

Relatório de Monitoramento
Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária - PNCM

TC n.º 001.822/2008-1**Fiscalis n.º 12/2008****Ministro Relator:** Ministro Raimundo Carreiro**Modalidade de fiscalização:** Monitoramento (art. 243, RI/TCU)**Ato originário:** Acórdão TCU n.º 1.099/2005–Plenário**Objetivo:** avaliar os efeitos da implementação das deliberações do Acórdão TCU n.º 303/2004–Plenário, referente à Auditoria de Natureza Operacional realizada no Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária - PNCM**Ato de designação:** Portarias Seprog/TCU n.º 353, de 4/4/2006, e n.º 675, de 26/5/2006**Período abrangido pelo monitoramento:** 2004 a 2007.**Período de realização do monitoramento: Planejamento:** 28/01/2008 a 15/02/2008**Execução e relatório:** 25/02/2008 a 19/03/2008**Composição da equipe:**

Analista	Matrícula	Lotação
Bruno de Souza Machado (coordenador)	6545-5	Seprog
Cláudio Cesar de Avellar Júnior	7670-8	Seprog
Dagomar Henriques Lima (supervisor)	3104-6	Seprog

Unidade: Fundação Nacional de Saúde - Funasa**Vinculação ministerial:** Ministério da Saúde**Vinculação no TCU:** 4ª Secex**Responsável:** Francisco Danilo Bastos Forte, CPF: 121.337.283-68, Presidente da Funasa desde 23/4/2003**Unidade:** Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS**Vinculação ministerial:** Ministério da Saúde**Vinculação no TCU:** 4ª Secex

Gerson Penna, Secretário de Vigilância em Saúde

CPF: 083.733.102-15

Período: desde 3/5/2005

José Lázaro de Brito Ladislau, Coordenador do PNCM

CPF: 033.362.802-06

Período: desde 27/6/2003 (PNCM)

Período: desde 3/10/2000 (PIACM)

Lista de siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANOp	Auditoria de Natureza Operacional
BA	Busca Ativa
BP	Busca Passiva
CGPNCM	Coordenação Geral do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária
CGU	Controladoria Geral da União
Conasems	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
FNS	Fundo Nacional de Saúde
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
Ibama	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Incra	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IFA	Incidência de plasmodium falciparum Anual
IPA	Índice Parasitário Anual
LAPM	Laudo de Avaliação do Potencial Malarígeno
LP	Licença Prévia
LVC	Lâmina de Verificação de Cura
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RITCU	Regimento Interno do Tribunal de Contas da União
Seprog	Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo
SIG	Sistema de Informações Gerenciais
Sivep	Sistema de Vigilância Epidemiológica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
PIACM	Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária
PNCM	Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária
PPI-VS	Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde

Resumo

1. O Tribunal de Contas da União – TCU, em 2003, realizou auditoria de natureza operacional no Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária – PNCM (TC 012.271/2003-0). O programa é gerenciado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS. Seus recursos são descentralizados do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS. O objetivo do programa é reduzir a incidência da malária, sua mortalidade e as formas graves da doença, além de eliminar sua transmissão em áreas urbanas nas capitais e manter a ausência da transmissão da doença nos locais onde ela tiver sido interrompida.
2. A auditoria avaliou a eficácia e efetividade das ações do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária sobre a melhoria da qualidade de vida nas comunidades com maior risco de contrair a doença. Analisou-se também a evolução dos indicadores desde o lançamento do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária – PIACM, em 1999, que veio a ser substituído pelo PNCM. Por fim, realizou o levantamento dos principais riscos operacionais e entraves que estavam comprometendo o desempenho do programa. O processo de auditoria foi apreciado pelo Tribunal (Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário, Ata n.º 9/2004, Sessão Ordinária de 24/3/2004), quando foram proferidas recomendações e determinações com a finalidade de aperfeiçoar aspectos relativos à concepção, implementação e controle das ações do programa.
3. A implementação das deliberações do TCU foi objeto de monitoramento em outubro de 2004 e março de 2005 (TC 012.271/2003-0 e TC 003.805/2005-5). Finalizando o ciclo de acompanhamento das deliberações do TCU, o presente relatório apresenta as conclusões do terceiro e último monitoramento. A metodologia adotada neste trabalho compreendeu entrevistas com os gestores do programa e de outros órgãos participantes do controle da malária, como Incra, Ibama e Funasa, além de análise documental, consulta a sistemas da SVS e análise de dados secundários.
4. Após quatro anos da realização da auditoria, 83% das deliberações do Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário foram implementadas/cumpridas. Apesar do esforço dos gestores responsáveis em acolher as medidas sugeridas por este Tribunal, problemas detectados na auditoria inicial persistem, devendo ser mantidos na pauta dos gestores com o intuito de não comprometer a boa aplicação dos recursos públicos.
5. O maior problema não solucionado é o acompanhamento deficiente dos recursos transferidos por meio do TFVS a estados e municípios e a indefinição sobre os procedimentos de prestação de contas ao Ministério. Pode ser citada também a tímida integração com o Incra, no que se refere ao planejamento e controle da malária em acampamentos e assentamentos. A deficiência de integração se reflete em falhas no planejamento e na execução de medidas para evitar a ocorrência de surtos de malária nos projetos de assentamentos.

6. Uma das metas preconizadas no documento de lançamento do PNCM é a redução da Incidência Parasitária Anual- IPA¹ por malária em 15% ao ano desde 2003, primeiro ano de vigência do programa. O objetivo não foi alcançado, tendo o índice se mantido praticamente estável ao longo do período analisado, de 2003 a 2007.

7. Porém, foi possível identificar melhorias nos indicadores do programa desde a realização da auditoria, como a diminuição do tempo para a realização do diagnóstico da doença. O diagnóstico precoce resultou em queda estimada de 40 mil internações no período, propiciando economia aproximada de R\$ 6,8 milhões, pois o custo do tratamento por remédios é bastante baixo se comparado com a internação.

8. Entre os fatores que contribuíram para essa melhoria destacam-se: expansão da rede de laboratórios, aumento no número de profissionais de saúde trabalhando no PNCM, melhor acompanhamento dos pacientes após o diagnóstico da doença, maior integração entre estados e municípios, devido ao maior acesso às informações do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Malária – Sivep-Malária, e mudança na metodologia do índice utilizado para priorizar os locais onde são realizadas as ações mais fortes de controle e combate da doença. Além disso, a SVS vem realizando reuniões periódicas com o objetivo de manter os gestores locais atualizados e para que as boas práticas não se percam com as trocas de governo.

1. O IPA é indicador que expressa o número de exames positivos de malária, por mil habitantes, em determinado local e período, estimando desta forma o risco de se adoecer por malária em determinado lugar.

Lista de ilustrações

Figuras

Figura 1 - Tela de entrada do Sistema de Vigilância Epidemiológica – Sivep – Malária.....	11
Figura 2 – Resumo epidemiológico de Manaus/AM em 2006, no aglomerado “acampamento”.....	21
Figura 3 – Resumo epidemiológico de Rio Branco/AC em 2007, no aglomerado “assentamento”.....	22
Figura 4 – Resumo epidemiológico de 2008 do Estado do Acre, extraído do Sivep-Malária.....	42
Figura 5 – Resumo epidemiológico de 2008 do Município de Sena Madureira/AC, extraído do Sivep-Malária.....	42
Figura 6 - Boletim epidemiológico com dados do Amazonas, por município, de 2006 e 2007.....	43
Figura 7 - Aspectos relativos à malária monitorados pelo roteiro de acompanhamento da PPI-VS.....	51

Gráficos

Gráfico 1 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária nos estados da Amazônia Legal, de 1990 a 2007.....	10
Gráfico 2 - Comparativo de casos, em mil, nos estados da Amazônia Legal, em 1990 e 2007.....	12
Gráfico 3 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária no Amazonas, de 1990 a 2007.....	12
Gráfico 4 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária no Acre, de 1990 a 2007.....	13
Gráfico 5 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária no Amapá, de 1990 a 2007.....	13
Gráfico 6 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária em Rondônia, de 1990 a 2007.....	13
Gráfico 7 – Série histórica e linha de tendência de casos de malária no Maranhão, de 1990 a 2007.....	14
Gráfico 8 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária no Mato Grosso, de 1990 a 2007.....	14
Gráfico 9 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária em Tocantins, de 1990 a 2007.....	15
Gráfico 10 – Número de municípios segundo sua estratificação do IPA, em 2003, 2005 e 2007.....	15
Gráfico 11 – Número de municípios que apresentaram IPA igual ou superior a 50, em 2003, 2005 e 2007.....	16
Gráfico 12 – Série histórica e linha de tendência do IPA nos estados da Amazônia Legal, 1990 a 2007.....	17
Gráfico 13 - Número de estados da Amazônia Legal com proporção de casos de malária causados por <i>Plasmodium falciparum</i> acima de 20%.....	17
Gráfico 14 - Internações de malária causadas por <i>P. falciparum</i> , de 2005 a 2007.....	18
Gráfico 15 - Evolução no número de agentes dos três esferas de governo trabalhando no controle da malária, de 2002 a 2007.....	30
Gráfico 16 - Execução orçamentária da ação 3883, Drenagem Urbana Sustentável, de 2004 a 2007.....	32
Gráfico 17 – Percentual de casos importados de malária em municípios com mais de 500 casos registrados em 2007.....	41
Gráfico 18 - Volume de recursos repassado do TFVS aos fundos estaduais e municipais de saúde dos estados da Amazônia Legal, 2007.....	49

Tabelas

Tabela 1 - Classificação das recomendações do Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário.....	8
Tabela 2 - Incidência Parasitária Anual na Amazônia Legal, de 2003 a 2007. (IPA por mil habitantes).....	16
Tabela 3 - Número total de internações por malária, de 1998 a 2007.....	18
Tabela 4 - Economia com internação por malária, de 2002 a 2007.....	19
Tabela 5 - Casos de malária estratificados por tipo de área, no Amapá e Pará, em 2007.....	22
Tabela 6 - Empreendimentos licenciados pelo Ibama na Amazônia Legal e que foram objeto de avaliação pela SVS, no período de 2005 a 2007.....	27
Tabela 7 - Cursos de capacitação sobre diagnóstico laboratorial, de 2005 a 2007.....	36
Tabela 8 – Reuniões realizadas pela coordenação de malária da SVS/MS, de 2004 a 2008.....	39
Tabela 9 – Reuniões realizadas pela SVS com as coordenações estaduais, de 2005 a 2007.....	40
Tabela 10 - Evolução do número de casos exportados, de 2004 a 2007.....	40
Tabela 11 - Situação de implementação das recomendações do Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário.....	56

Sumário

1. Introdução	7
2. Panorama da Malária.....	9
3. Baixa integração do PNCM com o Incra e o Ibama no controle da malária em assentamentos e projetos desenvolvimentistas	19
Diagnóstico da auditoria do TCU em 2003	19
Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa.....	20
Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento	21
4. Participação da Funasa no controle da Malária	28
Diagnóstico da auditoria do TCU em 2003	28
Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa.....	29
Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento	29
5. Ações de orientação e mobilização dos gestores envolvidos com o controle da malária.....	34
Diagnóstico da auditoria do TCU em 2003	34
Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa.....	35
Situação encontrada pelo TCU durante o presente monitoramento	36
6. Acompanhamento dos doentes após a indicação do tratamento.....	43
Diagnóstico da auditoria do TCU em 2003	44
Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa.....	44
Situação encontrada pelo TCU durante o presente monitoramento	44
7. Acompanhamento da execução dos recursos transferidos pela União.....	46
Diagnóstico da auditoria do TCU em 2003	47
Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa.....	47
Situação encontrada pelo TCU durante o presente monitoramento	47
8. Análise dos Comentários dos Gestores	55
9. Conclusão	56
10. Proposta de Encaminhamento.....	58
Anexo A – Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário	59
Apêndice A – Relação dos cursos de capacitação realizados pela SVS, de 2005 a 2007	62
Apêndice B – Relação de testes rápidos e microscópios distribuídos, de 2005 a 2007	63

1. Introdução

1. No segundo semestre de 2003, o Tribunal de Contas da União – TCU realizou Auditoria de Natureza Operacional – ANOp no Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária - PNCM (TC 012.271/2003-0, Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário). As ações do programa são gerenciadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS, mas outros órgãos participam do controle da malária, como a Fundação Nacional de Saúde - Funasa, o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – Ibama e o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – Incra. As ações são executadas por estados e municípios.

2. A auditoria procurou verificar como o programa tem conseguido alcançar seus objetivos de reduzir a incidência da malária, sua mortalidade e as formas graves da doença, além de eliminar sua transmissão em áreas urbanas nas capitais e manter a ausência da transmissão da doença nos locais onde ela tiver sido interrompida. Também se investigou de que forma o desempenho do programa pode ser melhorado, mediante disseminação de boas práticas encontradas em outras experiências no Brasil. Por fim, verificou-se se o Programa atende equitativamente aos grupos populacionais, principalmente os mais suscetíveis.

3. A metodologia utilizada pelo TCU na avaliação do PNCM, em 2003, contemplou: a) consulta documental; b) análise de dados secundários; c) visitas de estudo aos nove estados da Amazônia Legal, oportunidades nas quais foram entrevistados secretários municipais de saúde, coordenadores estaduais e municipais do Programa, prefeitos, membros de conselhos municipais de saúde, agentes de endemia, agentes comunitários de saúde, microscopistas responsáveis pelos exames e beneficiários em geral; d) envio de questionários às secretarias municipais de saúde, com taxa de resposta de 42%.

4. Identificaram-se como pontos positivos do programa: a) as reuniões nacionais para avaliação do PNCM; b) criação do roteiro de acompanhamento dos municípios; c) a expansão da rede de diagnóstico; d) satisfatória distribuição de medicamentos, inseticidas, larvicidas e lâminas de diagnóstico aos municípios da Amazônia Legal; e) difusão ampla do Manual de Terapêutica da Malária, facilitando o estabelecimento dos esquemas terapêuticos, e a distribuição de guia, que trata do diagnóstico e tratamento da malária, aos profissionais da área de saúde da extra-amazônia, face ao risco de reintrodução da doença.

5. Foram identificados como pontos de risco que comprometiam o alcance dos objetivos do programa: a) reduzido acompanhamento no tratamento dos doentes pelos agentes de endemia ou agentes comunitários de saúde em algumas Unidades da Federação, assim como a alta rotatividade desse pessoal; b) sucateamento de veículos e equipamentos e desvio de finalidade no uso de veículos cedidos em comodato pela Funasa; c) baixa integração entre estados e municípios limítrofes, inviabilizando a uniformidade nas ações de controle, e entre a Funasa, o Incra e o Ibama, no que tange ao controle da malária em assentamentos e projetos desenvolvimentistas, respectivamente; d) baixo número de realização de Lâminas de Verificação de Cura – LVC; e) inexistência de mecanismos de fiscalização financeira dos recursos repassados; f) falta de priorização política do controle da malária por alguns gestores.

6. A auditoria foi apreciada pelo TCU (Acórdão n.º 303/2004, Ata nº 9/2004), quando foram proferidas determinações e recomendações com a finalidade de aperfeiçoar a implementação e controle das ações do PNCM (Tabela 1 e Anexo A).

Tabela 1 - Classificação das recomendações do Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário.

Perfil das medidas propostas		Nº	%	% Total
Melhoria da implementação da ação	Aperfeiçoar o processo de integração do Ibama com os órgãos que efetuam o controle da malária.	3	16,75%	89%
	Aperfeiçoar o processo de integração do Incra com os órgãos que efetuam o controle da malária.	3	16,75%	
	Aperfeiçoar a participação da Funasa no processo de controle da malária.	3	16,75%	
	Aperfeiçoar as ações de mobilização dos gestores para o controle da malária.	4	22%	
	Aprimorar o processo de acompanhamento dos doentes após a indicação do tratamento.	3	16,75%	
Melhoria do controle	Aperfeiçoar o acompanhamento da execução dos recursos transferidos pela União.	2	11%	11%
Total		18	100%	100%

Fonte: Tribunal de Contas da União (Relatório de Auditoria – TC 012.271/2003-0, Acórdão n.º 303/2004-Plenário).

7. O Manual Técnico de Monitoramento de Auditoria de Natureza Operacional (Portaria Segecex/TCU n.º 12/2002) prevê a sistemática de monitoramento das deliberações do TCU e elaboração de relatório contendo as medidas adotadas pelos gestores responsáveis. Em outubro de 2004 e março de 2005 foram concluídos os relatórios do primeiro e do segundo monitoramento do Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário, resultando nos acórdãos n.º 1.895/2004-Plenário (TC 012.271/2003-0) e n.º 1.099/2005-Plenário (TC 003.805/2005-5). Este relatório encerra o ciclo de monitoramento, apresentando o estágio de implementação das deliberações quatro anos após a realização da auditoria.

8. Para obter informações sobre o desenvolvimento do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária e sobre o nível de implementação das recomendações oriundas deste tribunal foi utilizada como estratégia metodológica a realização de entrevistas com os gestores do programa, na Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, e também com gestores de outros órgãos – Ibama e Incra – parceiros na implementação do programa. Ademais, foi efetuada análise documental em legislação e manuais relativos ao funcionamento do programa com o objetivo de travar maior conhecimento sobre sua execução e evolução de suas ações. Por fim, a metodologia aplicada incluiu ainda consulta aos sistemas da SVS com o objetivo de analisar a evolução do número de casos, da incidência parasitária, do cadastramento dos assentamentos e acampamentos e outros indicadores do programa.

9. Além desta introdução, o presente relatório está estruturado em nove outros capítulos. O Capítulo 2 apresenta o panorama atual da malária no Brasil. Os capítulos 3 e 4 discorrem sobre a incipiente integração entre o Incra e o Ibama com a SVS no controle da malária em assentamentos e projetos desenvolvimentistas, bem como sobre a participação da Funasa no combate da doença. O capítulo 5 aborda as ações de orientação e mobilização dos gestores envolvidos com o controle da malária. O capítulo 6 aborda a questão do acompanhamento dos doentes após a indicação do tratamento, enquanto o capítulo 7 refere-se ao acompanhamento da execução dos recursos transferidos pela União a estados e municípios. Nesses capítulos são apresentadas as conclusões finais do terceiro monitoramento do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária, relatando-se as deficiências encontradas pela auditoria em 2003, as deliberações do Tribunal para aperfeiçoar as falhas identificadas e as medidas adotadas pelos responsáveis em cumprimento ao Acórdão n.º 303/2004-Plenário. Por fim, os capítulos 8, 9 e 10 tratam, respectivamente, da análise dos comentários do gestor, das considerações finais do trabalho e da proposta de encaminhamento.

2. Panorama da Malária

Breve histórico do controle da Malária da Amazônia

10. Segundo o documento de lançamento do PNCM (BRASIL, 2003), a malária é reconhecida como grave problema de saúde pública no mundo, estimando-se que 40% da população está exposta ao risco de contrair a doença, em cerca de 100 países. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem cerca de 300 a 500 milhões de novos casos e um milhão de mortes por ano.

11. A incidência da malária no Brasil na década de 60 foi reduzida após intenso trabalho desenvolvido por meio da Campanha de Erradicação da Malária (CEM), registrando-se a ocorrência de menos de 100 mil casos anuais.

12. A partir da década de 70, com a Política do Governo de promover a integração e desenvolvimento econômico da Amazônia Legal, foram abertas estradas, construídas usinas hidrelétricas, houve a abertura de diversos garimpos e foram lançados grandes projetos de colonização e reforma agrária. Esses fatores provocaram crescimento demográfico acentuado e desordenado da região, levando à ocorrência de epidemias de malária na Amazônia.

13. Para conter a malária no Brasil, foram realizados vários esforços com resultados positivos, indicando que é possível reduzir a doença a nível que não interfira gravemente na qualidade de vida das comunidades. No final da década de 80, surgiu o Programa de Controle da Malária na Bacia Amazônica, possibilitando a melhoria na estrutura das unidades de saúde para o controle de doenças. Na década de 90, iniciou-se a mudança de estratégia de erradicação para controle integrado, a partir da Conferência Interministerial, realizada em Amsterdã, em 1992, que teve como objetivos a prevenção da mortalidade e a redução da morbidade.

14. Em 1999, com a piora significativa na situação epidemiológica, houve o lançamento do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (PIACM). Seu objetivo era reduzir em 50%, até o final de 2001, a morbimortalidade² por malária, evitar o surgimento de epidemias localizadas, reduzir a sua gravidade e, conseqüentemente, o número de internações e óbitos.

15. Apesar dos bons resultados obtidos com o PIACM, a redução observada no período de 1999 a 2002 não ocorreu de forma homogênea. O maior percentual de decréscimo registrou-se no Estado de Roraima (78%), seguido do Maranhão (71%). Os demais estados da Amazônia Legal apresentaram percentuais de redução que variaram de 35% a 58%. O Estado de Rondônia foi o único em que houve aumento no número de casos, de 12%, nesse mesmo período.

16. Em função dessa heterogeneidade e na perspectiva de manter a malária em números aceitáveis no Brasil, como os observados na década de 1970 (IPA³ 3,9/1.000), e consolidar o processo de descentralização da atenção à saúde, inclusive na região extra-amazônica, o Governo Federal lançou o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária em 2002. Este se propõe a fornecer as diretrizes para os governos federal, estadual e municipal para, em parceria com a sociedade organizada, desenvolverem as atividades necessárias ao controle da doença.

²Impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população.

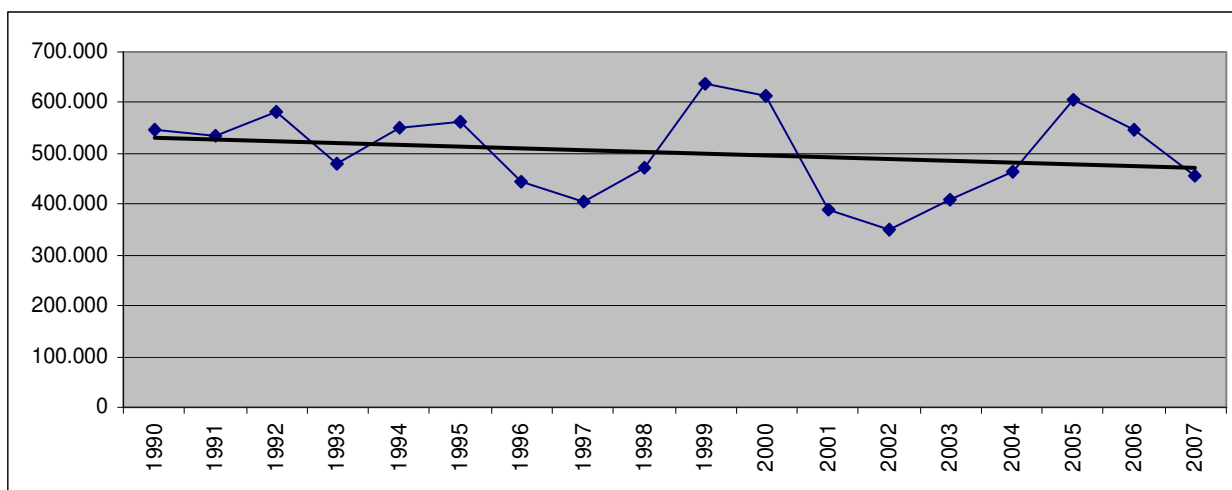
³ O IPA é um indicador que expressa o número de exames positivos de malária, por mil habitantes, em determinado local e período, estimando desta forma o risco de se adoecer por malária em determinado lugar.

