



Ministério da Saúde

Alimentação Saudável
Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Assistência Suplementar à Saúde
Atenção à Saúde da População em Situações de Urgências,
Violências e outras Causas Externas
Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em
Situações Especiais de Agravos
Atenção Básica em Saúde
Atenção Especializada em Saúde
Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde
Atenção Integral à Saúde da Mulher
Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase
Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos
Educação Permanente e Qualificação Profissional no Sistema Único de Saúde
Gestão da Política de Saúde
Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde
Investimento para Humanização e Ampliação do Acesso à Atenção à Saúde
Participação Popular e Intersetorialidade na
Reforma Sanitária e no Sistema Único de Saúde
Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis
Saneamento Rural
Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue
Vigilância Ambiental em Saúde
Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis
Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes
Vigilância, Prevenção e Atenção em HIV/AIDS e outras
Doenças Sexualmente Transmissíveis
Vigilância, Prevenção e Controle da Malária e da Dengue

SUMÁRIO EXECUTIVO

Em 2005, do total previsto para o Ministério da Saúde, foram utilizados R\$ 40 bilhões para a execução dos programas e ações sob sua responsabilidade, de acordo com o quadro a seguir:

Recursos orçamentários autorizados (LOA + Créditos):	R\$ 42.932.090.522,00	Realizado orçamentário¹:	R\$ 40.174.955.698,00
Recursos não orçamentários previstos:	R\$ 13.390.000,00	Realizado não orçamentário:	-
Total previsto:	R\$ 42.945.480.522,00	Total realizado:	R\$ 40.174.955.698,00

Fonte: SIGPlan

Além disso, do total de R\$ 2,9 bilhões inscritos em restos a pagar, relativo ao exercício de 2004, foi executado R\$ 1,9 bilhão.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Os principais resultados dos programas do Ministério da Saúde podem ser apresentados com base na seguinte agregação: serviços prestados à sociedade (incluindo a atenção básica, de média e alta complexidade e assistência farmacêutica); prevenção e controle de doenças e agravos; público-alvo específico e população mais vulnerável; e outros resultados, conforme expresso a seguir:

Serviços – resultados referentes aos programas que disponibilizaram serviços de saúde à sociedade:

- Implantação de 3.332 Equipes de Saúde da Família, totalizando 24.564 em atividade, com a presença em 4.986 Municípios e cobrindo 78,6 milhões de pessoas (cerca de 44,4% da população).
- Implantação de 15.369 Agentes Comunitários de Saúde, totalizando 208.104 em atividade, com a presença em 5.242 Municípios e cobrindo 103,5 milhões de pessoas (cerca de 58,4% da população).
- Até 2005, a implantação do Programa de Saúde da Família registrou um crescimento acentuado, particularmente nos Municípios de menor renda, atuando, portanto, como instrumento de promoção da equidade na atenção básica à saúde.
- Segundo informações constantes do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) nas áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família, foi registrada uma tendência de crescimento do aleitamento materno e de redução da desnutrição em crianças menores de 1 ano.
- Implantação de 3.652 Equipes de Saúde Bucal, totalizando 12.603 em

¹ A execução orçamentária refere-se ao empenho liquidado relativo aos orçamentos das esferas fiscal e seguridade social

atividade, com a presença em cerca de 3.900 Municípios e cobrindo 61,8 milhões de pessoas (cerca de 34,9% da população).

- Monitoramento da situação nutricional em 3.895 Municípios por meio de Sistemas de Informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), propiciando o acompanhamento de 1,8 milhão de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação.
- Repasse de R\$ 16,2 bilhões a Estados e Municípios para financiamento da assistência de média e alta complexidades.
- Realização de cerca de 2,2 bilhões de procedimentos ambulatoriais no Sistema Único de Saúde - SUS e de 11,8 milhões de internações.
- Implantação de 46 novos Serviços Móveis de Atendimento de Urgência (Samu 192), totalizando 88 em atividade, com a presença em 478 Municípios e cobrindo 77,4 milhões de pessoas.
- Distribuição, no âmbito do Samu, de 1.103 ambulâncias e de 1.689 equipamentos para ambulâncias adquiridos em 2004.
- Realização de 11.099 transplantes pelo SUS, de um total de 16.795 realizados no país.
- Aquisição de 667 milhões de preservativos e distribuição de 202 milhões destes.
- Implantação de 51 Farmácias Populares, totalizando 78 em funcionamento.
- Atendimento a 70 milhões de pessoas com medicamentos estratégicos.
- Atendimento a 356 mil pacientes com medicação de alto custo (67% maior que em 2004).

