém, constatou-se que as regionais do IBAMA não vêm acionando a SVS para que se proceda à avaliação epidemiológica.

2.174. Registre-se ainda que, na Reunião Nacional de Avaliação (5 a 7 de julho de 2005), o Secretário da SVS demonstrou preocupação com a questão e interesse no estreitamento da articulação entre os IBAMA e SVS.



2.175. Pelo exposto, entende-se que a recomendação esteja **EM IMPLEMENTAÇÃO**, haja vista o estreitamento da interação que deve ocorrer entre a SVS, o IBAMA e os estados e municípios, a ser verificado na realização do próximo monitoramento.

Recomendação ao IBAMA

2.176. **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”.*

2.177. 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.

2.178. A SVS promoveu a indicação de técnico para participar das avaliações e recomendações de cunho epidemiológico, conquanto seus técnicos ainda não venham sendo requisitados, conforme já comentado no item anterior.

2.179. Ao que tudo indica, as razões da inércia do IBAMA consistem, dentre outras, em:

- a) reduzida estimulação das regionais do Instituto pelo nível central;
- b) limitada autonomia das regionais;
- c) dificuldade na articulação institucional, vez que a primeira opção de relacionamento não é a SES e sim a Secretaria de Meio Ambiente; e
- d) vigência recente do normativo.

2.180. Contudo, observe-se que em virtude de a designação ser recente, ainda não houve tempo para uma análise mais apurada dos seus efeitos, o que poderá ser feito durante a realização do próximo monitoramento.

2.181. Deste modo, a recomendação em foco deve ser considerada **EM IMPLEMENTAÇÃO**.

3. Aspectos orçamentários e financeiros

3.1. A tabela 13 apresenta a série histórica da execução orçamentária e financeira das ações do PNCM, objeto do presente trabalho, nos quatro últimos exercícios.



Tabela 13 - Execução orçamentária e financeira das ações do PNCM

Ação	Ano	Créditos consignados (1)	Execução financeira (2)	Execução orçamentária (3)	% da Execução orçamentária (4)
0597	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	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	360.000.000	360.000.000	100,00
3883	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	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

Fontes: Ministério da Saúde; SIAFI/STN, elaborado pela Consultoria de Orçamento/CD e Prodasen. Atualizado até 11/03/2005.

¹ Créditos consignados = crédito inicial (LOA) + suplementações - anulações + transferências recebidas - transferências concedidas.

² Os valores referem-se à Execução Orçamentária Efetiva = valor liquidado no exercício (X) - restos a pagar cancelados no exercício (X+1).

³ Execução financeira no exercício = valor liquidado no exercício (X) - restos a pagar inscritos no exercício (X) + restos a pagar do exercício (X-1) pagos no exercício (X). Não contempla restos a pagar anteriores a 2000, uma vez que a estrutura orçamentária era diferente.

⁴ (Valor da coluna "execução orçamentária") / (valor da coluna "créditos consignados") x 100

3.2. Observa-se que a ação Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB (0597) e a ação Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento Ambulatorial e Domiciliar dos Casos Positivos de Malária (4366) não tiveram créditos consignados no exercício de 2004.

3.2. 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 Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios Certificados para a Epidemiologia e Controle de Doenças (0829), a qual migrou do antigo Programa de Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores (1187) para o Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (1203).

3.3. A ação Desenvolvimento de Trabalho de Campo para Prevenção e Controle de Doenças Endêmicas (2689) tenha sofrido a mesma mudança, ou seja, migrou do programa 1187 para o 1203.



3.4. A ação Atendimento à População com Medicamentos e Insumos Estratégicos (4366) migrou para o Programa de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (1293), da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, estando atualmente inserida na ação Promoção da Oferta e da Cobertura dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos no Sistema Único de Saúde (4368), a qual passou a constituir-se, a partir do exercício de 2004, em projetos e atividades com maior amplitude de atuação.

3.5. A partir de 2004, orçamentariamente, a ação Drenagem e Manejo Ambiental em Áreas Endêmicas de Malária foi inserida no Programa Drenagem Urbana Sustentável (1138), vinculado à Secretaria de Infra-Estrutura Hídrica / Ministério da Integração Nacional. Mudou-se a denominação para Implantação e Melhoria de Serviços de Drenagem e Manejo Ambiental para Prevenção e Controle da Malária (Ação 3883), embora as orientações técnicas e o acompanhamento da execução dos convênios permaneçam a cargo da Funasa/MS.

3.6. Resumidamente, a execução orçamentária e financeira das ações até 2/06/2005 é a seguinte:

Tabela 14 - Execução orçamentária e financeira das ações do PNCM de janeiro a 2 /06/2005

Ação	Créditos consignados (1)	Empenhado	Liquidado	Pago	% Pago sobre autorizado
2689	400.000.000	270.617.362	176.377.443	176.377.443	44,09
3883	9.630.000	1.668.668	168.668	168.668	1,75
0829	736.000.000	553.095.767	272.793.995	272.770.495	37,06
4368	692.320.000	359.378.030	48.254.403	46.061.050	6,65
Total	1.837.950.000	1.184.759.827	497.594.509	495.377.656	26,95

Fontes: Ministério da Saúde; SIAFI/STN, elaborado pela Consultoria de Orçamento/CD e Prodasen. Atualizado até 11/03/2005.

¹ Créditos consignados = crédito inicial (LOA) + suplementações - anulações + transferências recebidas - transferências concedidas.