17. Segundo a SVS, com o PNCM pretende-se seguir política permanente para controle da endemia, que dê continuidade aos avanços proporcionados pelo PIACM, adicionando-se progressivas melhorias nos pontos que ficaram pendentes, de forma a dar sustentabilidade ao processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças. Pretende-se também fortalecer a vigilância da endemia na região extra-amazônica.

Situação atual da malária

18. Segundo informações obtidas no Sistema de Informações Gerenciais - SIG, do Ministério da Saúde, o número de casos de malária nos estados que compõem a Amazônia Legal diminuiu cerca de 20% entre 1990 e 2007, passando de 546 mil para 457 mil, respectivamente (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária nos estados da Amazônia Legal, de 1990 a 2007.



Fonte: Sistema de Informações Gerenciais – SIG/MS.

19. Pelo formato do gráfico é possível identificar que há aumentos e diminuições cíclicas, com maior ou menor intensidade ao longo deste período. Além disso, os dados anteriores ao ano de 1996 têm confiabilidade limitada. Apenas naquele ano foi lançado o Sismal, sistema informatizado utilizado para o registro de informações sobre os casos de malária, que paulatinamente melhorou a confiabilidade das informações. Por essas razões, ainda é prematuro falar em redução permanente no número de casos de malária, apesar de a linha de tendência indicar diminuição no período analisado, de 1990 a 2007.

20. Uma informação que não está explícita mas que merece ser levada em consideração para a análise dos dados diz respeito à subnotificação de casos. De acordo com a SVS, com a implantação do sistema de notificação, a partir de 1996 a não-notificação de casos ocorridos, conhecida como subnotificação, diminuiu consideravelmente já que o envio de dados ao Ministério da Saúde passou a ser mais freqüente e confiável. Assim, há real possibilidade de que a diminuição no percentual de casos seja superior aos 20% encontrados.

21. Em 2003, com o objetivo de apoiar estados e municípios, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, desenvolveu e implantou o Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica - módulo malária (Sivep-Malária), destinado à notificação

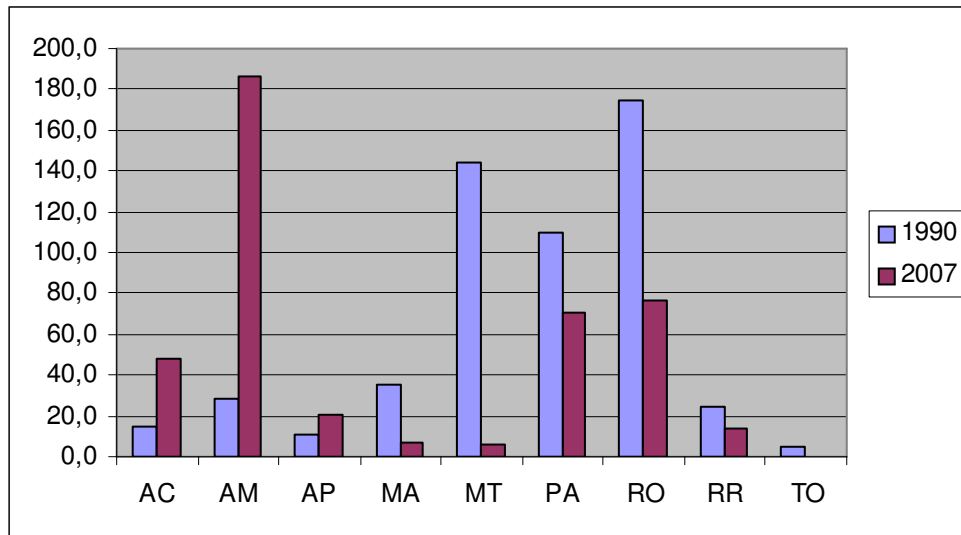
de casos da enfermidade, para processamento e análise, principalmente no âmbito local. O sistema, sucessor do Sismal, representa grande avanço por utilizar tecnologia da Internet. Não obstante, a versão local do sistema poder ser utilizada em municípios que não dispõem desta tecnologia.

22. O Sivep-Malária é composto por um módulo principal de notificação de casos e outros quatro módulos auxiliares para cadastro de localidades, laboratórios, unidades notificantes e agentes notificantes. A Figura 1 ilustra a tela inicial do Sivep, onde pode-se visualizar as diversas possibilidades de informações geradas.

Figura 1 - Tela de entrada do Sistema de Vigilância Epidemiológica – Sivep – Malária.

23. Os dados apresentados anteriormente referem-se ao total de casos nos nove estados da Amazônia Legal. Apresenta-se no Gráfico 2 comparativo da situação de cada estado em 1990 e em 2007.

Gráfico 2 - Comparativo de casos, em mil, nos estados da Amazônia Legal, em 1990 e 2007.

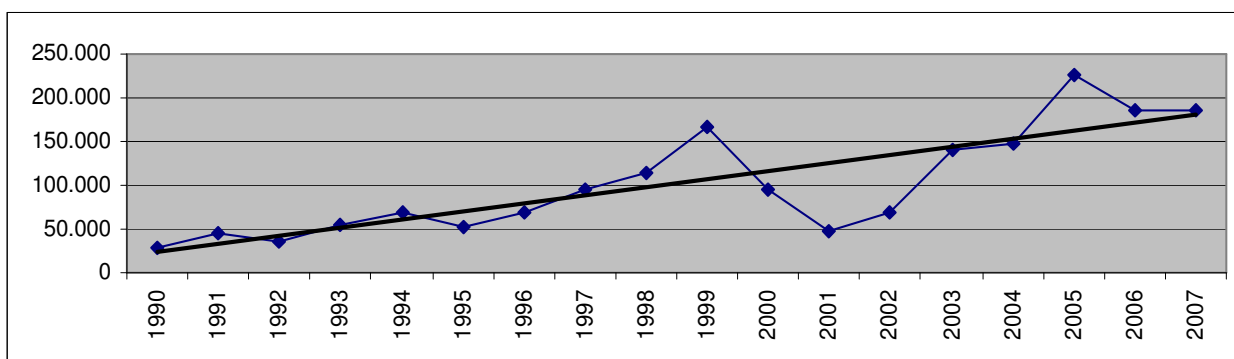


24. Informações Gerenciais – SIG/MS

Fonte: Sistema de

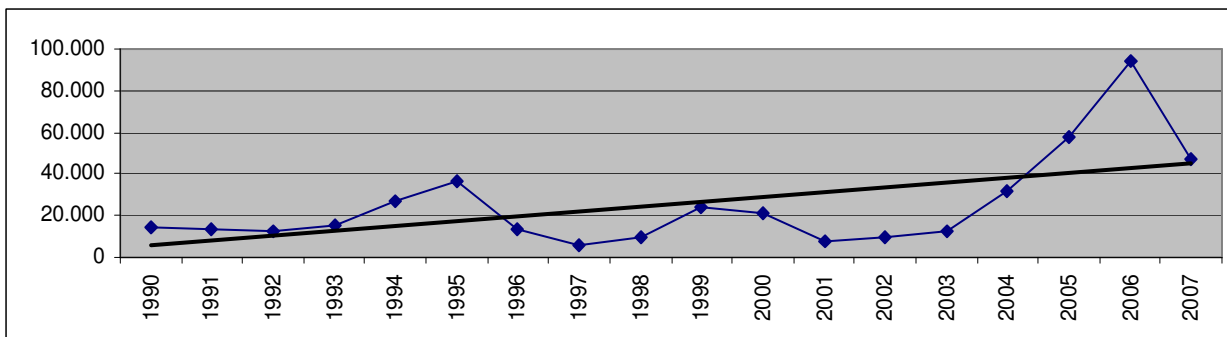
25. Gráfico 2 compara períodos temporais muito distintos, não levando em consideração a sazonalidade e o problema da subnotificação de casos, citado anteriormente. Permite, entretanto, sob as mesmas condições, comparar a evolução do número de casos entre os estados e destacar o comportamento desfavorável no Estado do Amazonas. Verifica-se que, com exceção dos estados do Acre, Amazonas e Amapá, todos os demais tiveram queda, em maior ou menor grau, no número de casos de malária. Maiores detalhes são fornecidos na série de gráficos adiante, onde podem ser visualizadas as particularidades de cada estado.

Gráfico 3 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária no Amazonas, de 1990 a 2007.



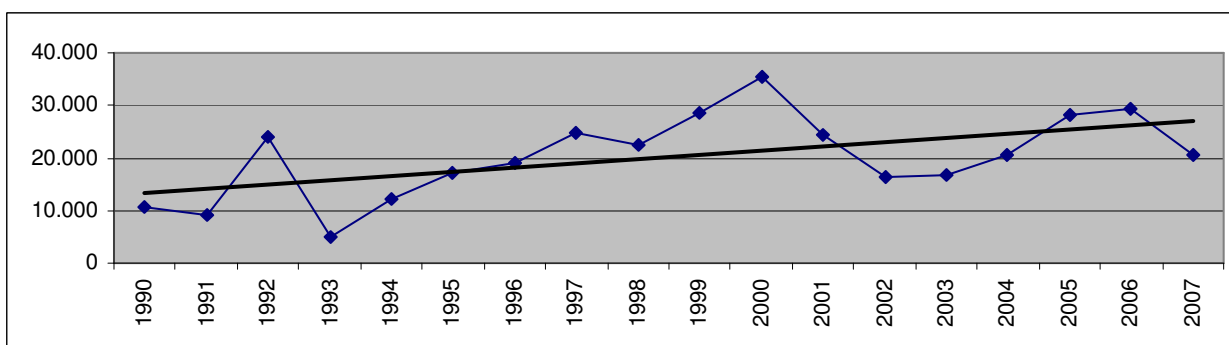
Fonte: Sistema de Informações Gerenciais – SIG/MS

Gráfico 4 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária no Acre, de 1990 a 2007.



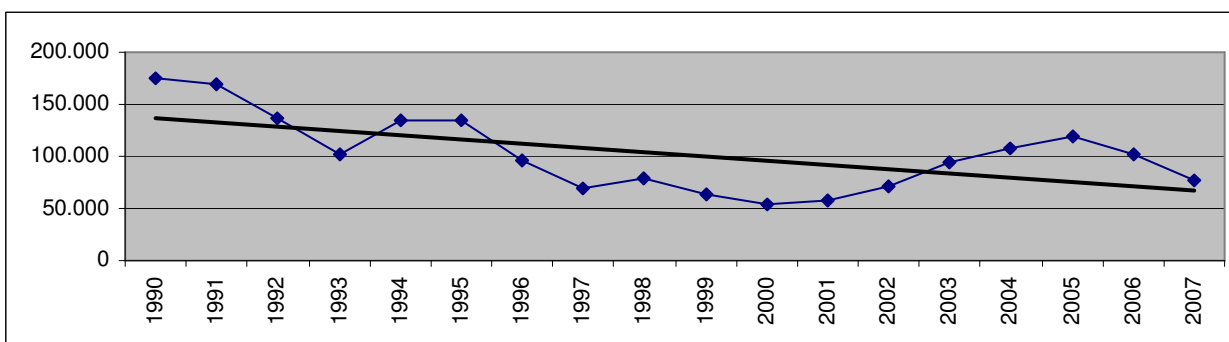
Fonte: Sistema de Informações Gerenciais – SIG/MS

Gráfico 5 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária no Amapá, de 1990 a 2007.



Fonte: Sistema de Informações Gerenciais – SIG/MS

Gráfico 6 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária em Rondônia, de 1990 a 2007.



Fonte: Sistema de Informações Gerenciais – SIG/MS

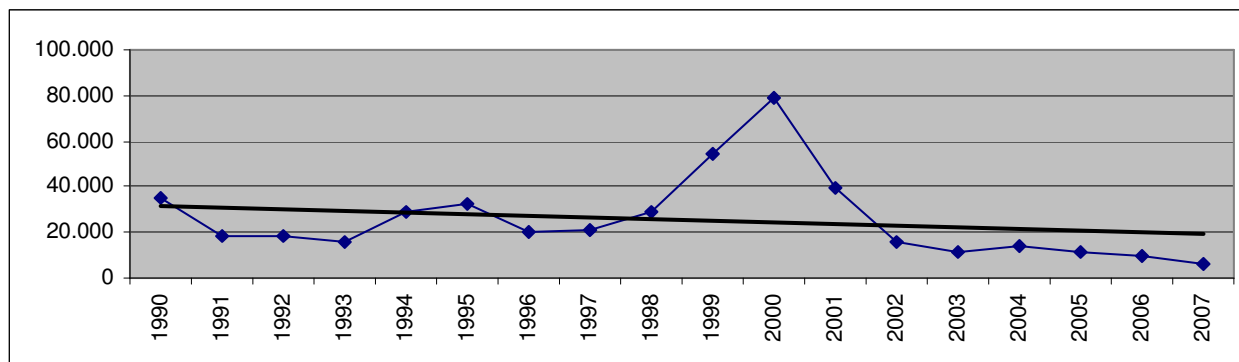
26. O Estado do Amazonas (Gráfico 3) registrou aumento significativo nos casos de malária, ao redor de 550%. Segundo o Coordenador do PNCM, não há fator específico que explique esse aumento. Nos últimos anos, a piscicultura (comum aos estados do AM e AC, Gráfico 5 e Gráfico

4), o intenso processo migratório, a alta rotatividade dos agentes que combatem a malária, a deficiência da gestão local, podem em parte explicar o aumento no registro de casos. Também segundo o coordenador do programa, há tendência de redução de casos a partir do segundo semestre de 2007 e início de 2008. Estes estados, com apoio do Ministério da Saúde, investiram em intensificação das ações de controle da malária de forma mais focalizada em áreas de maior vulnerabilidade, bem como, no fortalecimento do gerenciamento.

27. Outro ponto que chama atenção é a situação de Rondônia (Gráfico 6), que mesmo com queda de 56% continua sendo o segundo estado em números absolutos. Essa situação pode ser considerada preocupante, já que está previsto para 2008 a construção de duas hidrelétricas em Porto Velho - RO, o que provocará aumento no número de casos da doença, conforme estudo de impacto ambiental disponível no site do Ibama.

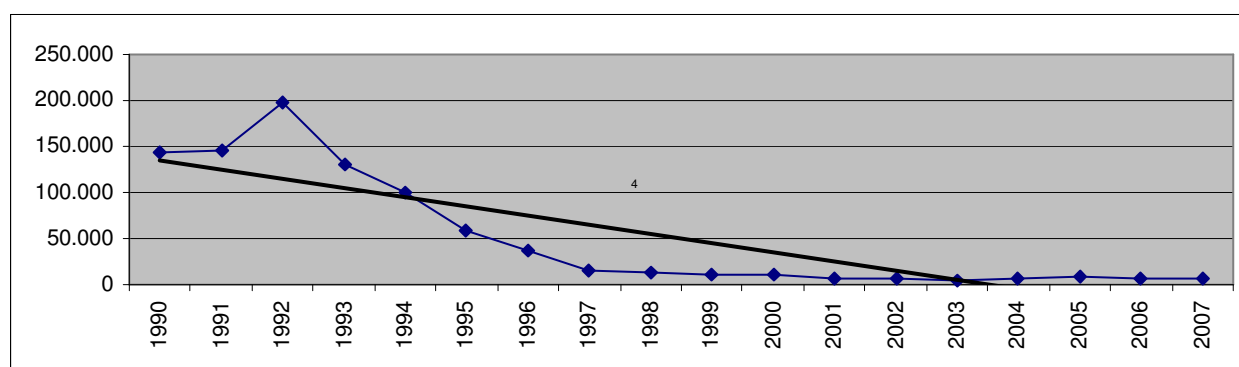
28. Os estados do Maranhão (Gráfico 7), Mato Grosso (Gráfico 8) e Tocantins (Gráfico 9) conseguiram níveis de controle da doença bastante razoáveis, conforme se visualiza nos três gráficos a seguir. Segundo o coordenador do PNCM, o fator ambiental foi determinante nesses estados, que sofreram grandes mudanças em suas fronteiras agrícolas. Além disso, esses estados investiram na capacidade de gestão local após a descentralização das ações de vigilância em saúde, com o fortalecimento de estruturas regionais (MT e MA) e uma forte estrutura de supervisão (TO) capaz de intervir mais rapidamente nos municípios com baixa capacidade de resposta.

Gráfico 7 – Série histórica e linha de tendência de casos de malária no Maranhão, de 1990 a 2007.



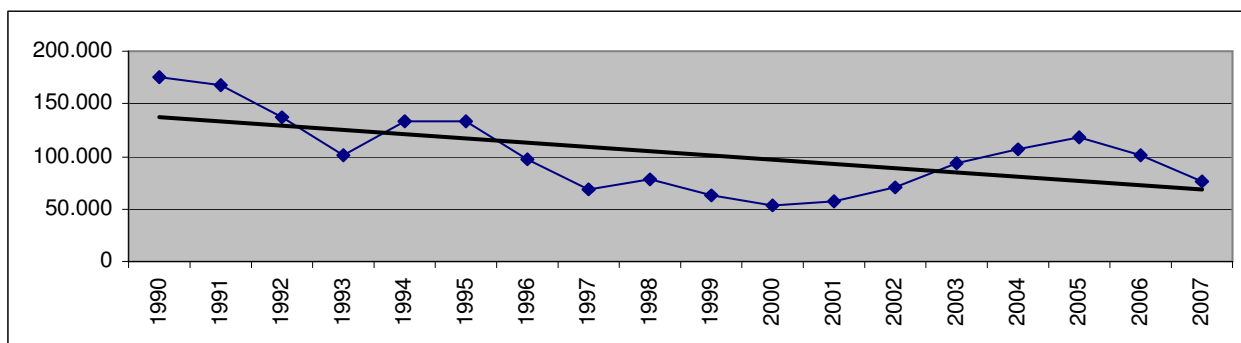
Fonte: Sistema de Informações Gerenciais – SIG/MS

Gráfico 8 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária no Mato Grosso, de 1990 a 2007.



Fonte: Sistema de Informações Gerenciais – SIG/MS

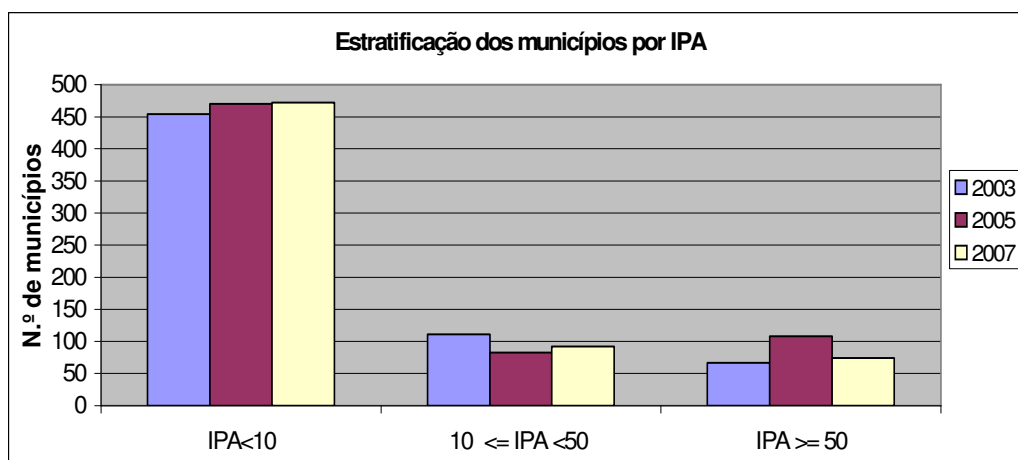
Gráfico 9 - Série histórica e linha de tendência de casos de malária em Tocantins, de 1990 a 2007.



Fonte: Sistema de Informações Gerenciais – SIG/MS

29. Com relação aos municípios da Amazônia Legal, indicador que merece destaque é o número de municípios com IPA maior que 50. Comparando dados de 2003, 2005 e 2007, percebe-se que a situação epidemiológica pouco se alterou, como se verifica no Gráfico 10, já que o número de municípios nos três níveis de estratificação do IPA (IPA<10, 10 < IPA < 50 e IPA>50) permaneceu praticamente o mesmo nesse período.

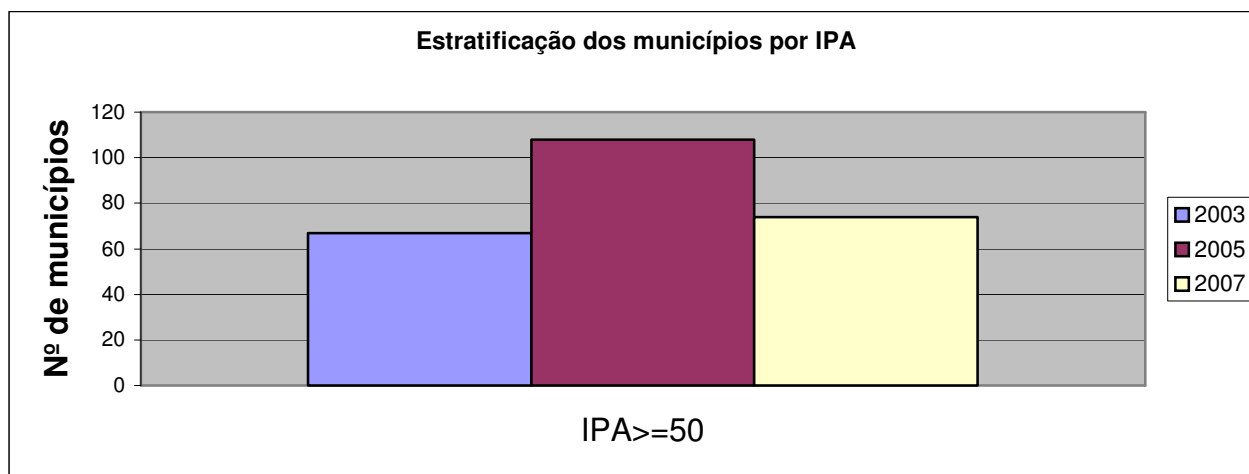
Gráfico 10 – Número de municípios segundo sua estratificação do IPA, em 2003, 2005 e 2007.



Fonte: Sistema de Informações Gerenciais – SIG/MS.

30. Considerando que os municípios com IPA > 50 apresentam mais casos da doença por habitantes, sua evolução pode ser melhor visualizada no Gráfico 11, no qual percebe-se aumento de mais de 10% no número desses municípios.

Gráfico 11 – Número de municípios que apresentaram IPA igual ou superior a 50, em 2003, 2005 e 2007.



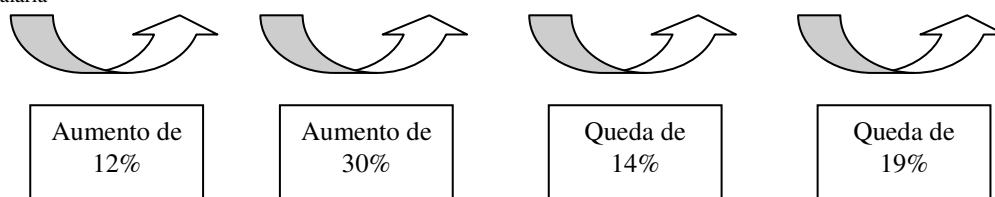
Fonte: Sistema de Informações Gerenciais – SIG/MS.