Doenças – resultados referentes aos programas voltados para a erradicação ou o controle de doenças e agravos:

- Alta cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano em todo o calendário básico de imunizações, favorecendo a manutenção da eliminação da poliomielite e do sarampo no Brasil e a redução da incidência de difteria, coqueluche, tétano, rubéola, caxumba e infecções pelo *Haemophilus influenzae* do tipo B.
- Decisão de introdução da vacina contra diarreias por rotavírus no calendário de vacinação da criança, com a compra e distribuição dessa mesma vacina.
- Vacinação de 83,93% das pessoas maiores de 60 anos contra a gripe.
- Queda no coeficiente de prevalência da hanseníase de 1,67/10 mil em 2004 para 1,48/10 mil em 2005.
- Aumento na taxa de cura da tuberculose de 73% em 2004 para 73,10% em 2005.
- Distribuição de micronutrientes específicos a 3,9 milhões de pessoas para tratamento de deficiência de ferro e vitamina A, número 18,3% maior que em 2004.
- Certificação internacional pela interrupção da transmissão da doença de Chagas pelo *Triatoma infestans*, popularmente conhecido como barbeiro.

Público-Alvo – resultados referentes ao atendimento de grupos específicos de pessoas acometidas por determinadas doenças ou agravos:

- Atendimento de 166.500 pessoas com medicamentos anti-retrovirais, para o tratamento da infecção pelo HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis.

- Atendimento a 205.488 pacientes na área de atenção à gestante de alto risco, a crianças e adolescentes com patologias de alta complexidade e a portadores de doenças infecciosas.
- Atenção a 21.500 portadores de coagulopatias ou hemoglobinopatias.
- Conclusão de 105 obras de abastecimento de água, de exercícios anteriores, em áreas indígenas, beneficiando 105 aldeias.
- Pagamento de Auxílio Reabilitação a 2.158 egressos de longa internação psiquiátrica (programa “De Volta para Casa”).

Outros – resultados referentes a reformas legislativas, políticas regulatórias e outras políticas:

- Coordenação da formulação do Plano de Preparação para Pandemia de Influenza.
- Fiscalização de 77% das operadoras de saúde, aumento de 40% em relação a 2004.
- Regulamentação do fracionamento de medicamentos, proporcionando economia ao consumidor e redução do risco associado ao uso após o término do prazo de validade.

ASPECTOS RELEVANTES

As principais dificuldades apontadas para a melhor execução dos programas do Ministério da Saúde estão associadas à natureza tripartite de implementação dos serviços de saúde, envolvendo a União, os Estados e os Municípios.

Além do evidente fator político, outros fatores dificultaram a articulação entre os entes federativos, dentre os quais cabe destacar: baixa capacidade nos Municípios para a celebração de convênios e contratos, bem como para a prestação de contas dos respectivos acordos; descontinuidade na liberação dos recursos financeiros; infraestrutura inadequada e recursos materiais insuficientes, em especial equipamentos de informática, em grande parte dos Municípios; número e qualificação insuficientes de profissionais nos quadros de pessoal dos três níveis de governo.

No âmbito do Governo Federal, merecem destaque as seguintes restrições: atraso na liberação do limite de empenho do Ministério da Saúde, dificultando o repasse às unidades; morosidade e entraves judiciais em procedimentos licitatórios; descontinuidade administrativa, com prejuízo para a aprovação e implementação de diversos projetos.

RECOMENDAÇÕES

- O Ministério da Saúde orienta o repasse de recursos por meio de 5 Blocos de Financiamento, conforme Portaria nº. 698/06 MS. Um grupo de trabalho a ser criado deve avaliar se a mesma Portaria pode orientar a estrutura programática do órgão.

A seguir estão apresentadas, de forma individualizada, as avaliações dos programas sob a responsabilidade do pelo Ministério da Saúde.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

OBJETIVO

Promover a alimentação saudável no ciclo de vida e prevenir e controlar os distúrbios nutricionais e doenças relacionadas à alimentação e nutrição.

PÚBLICO-ALVO

População brasileira, com enfoque no ciclo de vida (gestação, infância, adolescência, idade adulta e terceira idade) e com abordagem específica para grupos populacionais estratégicos (indígenas, quilombolas, sem-terra, acampados e assentados da reforma agrária) e portadores de deficiência.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 17.855.240,00	Empenho Liquidado: R\$ 15.365.438,00 Pago estatais: - Total: R\$ 15.365.438,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS NAS ÁREAS COBERTAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 7,70 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 6,3

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. O resultado de 2005 está dentro da queda prevista para atingir a meta até o final de 2007.

2. TAXA DE PREVALÊNCIA DE ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 30,20 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 41,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Resultado de 2005 foi considerado acima do esperado, indicando que a meta para o final de 2007 deve ser cumprida.

3. TAXA DE PREVALÊNCIA DE OBESIDADE EM ADULTOS

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 8,00 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 8,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. Resultado de 2005 esteve dentro do esperado. Espera-se que o índice seja mantido em 8 ao longo do PPA. A manutenção deste valor requer monitoramento constante, o que justifica a viabilidade de alcance “média” para o índice previsto ao final do PPA.