3.7. Os altos valores registrados na tabela 14 devem ser analisados com cautela tendo em vista que todas as ações contribuem, em maior ou menor grau, para o controle e prevenção de uma série de endemias, além da malária, inclusive a ação de manejo ambiental para controle da malária (3883), apesar do que indica seu nome.

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 do Acórdão 303/2004-TCU-P tem sido encarada com seriedade e empenho por parte dos estados.

4.2 As recomendações foram repassadas aos estados (meados de 2004) num momento em que se ansiava por medidas efetivas de controle, em virtude dos elevados índices da doença, 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), vem procurando incluir nas reuniões nacionais municípios de maior incidência de malária na Amazônia Legal.

4.4 Todavia, foram feitas algumas ressalvas e observações relativas às recomendações: a) a dificuldade de atuação em parceria com o INCRA/IBAMA, nas fases que antecedem os assentamentos/projetos desenvolvimentistas, ainda prevalece; b) a disseminação do teste rápido para diagnóstico vem ganhando espaço; c) as LVC tiveram os critérios de realização melhor definidos, mas sua aplicação será dificultada em razão das condições operacionais da região e deverá ficar restrita à extra-amazônia e às localidades com menor incidência da doença na Amazônia, tendo em vista o alto custo envolvido.

4.5 Por último, o Coordenador-Geral do PNCM declarou que seria importante poder contar com a participação do TCU nas reuniões de acompanhamento das ações dos estados ao longo dos próximos anos para fortalecer as discussões sobre a implementação das recomendações, a exemplo da bem sucedida experiência de comparecimento de representantes desta Corte nos eventos de avaliação nacional (5 a 7 de abril de 2005) e na reunião da extra-amazônia (10/2004).

5. Conclusão

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

Tabela 15 - Situação de implementação das recomendações/determinações

Item	1º monitoramento	2º monitoramento	Item	1º monitoramento	2º monitoramento
9.1.1	Em implementação	Em implementação	9.1.11	Em implementação	Em implementação
9.1.2	Em implementação	Implementada	9.1.12	Implementada	Implementada
9.1.3	Em implementação	Em implementação	9.2.1	Não implementada	Em implementação
9.1.4	Implementada	Implementada	9.2.2	Em implementação	Em implementação
9.1.5	Em implementação	Implementada	9.3	Não implementada	Implementada
9.1.6	Não implementada	Em implementação	9.4.1	Em implementação	Em implementação
9.1.7	Implementada	Implementada	9.4.2	Em implementação	Em implementação
9.1.8	Não aplicável	Em implementação	9.5	Em implementação	Em implementação
9.1.9	Em implementação	Em implementação	9.6	Em implementação	Em implementação
9.1.10	Em implementação	Em implementação			



5.2 A comparação entre os percentuais da situação de implementação das recomendações/determinações está representada na tabela 16.

Tabela 16 - Situação percentual de implementação das recomendações/determinações

Situação	1º monitoramento	Impacto
Implementada	15,79	31,57%
Em implementação	63,16	68,43%
Não implementada	15,79	0
Não aplicável	5,26	0
Total	100 %	100 %

5.3 Durante a auditoria realizada pelo Tribunal, constatou-se que diversos aspectos do programa poderiam ser melhorados com a implementação adequada das recomendações.

5.4 Ao se fazer o balanço das duas etapas de monitoramento, notam-se avanços no desenvolvimento das ações, haja vista a implementação do dobro do constatado no primeiro monitoramento. Note-se que o percentual significativo de recomendações/determinações em fase de implementação ou implementadas, totalizando 100%, reflete o esforço dos atores envolvidos.

5.5 No entanto, alguns problemas ainda persistem, como as dificuldades de articulação com INCRA e IBAMA. Por outro lado, algumas concretizações devem ser citadas: a utilização do Sivep-Malária como ferramenta indispensável ao gestor das três esferas de governo; as reuniões de fronteira, tentando arranjar soluções para melhor atendimento das populações carentes e afastadas dos grandes centros; e a participação ativa do Comitê de Assessoramento, como instrumento simultâneo de controle social e apoio técnico especializado.

5.6 Por isso, aguarda-se que a implementação das recomendações promova a utilização sistemática dos dados epidemiológicos na implementação das ações; 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; o desenvolvimento de padrões de educação em saúde e a ampliação do controle social, dentre outros possíveis ganhos.

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-Relator Lincoln Magalhães da Rocha, com proposta de:

- a) autorizar que a Seprog e a 4ª Secex efetuem o terceiro monitoramento da implementação das recomendações, 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 4ª Secex, à Secretaria Federal de Controle Interno, para conhecimento;



- c) envio de cópia do relatório de monitoramento à Secretaria de Vigilância em Saúde, à FUNASA, ao INCRA e ao IBAMA, bem como aos coordenadores estaduais do PNCM nos estados da Amazônia Legal e ao coordenador nacional do Programa para fins de conhecimento e adoção das ações necessárias à implementação das recomendações;
- d) juntada aos presentes, dos autos do TC 012.271/2003-0, que tratam da auditoria operacional e do primeiro monitoramento no Programa Nacional de Controle da Malária;
- e) arquivar os presentes autos.

Seprog, 06 de maio de 2005.

MARIA ANTONIA FERRAZ ZELENOVSKY

Matr. n.º 4582-9

RENATO KANEMOTO

Matr. n.º 4591-8