31. Uma das metas do PNCM é reduzir a Incidência Parasitária Anual por malária (IPA) em 15% em 2003 e em mais 15% nos anos subsequentes, em relação ao ano anterior. Entretanto, de forma geral, o programa não está conseguindo cumprir essa meta, já que o IPA em 2007 ficou bem acima do valor esperado, apesar da sua queda significativa em relação ao ano anterior. A Tabela 2 apresenta os dados do IPA para os anos de 2003 a 2007

Tabela 2 - Incidência Parasitária Anual na Amazônia Legal, de 2003 a 2007. (IPA por mil habitantes)

	2003	2004	2005	2006	2007
IPA	18,3	20,5	26,6	22,9	18,6

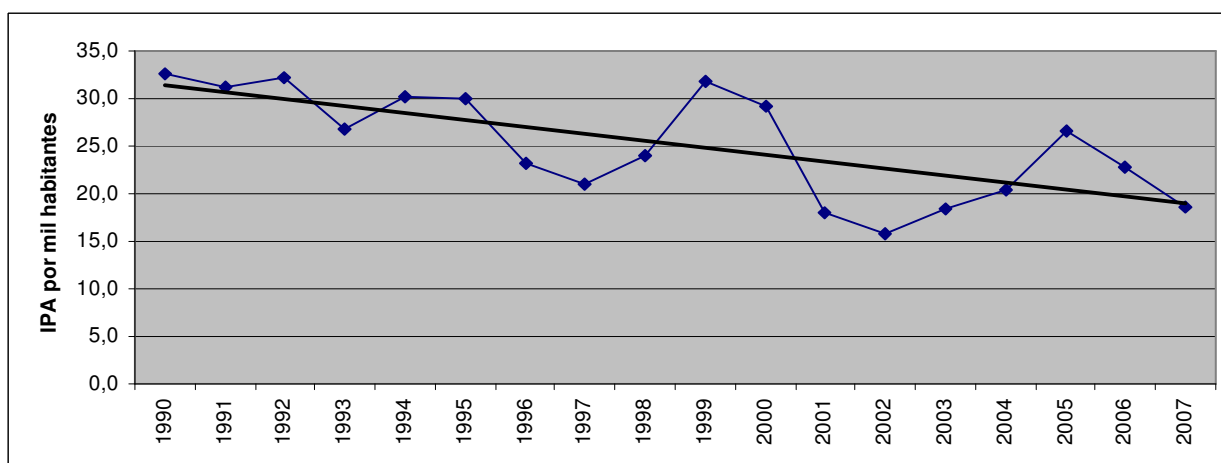
Fonte: Sivep - Malaria



32. Segundo a SVS (Nota Técnica 22/CGPNM/DIGES/SVS/MS, fls. 78/83), a meta de redução do número de casos é revisada e pactuada anualmente, baseada nas indicações da SVS e nas discussões do Grupo Técnico de Vigilância em Saúde da Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Para 2008, houve revisão da meta geral para redução do número de casos, que ficou em 10%. Existem ainda metas por estado, de acordo com sua situação epidemiológica. Inobstante os esclarecimentos da SVS, cabe ressaltar que a Tabela 2 refere-se ao alcance da meta de IPA e não ao número de casos de malária. Esse último número é afetado pela tamanho da população, ao contrário do IPA.

33. O Gráfico 12 abaixo ilustra a evolução do IPA ao longo do período de 1990 a 2007 nos estados da Amazônia Legal. Observa-se tendência de queda no índice ao longo do período, apesar dos aumentos e diminuições cíclicas.

Gráfico 12 – Série histórica e linha de tendência do IPA nos estados da Amazônia Legal, 1990 a 2007.

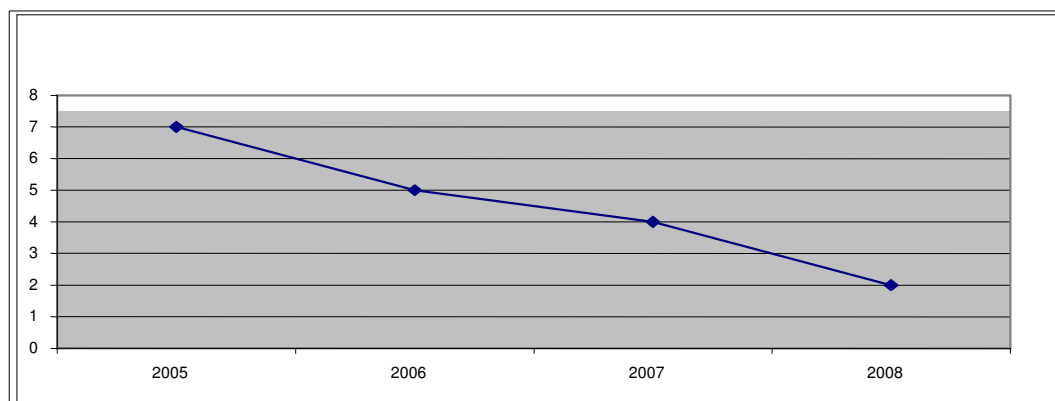


Fonte: Boletim 2008. Situação Epidemiológica da Malária. Ministério da Saúde

34. Indicador que merece análise é a incidência proporcional de casos provocados pelo *Plasmodium falciparum* em relação ao total de casos da doença. Essa espécie parasitária é uma das três que causam malária no Brasil, sendo considerada a mais grave. Um dos objetivos do PNCM é reduzir as formas graves da doença, que provocam mais danos ao doente e gastos com internação ao poder público.

35. De acordo com o documento de lançamento do programa, a modificação da forma parasitária, com crescimento relativo da proporção do *Plasmodium falciparum*, causava preocupação. O Gráfico 13 apresenta o número de estados da Amazônia Legal que possuíam proporções de casos de malária causados por *falciparum* acima de 20%, que é o limite recomendado pela Organização Mundial de Saúde - OMS. Em 2005, dos 9 estados que compõem a região apenas o Maranhão se adequava ao recomendado pela OMS. Com a melhor estruturação da rede laboratorial, ampliação na distribuição dos medicamentos e mudança no esquema de tratamento, houve melhora na situação, que apresenta, até março de 2008, 7 estados cumprindo o recomendado pela OMS.

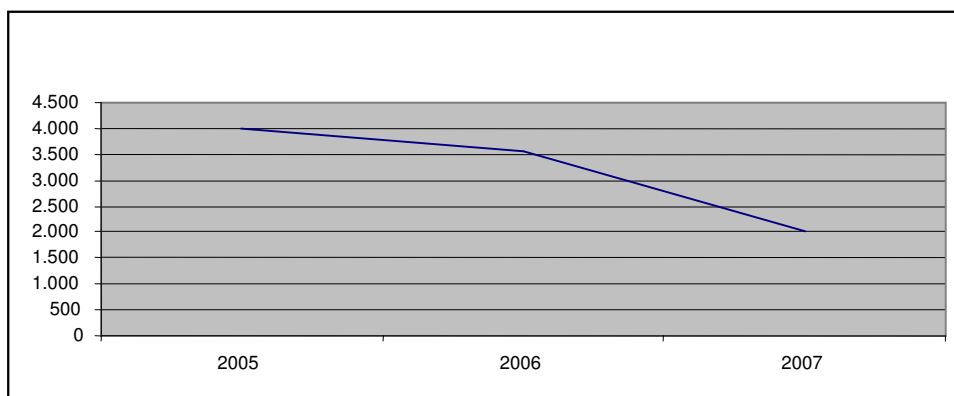
Gráfico 13 - Número de estados da Amazônia Legal com proporção de casos de malária causados por *Plasmodium falciparum* acima de 20%.



Fonte: Sivep – Malária. Atualizado até 01/03/2008

36. Essa queda no número de estados com casos de malária causados por *Plasmodium falciparum* teve reflexos no número de internações causados por essa espécie, como se verifica no Gráfico 14.

Gráfico 14 - Internações de malária causadas por *P. falciparum*, de 2005 a 2007.



Fonte: Sivep – Malária.

37. A redução no número de internações não ocorreu apenas nos casos de malária causados pelo *P. falciparum*, mas também nas internações causadas pelas outras espécies de parasito. Essa redução pode ser verificada na Tabela 3, construída a partir das informações do Sistema de Internações Hospitalares - SIH-SUS/DATASUS, fornecidas pela SVS.

Tabela 3 - Número total de internações por malária, de 1998 a 2007.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
N.º de internações	18.854	20.872	20.830	14.326	11.158	10.253	11.287	12.028	9.490	6.344
Total de casos	471.802	635.654	615.220	389.653	348.259	408.779	464.941	604.145	547.179	457.292
Relação total de internações/total de casos	4,0%	3,3%	3,4%	3,7%	3,2%	2,5%	2,4%	2,0%	1,7%	1,4%
Média de 3,6%										

Fonte: SIH-SUS/DATASUS

38. A partir dos dados da Tabela 4, procurou-se fazer estimativa do valor economizado com internações provocadas por malária. A metodologia utilizada tem como parâmetro a média de internações em 1998 a 2001, já que, a partir de 2002, o número de internações passou a ser influenciado pelo lançamento do PNCM. Trata-se de um exercício que parte do pressuposto que todas as outras condições se mantêm inalteradas, e que o lançamento do programa é, se não o único, o principal fator a influenciar o nível de internações.

39. A Tabela 4 apresenta na primeira coluna o número de internações que efetivamente ocorreram ao longo dos anos de 2002 a 2007. A coluna seguinte mostra o número estimado de internações, caso o percentual médio de 3,6% de internações em relação ao total de casos verificado nos anos de 1998 a 2001 fosse mantido nos anos seguintes. Na terceira coluna está a diferença entre as internações estimadas, caso a média de internações sobre o total fosse mantida, e as internações que

efetivamente ocorreram. Essa diferença resulta em redução de mais de 40 mil internações desde o lançamento do PNCM.

Tabela 4 - Economia com internação por malária, de 2002 a 2007.

	Internações ocorridas	Internações esperadas	Redução de internações	Economia
Média 1998 a 2001	18.721			
2002	11.158	12.537	1.379	R\$ 228.914
2003	10.253	14.716	4.463	R\$ 740.858
2004	11.287	16.738	5.451	R\$ 904.866
2005	12.028	21.749	9.721	R\$ 1.613.686
2006	9.490	19.698	10.208	R\$ 1.694.528
2007	6.310	16.462	10.152	R\$ 1.685.232
Total			41.374	R\$ 6.868.084

40. Segundo estudo em fase de conclusão elaborado pela SVS, o custo médio por internação é de R\$166. Isto significa que, tendo como referência o cenário econômico atual e mantendo-se os preços praticados para o tratamento da malária constantes, a redução no número de internações após a implantação do PNCM resultou em economia de recursos que ultrapassou R\$ 6,8 milhões no período de 2002 a 2007.

3. Baixa integração do PNCM com o Incra e o Ibama no controle da malária em assentamentos e projetos desenvolvimentistas

41. A baixa integração entre o Incra e o Ibama causa diversos problemas e contribui para a manutenção do número de casos da doença em assentamentos e projetos desenvolvimentistas. Apesar da existência de diversos normativos regulando a questão, eles não são cumpridos, dificultando as ações preventivas de controle da malária, sobretudo nas regiões mais afastadas e em projetos desenvolvimentistas.

Diagnóstico da auditoria do TCU em 2003

42. Durante a auditoria, foi verificado que o processo de integração entre os órgãos ainda era incipiente, não atendendo a Portaria Interministerial n.º 2021, de 21 de outubro de 2003. O normativo estabelece a ação integrada do Ministério da Saúde - MS e do Ministério do Desenvolvimento Agrário - MDA na intensificação das ações de controle da malária na Amazônia Legal, definindo como órgãos executores a SVS/MS e o Incra/MDA. Os dois órgãos deveriam promover ações articuladas para implementação de diversas atividades de controle em assentamentos, implantados ou a serem criados, com focos de transmissão da malária. Dentre as atividades, destacam-se a solicitação/emissão do Atestado de Condição Sanitária - ATCS para as áreas de novos assentamentos, a implementação de atividades de diagnóstico, o tratamento e a avaliação da malária, e a promoção de atividades de educação em saúde e mobilização social com as populações acampadas e assentadas.

43. Outra possibilidade de ações integradas ocorre entre a SVS e o Ibama/MMA. A Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama/MMA n.º 286, de 30 de agosto de

2001, dispõe que o licenciamento ambiental de empreendimentos nas regiões endêmicas de malária deve considerar a prévia avaliação e recomendação da SVS acerca do impacto sobre os fatores de risco para ocorrência de casos de malária. Cabe ainda à SVS identificar os municípios localizados nas áreas endêmicas e acompanhar a implementação das recomendações e medidas de prevenção e controle da malária.

44. De acordo com a Resolução Conama, n.º 289, de 25 de outubro de 2001, o Incra, antes de realizar o assentamento de famílias em novos projetos, deveria solicitar à SVS estudo epidemiológico prévio, documento necessário para a emissão das licenças de instalação e de operação nos casos de projetos de assentamento de reforma agrária situados na Amazônia Legal. Contudo, o que se observou é que normalmente esse procedimento não era realizado.

45. Apesar da existência dos normativos citados, que definem procedimentos a serem adotados no licenciamento ambiental em projetos e assentamentos em áreas endêmicas de malária, a auditoria realizada em 2003 verificou que a eficácia da atuação conjunta dos órgãos envolvidos variava muito nos estados, chegando a ser inexistente em alguns casos.

Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa

46. Com o intuito de aperfeiçoar a implementação do PNCM, de forma a priorizar o atendimento a famílias de grupos mais vulneráveis e garantir maior sustentabilidade dos projetos contratados, o Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário recomendou à SVS a adoção das seguintes medidas:

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.

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.

47. Com o objetivo de melhorar a participação do Incra no aperfeiçoamento da implementação do PNCM, o TCU recomendou ao Incra que:

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 n.º 279, de 08 de março de 2001.

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

48. Para aperfeiçoar a participação do Ibama e da SVS nesse mesmo processo, recomendou-se aos órgãos:

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

49. Para aperfeiçoar a participação do Ibama, recomendou-se:

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

Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento

50. A boa articulação institucional entre os órgãos que possuem responsabilidades na condução de qualquer programa de governo é essencial para que sejam alcançados os resultados esperados. Com o diagnóstico e as recomendações feitas pelo Tribunal, aliado ao trabalho da SVS para melhorar essa integração, a percepção atual dos gestores do PNCM, Ibama e do Incra é de que houve avanços importantes nesse campo.

51. Com relação à integração do Incra com a SVS para a criação de mecanismos de diagnóstico rápido da malária em novos projetos de assentamentos (recomendação 9.1.8), algumas medidas foram tomadas.

52. Uma medida de grande importância para o alcance dos objetivos dessa recomendação foi o recadastramento, no Sivep, das localidades dos municípios, por tipo de aglomerado (invasão, assentamento e acampamento). Segundo o relatório do 2º monitoramento, o recadastramento das localidades permitiria identificar de forma mais precisa a situação epidemiológica intramunicipal e permitir o planejamento de ações focalizadas.

53. De acordo com o Ofício n.º 164, de 19 de março de 2008, a SVS afirmou que o recadastramento foi de fato realizado pelos municípios. Como forma de verificar, foram feitas diversas consultas ao Sivep. A Figura 2 e a Figura 3 exemplificam duas delas, nas quais se selecionou o município de Manaus - AM (ano 2006), tendo como filtro a categoria “acampamento”, e o município de Rio Branco – AC (ano 2007), com o filtro “assentamento”.

Figura 2 – Resumo epidemiológico de Manaus/AM em 2006, no aglomerado “acampamento”.

Ministério da Saúde
 SVS Secretaria de Vigilância em Saúde
 DATASUS
 SIVEP-MALÁRIA Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Notificação de Casos

Resumo Epidemiológico
 Malária

Origem dos dados: Local Provável de Infecção
 UF: AM **MUNICÍPIO: MANAUS** **AGLOMERADO (Categoria): Acampamento** Período: 01/01/2006 a 31/12/2006 11/03/2008 17:27

Localidades	Pop.	Total Positivos	IPA	IFA	F	V	F+V	M	O
577 BAIRRO SAO PEDRO - CARBRAS INVASAO (Z. OESTE R-02) - ACAM	9890	99	10,0	20,2	17	79	3	0	0
596 CAMPOS SALES (INVASAO) Z. OESTE R-02) - ACAM	2148	366	170,4	13,1	47	318	1	0	0
584 COM. ISMAIL AZIZ (BR 174 KM 2 R.10) - ACAM	542	424	782,3	11,3	45	376	3	0	0
486 JARDIM MAUA (Z. LESTE R 06 -02) - ACAM	1544	128	82,9	10,2	12	115	1	0	0
594 JESUS ME DEU (Z. NORTE R-01) - ACAM	3200	66	20,6	10,6	7	59	0	0	0
667 NOVA VITORIA (Z. LESTE R 05) - ACAM	10530	631	59,9	7,6	41	583	7	0	0
745 PARQUE CELEBRIDADE (Z. NORTE) - ACAM	1150	33	28,7	12,1	3	29	1	0	0
597 PARQUE DOS GUARANAS (AM-010 KM 19 R 09) - ACAM	600	130	216,7	23,8	31	99	0	0	0
258 PARQUE MAUA (Z. LESTE R 06 -02) - ACAM	6300	45	7,1	6,7	2	42	1	0	0
613 PARQUE RIACHUELO (Z. OESTE R 02) - ACAM	3200	169	52,8	10,7	17	150	1	1	0
768 PARQUE RIACHUELO INVASAO (Z. OESTE) - ACAM	3200	45	14,1	13,3	6	39	0	0	0
614 PONTAL DA CACHOEIRA (Z. OESTE TARUMA R 02) - ACAM	661	227	343,4	19,4	43	183	1	0	0
595 SANTA MARTA - INVASÃO (Z. NORTE R-01) - ACAM	2400	32	13,3	18,8	5	26	1	0	0
Total	45365	2395	52,8	12,4	276	2098	20	1	0

Figura 3 – Resumo epidemiológico de Rio Branco/AC em 2007, no aglomerado “assentamento”.

Ministério da Saúde		SVS		Secretaria de Vigilância em Saúde		DATASUS			
SIVEP-MALÁRIA				Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Notificação de Casos					
Resumo Epidemiológico									
Malária									
Origem dos dados: Local Provável de Infecção				12/03/2008		09:01			
UF: AC	MUNICÍPIO: RIO BRANCO	AGLOMERADO (Categoria): Assentamento	Período: 01/01/2007 a 31/12/2007						
Localidades	Pop.	Total Positivos	IPA	IFA	F	V	F+V	M	O
519 ASSENTAMENTO BOA ÁGUA - PAD	355	1	2,8	0,0	0	1	0	0	0
187 BR-317-C. BAIXA VERDE - PAD. P. PEIXOTO - PAD	90	8	88,9	0,0	0	8	0	0	0
160 LINHA 01 - COLONIA PARANA - PAD	394	2	5,1	0,0	0	2	0	0	0
469 LINHA 01 - RAMAL 3 MARIAS - PAD. ITUCUMA - PAD	722	3	4,2	0,0	0	3	0	0	0
472 LINHA 01 - SANTA MARIA - PAD. BENFICA - PAD	85	2	23,5	50,0	1	1	0	0	0
200 LINHA 01-C. BAIXA VERDE - PAD. P. PEIXOT - PAD	79	1	12,7	0,0	0	1	0	0	0
470 LINHA 02 - RAMAL 3 MARIAS - PAD. ITUCUMA - PAD	96	5	52,1	0,0	0	5	0	0	0
389 LINHA 02 - RAMAL DO G - COLONIA PARANA - PAD	364	2	5,5	0,0	0	2	0	0	0
201 LINHA 02-C. BAIXA VERDE - PAD. P. PEIXOT - PAD	101	11	108,9	0,0	0	11	0	0	0
474 LINHA 03 - COLONIA BENFICA - PAD. BENFICA - PAD	121	1	8,3	0,0	0	1	0	0	0
386 LINHA 03 - COLONIA PARANA - PAD	121	1	8,3	0,0	0	1	0	0	0
471 LINHA 03 - RAMAL ITUCUMA - PAD. ITUCUMA - PAD	219	4	18,3	0,0	0	4	0	0	0
202 LINHA 03-C. BAIXA VERDE - PAD. P. PEIXOT - PAD	30	2	66,7	100,0	2	0	0	0	0
387 LINHA 04 - R. DA PALHEIRA - COL. PARANA - PAD	809	51	63,0	2,0	1	50	0	0	0
321 LINHA 04-C. BAIXA VERDE - PAD. P. PEIXOT - PAD	190	6	31,6	33,3	2	4	0	0	0
525 LINHA 07 PAD ORIENTE - PAD	44	5	113,6	0,0	0	5	0	0	0
153 LINHA B - GLB. FIGUEIRA - PAD. FIGUEIRA - PAD	443	1	2,3	0,0	0	1	0	0	0
439 POLO AGRO-FLORESTAL DOM JAQUIM - PAD	90	1	11,1	0,0	0	1	0	0	0
443 POLO AGRO-FLORESTAL GERALDO FLEMING - PAD	237	1	4,2	0,0	0	1	0	0	0
541 RAM. CASTANHEIRA L. 07 GL. 02 PAD M. MAIA - PAD	22	1	45,5	0,0	0	1	0	0	0
535 RAM. DO RAIMUNDO L. 01 GL. 02 PAD M. MAIA - PAD	60	1	16,7	100,0	1	0	0	0	0
545 RAM. REMANCINHO L. 03 GL. 03 PAD M. MAIA - PAD	31	1	32,3	0,0	0	1	0	0	0
543 RAM. RIO ACRE L. 01 GL. 03 PAD M. MAIA - PAD	105	1	9,5	0,0	0	1	0	0	0
537 RAM. TRÊS PALHETAS L. 03 GL. 02 PAD M. MAIA - PAD	155	1	6,5	0,0	0	1	0	0	0
Total	4963	113	22,8	6,2	7	106	0	0	0

Fonte: SIVEP - Malária

54. A SVS apresentou documento (fls. 372, anexo do TC 001.822/2008-1) no qual consta o número de casos de malária em cada uma das seguintes áreas especiais: assentamento, área indígena, garimpo, área rural e área urbana. Percebe-se que todas essas áreas possuem casos da doença, variando sua proporção de estado para estado. O detalhamento dessas áreas permite concluir que o diagnóstico dos casos de malária nessas localidades está sendo feito, como recomendado pelo Tribunal. A Tabela 5 exemplifica os dados extraídos desse documento com informações dos estados do Amapá e Pará.

Tabela 5 - Casos de malária estratificados por tipo de área, no Amapá e Pará, em 2007.

	Assentamento	Área indígena	Garimpo	Área Rural	Área urbana	Nulo
Amapá	3,7%	9,0%	18,4%	50,2%	17,9%	0,9%
Pará	13,1%	5,4%	8,4%	63,1%	8,9%	1,0%

Fonte: Sivep – Malária, em 12/11/2007. A coluna Nulo significa que não foi possível identificar a localidade onde o paciente foi infectado

55. Além do cadastramento das localidades, outras medidas foram tomadas no sentido de prevenir e controlar os casos de malária em novos projetos de assentamentos. Segundo a gerência do PNCM, foi priorizada a expansão da rede de diagnóstico e tratamento nos assentamentos, inclusive com busca ativa de casos em trabalhadores dos assentamentos. De acordo com o gestor do programa, essa estratégia tem possibilitado a redução de casos de malária. Entretanto, o grande problema ainda é a dinâmica de instalação dos assentamentos, que são precedidos de acampamentos, onde as condições sanitárias são muito precárias, fato que requer grande esforço das equipes de saúde locais.