4. TAXA DE PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 2,90 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 3,70

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. O resultado em 2005 é superior a meta esperada para 2007, contudo, manter o indicador nesse patamar ainda é um desafio.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Os riscos nutricionais, de diferentes categorias e magnitudes, permeiam todo o ciclo da vida humana, desde a concepção até à senectude, assumindo diversas configurações epidemiológicas em função do processo saúde/doença de cada população.

No Brasil, são inúmeros os problemas inerentes à alimentação e à nutrição inadequadas, podendo ser destacados:

- déficit de altura em 10,5% das crianças brasileiras, com notável variação desta condição nas regiões -5,1 %, no Sul, e 17,9%, no Nordeste - (PNDS, 1996).
- elevada taxa de desnutrição em menores de 5 anos (5,7%), com as maiores freqüências sendo registradas nas regiões Norte (7,7%) e Nordeste (8,3%).

Acrescem-se a esses problemas, aqueles decorrentes de hábitos alimentares inapropriados (como insuficiência de vitaminas, obesidade, entre outros), que constituem, igualmente, um grande desafio.

Frente a essa complexa situação alimentar e nutricional, foi concebido o Programa Alimentação Saudável, entendendo que alimentação saudável é fator de proteção comprovado para as principais causas de doença e morte no Brasil e no mundo.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Publicação do Guia Alimentar da População Brasileira, que sistematiza os conhecimentos científicos atuais sobre a relação entre alimentação e saúde, bem como estabelece diretrizes oficiais para uma alimentação saudável.

- Monitoramento da situação nutricional em 3.979 Municípios por meio de Sistemas de Informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), propiciando o acompanhamento de 1,8 milhão de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
- Distribuição de micronutrientes específicos para o combate a deficiências de ferro e Vitamina A, beneficiando 3,9 milhões de pessoas, um aumento de 18,3% em comparação a 2004.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

Cumprimento de metas físicas parcialmente dentro do previsto. Houve problemas em relação à produção do suplemento de sulfato ferroso (xarope), sob responsabilidade do Laboratório Oficial Farmanguinhos. Apenas a região Nordeste foi atendida e apenas a partir do último trimestre de 2005.

Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes. O fluxo de recursos sofreu alguma descontinuidade, mas não prejudicou decisivamente a execução programada. Foram executados 86,06% dos recursos previstos.

A gerência do programa aponta para a inadequação e insuficiência de recursos materiais entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a execução de ações de alimentação e nutrição, tais como balanças, antropômetros, estadiômetros, computadores e impressoras. Aponta ainda que a quantidade de recursos humanos ligada ao programa é insuficiente.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Estima-se que são necessários cerca de R\$ 150 milhões/ano para que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde possam realizar o monitoramento da situação nutricional por meio de ações de vigilância alimentar e nutricional. Esses recursos deveriam constituir um financiamento automático, fundo a fundo, de modo a estimular o fortalecimento das ações de nutrição no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS

OBJETIVO

Garantir o acesso da população a medicamentos e aos insumos estratégicos.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 2.500.020.328,00	Empenho Liquidado: R\$ 2.193.992.657,00 Pago estatais: - Total: R\$ 2.193.992.657,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE ESQUEMAS TERAPÊUTICOS PARA O TRATAMENTO DO DIABETES DISPONIBILIZADOS PELO SUS

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 50,00 em 2003
Índice previsto ao final do PPA: 70

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O índice previsto deve ser alcançado até 2007.

2. TAXA DE ESQUEMAS TERAPÊUTICOS PARA O TRATAMENTO DA HANSENÍASE DISPONIBILIZADOS PELO SUS

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 85,00 em 2003
Índice previsto ao final do PPA: 85

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O índice previsto deve ser mantido até 2007.

3. TAXA DE ESQUEMAS TERAPÊUTICOS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO DISPONIBILIZADOS PELO SUS

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 50,00 em 2003
Índice previsto ao final do PPA: 70,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O índice previsto deve ser alcançado até 2007.

4. TAXA DE ESQUEMAS TERAPÊUTICOS PARA O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DISPONIBILIZADOS PELO SUS

Unidade de medida: Percentagem

Último índice apurado: 80,00 em 2003

Índice previsto ao final do PPA: 90,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O índice previsto deve ser alcançado até 2007.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Os dados sobre o uso de medicamentos e insumos estratégicos indicam que mais da metade da população brasileira não tem acesso aos medicamentos essenciais e apontam para uma fragmentação das ações que ordenam as políticas públicas do setor dos insumos considerados estratégicos.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Cobertura total da população brasileira com os medicamentos para atenção básica à saúde, fornecendo incentivo financeiro aos 5.560 Municípios habilitados.
- Atendimento a 356.000 pacientes com medicação de alto custo, número cerca de 67% maior que o de 2004.
- Atendimento de aproximadamente 70 milhões de pessoas com medicamentos estratégicos.
- Implantação de 51 Farmácias Populares, totalizando 78 em funcionamento.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

Cumprimento de metas físicas dentro do previsto. Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes e liberados ao longo do exercício, em fluxo compatível com a programação. Foram executados 87,76% dos recursos orçamentários previstos.