56. A expansão da rede de diagnóstico é de fundamental importância para que se consiga minimizar os prejuízos provocados pela malária, já que, feito o diagnóstico precoce, o paciente começa o tratamento imediatamente, quebrando a cadeia de transmissão da doença. A expansão da rede laboratorial pode ser confirmada pelo aumento de laboratórios de 1.182, em 2000, para 3.240 em 2007.

57. Outra medida que fortalece a integração entre o Incra e o Ibama com a SVS é a participação de técnicos desses órgãos nas reuniões de avaliação do programa. Segundo o gestor do PNCM, esses técnicos têm participado de maneira efetiva, apresentando contribuições ao trabalho de controle da malária nos projetos de assentamentos e nos projetos desenvolvimentistas na região amazônica. De acordo com a Portaria n.º 59, de 4 de novembro de 2005, há um representante do Incra e outro do Ibama integrando o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do PNCM.

58. Também segundo a SVS, assim que o município toma conhecimento de algum acampamento, os agentes municipais de saúde se dirigem ao local e iniciam as primeiras atividades com o objetivo de prevenir o aparecimento de surtos de várias doenças, entre elas a malária. É nessa situação que se inicia a busca ativa de casos de malária.

59. Entretanto, é preciso levar em consideração que em grande parte dos municípios brasileiros a estrutura das secretarias de saúde é precária, fazendo com que as ações não se realizem no prazo necessário para que as medidas produzam efeito. Além disso, em alguns locais, o gestor municipal procura “ignorar” a presença desses acampamentos, propiciando de fato a ocorrência de grande número de casos da doença.

60. As medidas adotadas pela SVS, como o cadastramento no Sivep dos municípios, por tipo de aglomerado, a expansão da rede de diagnóstico, inclusive com o uso dos testes-rápidos⁴ em localidades onde o diagnóstico laboratorial é mais difícil, como acampamentos e assentamentos, além do uso de busca ativa de casos nesses locais permitem concluir que a recomendação 9.1.8 foi implementada.

61. Ponto importante referente à participação do Incra é o que trata da criação de projetos de assentamentos. A Resolução Conama n.º 387/2006, que revogou a Resolução Conama n.º 289/01, estabeleceu procedimentos para o licenciamento ambiental de projetos de reforma agrária. O art. 3º estabelece que para o licenciamento desses projetos deverão ser obtidas duas licenças ambientais: Licença Prévia – LP e Licença de Instalação e Operação – LIO.

62. Segundo o art. 3º, § 2º, da Resolução Conama n.º 387/06, a LP constitui documento obrigatório e antecede o ato de criação do projeto de assentamento de reforma agrária, tendo prazo para a sua expedição, após seu requerimento, de até noventa dias. Essa licença deverá aprovar sua localização e concepção, sua viabilidade ambiental e estabelecer os requisitos básicos a serem atendidos na próxima fase do licenciamento. De acordo com o Anexo I dessa portaria, a cópia do requerimento da Avaliação do Potencial Malarígeno é um dos documentos necessários para a solicitação da LP.

63. A Portaria SVS/MS n.º 47/06 determina em seu art. 2º que a Avaliação do Potencial Malarígeno seja composta de elaboração de estudos, vistoria técnica, elaboração e emissão de Laudo

⁴Os testes rápidos para o diagnóstico da malária baseiam-se na detecção de antígenos dos parasitos por anticorpos monoclonais, que é revelada por método imunocromatográfico. Comercialmente estão disponíveis em “kits” que permitem diagnósticos rápidos, em cerca de 15 a 20 minutos. Os testes analisados utilizam fitas impregnadas, em pontos diferentes, com anticorpos monoclonal e policlonal contra a enzima desidrogenase láctica (pHDL) do *P. falciparum* e contra a pHDL de todas as quatro espécies do plasmódio causadoras da malária humana.

de Avaliação do Potencial Malarígeno - LAPM, aprovação do Plano de Ação para Controle da Malária, para posterior emissão do Atestado de Condição Sanitária.

64. O LAPM define se a área para implantação do assentamento de reforma agrária e outros empreendimentos apresenta ou não potencial malarígeno e se a implantação, operação e/ou ampliação do empreendimento potencializa os fatores determinantes e condicionantes da transmissão da malária, na área pretendida e áreas de influência. Essa definição é feita com base em estudos protocolados, roteiro de Vistoria para Avaliação do Potencial Malarígeno e Relatório de Avaliação do Potencial Malarígeno, que deve ser acompanhado de um Plano de Ação para o Controle da Malária (Portaria SVS/MS n.º 47/06).

65. De acordo com a Nota Técnica CGPNCM/DIGES/SVS/MS n.º 27 (fls. 96/97), existe grande quantidade de assentamentos pendentes de avaliação do potencial malarígeno. Além disso, a Portaria SVS/MS n.º 47 está sendo revisada para tornar mais efetivo o processo de emissão do LAPM e do ATCS. Por essas razões, a SVS permitiu que os assentamentos cadastrados no Sivep-Malária com casos autóctones de malária no ano de elaboração do laudo ou nos três anos anteriores possam ter seus LAPM emitidos com base em avaliação epidemiológica, com a condição de que sejam avaliados entomologicamente em prazo estipulado pela Secretaria Estadual de Saúde.

66. A nota técnica também enumera algumas recomendações que devem constar no Plano de Ação para o Controle da Malária, como a telagem de portas e janelas, construção de residências com paredes completas e sem frestas, além da realização de exames periódicos para malária nos assentados e profissionais.

67. Após o recebimento da LP, o Incra solicita a Licença de Instalação e Operação - LIO, que autoriza a implantação e operação de projetos de assentamentos de reforma agrária. De posse da LIO, é necessário apresentar o Atestado de Condição Sanitária – ATCS, resultado da avaliação do potencial malarígeno, conforme preconiza o art. 11, § 2º da Resolução Conama n.º 387/06. O art. 11 dessa Resolução estabelece que, nos casos de projetos de assentamentos de reforma agrária situados na Amazônia Legal, o órgão executor do projeto deverá solicitar à SVS/MS, *ou órgão por ela delegado*, a avaliação do potencial malarígeno da área e o respectivo atestado de condição sanitária.

68. Assim, em 13 de dezembro de 2007, a SVS publicou a Portaria n.º 45, na qual delegou às secretarias estaduais de saúde (SES) dos estados da Amazônia Legal a competência para emissão de LAPM e do ATCS, conforme autoriza o art. 11 da Resolução Conama n.º 387/06. Acompanhando a delegação, a portaria definiu recursos para a realização de determinado número de avaliações de potencial malarígeno, sendo R\$ 8.400,00 por avaliação que necessitar do uso de transporte aéreo e/ou fluvial, e R\$ 6.000,00 quando esse tipo de transporte não for necessário.

69. Em 21 de dezembro de 2007, foi publicada a Portaria SVS n.º 3.227 que autorizou repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde para a realização dos laudos de avaliação do potencial malarígeno e emissão dos Atestados de Condição Sanitária. Segundo a SVS, a prestação de contas desses valores acontece quando a SES solicita recursos para a emissão de novos laudos.

70. Essa forma de controle da atuação das SES precisa ser melhorada, já que se prende apenas à questão dos recursos transferidos para realização dos laudos, o que é insuficiente para examinar sua eficiência e eficácia. É preciso que o controle aborde questões qualitativas desses laudos, como, por exemplo, o prazo para sua emissão, além de aspectos mínimos de conteúdo.

71. De acordo com gestores do Incra, essa delegação criou uma dificuldade no processo de prevenção da malária, já que as SES levam muito tempo para realizar essa avaliação, o que contribui

para o aparecimento de surtos da doença nos possíveis locais de assentamentos. Em entrevista, os gestores da SVS discordaram dessa opinião, afirmando que a delegação tem como objetivo acelerar o processo de emissão dos laudos, além de possibilitar maior participação dos estados. Em função de a portaria ser recente, ainda não é possível avaliar se seus resultados são melhores que os da sistemática anterior à delegação. A CGPNCM informou que promoverá novas reuniões entre os gestores dos dois órgãos para melhorar a compreensão sobre o novo procedimento e solucionar eventuais divergências remanescentes da reunião realizada no final de maio de 2008 entre a coordenação do PNCM, SES dos estados da Amazônia Legal e Incra.

72. Apesar de seus esforços de integração, é preciso que a SVS acompanhe de forma mais eficiente a aplicação dos recursos transferidos às SES para a realização das avaliações do potencial malarígeno, em especial dos estados onde as solicitações de novos recursos demorem. Isso porque, a demora em solicitar mais recursos pode indicar que os que foram transferidos não tenham sido usados e, conseqüentemente, os laudos não estejam sendo emitidos.

73. A situação de demora para emissão dos LAPM também havia sido diagnosticada pela Coordenação Geral do PNCM. Na 15ª Reunião de Avaliação do PNCM, em junho de 2007, o Comitê de Acompanhamento do programa recomendou à SVS que oficiasse os secretários de saúde, sugerindo que se reportassem aos órgãos estaduais de meio ambiente sobre a necessidade da emissão do Atestado de Condição Sanitária nos procedimentos de licenciamento ambiental dos empreendimentos em áreas localizadas em região endêmica de malária. Assim, seria conveniente que a SVS pactuasse com as SES dos estados da Amazônia Legal prazo razoável para a emissão dos laudos após sua solicitação.

74. Cabe destacar a atitude da SVS de elaborar, por meio de seus consultores técnicos, guia para avaliação do potencial malarígeno. Esse guia objetiva orientar os técnicos dos estados e municípios para executar atividades de emissão do LAPM. O material apresenta a descrição dos estudos epidemiológicos e entomológicos considerados necessários para a avaliação desse potencial, destacando inclusive os locais para coleta dos vetores.

75. Apesar da iniciativa da SVS de orientar as SES sobre o cumprimento do objeto delegado, é necessário que a Secretaria exerça a fiscalização do cumprimento dessa delegação, para evitar que atrasos injustificados comprometam o processo de licenciamento dos projetos de assentamento e propiciem o aparecimento de surtos de malária nesses locais.

76. Como forma de comprovar que o Incra está solicitando o LAPM, a SVS enviou relação dos projetos de assentamentos para os quais foi solicitado o ATCS no período anterior à Portaria n.º 45/2007 (fls. 49/50 do anexo 2), conforme determina a Resolução Conama n.º 387/06.

77. Assim, a recomendação 9.4.2 relativa à observância aos dispositivos da Resolução 289/01 (revogada e substituída pela Resolução Conama n.º 387/06) foi implementada pelo Incra. No entanto, como reconhecido pelos gestores de ambos os órgãos, a situação de discordância com relação aos avanços normativos no fluxo para emissão dos LAPM e ATCS denota que a parceria entre Incra e SVS não está bem consolidada, precisando ser melhorada para que o atendimento às populações de acampamentos e assentamentos possa ser feito de tal forma que os casos de malária sejam minorados e cheguem a níveis considerados aceitáveis. Assim, conclui-se que a recomendação 9.1.9 foi parcialmente implementada, com relação à parceria entre esses dois órgãos.

78. Outro aspecto referente à participação do Incra no controle da malária diz respeito à comunicação com as secretarias estaduais e municipais de saúde, sempre que o Incra tiver conhecimento de algum acampamento ou invasão, com o objetivo de que as medidas necessárias ao

controle das endemias nessas localidades sejam adotadas, observadas as diretrizes da Portaria Interministerial MS/MDA n.º 279/2001 (recomendação 9.4.1).

79. As principais diretrizes dessa portaria são:

- a) realizar tratamento e manejo ambiental em criadouros de vetores da malária, formados a partir de alterações ambientais provenientes da implantação de assentamentos e de projetos de desenvolvimento da agricultura familiar;
- b) implementar atividades de diagnóstico, tratamento e avaliação da malária nos projetos de assentamentos;
- c) orientar as famílias selecionadas sobre prevenção da malária, bem como incentivá-las para adoção de medidas de proteção individual e familiar, tais como uso de mosquiteiros impregnados, de telas nas portas e/ou janelas.

80. Segundo informações da SVS, quando o município toma conhecimento da localização de algum acampamento, independentemente de qualquer comunicação aos/dos órgãos federais responsáveis, a secretaria municipal de saúde toma as medidas de prevenção e controle compatíveis com sua estrutura de pessoal.

81. Entretanto, muitas vezes essas medidas de prevenção e controle não são suficientes e/ou levam muito tempo para produzir seus efeitos, já que a estrutura das secretarias municipais de saúde de grande parte dos municípios brasileiros é insuficiente para atender à demanda do contingente populacional extra que forma os acampamentos.

82. Em entrevista, gestores do Inkra informaram que, via de regra, os municípios são os primeiros a saber quando ocorre algum acampamento ou invasão em determinada localidade do seu território. Isso ocorre pelo simples fato de que o Inkra possui representação em apenas 30 municípios brasileiros. Além disso, a alta dinâmica de migração dessas populações favorece o seu acompanhamento pelos municípios, e não pelo Inkra, o que propicia a comunicação no sentido inverso ao proposto na recomendação.

83. Assim, pela sistemática de conhecimento dos acampamentos/invasões ser mais favorável aos municípios, em função da pequena capilaridade do Instituto, conclui-se que a recomendação 9.4.1 deixou de ser aplicável.

84. Com relação à participação do Ibama no processo de controle e prevenção da malária, o Tribunal fez duas recomendações (9.5 e 9.6). Uma delas foi no sentido de se criar mecanismos que pudessem permitir 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 encontrassem em tratamento.

85. Em reunião com gestores do licenciamento ambiental no Ibama, foi informado que, do ponto de vista do licenciamento ambiental, o Ibama consulta a SVS e procura incorporar na licença as recomendações feitas por aquele órgão. Isso aconteceu para a Licença Prévia - LP do complexo hidrelétrico do Rio Madeira, para a qual a SVS recomendou que fossem feitos testes periódicos com os operários da obra para evitar que pessoas não tratadas permaneçam no local e renovem o ciclo da malária.

86. Em função dessa informação, questionou-se a SVS se essa era uma recomendação comum. A SVS informou que ela é feita para todos os empreendimentos sujeitos ao licenciamento ambiental na Amazônia Legal, visando à proteção da saúde do trabalhador e da comunidade.

87. Segundo o gestor do PNCM, as recomendações feitas pela SVS visam prevenir casos de malária e tratar adequadamente os pacientes com resultado positivo. Entretanto, jamais dificultar a entrada de trabalhadores no empreendimento. Outras medidas importantes referem-se à educação em saúde para proteção individual e coletiva, utilização de roupas adequadas, telagem de portas e janelas das casas, uso de repelentes, borrifação intradomiciliar, manejo ambiental de criadouros, diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado.

88. O objetivo da recomendação foi alcançado, já que os exames periódicos realizados evitam que os operários que estejam contaminados e que não se encontrem em tratamento, perpetuem o ciclo da doença, propiciando a contaminação de outros saudáveis. Assim, conclui-se que a recomendação 9.5 foi implementada.

89. A outra recomendação foi para que o Ibama atentasse ao disposto na Resolução Conama n.º 286/01, de forma a garantir o atendimento às populações que, por suas características situam-se em risco potencial com relação à malária.

90. O art. 2º dessa resolução determina ao Ibama 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 acerca do seu impacto sobre os fatores de risco para ocorrência dos casos de malária.

91. Apesar da competência para fazer essa avaliação ter sido transferida da Funasa para a SVS, com a publicação da Portaria MS n.º 4.726/03, que criou a Secretaria de Vigilância em Saúde, a determinação permanece válida.

92. Segundo o Ibama, a consulta à SVS ocorre na etapa de definição do Termo de Referência TR e/ou de análise do Estudo de Impacto Ambiental e respectivo Relatório de Impacto Ambiental do empreendimento. Assim, o Ibama solicita ao empreendedor, via condicionantes de licença, os estudos e programas recomendados pela SVS, para que sejam realizados conforme as recomendações do Ministério da Saúde. A Tabela 6 relaciona os empreendimentos licenciados pelo Ibama na Amazônia Legal, de 2005 a 2007.

Tabela 6 - Empreendimentos licenciados pelo Ibama na Amazônia Legal e que foram objeto de avaliação pela SVS, no período de 2005 a 2007.

Empreendimento	UF
Usinas hidrelétricas - UHE de Santo Antônio e Jirau no Rio Madeira	RO
UHE Belo Monte	PA
UHE Tabajara	RO
UHE São Manoel	MT e PA
Rodovia BR-163	MT e PA
Rodovia BR-230	PA
Rodovia BR-156	AP
Ponte do Oiapoque	AP
Rodovia BR-319, entre Manaus e Porto Velho	RO
Rodovia BR-317	AM
Rodovia BR-158	MT
Estrada de Ferro Carajás – diversos trechos	

93. As informações permitem concluir que o Ibama está cumprindo a Resolução Conama n.º 286/01, ao solicitar as avaliações da SVS e incorporar suas recomendações ao longo das fases do licenciamento ambiental. Assim, conclui-se que a recomendação 9.6 foi implementada.

4. Participação da Funasa no controle da Malária

94. Este capítulo aborda três questões levantadas durante a realização da auditoria em 2003: o problema da aposentadoria dos agentes da Funasa e a possível perda de seus conhecimentos acumulados; a existência de criadouros do mosquito em áreas não contempladas com recursos para obras de manejo e de drenagem devido, a escolha de índice não adequado para seleção dos municípios contemplados com tais recursos; e o sucateamento de bens móveis e imóveis cedidos pela Funasa, contrariando dispositivos legais.

Diagnóstico da auditoria do TCU em 2003

95. A auditoria realizada pelo TCU verificou que a maior parte dos agentes da Funasa cedidos a estados e municípios completaria tempo para a aposentadoria em poucos anos. Essa aposentadoria poderia levar a perda de conhecimento acumulado, pois esses servidores detinham bastante experiência em ações de controle da malária, acumulada, regra geral, em trabalhos de campo. Vários destes servidores ocupavam cargos estratégicos para o andamento das ações de controle, como coordenadores de endemias nos municípios. Destarte, era necessário elaborar estratégia de repasse dos conhecimentos aos envolvidos nas ações de controle da malária e de reposição de pessoal.

96. Outro problema examinado pela auditoria era a existência de criadouros do vetor da malária, facilitada pelas condições ambientais da região, em municípios não contemplados com apoio técnico, financeiro ou material para prover a sua eliminação. A Funasa celebrava convênios para execução de obras de saneamento ambiental com municípios identificados pelos critérios de elegibilidade e prioridade⁵ estabelecidos pela Portaria Funasa/MS n.º 1, de 2 de janeiro de 2002. Ambos os critérios não contemplavam os municípios com valores baixos de IPA em que se identificassem possibilidades reais de surto epidêmico. Mesmo que os convênios fossem celebrados, correr-se-ia o risco de não haver tempo hábil para atender os municípios, de forma a prevenir os surtos, haja vista o tempo demandado entre a assinatura do convênio e a implementação da obra. Era necessário então pensar em critérios alternativos para situações de maior urgência, uma vez que a anualidade de cálculo do IPA retardava a atualização da lista dos municípios prioritários.

97. A auditoria tomou conhecimento da existência de desvio de finalidade no uso de veículos em alguns municípios, veículos parados por falta de manutenção ou combustível e a existência de microscópios que não se encontravam em condição de uso por falta de manutenção, contrariando a Instrução Normativa Funasa/MS n.º 04, de 17 de julho de 2000, que 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.

98. Conforme aquele dispositivo, o estado ficaria responsável, mediante contrato de comodato, pelos bens móveis e imóveis da Funasa localizados nos municípios que não estavam certificados. Os referidos bens seriam cedidos ao município, após sua certificação, por meio de sub-

⁵ Critério de elegibilidade: município com transmissão urbana autóctone da malária, cuja transmissão esteja associada com criadouros do vetor em coleções de água resultantes de drenagem inadequada. Critérios de prioridade: 1) município com maior população; 2) município com maior (IPA); 3) município com maior proporção de casos de malária por Plasmodium falciparum.

rogação ao contrato de comodato celebrado entre a Funasa e o estado. O contrato de comodato, com vigência de 60 (sessenta) meses, a partir da publicação no Diário Oficial da União, obrigava o comodatário a zelar pela perfeita conservação dos bens cedidos; a não transferi-los a terceiros; bem como utilizá-los apenas em ações na área de saúde. Registre-se ainda que a norma impunha responsabilidade exclusiva ao comodatário pela aquisição dos insumos indispensáveis ao funcionamento dos bens móveis e imóveis cedidos.

Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa

99. Com o intuito de aperfeiçoar a implementação do PNCM, de forma a evitar a perda de conhecimento estratégico sobre malária com a aposentadoria dos agentes da Funasa cedidos aos municípios, o TCU recomendou o seguinte à SVS (Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário):

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.

100. Com o objetivo de permitir o atendimento a municípios que não estivessem entre os prioritários para receber recursos para obras de drenagem e manejo ambiental, mas que possuíssem possibilidades reais de surtos de malária, recomendou-se à Funasa:

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.

101. Para evitar o desvio de finalidade no uso dos bens cedidos pela Funasa, além da sua deterioração em virtude da falta de manutenção, o TCU determinou o seguinte à SVS:

Determinação 9.2.1 observe a Instrução Normativa FUNASA/MS n.º 04, de 17 de julho de 2000, a qual estabeleceu procedimentos para a cessão de bens móveis e imóveis, utilizados nas atividades de epidemiologia e controle de doenças, a estados e ao Distrito Federal, além de cobrar dos estados o acompanhamento da utilização dos veículos transferidos aos municípios.

Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento

102. A SVS informou que realizou levantamento sobre a expectativa de aposentadoria dos agentes de endemias cedidos aos municípios envolvidos com o programa em 2007. Esse levantamento foi previsto no art. 26 da Portaria n.º 1172, de 15 de junho de 2004:

Art. 26. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão informar à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde a evolução da força de trabalho cedida pelo Ministério da Saúde, considerando, dentre outros, os seguintes aspectos:

I - aposentadoria de servidores;

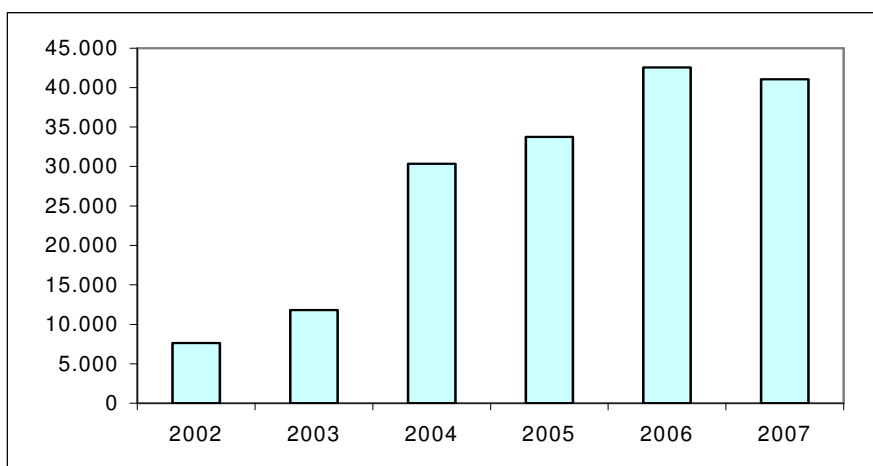
103. Os dados do levantamento informam que existem 1.996 servidores com mais de 60 anos de idade e 105 já recebendo abono de permanência, do total de 25.335 servidores cedidos aos estados e municípios para as ações de controle de endemias.

104. Segundo a Nota Técnica n.º 33, de 18 de março de 2008, os municípios estavam providenciando a reposição de pessoal:

a força de trabalho exclusiva da Funasa já não era suficiente para realizar as atividades de vigilância em Saúde, inclusive o controle da malária. Esse fato pode ser comprovado no Sivep-Malária, com o cadastramento de mais de 42 mil agentes contratados pelos estados e municípios para atuarem nas ações de prevenção e controle da malária. (...) esse quantitativo é muito significativo, uma vez que, no ano de 2000, foram descentralizadas pela Funasa para os estados e municípios da Amazônia Legal pouco mais de 7 mil agentes.

105. Com as informações do levantamento, a SVS poderá traçar, juntamente com estados e municípios, estratégias de reposição do pessoal à medida que estes se aposentarem. É importante ressaltar que o número de servidores que trabalham no combate a endemias, entre elas a malária, vêm crescendo, conforme se verifica no Gráfico 15.

Gráfico 15 - Evolução no número de agentes dos três esferas de governo trabalhando no controle da malária, de 2002 a 2007.



Fonte: SVS/MS.

106. Segundo informações do gestor do PNCM, esse aumento se deve à estruturação dos estados e municípios para combater a malária, por meio de várias ações, entre elas a contratação de pessoal. Para se comprovar essa estruturação, o número de servidores das 3 esferas de governo que trabalhavam no combate a malária, em 2003, era de 11.796. Em março de 2008, o número de servidores era de 41.076 (fl. 351, anexo do TC 001.822/2008-1)

107. A realização desse levantamento, aliado às estratégias de capacitação que estão sendo executadas pela SVS, deve permitir aos municípios planejar a assunção de forma plena do combate às endemias, sem que a aposentadoria dos agentes da Funasa signifique redução de pessoal e perda de conhecimento. Assim, conclui-se que a recomendação 9.1.11 foi implementada.

108. A outra parte dessa recomendação diz respeito ao repasse de conhecimentos, capacitação e reposição de pessoal. Essa parte da recomendação havia sido considerada implementada no monitoramento anterior, quando a SVS, em 2004, promoveu a capacitação de 2.705 profissionais para atuarem em ações de prevenção, diagnóstico e controle da malária. Além disso, ampliou a clientela do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - PROFORMAR, o que permitiu que o treinamento fosse oferecido aos servidores das secretarias estaduais e municipais de saúde.

109. A SVS deu continuidade ao processo de capacitação, oferecendo diversos cursos de 2005 a 2007. Foram capacitadas mais de 19 mil pessoas em cursos, como diagnóstico laboratorial de malária, revisão de lâminas e controle de qualidade e curso de epidemiologia aplicada à gestão. Os

números específicos de capacitados podem ser verificados no Apêndice A – Relação dos cursos de capacitação realizados pela SVS, de 2005 a 2007.

110. Em função da continuidade das medidas realizadas pela SVS com o objetivo de capacitar e formar pessoas na prevenção e controle da malária, conclui-se que essa parte da recomendação 9.1.11 também foi implementada.

111. A recomendação 9.3, referente à revisão dos mecanismos de seleção dos municípios para receberem obras de manejo e drenagem ambiental, estabelecidos pela Portaria Funasa/MS n.º 1/2002 foi considerada implementada no monitoramento anterior. Isso ocorreu em virtude da publicação da Portaria n.º 106, de 4 de março de 2004, na qual os critérios de elegibilidade e prioridade passaram a ser essencialmente indicativos, ao contrário da norma anterior, na qual os critérios eram obrigatórios.

112. O critério de elegibilidade significa que, para receber recursos de drenagem e manejo ambiental, o município deve apresentar transmissão urbana autóctone da malária associada com criadouros do vetor em coleções de água resultantes de drenagem inadequada. Esse critério é necessário porque o município pode apresentar alta transmissão de malária em razão da existência de criadouros de outros tipos, como tanques para piscicultura e caixas d'água sem tampa.

113. Atendido esse critério, passam-se aos critérios de prioridade. São eles: 1) município com maior população; 2) município com maior IPA; 3) município com maior proporção de casos de malária por *P. falciparum*.

114. A recomendação feita pelo Tribunal era no sentido de possibilitar a outros municípios que, apesar de elegíveis mas não-prioritários, recebessem obras de drenagem. Isso porque o atendimento ao critério de elegibilidade é essencial.

115. Assim, a publicação da Portaria n.º 106, de 4 de março de 2004 significava que o Departamento de Engenharia em Saúde - Densp, responsável pela execução da ação, não precisaria seguir obrigatoriamente a lista com os municípios a serem contemplados com obras de manejo e drenagem ambiental, elaborada pela SVS. Essa mudança na legislação permitiu à Funasa incluir outros municípios ou até mesmo vetar aqueles nos quais não existia risco de transmissão urbana autóctone.

116. Entretanto, em 14 de agosto de 2007, a Funasa publicou a Portaria n.º 839, alterando os critérios para recebimento de recursos para obras de drenagem e manejo ambiental. De acordo com o art. 2º, os municípios constantes do Anexo 1 da portaria foram selecionados com base nos critérios estabelecidos pela SVS, levando em consideração os 6 estados brasileiros que concentravam 97% dos casos de malária, e os 5 municípios com o maior número absoluto de casos em cada estado selecionado.

117. Segundo o gestor do PNCM, que trabalhou em conjunto com a Funasa para a edição da Portaria n.º 839/07, seu objetivo é reduzir ao máximo o número absoluto de casos de malária na Amazônia como um todo. Dentre as medidas possíveis, uma delas é a realização de obras de drenagem e manejo ambiental nos municípios que ocupam as primeiras posições em número absoluto de casos. Também segundo o gestor do programa, essa relação não exclui outros municípios que, durante o transcorrer do ano, necessitem receber recursos para esse tipo de obra.

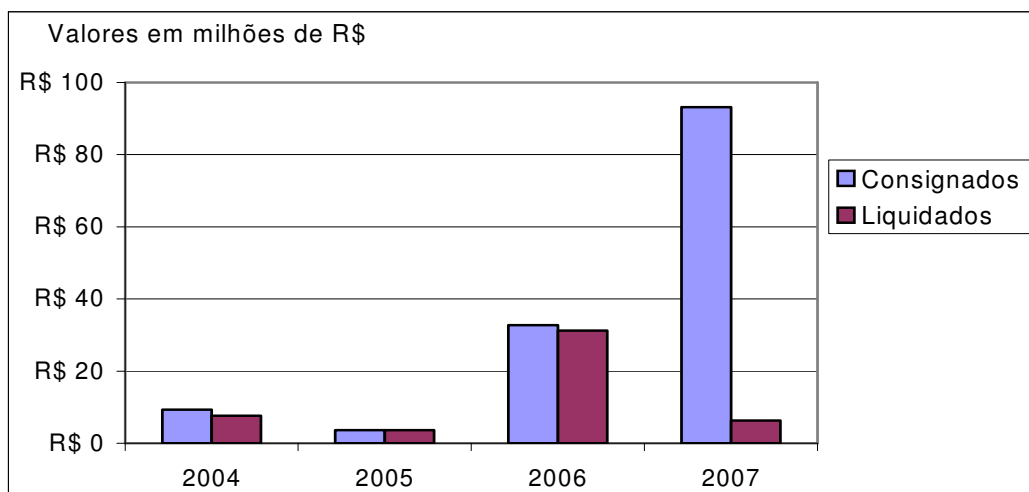
118. O novo critério adotado pela Portaria n.º 839/07 permite repetir as situações criadas pela aplicação dos critérios de prioridade da Portaria Funasa/MS n.º 1/2002. Segundo a portaria de 2002, um município com população muito grande e pequena transmissão causada por drenagem inadequada poderia receber os recursos que poderiam ser alocados em outro município que tivesse pequena

população, mas grande número de locais com drenagem inadequada. Na atual portaria, os municípios prioritários são aqueles com maiores números de casos de malária, o que também pode provocar distorção, já que, não necessariamente, a causa da malária é a drenagem inadequada nos municípios selecionados. Além disso, não está claro na Portaria Funasa n.º 839/2007 a possibilidade de inclusão de município que não conste da lista de selecionados para receber recursos para as já citadas obras.

119. Apesar de os critérios de priorização poderem ser aperfeiçoados, as mudanças realizadas pela SVS e Funasa para a seleção dos municípios que receberão os recursos para obras de drenagem e manejo ambiental denotam que os gestores estão continuamente avaliando a melhor forma de seleção desses municípios. A mudança do critério populacional da Portaria Funasa/MS n.º1/2002 para o de número de casos de malária é um avanço. Além disso, a portaria restringe o financiamento a locais de criadouros do vetor da malária. Sendo assim, conclui-se que a recomendação 9.3 foi implementada.

120. A título de informação, o Gráfico 16 apresenta a execução orçamentária da ação 3883, Drenagem Urbana Sustentável, de responsabilidade da Funasa. De acordo com o cadastro de ações, do Ministério do Planejamento, sua finalidade é implantar e melhorar os serviços de drenagem e manejo ambiental, visando à prevenção e controle da malária, em aglomerados urbanos, em municípios localizados em áreas endêmicas de malária com transmissão urbana autóctone. O ano de 2006 pode ser considerado o melhor em termos de execução orçamentária, já que o crescimento nos créditos consignados para a ação foi acompanhado pela liquidação desses recursos, ao contrário de 2007. A baixa execução em 2007, se deveu ao fato de a ação ter sido inserida no Programa de Aceleração do Crescimento - PAC e somente ter sua programação aprovada pela Casa Civil em novembro/2007.

Gráfico 16 - Execução orçamentária da ação 3883, Drenagem Urbana Sustentável, de 2004 a 2007.



Fonte: Banco de dados da Câmara dos Deputados.

121. Essa situação de baixa execução da ação de drenagem e manejo ambiental em 2007 não era de conhecimento da SVS, como informado pelo gestor do PNCM.

122. Com relação ao acompanhamento dos bens móveis e imóveis cedidos pela Funasa e utilizados nas atividades de epidemiologia e controle de doenças, a SVS argumentou que é uma

instância técnica, que não possui estrutura administrativa para fazer esse tipo de acompanhamento. A medida que têm sido adotada é a solicitação de averiguação por parte das Secretarias Estaduais de Saúde, órgãos gestores do SUS⁶ na esfera estadual,

⁶ Sistema Único de Saúde.

particularmente quando são detectados problemas nos municípios objeto de auditoria nos sorteios promovidos pela Controladoria Geral da União. Nos casos mais complexos, o procedimento têm sido demandar auditorias específicas do DENASUS⁷, Departamento do Ministério da Saúde que tem essa competência legal. (fls. 91)

123. Afirmou também que seu corpo técnico é reduzido (19 servidores) e voltado para questões técnicas. O desvio desses servidores para atender a demandas de acompanhamento poderia implicar em não-cumprimento das suas responsabilidades de avaliação finalística.

124. Para comprovar a estratégia adotada solicitou-se à SVS documentação que permitisse entender com mais profundidade os mecanismos utilizados. Foram então encaminhadas notas técnicas sobre constatações de auditorias da Controladoria Geral da União – CGU (fls. 51 a 70, anexo 2), nos quais há constatações relativas à utilização de bens cedidos a municípios, em especial de veículos, acompanhados de Ofícios emitidos pela SVS e de respostas das SES a esses ofícios.

125. O fluxo dessa estratégia é descrita a seguir. Após a auditoria da CGU, os relatórios de fiscalização com as constatações são enviados ao Ministério da Saúde. As questões específicas da SVS inseridas nesses relatórios são remetidas para a Diretoria Técnica de Gestão. De posse desse relatório, a Diretoria redige Nota Técnica na qual aborda as constatações levantadas e a encaminha à SES, por meio de Ofício, no qual solicita supervisão no município fiscalizado. Além disso, estipula prazo para o envio de relatório informando as providências tomadas. Essa mesma Nota Técnica é encaminhada ao Assessor de Controle Interno do Ministério da Saúde que a remete à CGU, para conhecimento das providências que estejam sendo tomadas.

126. A título de ilustração, a seguir, reproduz-se trecho do relatório de fiscalização no município de Olho D'água do Casado/AL, onde foi constatado que veículo destinado a atividades de epidemiologia estava sem uso por falta de manutenção.

1.2.12 – Constatação:

Único veículo disponível para as ações do Programa parado devido à falta de manutenção.

Fato:

O único veículo disponibilizado para as ações do Programa de Epidemiologia e Combate a Doenças, Fiorino de placa MUR-0694, encontra-se sem condições de uso devido à falta de manutenção mecânica, prejudicando as ações do referido programa.

127. Como resultado desse relatório, a SVS encaminhou Ofício n.º 3818 à SES/AL solicitando supervisão para análise e solução dos problemas identificados, com prazo de 45 dias para resposta (fls. 302 a 320, anexo 2).

128. Nos casos em que a atuação da SES é inócua ou a situação encontrada é mais complexa, o MS aciona o DENASUS, para que esse realize auditorias específicas e solucione a irregularidade verificada. Como forma de comprovar a atuação do DENASUS, cita-se o exemplo de municípios de Mato Grosso, Maranhão, Rondônia, Paraná, São Paulo, Tocantins e Minas Gerais, para os quais foram solicitadas auditorias específicas. (fls. 73, anexo 2)

129. A documentação encaminhada pela Diretoria Técnica de Gestão da SVS confirma que de fato os veículos são vistoriados quando das fiscalizações feitas pela CGU e que as secretarias estaduais de saúde são cientificadas das constatações apontadas e cobradas para exercerem suas responsabilidades.

⁷ Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde.

130. Não há elementos definitivos no escopo desta análise para concluir se a estratégia adotada consegue efetivamente suprir a falta de pessoal da SVS para essa função. Mas há elementos suficientes para demonstrar que o gestor tomou medidas que estavam a seu alcance no intuito de resolver os problemas apontados, dentro das limitações de sua atuação e poder. Considera-se assim que a determinação 9.2.1 cumprida.

5. Ações de orientação e mobilização dos gestores envolvidos com o controle da malária

131. Este capítulo discorre sobre as medidas que devem ser adotadas pelos gestores com o objetivo de aperfeiçoar as medidas de combate à malária, integrando estados e municípios, bem como de melhorar o atendimento médico prestado às famílias cobertas pelo programa. Também aborda a questão da educação em saúde como uma das formas de combate à doença e sugere a utilização do IPA intramunicipal, como forma de melhor planejar as ações de prevenção e controle da malária.

Diagnóstico da auditoria do TCU em 2003

132. A auditoria do TCU realizada em 2003 verificou que era baixo o nível de conscientização dos gestores acerca da necessidade de diagnóstico rápido e tratamento tempestivo dos doentes. Observou-se falha na realização dos exames e no acompanhamento dos doentes, sobretudo devido à falta de estrutura em assentamentos e invasões visitados. Alguns desses locais não contavam com postos de saúde ou de coleta de lâminas e, como muitas vezes não havia estradas de acesso, os agentes comunitários de saúde ou de endemia precisavam caminhar mais de 10 km para visitar moradores. Também se constatou ser inexistente o uso de trabalho voluntário realizado por pessoas da própria comunidade, apesar do interesse demonstrado por membros das comunidades e gestores locais.

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

134. Em geral, os coordenadores informaram que havia necessidade de se manter as ações de conscientização junto aos gestores, sobretudo nos municípios, para que estes mantivessem as ações de controle da malária na pauta de prioridades, sobretudo no que se refere às ações de vigilância.

135. Destacou-se também o desconhecimento da população sobre a doença, um dos fatores que dificultava a melhoria dos indicadores relacionados à malária. Em decorrência desse fator, ações de educação em saúde para conscientizar a comunidade eram imprescindíveis. Conforme o documento da Funasa “Estruturação das Atividades de Educação em Saúde no âmbito do SUS⁸”, a educação em saúde é:

um componente e um recurso a ser utilizado em todas as estratégias no âmbito da promoção da saúde, acreditando que ela colabora decisivamente, ao lado de outras ações técnicas, normativas e políticas, na consecução da qualidade de vida da população.

136. Foi observado, à época, que não existia padrão, ou planejamento centralizado das ações de educação em saúde a serem promovidas. Conforme diretrizes do PNCM, as atividades de combate à malária deveriam observar as especificidades epidemiológicas locais. Por isso, seria importante que

⁸ Sistema Único de Saúde.

houvesse acompanhamento sistemático das ações educativas, a fim de garantir a qualidade do processo, por meio de informações sobre as características culturais e econômicas da localidade, as condições ecológicas e sazonais, além das peculiaridades dos vetores existentes na região.

137. Sobre o planejamento das ações de prevenção e controle, constatou-se que a utilização do índice IPA precisava ser aprimorada, porque era calculado para o município como um todo, não levando em consideração as variações dentro das localidades do município. Isso gera o chamado “efeito-diluição”, já que, quando calculado para um município, irá abranger toda a população, inclusive a submetida a baixo risco de contrair a doença, retardando o trabalho nas áreas onde o atendimento aos grupos populacionais deveria ser ampliado, tais como os agrupamentos populacionais mais isolados – assentados, quilombolas, indígenas, acampados, como mais suscetíveis à malária que os demais segmentos populacionais.

138. Importante constatação da auditoria referia-se à necessidade de manter as ações de conscientização dos gestores para que dessem sustentabilidade política e gerencial à estruturação e ao suporte das ações de vigilância e controle da malária, de forma que se diminuísse a “exportação” de casos da doença de estados e municípios com atuação deficitária, para outros cuja atuação era mais efetiva.

139. A auditoria identificou como boa prática o envio de relatórios da SVS aos secretários estaduais de saúde, contendo informações sobre a situação da malária em seus estados, logo após as reuniões de avaliação do PNCM. O TCU entendeu que essa prática poderia ser estendida aos municípios, como forma de melhor planejar as ações de prevenção e controle da malária.

Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa

140. Com o intuito de aperfeiçoar a implementação do programa, por meio da conscientização dos gestores sobre a importância das ações de prevenção, educação em saúde, diagnóstico e controle da malária, o TCU recomendou o seguinte à SVS (Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário):

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.

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.

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

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 é mais efetiva.

Recomendação 9.1.12. oriente as coordenações estaduais de endemias para que estas reproduzam a sistemática de envio de informações aos gestores incumbidos das ações de

controle da malária, com dados comparativos sobre a evolução dos indicadores da doença, a fim de manter a vigilância e o controle da malária na pauta de prioridades municipal, além de garantir maior envolvimento dos secretários de saúde no alcance e na manutenção das metas estabelecidas.

Situação encontrada pelo TCU durante o presente monitoramento

141. Com relação à oferta de serviço de diagnóstico rápido (Recomendação 9.1.1), a SVS informou que realizou a licitação para aquisição de 380 microscópios e 50.000 testes rápidos, conforme mencionado no Plano de Ação (Nota Técnica nº 81/DIGES/SVS/MS). Esses instrumentos são imprescindíveis para o diagnóstico laboratorial rápido e preciso, sendo um dos aspectos-chave para o tratamento adequado e oportuno dos casos de malária (Apêndice B – Relação de testes rápidos e microscópios distribuídos, de 2005 a 2007).

142. Outro aspecto que vai ao encontro da recomendação feita pelo TCU é o relativo à possível utilização dos chamados testes-rápidos. Com o objetivo de ganhar respaldo científico, o Ministério da Saúde se propôs a realizar estudo sobre a estabilidade desses testes nas condições climáticas da Região Amazônica. Essa pesquisa foi concluída e encontrou nível de concordância com o diagnóstico pelo método da gota espessa de cerca de 70%, valor considerado regular.

143. Esse fato pode ser explicado pelas condições climáticas adversas encontradas nessa região, como altas temperaturas e umidade, que prejudicam a sensibilidade do teste. Vale lembrar que esse resultado já era esperado pela CGPNM, uma vez que o objetivo do teste é ser utilizado em regiões de difícil acesso e onde seja praticamente inviável o teste feito pelo microscópio. Além disso, pesam contra o teste rápido o fato de o material usado servir apenas para diagnóstico de malária, ao contrário do microscópio que permite o diagnóstico de outras doenças e é material permanente.

144. Paralelamente à distribuição dos microscópios e testes rápidos, foram treinados 1.585 microscopistas no período de 2005 a 2007 (Tabela 7).

Tabela 7 - Cursos de capacitação sobre diagnóstico laboratorial, de 2005 a 2007.

Cursos de Capacitação	2005	2006	2007	Total
Diagnóstico Laboratorial de Malária – Atualização	198	303	705	1206
Diagnóstico Laboratorial de Malária - Formação	95	55	229	379

Fonte: SVS/MS.

145. As ações realizadas pela SVS, tanto de aquisição de material para diagnóstico como de treinamento de pessoal para realizar os exames, permitem concluir que a recomendação 9.1.1 foi implementada.

146. No que se refere à criação de estratégias de educação em saúde com os gestores nos três níveis de governo (recomendação 9.1.2), a recomendação havia sido considerada implementada em 2005, quando da realização do 2º monitoramento. Segundo a SVS, as atividades de educação em saúde têm acontecido de forma diversificada, em função das características de cada localidade. Diante dessa situação, constatou-se que fixar linha de ação poderia induzir à perda de criatividade das equipes locais e ao não alcance dos objetivos.

147. Uma das estratégias adotadas foi a distribuição de 200 álbuns seriados para os estados para serem utilizados como orientação técnica para subsidiar o processo de educação em saúde para malária. A partir deste álbum, cada estado adaptou as recomendações do material às suas realidades, utilizando diversas formas de comunicação com os usuários, como peças de teatro nas comunidades e

nas escolas, divulgação de calendários, folhetos, sacolas de supermercados com orientações sobre medidas de prevenção e controle da malária, e entrevistas nas rádios e canais de televisão regionais (exemplos às fls. 213 a 282, anexo 2).

148. A SVS afirma que participa com estados e/ou municípios da elaboração de materiais educativos, adequados à realidade local, por meio dos materiais de orientação publicados pela secretaria e enviados aos gestores locais. Ressalte-se que a estratégia de individualização das atividades não é feita de forma sistematizada, sendo desenvolvida por iniciativa dos entes federativos, com apoio da SVS.

149. A inclusão das atividades de prevenção e controle da malária nas escolas foi utilizada por meio da mobilização e orientação dos professores para desenvolver as referidas atividades. A SVS também informou que não há relação dos municípios que incluíram atividades de prevenção e controle em suas escolas, uma vez que são iniciativas locais e por não considerar necessário esse tipo de controle. Não obstante, como forma de dar mais informações sobre essa questão, a SVS encaminhou relatório da atividade de capacitação dos professores em malária e dengue, contendo informações a respeito dos inscritos e respectivas frequências, duração do curso e escolas participantes (fls. 286 a 301, anexo 2).