Não há restrições à execução do programa e de suas ações.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Não há.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE

OBJETIVO

Garantir aos usuários de planos e seguros privados de saúde o cumprimento dos serviços contratados junto às operadoras de saúde suplementar, compatibilizado com o Sistema Único de Saúde.

PÚBLICO-ALVO

Usuários de planos e seguros privados de saúde.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 114.594.980,00	Empenho Liquidado: R\$ 102.374.456,00 Pago estatais: - Total: R\$ 102.374.456,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE OPERADORAS FISCALIZADAS

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 77,00 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 71,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Foi observado um aumento significativo nessa taxa devido à apuração das denúncias recebidas pela Central de Relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelos Núcleos Regionais de Fiscalização (NURAFs), bem como pela realização das ações de fiscalização ordinariamente planejadas.

2. GRAU DE PROTEÇÃO DOS CONSUMIDORES OBTIDO PELAS GARANTIAS FINANCEIRAS

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 79,52 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 83,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Desempenho do indicador está dentro do previsto.

3. TAXA DE REGISTRO DEFINITIVO DE OPERADORAS

Unidade de medida: Percentagem

Último índice apurado: 40,00 em 2004

Índice previsto ao final do PPA: 100,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média.

4. TAXA DE PRODUTOS REGISTRADOS

Unidade de medida: Percentagem

Último índice apurado: 45,00 em 2004

Índice previsto ao final do PPA: 95,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. Problemas no desenvolvimento do software e incompatibilidade com os sistemas mantidos pelas operadoras provocaram atraso no processamento de dados, prejudicando o cumprimento da meta em 2005.

5. COEFICIENTE DE DENÚNCIAS DE SEGURADOS

Unidade de medida: 1/1.000

Último índice apurado: 0,23 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 0,31

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Há uma tendência de diminuição de denúncias em razão da fiscalização das operadoras e aumento do número de canais de comunicação para atendimento das principais demandas dos beneficiários.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O programa surgiu da necessidade de implementar, com base na Lei nº 9.656/98, a regulação e a fiscalização das assistências médica, odontológica, ambulatorial, hospitalar e farmacêutica, prestadas aos usuários de planos e seguros privados de saúde.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Fiscalização de 77% das operadoras, aumento de 40% em relação a 2004.
- Elevação do grau de proteção dos consumidores obtido pelas garantias financeiras, de 77% em 2004, para 79,52% em 2005.
- Diminuição do coeficiente de denúncias de segurados para 0,23/1.000, uma queda de cerca de 45% em relação a 2004.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

Cumprimento de metas físicas parcialmente dentro do previsto. O não cumprimento de algumas metas físicas foi causado por entraves de natureza judicial ou problemas relativos a funcionamento de software.

Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes e liberados ao longo do exercício, em fluxo compatível com a programação. Foram executados 89,34% dos recursos previstos.

Não há restrições à execução do programa e de suas ações.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

O valor da ação “Gestão e Administração do Programa (GAP)” representa 65,70% do valor total do programa.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIAS, VIOLÊNCIAS E OUTRAS CAUSAS EXTERNAS

OBJETIVO

Implementar políticas públicas destinadas à melhoria da qualidade da atenção à saúde da população em situações de urgências, violências e outras causas externas.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 266.354.664,00	Empenho Liquidado: R\$ 221.892.462,00 Pago estatais: - Total: R\$ 221.892.462,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. COEFICIENTE DE LETALIDADE HOSPITALAR POR URGÊNCIAS

Unidade de medida: 1/100

Último índice apurado: 42,20 em 2004

Índice previsto ao final do PPA: 36,50

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Não apurada.