150. A despeito da importância das ações de educação em saúde, a CGPNCM informou que, de modo geral, as pessoas conhecem o mecanismo de transmissão da malária e seu modo de prevenção, já que se trata de doença comum na região Amazônica. Não obstante, as ações de prevenção devem, portanto, ser no sentido de conscientizar as pessoas sobre os problemas causados pela malária e a importância de combatê-la em sua fase inicial, interrompendo o ciclo de contaminação da doença.

151. O conjunto de medidas adotadas pela SVS no sentido de conscientizar os gestores sobre a importância das ações de educação em saúde como forma de reduzir o número de casos da doença permite concluir que a recomendação 9.1.2 foi implementada.

152. Outra recomendação feita pelo TCU foi no sentido de orientar os gestores municipais sobre a importância do planejamento das ações de prevenção e controle da malária. Nesse sentido, foi sugerida a utilização do IPA por localidade intramunicipal como forma de definir as localidades que devem ser objeto de maiores ações de combate à doença (Recomendação 9.1.7).

153. No monitoramento anterior, a SVS informou que, após discussões conduzidas nas reuniões de avaliação do programa, foi decidido que as ações de controle não seriam planejadas com base no IPA intramunicipal, mas sim no número de casos positivos de malária. Segundo a SVS não há dados populacionais com esse nível de detalhamento, em decorrência da dinâmica populacional da Região Amazônica, caracterizada pela predominância de populações flutuantes em diversas localidades.

154. O resultado das discussões ao longo das reuniões de avaliação do PNCM, em 2004, foi o de utilizar o número de casos positivos de malária em cada localidade, como forma de estratificar as ações que deverão ser executadas no município. A utilização desse indicador foi feita pela sua disponibilidade no Sivep-Malária, já que o município poderia planejar suas ações de controle levando em consideração suas especificidades epidemiológicas. Segundo a SVS, os municípios são estimulados a utilizar essa ferramenta para o planejamento. Como forma de melhorá-lo, a Secretaria ofereceu curso de atualização em epidemiologia aplicada à gestão, tendo como um dos objetivos a utilização dos diversos indicadores malariométricos.

155. Outra atividade executada pela SVS, ainda em 2004, foi o desenvolvimento do Módulo Sivep-Vetor, que possibilita utilizar informações sobre a presença de criadouros do vetor da malária. Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde, esse módulo foi efetivamente implantado em 2007, sendo a partir de então gradativamente alimentado, principalmente com dados do Laudo de Avaliação do Potencial Malarígeno, em fase de elaboração nos assentamentos do Incra.

156. As atividades realizadas pela SVS ao longo dos monitoramentos oferecem aos municípios as ferramentas necessárias para realizar o planejamento das ações de controle da malária sem desconsiderar as especificidades epidemiológicas de cada localidade dentro dos seus limites. Conclui-se assim que a recomendação 9.1.7 foi implementada.

157. A necessidade da manutenção da mobilização política para que as ações de controle da malária não saíssem da pauta de prioridades foi constatada pela auditoria. A consequência imediata da possível ausência de mobilização e sustentabilidade política era o aumento de casos na região. Assim, provavelmente haveria reflexos negativos nas ações de suporte ao tratamento, com “exportação” de casos para regiões com atuação mais efetiva.

158. Após a 11^a Reunião de Avaliação do PNCM, em 2005, a CGPNCM demonstrou preocupação com a mobilização política dos gestores estaduais e municipais, como se percebe da transcrição da recomendação a seguir:

1. É fundamental que o Ministério da Saúde atue decisivamente na mobilização política de governadores e prefeitos de áreas onde a incidência da malária está aumentando de forma assustadora e explosiva.

159. A principal estratégia utilizada pela SVS para manter a mobilização dos gestores e propiciar maior sustentabilidade política é a realização freqüente de reuniões de avaliação do PNCM. A Tabela 8 apresenta a relação de reuniões realizadas pela coordenação de malária da SVS, com os diferentes atores participantes do processo.

Tabela 8 – Reuniões realizadas pela coordenação de malária da SVS/MS, de 2004 a 2008.

Data	Reunião
Julho de 2004	Reunião do Grupo de Trabalho - Malária em áreas limítrofes.
Agosto de 2004	Reunião com representantes da CGPNCM, dos estados de RO/AC/RR/MT/PA/AM e municípios de divisa.
Agosto de 2004	Reunião com os estados de RO/AM/AC/MT e respectivos municípios.
Agosto de 2004	Reunião com representantes da CGPNCM, das secretarias estaduais do PA e TO e dos municípios limítrofes.
Setembro de 2004	Reunião com representantes da CGPNCM, das secretarias estaduais de PA e MA e dos municípios de divisa.
Abril de 2005	Reunião Nacional de Avaliação do PNCM.
Julho de 2005	Reunião Nacional de Avaliação do PNCM.
Novembro de 2005	Reunião Nacional de Avaliação do PNCM.
Março de 2006	Reunião Nacional de Avaliação do PNCM.
Mai de 2006	Reunião Nacional de Avaliação do PNCM.
Outubro de 2006	Reunião Nacional de Avaliação do PNCM.
Junho de 2007	Reunião Nacional de Avaliação do PNCM.
Agosto de 2007	Reunião Nacional de Avaliação do PNCM.
Março de 2008	Reunião com gestores de Porto Velho e empreendedores das hidrelétricas do Rio Madeira.
Abril de 2008	Reunião do Dia Mundial da Saúde, discutindo diversos temas, entre eles a malária.
Junho de 2008	Reunião Nacional de Avaliação do PNCM.
Dezembro de 2008	Reunião Nacional de Avaliação do PNCM (previsão).

Fonte: SVS/MS.

160. Segundo informado pelo gestor nacional, nas reuniões nacionais de avaliação do PNCM participam coordenadores estaduais dos programas de malária, da atenção básica de saúde, dos laboratórios centrais de saúde pública e de entomologia⁹. Também há representantes dos 19 municípios prioritários, os quais concentram cerca de 50% dos casos na Amazônia Legal, técnicos da Coordenação Nacional e membros do Comitê de Acompanhamento do PNCM. Em algumas, há participação de membros da Câmara Técnica de Terapêutica de Malária.

161. Além das reuniões apresentadas na Tabela 8, o gestor do PNCM informou que foram realizadas reuniões específicas com as coordenações estaduais, como pode se verificar na Tabela 9.

162. A SVS afirmou que as conversações entre os gestores estaduais buscam garantir o acesso da população aos serviços, independente do município de residência. Isto porque o paciente pode residir em localidade mais próxima dos serviços do município vizinho do que de seu próprio município. Sendo assim, teria sido acordado que se privilegiaria o acesso para o melhor e mais rápido serviço. Portanto, a importação de casos deve continuar ocorrendo em benefício do do usuário (fls. 81/82).

⁹ Esses dois últimos comparecem a algumas reuniões, conforme o tema debatido.

Tabela 9 – Reuniões realizadas pela SVS com as coordenações estaduais, de 2005 a 2007.

Reuniões realizadas com as secretarias estaduais	2005	2006	2007	2008
AM	Outubro	Março e outubro	Julho e novembro	Abril
AC	Novembro	Fevereiro, março e maio	-	Janeiro
AP	Agosto	Agosto	Agosto	-
MA	Novembro	-	Novembro	-
MT	Agosto	Agosto	Agosto	-
PA	Agosto	-	Fevereiro	Fevereiro
RO	Outubro	Setembro	Maio	-
RR	Maio	Fevereiro	Maio	-
TO	-	-	-	-

Fonte: SVS/MS.

163. Como recomendado pelo TCU, a SVS está realizando reuniões com o objetivo de manter os gestores estaduais e municipais mobilizados sobre a importância de manter a malária na pauta de prioridades, evitando que os pacientes saiam de seus municípios para buscar tratamento em outros, mais bem estruturados.

164. A exportação de casos precisa ser evitada, para que não sobrecarregue o sistema de saúde daqueles municípios onde a malária esteja sendo controlada e tratada de forma eficiente. O percentual médio de 4,8% (Tabela 10) verificado no período pode transmitir a idéia de que os casos importados não sejam tão importantes. Entretanto, por se tratar de média, para alguns municípios o percentual de casos importados pode ser significativo. Conforme pode-se visualizar no Gráfico 17, para 33 dos 123 municípios da Amazônia Legal que tiveram mais de 500 casos de malária em 2007 (27%), os casos importados representaram pelo menos 25% do total de casos atendidos no município, percentual que pode ser considerado elevado.

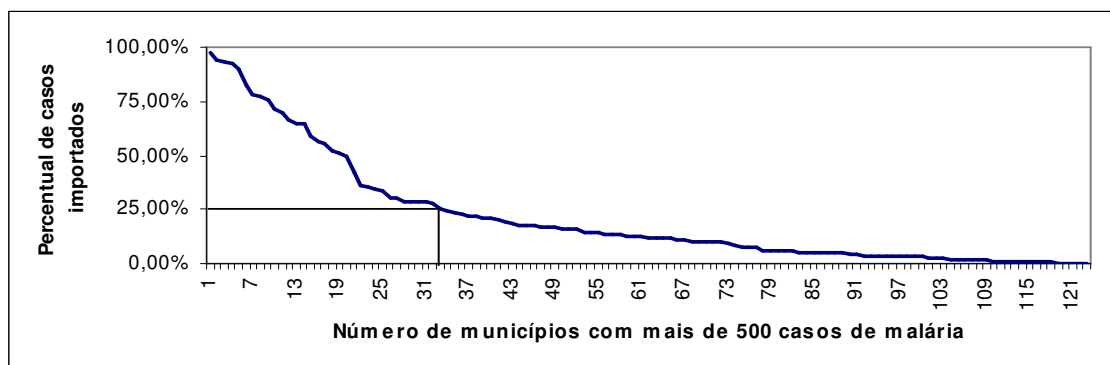
165. A despeito da realização das mencionadas reuniões de mobilização, os percentuais de casos exportados nos últimos quatro anos encontram-se bem próximos do percentual médio para esse período (Tabela 10). Isso significa que a exportação de casos se mantém em patamar constante e é bastante relevante em 27% dos municípios onde mais se registram casos de malária.

Tabela 10 - Evolução do número de casos exportados, de 2004 a 2007.

	Total de casos - A	Casos importados - B	B/A
2004	464.941	25.332	5,45%
2005	604.145	25.227	4,18%
2006	549.179	26.440	4,81%
2007	428.164	20.143	4,70%

Fonte: Sivep-Malária.

Gráfico 17 – Percentual de casos importados de malária em municípios com mais de 500 casos registrados em 2007.



Fonte: Sivep-Malária

166. Conclui-se que a recomendação 9.1.10 foi implementada porque a SVS vem promovendo reuniões para conscientização dos gestores sobre a necessidade de garantir sustentabilidade política e gerencial à estruturação e ao suporte às ações de vigilância e controle da malária, apesar de as reuniões não terem produzido efeito na redução da média de exportação de casos de malária.

167. A SVS afirmou que tem monitorado, regularmente, o comportamento da malária nos estados e municípios e, ao observar tendências de aumentos de casos em determinada localidade procura investigar os motivos e, se necessário, formula recomendações.

168. Durante a auditoria, o TCU identificou boa prática realizada pela SVS, referente ao envio de ofícios aos secretários estaduais, logo após as reuniões de avaliação do PNCM. Esses ofícios contêm informações sobre os indicadores de malária nos seus estados e sugerem a adoção de medidas.

169. Assim, recomendou-se que a SVS orientasse sua implementação também pelas SES, como forma de acompanhar o desempenho das ações municipais de controle, adotando medidas para apoiar aqueles que apresentassem resultados insatisfatórios. Essa recomendação objetivava manter a malária na pauta de prioridades municipais e garantir maior envolvimento dos gestores no alcance e na manutenção das metas estabelecidas.

170. Uma das fontes de informação sobre malária para uso por estados e municípios são os sistemas desenvolvidos pela SVS (Sivep-Malária e SIG), que permitem a consulta a vários tipos de dados.

171. Os resumos epidemiológicos estaduais disponibilizam informações agregadas sobre total de casos, total de lâminas positivas no ano/população sob risco (IPA), percentual de casos de malária por *P. falciparum* em relação ao total de casos no ano (IFA), número de casos por *P. vivax* (V), número de casos por *P. falciparum* (F) e óbitos (O). Há também informações individualizadas dos municípios do estado.

172. Nos resumos municipais as informações são mais detalhadas, havendo dados sobre número de exames realizados, diferenciados por método de coleta (busca ativa e busca passiva – BA e BP) e seus resultados, índice de lâminas positivas (ILP), número de casos autóctones, lâminas de verificação de cura realizadas (LVC) e outros utilizados para analisar a situação local.

173. A título de ilustração, a Figura 4 apresenta tela do Sivep-Malária referente ao Estado do Acre, onde se visualizam dados relativos aos seus municípios. A Figura 5 apresenta o resumo epidemiológico do município de Sena Madureira - AC, no período de janeiro a março de 2008. Com essas informações, as coordenações estaduais e municipais de endemias monitoram a evolução dos indicadores da doença e traçam estratégias de controle da doença.

Figura 4 – Resumo epidemiológico de 2008 do Estado do Acre, extraído do Sivep-Malária.

Ministério da Saúde
SVS Secretaria de Vigilância em Saúde

SIVEP-MALÁRIA Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Notificação de Casos

Resumo Epidemiológico
Malária

Origem dos dados: Local Provável de Infecção 31/03/2008 13:22

UF: AC Período: 01/01/2008 a 01/03/2008

Código	Município	Pop.	Total Positivos	IPA	IFA	F	V	F+V	M	O
120001	ACRELÂNDIA	12117	79	6,5	30,4	23	55	1	0	0
120013	BUJARI	9079	7	0,8	42,9	3	4	0	0	0
120017	CAPIXABA	7737	15	1,9	26,7	4	11	0	0	0
120020	CRUZEIRO DO SUL	89095	3487	39,1	15,3	503	2953	31	0	0
120033	MANCIO LIMA	13481	1088	80,7	13,5	139	941	8	0	0
120035	MARECHAL THAUMATURGO	8508	20	2,4	55,0	11	9	0	0	0
120038	PLACIDO DE CASTRO	17335	89	5,1	7,9	6	82	1	0	0
120080	PORTO ACRE	12586	39	3,1	10,3	4	35	0	0	0
120039	PORTO WALTER	4740	5	1,1	60,0	3	2	0	0	0
120040	RIO BRANCO	322449	56	0,2	3,6	2	54	0	0	0
120042	RODRIGUES ALVES	10181	912	89,6	19,6	168	733	11	0	0
120050	SENA MADUREIRA	34234	6	0,2	16,7	0	5	1	0	0
120045	SENADOR GUIOMARD	21492	146	6,8	26,0	35	108	3	0	0
120060	TARAUACA	31080	210	6,8	24,8	48	158	4	0	0
120070	XAPURI	14093	10	0,7	20,0	1	8	1	0	0
Total		608207	6169	10,1	16,4	950	5158	61	0	0

Fonte: SIVEP - Malária

Figura 5 – Resumo epidemiológico de 2008 do Município de Sena Madureira/AC, extraído do Sivep-Malária.

Ministério da Saúde
SVS Secretaria de Vigilância em Saúde

SIVEP-MALÁRIA Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Notificação de Casos

Resumo Epidemiológico
Malária

Origem dos dados: Local da Notificação 31/03/2008 13:33

UF: AC **MUNICÍPIO: SENA MADUREIRA** Período: 01/01/2008 a 01/03/2008

População: 34234

Mês	Exame		Positivo		Total		Autóctone	Importado outro Município/ País	LVC		IPA	IAES	ILP	IFA	F	V	F+V	M	O
	BP	BA	BP	BA	Exame	Positivo			Exame	Positivo									
JAN	41	0	7	0	41	7	1	6	0	0	0,2	0,1	17,1	42,9	3	4	0	0	0
FEV	72	37	11	1	109	12	1	11	0	0	0,4	0,3	11,0	33,3	4	8	0	0	0
MAR	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0	0	0
Total	114	37	18	1	151	19	2	17	0	0	0,6	0,4	12,6	36,8	7	12	0	0	0

Fonte: SIVEP - Malária

174. Outra forma de obtenção de informações sobre dados epidemiológicos de malária são os boletins epidemiológicos produzidos pelos estados da Amazônia Legal, com as informações disponíveis no sistema Sivep-Malária. Os boletins, diferentemente do resumo epidemiológico, apresentam informações comparativas com o ano anterior, como total de casos e sua variação percentual, número de casos por *P. falciparum*, número de internações e outros. O sistema também gera gráfico com o registro mensal do número de casos, possibilitando acompanhar sua evolução.

175. No monitoramento anterior, já havia sido constatado que todos os estados estavam elaborando regularmente seus boletins com dados e informações municipais, de forma a permitir comparações e promover maior envolvimento das secretarias de saúde nas ações de controle da malária.

176. No presente monitoramento, o gestor do PNCM afirmou que os boletins continuam sendo publicados e enviados aos municípios, como pode se verificar pela Figura 6, que ilustra parte do boletim epidemiológico dos municípios do Amazonas, no período de 2006 e 2007, com informações sobre número de casos, casos por *P. falciparum* e total de internações. Assim, conclui-se que a recomendação 9.1.12 foi implementada.

Figura 6 - Boletim epidemiológico com dados do Amazonas, por município, de 2006 e 2007.

Municípios do Amazonas	Total de casos		% Variação de casos	Proporção por Município 2007	Incidência por 1.000 hab, 2007	Casos com diagnóstico de <i>P. falciparum</i> (+/+)v		% Variação de <i>P. falciparum</i>	Proporção de Malária por <i>P. falciparum</i>		Internação*		% Variação de internação
	2006	2007				2006	2007		2006	2007	2006	2007	
AUTAZES	5.298	6.124	15,59	3,05	201,89	1.296	834	-35,6	24,5	13,6	9	32	255,6
CAREIRO	10.007	10.298	2,91	5,13	428,55	2.039	1.622	-20,5	20,4	15,8	21	27	28,6
CAREIRO DA VARZEA	1.153	1.083	-7,81	0,53	64,32	201	128	-36,3	17,4	12,0	0	0	-
IRANDUBA	5.096	3.637	-28,62	1,81	82,08	842	348	-58,7	16,5	9,6	17	11	-35,3
MANACAPURU	6.966	7.269	4,36	3,82	84,07	1.407	963	-31,6	20,2	13,2	22	25	13,6
MANAQUIRI	1.161	741	-36,18	0,37	51,61	157	125	-20,4	13,5	16,9	14	5	-64,3
MANAUS	40.620	40.366	-0,63	20,10	23,31	7.204	3.881	-46,4	17,7	9,6	424	303	-28,5
PRESIDENTE FIGUEIREDO	7.871	5.106	-35,13	2,54	107,05	1.310	480	-63,4	16,6	9,4	12	6	-50,0
RIO PRETO DA EVA	7.823	5.009	-35,97	2,49	187,39	1.249	483	-62,9	16,0	9,2	9	6	-33,3
MANAUS E ENTORNO	85.993	79.613	-7,42	39,65	39,79	15.705	8.824	-43,8	18,3	11,1	528	415	-21,4%
APUI	919	1.334	45,16	0,86	64,79	208	233	12,0	22,6	17,5	89	73	-18,0%
BORBA	6.633	6.270	-5,47	3,12	164,79	1.151	1.248	8,4	17,4	19,9	49	45	-8,2
HUMAITA	4.187	3.975	-5,06	1,98	142,80	741	622	-16,1	17,7	15,6	13	17	30,8
MANICORE	6.839	8.377	22,49	4,17	219,37	488	938	92,2	7,1	11,2	14	0	-100,0%
NOVA OLINDA DO NORTE	688	117	-82,49	0,06	3,58	87	4	-94,0	10,0	3,4	12	3	-75,0%
NOVO ARIPUANA	4.659	3.887	-17,00	1,93	178,56	919	506	-44,9	19,7	13,1	12	31	168,3%

Fonte: SVS/MS.

6. Acompanhamento dos doentes após a indicação do tratamento

177. Este capítulo aborda as medidas que devem ser adotadas com o objetivo de aperfeiçoar o tratamento oferecido aos doentes após o diagnóstico da malária, contribuindo para sua recuperação e conseqüente diminuição de casos novos, devido ao baixo número de pessoas infectadas com potencial de transmitir a doença. Foram constatadas deficiências na integração entre o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB e inconsistências dos dados sobre Lâminas de Verificação de Cura - LVC.

Diagnóstico da auditoria do TCU em 2003

178. O TCU verificou que a falta de medicamentos não era problema para o programa. Porém, observou tendência de quebra na relação com o doente em razão da dificuldade de seguimento da sua evolução clínica e laboratorial, especialmente nas áreas rurais, prejudicando o processo de recuperação.

179. Com relação ao acompanhamento dos pacientes, segundo a óptica laboratorial e com base nos estudos de caso e em consultas ao Sivep-malária, evidenciaram-se incongruências na realização das Lâminas de Verificação de Cura - LVC. Observou-se a impossibilidade de realizar as LVC em casos importados, vez que, nos municípios localizados na fronteira com outros estados ou países, não há acompanhamento dos casos importados que retornam ao estado (ou país) de origem, uma vez tratados e com melhora clínica. Nesse caso, havia quebra do seguimento clínico e laboratorial dos pacientes. Os locais de origem não possuíam informações acerca dos casos exportados, tampouco tinham acesso aos relatórios de outros estados por meio do Sivep-malária.

180. Além disso, havia inconsistências nos registros das LVC. Muitos municípios registravam LVC zero, enquanto outros apresentavam índices muito elevados de LVC positiva, o que indicava inconsistência dos registros. Na época, os critérios de realização de LVC não estavam bem definidos.

Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa

181. Com o intuito de aperfeiçoar a concepção do programa, de forma a priorizar o atendimento a famílias mais vulneráveis e garantir maior sustentabilidade dos projetos contratados, o TCU recomendou à SVS a adoção das seguintes medidas (Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário):

Recomendação 9.1.3. adote medidas junto ao Departamento de Atenção Básica (DAB) a fim de efetivar a inserção das atenções de controle na atenção básica de saúde e a interação com os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde (PSF/PACS), conforme preconizado no documento de lançamento do PNCM.

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

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.

Situação encontrada pelo TCU durante o presente monitoramento

182. Algumas ações foram realizadas pela SVS desde a realização da auditoria para efetivar a inserção das ações de controle da malária na atenção básica e sua interação com os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde.

183. A integração entre o Departamento de Atenção Básica - DAB e o PSF/PACS, apesar de perseguida desde 2000, só foi alcançada em 2002, com a publicação da Portaria MS n.º 44. A partir desta portaria foram elaborados três manuais para capacitação dos agentes de saúde: 1) Manual para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias – Ações de Controle da Malária (BRASIL, 2002); 2) Manual para Profissionais de Saúde na Atenção Básica – Ações de Controle da Malária (BRASIL, 2006); 3) Caderno de Atenção Básica – Vigilância em Saúde (BRASIL, 2007).

184. Com a elaboração desses manuais, a SVS pôde estruturar a capacitação dos ACS para atuarem no controle da malária. Esse treinamento vem sendo realizado continuamente, tendo sido capacitados mais de 19 mil agentes no período de 2005 a 2007 (Apêndice A).