2. COEFICIENTE DE LETALIDADE HOSPITALAR POR CAUSAS EXTERNAS

Unidade de medida: 1/100

Último índice apurado: 2,66 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 2,29

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Desempenho do índice está dentro do esperado.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Estudos epidemiológicos de diversos autores mostram que, nos últimos 50 anos, a condição de vida e de morte da população brasileira sofreu mudanças bastante significativas. Os indicadores estão em pleno processo de transição, posto que doenças não transmissíveis estão avançando progressivamente a cada ano e

entre elas, as causas externas. As causas externas ocuparam em 2000 o segundo lugar entre as cinco principais causas de mortalidade global no país. Observa-se o aumento no número de mortes violentas. Melhores esclarecimentos das causas desta mortalidade, através de estudos e/ou pesquisas específicas, podem induzir a políticas voltadas à prevenção e atenção integral aos fatos. Dentre as causas externas, observa-se o predomínio dos casos de violências - aproximadamente 28% do total - e dos acidentes de trânsito - 26%. Às demais causas, também importantes, somam-se outras mortes violentas, como o suicídio, as mortes por causas indeterminadas, as quedas e outras. As causas externas de mortalidade são mais expressivas nas regiões metropolitanas; 75% dos casos de morte ocorrem em centros urbanos e afetam principalmente adolescentes e adultos jovens. Essa situação tem forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a sociedade, demandando o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas articuladas e integradas para o seu enfrentamento.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Implantação e habilitação de 45 Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192), totalizando uma rede com 88 SAMU, com cobertura populacional de 77,4 milhões de habitantes, em 478 Municípios.
- Distribuição e monitoramento da entrega de 1.103 das 1.108 ambulâncias adquiridas em 2004.
- Distribuição e monitoramento da entrega de 1.689 equipamentos para ambulâncias que foram adquiridos em 2004.
- Aquisição de 298 equipamentos para ambulâncias de suporte avançado, com distribuição e monitoramento da entrega de 99 dos 298 equipamentos.
- Custeio das equipes dos 88 SAMU.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O cumprimento da meta física esteve abaixo do previsto. A expectativa era a de instalar e habilitar 62 SAMU 192 em 2005, mas foram implantados e habilitados apenas 45 novos serviços.

Os fatores apontados como decisivos para esse fraco desempenho foram:

- baixa adesão e fragilidade na pactuação com gestores estaduais para implantação do SAMU 192.
- baixa qualidade dos Serviços de Atenção às Urgências existentes.
- dificuldade de realização das licitações.
- insuficiência de recursos humanos na equipe de profissionais do Ministério da Saúde para analisar, implementar e acompanhar os projetos.

Os recursos orçamentários disponibilizados para o programa foram suficientes para a implementação do SAMU 192. O fluxo de recursos sofreu descontinuidade, provocando atraso na aquisição de equipamentos e de ambulâncias, mas não prejudicou decisivamente a execução programada. Foram executados 83,31% dos recursos previstos.

Os recursos materiais disponíveis foram insuficientes, em especial no que se refere a computadores, linhas telefônicas, impressoras, tinta, e demais recursos para organização de oficinas e outros eventos programados para o ano.

A unidade do Ministério da Saúde responsável pelo programa não possui infraestrutura adequada (área física e mobiliários) para o desempenho das atividades gerenciais.

Há insuficiência de recursos humanos para acompanhamento do projeto e implementação da política. Seriam necessários consultores que pudessem acompanhar os Estados e Municípios onde as ações estão sendo implementadas.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

A Política Nacional de Atenção às Urgências tem como componentes fundamentais:

- adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida.
- organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências (componentes pré-hospitalar fixo; pré-hospitalar móvel; hospitalar e pós-hospitalar).
- capacitação e educação continuada das equipes de saúde.
- orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

O Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU 192) consiste no componente pré-hospitalar móvel da política. Em 2005, apesar de insuficiências de recursos orçamentários e humanos, o SAMU foi o único componente da política implementado.

Para a implementação de projetos SAMU é necessária a existência de Conselhos Gestores de Urgências que congregam diferentes atores da sociedade (Corpo de Bombeiros, Polícia Civil, Conselhos de Infância e Adolescência e outros relacionados com as urgências nos Municípios e regiões).

Para consolidar-se e ser efetivo nas respostas às urgências da população, o projeto SAMU 192 necessita de uma rede de referência qualificada. De imediato, devem ser reestruturadas, adequadas e qualificadas as unidades hospitalares e não-hospitalares (pronto-atendimentos) de atendimento às urgências.

A implantação do SAMU 192 consiste em meta presidencial, monitorada mensalmente pelos Ministérios da Saúde, do Planejamento, Orçamento e Gestão e pela Casa Civil da Presidência da República.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

ATENÇÃO À SAÚDE DE POPULAÇÕES ESTRATÉGICAS E EM SITUAÇÕES ESPECIAIS DE AGRAVOS

OBJETIVO

Garantir a atenção à saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravos de forma eqüitativa, integral, humanizada e de qualidade.

PÚBLICO-ALVO

Grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 88.888.520,00	Empenho Liquidado: R\$ 59.965.772,00 Pago estatais: - Total: R\$ 59.965.772,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL

Unidade de medida: 1/1.000

Último índice apurado: 23,10 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 22,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O resultado positivo de 2005 reflete o investimento em inúmeras ações de atenção no pré-natal, no atendimento ao parto, nos programas de vacinação, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e na atenção a doenças predominantes no primeiro ano de vida.

2. COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL

Unidade de medida: 1/1.000

Último índice apurado: 15,80 em 2004

Índice previsto ao final do PPA: 14,50

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O resultado positivo de 2005 reflete o investimento em inúmeras ações de atenção no pré-natal, no atendimento ao parto e nas complicações obstétricas.

3. TAXA DE PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO GASTO TOTAL COM ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA

Unidade de medida: Porcentagem
Último índice apurado: 37,70 em 2004
Índice previsto ao final do PPA: 42

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. Há possibilidade de a meta ser alcançada, uma vez que o processo de ampliação da oferta de serviços hospitalares de atenção psiquiátrica tem se mostrado irreversível.

4. COEFICIENTE DE LETALIDADE MATERNA HOSPITALAR NO SUS

Unidade de medida: 1/100.000
Último índice apurado: 29,30 em 2004
Índice previsto ao final do PPA: 22,40

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

A previsão de alcance da meta é alta, tendo em vista a implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e as ações desenvolvidas no sentido de melhorar a qualidade dos serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONTEXTUALIZAÇÃO

As desigualdades sociais construídas historicamente no país e as diferenças entre os segmentos populacionais que se expressam em suas dimensões geracionais, étnico/racial e de gênero, caracterizam diferentes vulnerabilidades sociais e marcam desiguais riscos à saúde.

Este cenário aponta para a necessidade do desenvolvimento de políticas e ações que ampliem o acesso, o conhecimento e a garantia de atenção integral a estes segmentos populacionais, que levem em conta suas necessidades singulares e a complexidade do contexto onde estão inseridos, assim como suas possibilidades de superação e potenciais de saúde, no constante processo de busca da equidade e da garantia dos direitos.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Pagamento de Auxílio Reabilitação a 2.158 egressos de longa internação psiquiátrica (programa “De Volta para Casa”).
- Implantação de 287 novos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), totalizando 411 SRT em funcionamento.
- Ampliação da rede de serviços extra hospitalares, nos moldes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), com 800 novos serviços.
- Redução de 3.500 leitos em hospitais psiquiátricos, como esforço do processo de deshospitalização.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes. O fluxo de recursos sofreu alguma descontinuidade, mas não prejudicou decisivamente a execução do programa. Foram executados 67,46% dos recursos previstos.

O cumprimento das metas físicas esteve parcialmente dentro do previsto. A implementação das políticas previstas no programa ocorre mediante financiamento do governo federal e realização das ações pelos gestores estaduais e municipais.

Nesse contexto, dificuldades operacionais, tais como assinatura de convênios, ou mesmo políticas, como a menor adesão a políticas por parte dos gestores estaduais e municipais, podem prejudicar o desempenho do programa.

Foram apontadas como restrições à execução do programa e de suas ações, o atraso na liberação de recursos para convênios assinados e a morosidade dos processos administrativos ligados a licitações e celebração de contratos.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Não há.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

OBJETIVO

Expandir o programa “Saúde da Família” e a rede básica de saúde, mediante a efetivação da política de atenção básica: resolutiva, integral e humanizada.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 5.574.129.201,00	Empenho Liquidado: R\$ 5.386.876.580,00 Pago estatais: - Total: R\$ 5.386.876.580,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DA POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

Unidade de medida: Percentagem

Último índice apurado: 34,90 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 60,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Muito baixa. A previsão é de que o índice alcançado ao final do PPA seja 50,00. O redimensionamento da meta foi provocado pelo alto custo de implantação das Equipes de Saúde Bucal e em razão da dificuldade de cooperação com os gestores municipais, que ainda apresentam certa desconfiança quanto à estabilidade do financiamento pelo Governo Federal.

2. TAXA DA POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Unidade de medida: Percentagem

Último índice apurado: 44,40 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 70,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Muito baixa. A previsão é de que o índice alcançado ao final do PPA seja 55,00. O redimensionamento da meta foi provocado em razão da dificuldade de cooperação com os gestores municipais, que ainda apresentam certa desconfiança quanto à estabilidade do financiamento pelo Governo Federal.

4. TAXA DA POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS COM MAIS DE 100.000 HABITANTES

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 29,38 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 48,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Muito baixa. A previsão é de que o índice alcançado ao final do PPA seja 35,00. O redimensionamento da meta foi provocado em razão da baixa adesão verificada até o final de 2005, cerca de 50% menor à registrada em Municípios com menos de 100.000 habitantes.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O acesso insuficiente da população às ações básicas e aos serviços de saúde, com destaque para a baixa cobertura dos procedimentos odontológicos sobre a população; o predomínio do modelo de atenção à saúde centrado no hospital; e a baixa integralidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde, demandam uma intervenção articulada e integrada dos gestores do SUS, em busca da reorganização desse modelo.