185. Além da capacitação oferecida pela SVS, representantes do DAB nos estados participam das reuniões de avaliação do PNCM, com o objetivo de melhorar a integração entre o DAB e agentes que combatem a malária.

186. Como forma de aperfeiçoar o trabalho dos ACS que atuam na Amazônia Legal, a Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas de organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS na zona rural dos municípios dessa região. De acordo com essa portaria, o número mínimo de pessoas acompanhadas por agente passou de 400 para 280, e o número máximo de 750 para 320 pessoas.

187. Outra proposta da SVS com o objetivo de aproximar a atenção básica das ações de controle da malária diz respeito à inclusão do auxiliar técnico em patologia clínica (microscopista) na equipe de saúde da família, com previsão de auxílio financeiro do Ministério da Saúde para custear os gastos com esse profissional. O objetivo da SVS é possibilitar um diagnóstico mais rápido de malária e outras doenças em localidades de difícil acesso e/ou a grandes distâncias de um laboratório.

188. Em função da edição dos manuais para orientação dos ACS, aliada à capacitação de mais de 19 mil agentes, à diminuição da cobertura do trabalho de campo dos agentes comunitários nos municípios da Amazônia Legal e à proposta de inclusão do microscopista nas equipes de saúde da família, conclui-se que a recomendação 9.1.3 foi implementada.

189. A recomendação de edição de orientações para a realização das Lâminas de Verificação de Cura – LVC (recomendação 9.1.4) foi implementada desde o monitoramento anterior, com a elaboração da Nota Técnica n.º 77/2004/DIGES/SVS/MS, (fls. 373 e 374, volume 2, TC 012.271/2003-0). Esta nota definiu os critérios para realização das LVC, tendo sido discutida e aprovada pelo Comitê Técnico de Acompanhamento do PNCM, em reunião extraordinária realizada em junho de 2004.

190. A aplicação em campo dos critérios e prazos previstos na nota técnica é restrita à Extra-Amazônia e, no caso da Amazônia Legal, às localidades com baixa incidência da doença, pois a sua extensão aos municípios de elevada incidência/risco traria dificuldades com relação aos custos e à operacionalização, já que a cada paciente tratado devem ser realizadas de quatro a seis LVC.

191. Segundo informado pela SVS, os critérios estabelecidos pela Secretaria com a edição da Nota Técnica n.º 77/2004 permanecem válidos e em uso pelos municípios, o que permite concluir que a recomendação 9.1.4 permanece implementada.

192. A terceira recomendação do TCU relativa ao acompanhamento dos doentes após a indicação do tratamento refere-se à possibilidade de os estados terem acesso às informações de estados vizinhos, relevantes para a elaboração e a coordenação de ações de controle de endemias, fator determinante para o sucesso do programa.

193. Uma importante medida adotada pela SVS para permitir o acesso às informações sobre malária foi o desenvolvimento do Sistema de Vigilância Epidemiológica em Malária (Sivep-Malária). O sistema disponibiliza 14 tipos de relatórios, os quais permitem aos usuários analisar o comportamento da doença para direcionar as ações de prevenção e controle. Todos os relatórios podem ser agregados por níveis hierárquicos, de acordo com a necessidade de avaliação, podendo iniciar com a unidade notificante, progredindo na agregação dos dados para níveis superiores como localidade,

aglomerado de localidades, município, unidade federada, grandes regiões (norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste), região malárica (Amazônia e extra-Amazônia) e finalmente, o nível nacional. Como forma de evidenciar algumas informações disponíveis no Sivep-Malária, foram extraídos exemplos de relatórios (fls. 14 a 21, anexo 2).

194. O Sivep-Malária possibilita aos gestores estaduais o acesso às informações de outros estados, que podem ser 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. Esses dados devem ser usados para fins de acompanhamento e realização das LVC.

195. Os servidores dos municípios vêm recebendo cursos de capacitação sobre o Sivep-malária, tendo sido treinados 462 agentes notificadores. Os relatórios do sistema permitem acesso a informação de todas as localidades cadastradas, e, segundo a SVS, não há mais deficiência de operadores que registrem dados para subsidiar a tomada de decisões.

196. O desempenho de municípios e estados na alimentação das informações é de grande importância para a atualização e confiabilidade do sistema. Como forma de estimular os municípios a alimentar o sistema, a SVS faz o cruzamento entre os dados (número de casos) e o envio de medicação para os municípios, ou seja, se o município não inserir os dados não é feito o envio dos remédios, pois presume-se que não existem casos de malária.

197. Para facilitar as atividades gerenciais e democratizar o acesso às informações sobre malária, a SVS desenvolveu outro software denominado Sistema de Informações Gerenciais e Divulgação (SIG-Malária), a partir dos dados do Sivep-Malária. Este sistema está disponível ao público em geral, e serve para apoiar as ações que permitem aos gestores, pesquisadores, órgãos controladores, imprensa e demais interessados, analisar diversos cenários para subsidiar a tomada de decisão estratégica.

198. Além desses sistemas, a Secretaria de Vigilância em Saúde está estruturando novas soluções, como o novo aplicativo Data Warehouse (DW), que possibilita a qualquer usuário o acesso aos dados de malária pela internet. Além disso, todos os estados estão elaborando seus boletins epidemiológicos, que são submetidos à análise da Coordenação Geral do PNCM e do Comitê de Acompanhamento do Programa, que os analisam e emitem sugestões para melhoramentos. Assim, o objetivo da recomendação de disponibilizar informações sobre malária aos estados e municípios para planejar suas ações de prevenção e controle foi cumprido.

199. Em função das medidas adotadas pela SVS para possibilitar o acesso a informações sobre malária nos diversos níveis de consulta tanto por estados como por municípios, por meio do Sivep-Malária, conclui-se que a recomendação 9.1.5 permanece implementada.

7. Acompanhamento da execução dos recursos transferidos pela União

200. Este capítulo versa sobre as deficiências no acompanhamento dos recursos transferidos por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS, nova denominação do antigo Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD, destinados a financiar o controle da malária e de outras endemias. Também trata sobre a não elaboração dos Relatórios de Gestão por parte dos municípios, que seria o instrumento de prestação de contas dos recursos repassados fundo a fundo da União para estados e municípios.

Diagnóstico da auditoria do TCU em 2003

201. Constatou-se não existir controle efetivo dos gastos com ações de controle da malária porque os municípios não elaboravam os Relatórios de Gestão, documentos que deveriam conter a discriminação dos gastos em saúde efetuados pelas municipalidades. Essa falha de informação prejudicava as ações do PNCM e inviabilizava a discussão fundamentada acerca da insuficiência ou não dos recursos do TFCED.

202. Além disso, a ausência de identificação dos gastos, em razão da não elaboração dos Relatórios de Gestão por parte dos municípios, constituía inobservância do inciso IV, art. 4º da Lei 8.142/90, e inibia a necessária transparência do gasto público. Dessa forma, os conselhos municipais de saúde tinham pouca informação para desempenhar suas funções, as quais passaram a ser constitucionalmente estatuídas a partir da promulgação da Emenda Constitucional n.º 29. Com a referida emenda, a Constituição Federal passou a prever que os recursos da saúde transferidos a estados e municípios seriam acompanhados e fiscalizados por meio de seus respectivos conselhos de saúde (§ 3º, art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias).

Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa

203. No intuito de aperfeiçoar os mecanismos de controle dos recursos gastos pelo programa, o TCU recomendou e determinou à SVS a adoção das seguintes medidas (Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário).

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.

Determinação 9.2.2. acompanhe a execução física e financeira do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECED, conforme o art. 6º da Instrução Normativa FUNASA/MS nº 02, de 06 de dezembro de 2001.

Situação encontrada pelo TCU durante o presente monitoramento

204. As deficiências no acompanhamento dos recursos transferidos pela União para o controle de endemias não foram sanadas pelas instâncias envolvidas.

205. Com relação à elaboração da cartilha com o objetivo de orientar a aplicação dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS, no 2º monitoramento obteve-se a informação de que ela não havia sido editada porque o CONASEMS discordava sobre o estabelecimento de proibições na aplicação de recursos para certos fins de forma taxativa, sendo que esse impasse não havia sido vencido.

206. No presente monitoramento, a SVS afirmou que a cartilha continua não editada, mas que a Secretaria disponibilizou no seu sítio orientações sobre a gestão descentralizada do teto Financeiro de Vigilância em Saúde, com o objetivo de melhor esclarecer os municípios sobre a aplicação dos recursos.

207. Em consulta ao sítio da SVS, verificou-se que as orientações incluem questões como: o conceito do TFVS, sua finalidade, quais as despesas que podem e que não podem ser custeadas com seus recursos. Entretanto, o roteiro é apresentado de forma muito sucinta e pouco esclarecedora sobre como deve ser realizada a prestação de contas e a conseqüente elaboração dos Relatórios de Gestão, sendo necessário avançar neste tema (disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22814. Acesso em 4/3/2008)

208. Sobre a questão, uma atividade proposta durante a 9ª Reunião Anual de Avaliação do PNCM, realizada em 2004, foi a realização de curso de epidemiologia para gestores. O curso foi ministrado em 2005 e 2006, capacitando 40 técnicos de todos os estados da Amazônia Legal para atuarem como multiplicadores para os profissionais dos municípios. Porém, no evento não se ofereceu orientação aos gestores sobre prestação de contas dos recursos de epidemiologia.

209. A ausência de informações relativas à prestação de contas em curso para gestores pode ser considerada uma falha, pois a capacitação poderia contribuir para melhorar a gestão dos recursos transferidos.

210. Outra iniciativa, conduzida em parceria com o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass, foi a publicação de uma série de cadernos para orientação aos gestores – Progestores. Dois desses cadernos tratam sobre Vigilância em Saúde, com abordagem específica sobre financiamento, inclusive quanto às formas de aplicação do TFVS. Essa coleção está disponível no sítio do Conass (disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=progestores>. Acesso em: 15/02/2008). Esta é mais uma ferramenta de consulta importante para os gestores e que poderia trazer orientações quanto à elaboração dos relatórios de gestão municipais, mas não é o que ocorre.

211. Os cadernos para orientação aos gestores são separados por temas. Dentro de cada tema encontra-se relação de decretos, portarias e resoluções pertinentes, que serve para consulta. O compêndio é destinado aos gestores estaduais, mas também não orienta sobre a elaboração dos relatórios de gestão.

212. De acordo com a SVS, estão sendo elaboradas 3 cartilhas que abordam aspectos da gestão local na prevenção e controle da malária. O objetivo é orientar os gestores municipais no planejamento estratégico, acompanhamento e avaliação das ações de controle da malária, inclusive com estratégias que podem otimizar a utilização dos recursos.

213. A primeira cartilha está pronta. As demais deverão ser concluídas até o final de 2008, enfocando a orientação aos novos gestores municipais que deverão tomar posse em janeiro de 2009. As cartilhas terão os seguintes títulos:

Cartilha 1 - Guia para gestão em diagnóstico e tratamento da malária – Gestão Local do Controle e Prevenção da Malária (OPAS, 2007);

Cartilha 2 - Guia para gestão em Entomologia e Controle Vetorial da Malária (em fase inicial de elaboração); e

Cartilha 3 - Guia para gestão em Vigilância em Saúde da Malária (em fase inicial de elaboração).

214. A iniciativa da SVS no intuito de melhor orientar e capacitar os gestores que atuam na área de saúde, sobretudo para que haja continuidade nos programas mesmo após mudanças de governo, deixa a desejar por não dar atenção necessária à questão da prestação de contas dos recursos de epidemiologia transferidos por meio do TFVS.

215. Conclui-se assim que as atividades realizadas pela SVS com o objetivo de orientar os municípios sobre a prestação de contas dos recursos de epidemiologia são tímidas e precisam avançar, permitindo concluir que a recomendação 9.1.6 foi parcialmente implementada.

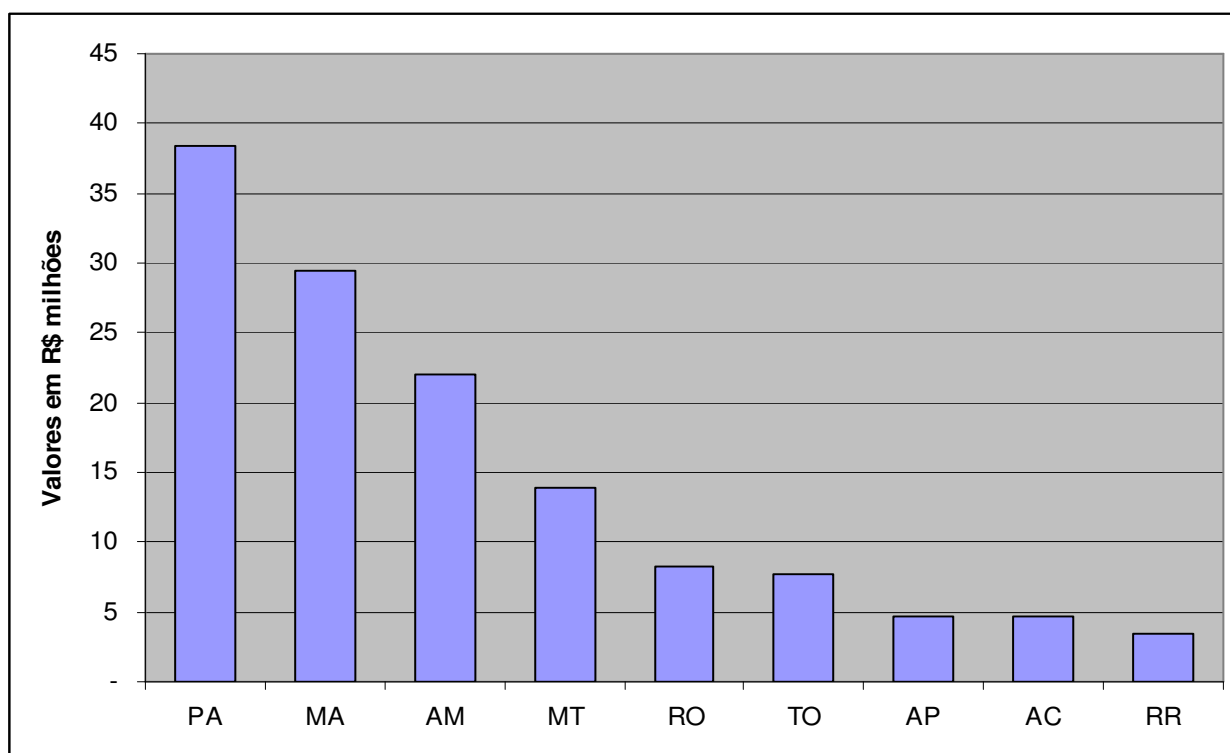
216. Com relação ao acompanhamento pela SVS da execução física e financeira do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS, esse é feito apenas parcialmente, como será analisado a seguir.

Financiamento da vigilância em saúde

217. Todos os anos, a União, por intermédio do Ministério da Saúde, negocia com os entes envolvidos uma série de metas e ações para a prevenção e controle de doenças a serem desenvolvidas por todas as Unidades Federadas, que é chamada de Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde - PPI-VS. O Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS financia essas ações.

218. O TFVS¹⁰ destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações de vigilância em saúde. O montante de recursos da esfera federal foi da ordem de R\$ 822 milhões para o ano de 2007. O repasse federal é feito automaticamente por meio do Fundo Nacional de Saúde - FNS aos fundos estaduais e municipais, em parcelas mensais, para garantir a execução e a sustentabilidade das ações de vigilância em saúde. O valor global repassado aos estados e municípios situados na Amazônia Legal em 2007 foi de R\$ 132,7 milhões (fls. 400, anexo do TC 001.822/2008-1). Segundo os gestores, estima-se que cerca de 70% do valor repassado é gasto em ações de combate à malária, principal endemia da região. O Gráfico 18 ilustra o montante de recursos repassados do TFVS às secretarias estaduais e municipais de saúde dos estados da Amazônia Legal em 2007.

Gráfico 18 - Volume de recursos repassado do TFVS aos fundos estaduais e municipais de saúde dos estados da Amazônia Legal, 2007.



Fonte: Ministério da Saúde

219. Para ter acesso a esses recursos, estados e municípios precisam solicitar habilitação específica, demonstrando capacidade de assumir essas ações, conforme estabelecido na Portaria GM/MS n.º 1.172/2004. Os valores disponíveis por unidade da federação são definidos conforme

¹⁰ Anteriormente denominado Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD.

critérios de características epidemiológicas, populacionais, territoriais e as dificuldades para a execução das ações de prevenção e controle de endemias, sendo os valores destinados para as secretarias estaduais e municipais de saúde definidas pelas Comissões Intergestores Bipartite. No caso dos municípios, é acrescido valor fixo por habitante, como incentivo para assumir a gestão das ações de vigilância em saúde. Em maio de 2008, todas as SES e mais de 90% dos municípios estavam certificados para receber recursos do TFVS.

Instrumentos de controle federal sobre a vigilância em saúde

220. Os instrumentos básicos de controle e de planejamento do Sistema Único de Saúde – SUS são o Plano de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Esses instrumentos devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS, a resolubilidade tanto da gestão quanto das ações e serviços prestados à população (Portaria MS n.º 3.332/2006, art. 1º).

221. O Plano de Saúde deve apresentar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, contemplando necessariamente todas as áreas da atenção à saúde. Trata-se da base para a execução, acompanhamento, avaliação e gestão do sistema de saúde (Portaria MS n.º 3.332/2006, art. 2º).

222. A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, contendo as ações, metas anuais, indicadores que serão utilizados para o monitoramento da programação e recursos orçamentários necessários para garantir o alcance dos objetivos (Portaria MS n.º 3.332/2006, art. 3º).

223. O Relatório de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Deve conter, entre outros elementos, o resultado da apuração dos indicadores, a análise da execução da programação física e orçamentária/financeira, a comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde (Portaria MS n.º 3.332/2006, art. 4º, §3º, Decreto 1.651/1995, art. 6º, §3º). Esse relatório é instrumento das ações de auditoria e controle e insumo básico para a avaliação do Plano de Saúde (art. 4º da Portaria MS n.º 3.332/2006).

224. O Relatório de Gestão, aprovado pelo Conselho de Saúde, é o instrumento pelo qual deve ser feita a comprovação da aplicação dos recursos repassados diretamente do Fundo nacional de Saúde - FNS aos fundos estaduais e municipais - FES/FMS (Decreto 1.651/1995, art. 6º, I, “b”, Portaria MS 204/2007, art. 32). O Relatório de Gestão deve ser disponibilizado para os processos de monitoramento, avaliação e auditoria, sempre que necessário (Portaria MS 1.229/2007, art. 5º, parágrafo único).

225. Para aplicar os recursos transferidos pelo TFVS, a legislação vigente, em especial a Portaria n.º 1.172/2004, determina que cada Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde deve estabelecer plano de aplicação para os recursos do TFVS, compatível com o Plano Estadual/Municipal e a PPI-VS.

226. Os investimentos devem contemplar as diversas possibilidades de utilização, como material de consumo, equipamentos, serviços de terceiros de pessoa física, serviços de terceiros de pessoa jurídica, treinamentos e consultorias, entre outros que sejam relacionados à área de vigilância em saúde.

227. Para acompanhar o alcance das metas pactuadas, o Ministério da Saúde desenvolveu roteiro que contempla aspectos operacionais e de execução física das ações de controle da malária (Figura 7).

Figura 7 - Aspectos relativos à malária monitorados pelo roteiro de acompanhamento da PPI-VS.

3.3.2. Malária

	N.º	%	Desconhece
Municípios com transmissão de malária.	Com casos autóctones		
Municípios que realizam diagnóstico laboratorial de malária.	Independente da existência de casos autóctones e/ou presença do vetor		
Municípios que realizam tratamento de casos de malária.	Independente da existência de casos autóctones e/ou presença do vetor		
Municípios que realizam borrifação intradomiciliar para controle da malária.			
Municípios que inseriram na sua rotina de ações básicas as atividades de controle da malária.	Independente da existência de casos autóctones e/ou presença do vetor		
Municípios que não realizam as atividades de diagnóstico e tratamento e referenciam os casos para outro município, dentro do próprio estado.			
Outros comentários relevantes relacionados ao controle da malária.			

% = percentual em relação ao total de municípios existentes no estado

Fonte: Roteiro elaborado pelo Ministério da Saúde.

228. Foram encaminhados ao Tribunal alguns Resumos Executivos relativos ao acompanhamento das metas pactuadas entre a SVS e estados (fls. 53 a 184, Anexo 1). Cada resumo executivo é composto por tópicos, como:

- Principais aspectos positivos observados em relação à execução das ações de vigilância em saúde;
- Principais problemas observados para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde;
- Recomendações;
- Situação do alcance das metas.

Instâncias de controle da vigilância em saúde

229. Os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços de públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade são aplicados por meio de fundo de saúde. Esses fundos são acompanhados e fiscalizados por conselhos de saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal acerca da atuação do sistema de controle interno (Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, Art. 77, §3º. Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29, de 2000). Para isso, o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão devem ser submetidos à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo (Portaria MS n.º 3.332/2006, art. 2º e 4º).

230. Na esfera federal, o Sistema Nacional de Auditoria – SNA atua por intermédio do Departamento Nacional de auditoria do SUS – DENASUS (Lei 8.689/1993, art. 6º, parágrafo 4º, Decreto 1.651/1995, art. 4º). Compete ao SNA, entre outras atribuições no âmbito do SUS, controlar a conformidade das ações; avaliar processos e resultados quanto à eficácia, eficiência e efetividade; auditar regularidade dos procedimentos (Decreto 1.651/1995, art. 2º) e verificar a aplicação dos recursos transferidos aos estados e municípios (Decreto 1.651/1995, art. 5º, I, “a”). Para cumprir essas competências, cabe ao SNA a análise de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão (Decreto 1.651/1995, art. 3º, I, “b”).

231. A análise dos relatórios de gestão pelos órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde é reforçada pela Portaria MS 204/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais, bem como o respectivo monitoramento e controle, para as ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento (art. 33). Essa análise deve visar identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na área de competência do órgão do Ministério e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA (Portaria MS 204/2007, art. 33).

232. Segundo a estrutura regimental do Ministério da Saúde (Decreto 5.974/2006, anexo I, art. 40), as atividades de controle, avaliação e auditoria do Ministério são organizadas na forma que se segue:

I - o Departamento Nacional de Auditoria do SUS atuará no acompanhamento da programação aprovada da aplicação dos recursos repassados aos Estados, aos Municípios, ao Distrito Federal e na verificação da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas físicas e jurídicas, mediante exame analítico, verificação in loco e pericial; e

II - o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas atuará na implementação das atividades de controle e avaliação, mediante acompanhamento e monitoramento contínuo das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, sem prejuízo das atividades de controle e avaliação pertinentes a cada órgão ou entidade do Ministério.

233. Ainda segundo o regimento do Ministério (art. 30, I), especificamente cabe ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS “auditar e fiscalizar a regularidade dos procedimentos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais praticados por pessoas físicas e jurídicas, no âmbito do SUS”.