Para tanto, torna-se necessária a implementação de medidas estruturantes que possam efetivamente garantir à população serviços básicos de saúde que sejam acessíveis, oportunos, resolutivos e humanizados.

Nesse sentido, foi concebido o programa Atenção Básica em Saúde, no qual está previsto o desenvolvimento de ações destinadas ao reordenamento do modelo de atenção à saúde, com ênfase no fortalecimento da gestão descentralizada da atenção básica e na consolidação da estratégia de saúde da família.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Equipes de Saúde da Família (ESF): implantação de 3.332 novas equipes, totalizando 24.564 ESF em atividade. Presença em aproximadamente 4.900 Municípios, cobrindo 78,6 milhões de pessoas (cerca de 44,4% da população).
- Agentes Comunitários de Saúde (ACS): implantação de 15.369 novos agentes, totalizando 208.094 ACS em atividade. Presença em aproximadamente 5.200 Municípios, cobrindo 103,5 milhões de pessoas (cerca de 58,4% da população).
- Equipes de Saúde Bucal (ESB): implantação de 3.652 novas equipes, totalizando 12.602 ESB em atividade. Presença em aproximadamente 3.900 Municípios, cobrindo 61,8 milhões de pessoas (cerca de 34,9% da população).

Até 2005, a implantação do programa “Saúde da Família” registra um crescimento acentuado, particularmente nos Municípios de menor renda, atuando, portanto, como instrumento de promoção da equidade na atenção básica à saúde.

Segundo informações constantes do Sistema de Informações da Atenção Básica

(SIAB), nas áreas cobertas pelo programa “Saúde da Família” foi registrada uma tendência de crescimento do aleitamento materno e de redução da desnutrição em crianças menores de 1 ano.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

Cumprimento de metas físicas dentro do previsto. Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes e liberados ao longo do exercício, em fluxo compatível com a programação. Foram executados 96,64% dos recursos orçamentários previstos.

São apontadas como restrições do programa:

- insuficiência de recursos materiais e de infra-estrutura na equipe gerencial e nas equipes executoras.
- insuficiência de profissionais envolvidos na equipe gerencial.
- insuficiente qualificação dos recursos humanos nas equipes gerencial e executoras.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Não há recomendações.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE

OBJETIVO

Garantir o acesso e a integralidade dos cuidados em saúde, de forma hierárquica e regionalizada, por meio da redefinição do perfil do serviço de saúde de média e alta complexidade e da mudança do modelo de alocação de recursos.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 786.409.768,00	Empenho Liquidado: R\$ 538.239.725,00 Pago estatais: - Total: R\$ 538.239.725,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. ÍNDICE DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Unidade de medida: Consulta per capita

Último índice apurado: 0,47 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 0,48

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Não verificada.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O programa surgiu de necessidade de implantação/implementação de políticas para o enfrentamento dos problemas relacionados a: baixa qualidade do atendimento; iniquidade no acesso da população aos serviços e ações de saúde; falta de integralidade das ações e serviços de saúde no SUS; e insuficiente capacidade instalada da rede de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar em determinadas regiões.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Atendimento a 205.488 pacientes na área de atenção a gestantes de alto risco, crianças e adolescentes com patologias de alta complexidade e portadores de doenças infecciosas.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

A execução física esteve abaixo do previsto. Os recursos orçamentários foram considerados insuficientes para proporcionar adequação ou melhoria da rede de serviços. A insuficiência de recursos orçamentários provocou o cancelamento de atividades programadas, tais como o apoio a hospitais públicos e privados de médio porte e uma redefinição no cronograma das atividades previstas, sendo alongado o prazo para implementação e reduzida a cobertura inicialmente prevista. Foram executados 68,44% dos recursos previstos.

O espaço físico e a infra-estrutura de informática na gerência são insuficientes, gerando desconforto para servidores, atrasos nas atividades administrativas e dificuldades na implementação de ações voltadas para o monitoramento.

Há carência de pessoal técnico qualificado. Pelo perfil das atividades (gestão de políticas), seria adequado que as equipes fossem compostas por servidores públicos.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

O programa está sendo avaliado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pela Universidade de São Paulo (USP), por meio de convênios onde são definidos estudos a serem realizados em relação às políticas e ações da atenção especializada. Os primeiros resultados devem ser apresentados no segundo semestre de 2006, mas os estudos terão continuidade até o final de 2007.

A maior parte das ações é de execução descentralizada, contudo, os mecanismos de acompanhamento da execução física das ações e seus impactos são precários.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

ATENÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

OBJETIVO

Ampliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde, na busca da equidade, da redução das desigualdades regionais e da humanização de sua prestação.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 17.438.099.208,00	Empenho Liquidado: R\$ 17.269.042.567,00 Pago estatais: - Total: R\$ 17.269.042.567,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 6,18 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 7,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA
Média.