234. Por sua vez, compete à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde acompanhar e avaliar a execução de programas e projetos financiados com recursos do Fundo Nacional de Saúde (regimento do Ministério da Saúde, art. 8º, V)

Fluxo de tramitação dos relatórios de gestão

235. A Portaria GM/MS 1.229/2007 aprovou as orientações gerais para o fluxo do relatório anual de gestão dos municípios, dos estados e da União. Segundo essa portaria, após apreciação e aprovação do relatório de gestão pelo Conselho Municipal de Saúde, os municípios devem encaminhar para conhecimento da Comissão Intergestores Bipartite - CIB a resolução de aprovação do relatório até 30 de abril de cada ano.

236. Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde consolidar as resoluções relativas aos relatórios de gestão municipais em formulário próprio e encaminhá-lo à Comissão Intergestores Tripartite – CIT até 30 de maio de cada ano. No caso dos relatórios de gestão da União de estados e do Distrito Federal, a resolução de sua aprovação pelo respectivo conselho de saúde deve ser encaminhada para a CIT até 30 de abril de cada ano.

237. Em seguida, a CIT consolida as informações e as envia às áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde. Além disso, os entes das três esferas de governo devem enviar seus relatórios anuais de gestão aos respectivos Tribunais de Contas.

Situação atual da fiscalização financeira

238. Em entrevista com gestores do Grupo de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, obteve-se a informação de que o Relatório de Gestão é um instrumento que precisa ser aperfeiçoado, em especial no que diz respeito ao seu conteúdo. Além disso, um ponto que apenas recentemente foi normatizado (Portaria n.º 1.229/2007) é o relativo ao fluxo que os relatórios de gestão estaduais e municipais devem percorrer.

239. De acordo com dados obtidos do Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, até o dia 28 de julho de 2008, a situação dos relatórios de gestão era a seguinte (fls. 283, anexo 2):

- 4 estados tiveram seus relatórios aprovados pelos Conselhos Estaduais;
- 2006 municípios de 15 estados tiveram seus relatórios aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde - CMS;
- 7 estados e 466 municípios estão com seus relatórios em apreciação pelo Conselho de Saúde.

240. Ressalte-se que a data limite para o envio da resolução de aprovação dos relatórios municipais para a CIT é de 30 de abril do ano seguinte e para o relatório estadual é de 30 de maio. Assim, apenas 15% dos estados e 40% dos municípios enviaram tempestivamente as informações relativas aos respectivos relatórios de gestão.

241. Essa situação de atraso, não envio e/ou não análise dos relatórios não é nova, já tendo sido constatada em auditoria operacional realizada pelo TCU em 1998 (TC 014.640/1997-0). Segundo dados daquele trabalho, 22% dos municípios visitados não elaboraram seu relatório de gestão. Também foi destacado pela citada auditoria o fato de que, cerca de 41% dos municípios fiscalizados e 37% dos estados que elaboraram Relatório de Gestão deixaram de nele incluir ou a programação e execução física/financeira, ou a comprovação dos resultados ou a demonstração dos recursos financeiros próprios e de transferências.

242. Sobre a necessidade de melhor regulamentação sobre o conteúdo do relatório de gestão, o TCU pronunciou-se ao apreciar auditoria de natureza operacional no Programa Nacional de Imunizações (Decisão TCU 404/2000-Plenário, em 17/05/2000, [Ata 18/2000-P](#))

8.1.1 Recomendar ao Ministério da Saúde que regulamente os itens que devem constar no Relatório de Gestão, previsto no art. 12, da Lei n.º 8.689/93, neles incluindo a análise dos dados de cobertura vacinal, com comentários sobre as razões do não atingimento das metas, se for o caso.

243. Essa constatação da auditoria é corroborada pelas entrevistas com gestores do MS, segundo os quais a falta de normatização clara com relação ao conteúdo do relatório de gestão inviabiliza o controle mais preciso por parte do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Saúde.

244. Os gestores alegam as seguintes dificuldades para normatizar a sistemática de prestação de contas dos recursos repassados fundo a fundo (fls. 82): os entes federativos são autônomos; é necessário respeitar o pacto federativo; as questões precisam ser discutidas nos colegiados do SUS antes da tomada de decisão.

245. Considerando essa situação, os gestores informam que a Secretaria Executiva do Ministério, por intermédio do Departamento de Apoio à Descentralização, está coordenando, no Grupo Técnico de Financiamento e Planejamento da CIT o debate sobre o aperfeiçoamento da elaboração e

análise dos relatórios de gestão. As discussões contam com a participação de representantes do Conselho Nacional de secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS.

246. Por fim, os gestores esclarecem que a Instrução Normativa Funasa 02/2001, citada pelo item 9.2.2 do acórdão monitorado, deixou de ser aplicável em razão da edição das normas mencionadas nos parágrafos 220/237.

Análise

247. A definição dos procedimentos de prestação de contas dos recursos repassados diretamente do FNS para os FMS/FES é problema há muito. Essa questão não está limitada à vigilância em saúde, mas a parte significativa do financiamento da saúde no Brasil. Basta lembrar que o FNS repassou cerca de R\$ 29 bilhões para estados e municípios em 2007 (fls. 98). Logo, o problema extrapola em muito os limites estreitos da fiscalização financeira do PNCM, objeto da determinação 9.2.2 do acórdão monitorado.

248. Está muito claro na legislação que o instrumento de prestação de contas é o Relatório de Gestão e que ele deve se apreciado pelo respectivo conselho de saúde. A legislação até poderia ser mais detalhada sobre o conteúdo do Relatório de Gestão, mas essa não é a questão central. O problema principal é o de como operacionalizar a análise da prestação de contas pelo órgão repassador (o Fundo Nacional de Saúde) ou outra unidade organizacional do Ministério, considerando o potencial volume imenso de informações geradas por todos os municípios e estados brasileiros e considerando também a conhecida experiência de insucesso da análise de prestação de contas de convênios na administração pública federal.

249. A legislação é pródiga em apontar dimensões de análise, controle, acompanhamento e avaliação, incluindo no escopo questões finalísticas (resolubilidade, alcance de resultados) e de gestão (execução orçamentária/financeira, regularidade). No entanto, é parcimoniosa ao tratar da prestação de contas dos recursos repassados. Afinal, quem analisa os relatórios de gestão e aprova a prestação de contas? Caso o município ou o estado não apresente o relatório de gestão no prazo, quais são as conseqüências?

250. É importante esclarecer que os relatórios de gestão não são enviados para a CIB nem para a CIT nem para as áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde. A consolidação é apenas uma tabela informando, por meio de sinais, se o relatório foi aprovado, se está em análise ou se não há informação, conforme modelo do anexo à Portaria MS 1.229/2007 (exemplo às fls. 123/210, anexo 2). Sendo assim, não há avaliação do conteúdo dos relatórios, incluindo a execução financeira/orçamentária. Os gestores também não informaram sobre as conseqüência da falta de envio dos Relatórios de Gestão.

251. Os gestores alegam que a solução para o problema da prestação de contas depende de discussão e pactuação no âmbito do SUS. Essa alegação é eminentemente política, logo altamente relevante. Do ponto de vista legal, a normatização dos procedimentos de prestação de contas cabe ao ente repassador. Além disso, a autonomia dos entes da federação não se choca com o princípio republicano da prestação de contas. Porém, o arranjo de gestão do SUS, com fundamento constitucional, e as práticas historicamente consolidadas indicam que solução unilateral traria conflito, desconfiança e possível prejuízo ao desenvolvimento das ações de saúde. Fato é que, apesar da edição freqüente de normas, o problema persiste e os bilhões de reais continuam sendo transferidos fundo a fundo.

252. Cabe registrar que a coordenação do PNCM acompanha de perto a evolução do programa nos municípios, tanto com relação aos resultados alcançados quanto à gestão local do combate e prevenção da malária. Além disso, são realizadas auditorias pela CGU e pelo DENASUS. O que se questiona aqui é a indefinição do modelo de análise de prestação de contas dos recursos repassados e de acompanhamento da execução financeira.

253. O exame da questão da prestação de contas merece investigação aprofundada do ponto de vista legal e das implicações para a dinâmica de relacionamento os entes federativos na gestão do SUS. Sendo assim, ela poderá ser mais bem investigada no âmbito do Plano de Fiscalização 2008 do TCU que prevê a Função Saúde como um dos temas de maior significância (TC 004.914/200-9, apreciado em sessão de 26/03/2008).

254. A análise da documentação encaminhada pelos gestores sobre o acompanhamento da PPI-VS permite constatar que os relatórios apresentam informações de relevância para o acompanhamento das metas, em especial o indicador relativo à redução do IPA por malária. Assim, Conclui-se que a parte da determinação relativa ao acompanhamento pela SVS da execução física do TFVS está cumprida.

255. Com relação ao acompanhamento orçamentário/financeiro dos recursos transferidos pelo FNS para estados e municípios, este é feito de forma insatisfatória, precisando ser aperfeiçoado. Considerando a edição de normas sobre o tema a existência de grupo de discussão na CIT, considera-se a determinação 9.2.2 parcialmente cumprida.

8. Análise dos Comentários dos Gestores

256. De acordo com o estabelecido no item 6.5 do Manual de Auditoria Operacional do TCU, foi encaminhada cópia do relatório preliminar deste terceiro monitoramento à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) por meio do Ofício Seprog n.º 72/2008 (fls 76), a fim de colher as opiniões e comentários dos gestores.

257. Em cumprimento à solicitação, foi encaminhado o Ofício n.º 2.060/2008/GAB/SVS/MS, de 04/07/2008 (fls 77). Esse ofício aborda em especial a recomendação 9.1.9 e as determinações 9.2.1 e 9.2.2 do Acórdão n.º 303/2004 – Plenário. Em seguida, o gestor apresentou informações complementares mediante ofícios n.º 2.328 e 2.448/GAB/SVS/MS (fls. 88 e 95). As informações adicionais apresentadas e as sugestões de modificações que foram acatadas já estão incorporadas neste relatório.

258. Os dois pontos discordantes dos gestores com relação à implementação das recomendações foram com relação a orientação aos municípios sobre a prestação de contas dos recursos de epidemiologia (recomendação 9.1.6) e sobre a fiscalização financeira do antigo TFECF, hoje TFVS (determinação 9.2.2). Nos dois casos os gestores argumentam que as providências estavam em implementação.

259. Os dois itens do acórdão monitorado são interligados, pois tratam da fiscalização e da prestação de contas dos recursos repassados fundo a fundo. Considerar ambos os itens como parcialmente implementados é mais consoante com a realidade porque a definição dos procedimentos de fiscalização e prestação de contas vem ocorrendo de forma lenta e não definitiva, pendendo de estudos e de negociações sem prazo para terminar, mesmo após 4 anos da publicação do Acórdão do TCU, como demonstrado nos parágrafos 203/255.

9. Conclusão

260. O presente relatório encerra o ciclo de monitoramento das deliberações do Tribunal de Contas da União (Acórdão n.º 303/2004-Plenário) acerca da auditoria de natureza operacional realizada em 2003 no Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária - PNCM.

261. As recomendações 9.7.1 e 9.7.2 do acórdão monitorado, que tratam de providências do gestor na constituição de grupo de contato e encaminhamento de Plano de Ação, respectivamente, foram implementadas, não havendo necessidade de monitoramento. Por sua vez, os itens 9.8 e 9.9 do acórdão também não constaram deste monitoramento, porque tratam de providências internas do TCU, já implementadas.

262. A grande maioria das recomendações e determinações feitas pelo Tribunal foram endereçadas à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – SVS/MS, que atualmente gerencia o PNCM, em substituição à Funasa. Também foram feitas recomendações ao Incra, Ibama e Funasa.

263. A Tabela 11 apresenta a situação de implementação das deliberações do TCU à época dos dois primeiros monitoramentos (outubro de 2004 e março de 2005) e neste último realizado em 2008. Constata-se que 83% das deliberações foram implementadas.

Tabela 11 - Situação de implementação das recomendações do Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário.

Situação	1º Monitoramento		2º Monitoramento		3º Monitoramento	
	Itens	%	Itens	%	Itens	%
Implementada/cumprida	(9.1.4; 9.1.7; 9.1.12)	17	(9.1.2; 9.1.4; 9.1.5; 9.1.7; 9.1.12; 9.3)	32	(9.1.1; 9.1.2; 9.1.3; 9.1.4; 9.1.5; 9.1.7; 9.1.8; 9.1.10; 9.1.11; 9.1.12; 9.2.1, 9.3, 9.4.2; 9.5; 9.6)	83
Parcialmente implementada/cumprida		0	(9.1.1; 9.1.3; 9.1.6; 9.1.8; 9.1.9; 9.1.10; 9.1.11; 9.2.1; 9.2.2; 9.4.1; 9.4.2; 9.5; 9.6)	68	(9.2.2; 9.1.6; 9.1.9)	17
Em implementação	(9.1.1; 9.1.2; 9.1.3; 9.1.5; 9.1.9; 9.1.10; 9.1.11; 9.4.1; 9.4.2; 9.5; 9.6; 9.2.2)	66	-	0	-	0
Não implementada/não cumprida	(9.1.6; 9.3; 9.2.1)	17	-	0	-	0
Deixou de ser aplicável	(9.1.8)	-		-	(9.4.1)	-

Fonte: Tribunal de Contas da União (Relatórios de Monitoramento – TC 012.271/2003-0 e TC 003.805/2005-5).

264. Uma iniciativa tomada pela SVS, ainda em 2003, foi o desenvolvimento do Sivep-Malária. O sistema destina-se à notificação de casos da enfermidade, para processamento e análise, principalmente no âmbito local, permitindo que estados e municípios tracem suas estratégias de prevenção e controle embasados nos mais diferentes tipos de informação. O sistema representa grande avanço por utilizar tecnologia da Internet, e mesmo assim, sua versão local pode ser utilizada em municípios que não dispõem desta tecnologia.

265. Embora a maioria das recomendações tenha sido implementada, importantes problemas detectados na auditoria inicial persistem, em especial sobre a necessária parceria da SVS com o Incra para a realização de ações mais eficazes nos acampamentos e assentamentos.

266. Não obstante as reuniões periódicas de avaliação do PNCM e as medidas da SVS no processo de conscientização dos gestores acerca da necessidade da manutenção das ações de combate à malária, o percentual de casos exportados se mantém constante, causando sobrecarga no sistema de saúde dos municípios onde a malária está sendo controlada e tratada de forma eficiente.

267. O não acompanhamento por parte da SVS dos bens cedidos pela Funasa a estados e municípios, em especial veículos, para utilização nas atividades de epidemiologia e controle de doenças foi objeto de determinação do Tribunal. A SVS alega que, enquanto instância técnica, não possui estrutura suficiente para realizar esse acompanhamento, e o desvio de seus servidores para atender essa demanda poderia implicar em não cumprimento das suas responsabilidades de avaliação finalística.

268. A forma encontrada pela SVS para acompanhar a situação desses bens é por meio das auditorias realizadas pela CGU nos municípios escolhidos em seus sorteios públicos. Nos casos em que são encontradas irregularidades, a SVS solicita averiguação e acompanhamento por parte das SES. Em situações mais complexas, o procedimento tem sido demandar auditorias específicas do DENASUS.

269. Outra constatação feita durante a auditoria e objeto de determinação foi o não acompanhamento físico e financeiro do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS. Com relação ao acompanhamento da execução financeira dos recursos de epidemiologia transferidos a estados e municípios por meio do TFVS para as ações em saúde, verificou-se que o Relatório de Gestão, instrumento designado pela Portaria MS n.º 3.332/2006 e pelos normativos anteriores para permitir esse acompanhamento, não vem cumprindo satisfatoriamente seu objetivo.

270. Durante o presente monitoramento verificou-se que, até o dia 28 de julho de 2008, apenas 15% dos estados e 40% dos municípios haviam enviado tempestivamente seus relatórios de gestão relativos ao ano de 2007, situação semelhante à encontrada em 1998, em auditoria de natureza operacional realizada pelo TCU (TC 014.640/1997-0). Também foi relatado pela citada auditoria que 41% dos municípios e 37% dos estados que elaboraram seus relatórios de gestão deixaram de nele incluir ou a programação física e financeira, ou a comprovação dos resultados ou a demonstração dos recursos financeiros próprios e de transferências.

271. O acompanhamento físico das metas pactuadas por estados e municípios vem sendo realizado, com elaboração, por parte do Ministério da Saúde, de roteiro de acompanhamento, que contempla aspectos operacionais e de execução física das ações de controle da malária. Também permitem esse acompanhamento os relatórios de gestão, quando elaborados.

272. Diversos aspectos positivos do programa podem ser apontados. Destacam-se a aproximação da SVS com o Ibama e a participação de técnicos do Incra e do Ibama nas reuniões de avaliação do PNCM, e a normatização da emissão de laudos e atestados sanitários anteriores à criação de projetos de assentamentos e de reforma agrária, que devido à sua precariedade se tornam grandes focos de malária.

273. O documento de lançamento do PNCM previa redução da Incidência Parasitária Anual por malária- IPA em 15% ao ano desde 2003, primeiro ano de vigência do programa. O objetivo não foi alcançado, sendo o valor verificado em 2007 praticamente igual ao de 2003.

274. Foi possível identificar melhorias nos indicadores do programa desde a realização da auditoria, como a diminuição do tempo para a realização do diagnóstico da doença. O diagnóstico mais precoce resultou em queda no número de internações por malária, que passou de 4% sobre o total de casos registrados em 1998 para 1,5% do total de casos em 2007.

275. Apesar de ser prematuro falar em queda no número de casos, devido ao ciclo da doença, a população tem acesso a diagnóstico tempestivo e rápido acesso a medicamentos. Tal fato acarreta melhoria na qualidade de vida e ganho social, pois o paciente não fica tanto tempo afastado de suas atividades, e propicia economia de recursos públicos, pois o custo do tratamento por remédios é bastante baixo se comparado com a internação. A queda estimada de 40 mil internações de 2003 a 2007 propiciou economia aproximada de R\$ 6,8 milhões.

10. Proposta de Encaminhamento

276. Diante do exposto e com base no art. 250, inciso I, do RITCU, submete-se os autos à consideração superior, propondo que sejam encaminhados à apreciação do Exmo. Sr. Ministro-Relator Raimundo Carreiro com proposta de:

- a) enviar cópia da deliberação a ser adotada pelo Tribunal neste autos, bem como do relatório de monitoramento, à Controladoria Geral da União – CGU, Secretaria de Vigilância em Saúde, à Funasa, ao Incra e ao Ibama, aos coordenadores estaduais do PNCM nos estados da Amazônia Legal e ao coordenador nacional do Programa para conhecimento;
- b) juntar os presentes autos ao TC 012.271/2003-0, que trata da auditoria operacional e dos monitoramentos anteriores no Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária;
- c) arquivar os autos na Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo - Seprog.

Brasília/DF, em 12 de setembro de 2008.

Bruno de Souza Machado
ACE - 6545-5
Coordenador

Cláudio Cesar de Avellar Júnior
ACE - 7670-8

Anexo A – Acórdão TCU n.º 303/2004-Plenário

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.1.10. realize reuniões com as coordenações estaduais, e estas com as regionais (quando houver) e com gestores municipais, com o intuito de buscar a conscientização dos gestores para que dêem sustentabilidade política e gerencial à estruturação e ao suporte às ações de vigilância e controle da

malária, de forma que se diminua a “exportação” de casos da doença de estados e municípios com atuação deficitária para outros cuja atuação é mais efetiva;

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

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

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

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

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

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

9.4. Recomendar ao INCRA que:

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

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

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

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

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

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

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

9.8. Encaminhar cópia desta deliberação, bem como do Relatório e do Voto que a fundamentam as seguintes autoridades: Ministro de Estado da Saúde; Presidentes do INCRA e do IBAMA; Presidentes das Comissões de Assuntos Sociais e de Fiscalização e Controle do Senado Federal, Presidentes das Comissões de Fiscalização Financeira e Controle e de Seguridade Social e Família; Secretário de



Vigilância em Saúde; Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde; Coordenador Nacional do PNCM; Coordenadores Estaduais do PNCM nos estados da Amazônia Legal; Secretário Federal de Controle Interno; Diretor do Departamento de Atenção Básica/DAB/MS; Coordenadores dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família nos estados da Amazônia Legal; 9.9. Determinar a realização do monitoramento, com vistas a verificar o cumprimento da presente deliberação e dos resultados advindos, nos termos dos arts. 243, 250, inciso III, do RI/TCU.

10. Ata nº 9/2004 – Plenário

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

12. Especificação do quórum:

12.1. Ministros presentes: Valmir Campelo (Presidente), Marcos Vinícios Vilaça, Humberto Guimarães Souto, Adylson Motta, Walton Alencar Rodrigues, Guilherme Palmeira, Ubiratan Aguiar, Benjamin Zymler e o Ministro-Substituto Lincoln Magalhães da Rocha (Relator).

12.2. Auditor presente: Marcos Bemquerer Costa

VALMIR CAMPELO
Presidente

LINCOLN MAGALHÃES DA ROCHA
Ministro-Relator

Fui presente:
LUCAS ROCHA FURTADO
Procurador-Geral

Apêndice A – Relação dos cursos de capacitação realizados pela SVS, de 2005 a 2007

Cursos de Capacitação	2005	2006	2007	Total
Diagnóstico Laboratorial de Malária – Atualização	198	303	705	1206
Diagnóstico Laboratorial de Malária – Formação	95	55	229	379
Educação em Saúde e Mobilização Social	262	16	62	340
Georeferência	158	0	30	188
Diagnóstico e Terapêutica de Malária	397	1389	3472	5258
Inserção das Ações de Controle da Malária na Atenção Básica	3662	2247	1454	7363
Formação de Auxiliar de Entomologia	150	191	68	409
Revisão de Lâminas e Controle de Qualidade	129	164	46	339
Atualização em Controle Químico Residual e Espacial	253	234	273	760
SIVEP – Malária	310	44	108	462
Vigilância em Saúde-Epidemiologia com ênfase em Malária	464	0	121	585
Oficina para Gestores e Descentralização da Malária e Reuniões de Avaliação	546	62	1191	1799
Manutenção de Microscópios	26	0	0	26
Atualização do SIVEP-Malária e implantação do Sivep-Vetores	0	52	58	110
Curso de Gestão em Epidemiologia Aplicada à Gestão	0	52	0	52
Total	6.650	4.809	7.817	19.276

Fonte: Coordenação Geral do PNCM (fl. 369, anexo do TC 001.822/2008-1).

Apêndice B – Relação de testes rápidos e microscópios distribuídos, de 2005 a 2007

Estados	Testes rápidos	Microscópios
Acre	7.000	50
Amazonas	15.450	60
Amapá	5.500	50
Maranhão	300	10
Mato Grosso	200	5
Pará	10.800	60
Rondônia	2.750	90
Roraima	4.000	50
Tocantins	300	5
Bahia	400	0
Ceará	400	0
Distrito Federal	400	0
Minas Gerais	400	0
Mato Grosso do Sul	400	0
Piauí	400	0
Paraná	400	0
Rio de Janeiro	400	0
Fiocruz	500	0
TOTAL	50.000	380

Fonte: Coordenação Geral do PNCM. (fl. 368, anexo do TC 001.822/2008-1)

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Ações de controle de endemias: malária: manual para agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias. Brasília, 2002. 102p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária PNCM . Brasília, 2003. 132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica. Brasília, 2006. 50p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº21. Brasília, 2007. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Situação Epidemiológica da Malária. 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Guia para a gestão em diagnóstico e tratamento da malária. Brasília, 2007. 12p.