2. COEFICIENTE DE LEITOS DISPONIBILIZADOS

Unidade de medida: 1/1.000
Último índice apurado: 2,04 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 2,60

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA
Média.

3. ÍNDICE DE CONSULTA POR HABITANTE

Unidade de medida: 1/1.000
Último índice apurado: 1,85 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 2,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Baixa. Muito embora o índice previsto para 2005 tenha sido superado, as restrições orçamentárias e financeiras têm prejudicado a expansão dos atendimentos no SUS, razão pela qual se tem uma expectativa baixa em relação ao índice previsto para o final do PPA 2004-2007.

CONTEXTUALIZAÇÃO

De acordo com a Constituição Federal de 1988, é dever do Estado o desenvolvimento de política pública que garanta o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de saúde. Essas ações e serviços são financiados por recursos da seguridade social e de outras fontes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O cumprimento desse dever por parte da esfera federal pressupõe o repasse de recursos financeiros aos Estados e Municípios para o custeio da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a regulação desta atenção como forma de garantir a equidade na atenção integral, a redução das desigualdades regionais e a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Realização de cerca de 2,2 bilhões de procedimentos ambulatoriais no SUS e de 11,8 milhões de internações.
- Repasse de R\$ 16,2 bilhões a Estados e Municípios para financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade, proporcionando, entre outros serviços:
 - aumento no número de transplantes.
 - custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).
 - custeio dos Centros Especializados de Odontologia (CEOs).

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

Cumprimento de metas físicas dentro do previsto, embora o programa trabalhe com um subdimensionamento do público-alvo em razão de problemas de alocação orçamentário-financeira.

Considerando o planejado, ou seja, o subdimensionamento do público-alvo, os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes e foram liberados ao longo do exercício, em fluxo compatível com a programação. Foram executados 99,03% dos recursos orçamentários previstos na Lei Orçamentária.

A gerência do programa aponta para a insuficiência na disponibilidade de recursos materiais e humanos nas equipes executoras.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Não há.

RECOMENDAÇÕES

- Adequação da meta física referente à ação 8585 – “Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos

Estados Habilitados em Gestão Plena/Avançada”. Como o produto foi alterado de “pessoa atendida” para “atendimento realizado”, a expectativa é de um quantitativo muito maior (cerca de 2,2 bilhões de atendimentos).

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

OBJETIVO

Reduzir a mortalidade da mulher por complicações na gravidez, parto, puerpério e outros agravos da condição feminina, por intermédio do atendimento ao pré-natal, de políticas de planejamento familiar e de promoção de estudos sobre a saúde da mulher.

PÚBLICO-ALVO

População feminina acima de 10 anos de idade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 7.500.000,00	Empenho Liquidado: R\$ 3.628.090,00 Pago estatais: - Total: R\$ 3.628.090,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

ESTE PROGRAMA NÃO FOI AVALIADO

COMENTÁRIO

O Programa 6021 - Atenção Integral à Saúde da Mulher não foi avaliado pela sua Gerência em relação à execução em 2005. O Programa é resultante de emenda parlamentar, tendo sido executados R\$ 7,3 milhões por meio da ação Atenção à Saúde da Mulher – 6175. Informações relativas ao programa estão contempladas no âmbito do Programa 1312 - Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos. Foram ainda realizadas despesas no montante de R\$ 3,7 milhões em restos a pagar, de um total de R\$ 4,1 milhões inscritos.

CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

OBJETIVO

Desenvolver e fomentar a pesquisa e a inovação tecnológica no setor de saúde e promover sua absorção pelas indústrias, pelos serviços de saúde e pela sociedade.

PÚBLICO-ALVO

Unidades gestoras e executoras do SUS, usuários dos serviços de saúde, instituições e organizações de C&TI/S e profissionais de saúde, de ciência e tecnologia e inovação em saúde.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 211.561.242	Empenho Liquidado: R\$ 205.529.823 Pago estatais: - Total: R\$ 205.529.823
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE PROJETOS DE PESQUISA OU DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO EXECUTADOS PELA FIOCRUZ ALINHADOS COM A AGENDA NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA & TECNOLOGIA EM SAÚDE

Unidade de medida: Porcentagem
Último índice apurado: 100,00 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 100,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice não apurado em 2005. Previsão de apuração para o final de 2007.

2. NÚMERO DE INSUMOS E PRODUTOS DE SAÚDE DESENVOLVIDOS PELA FIOCRUZ

Unidade de medida: Unidade
Último índice apurado: 16,00 em 2003
Índice previsto ao final do PPA: 19,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice não apurado em 2005. Previsão de apuração para o final de 2007.

3. NÚMERO DE PATENTES DEPOSITADAS

Unidade de medida: Unidade
Último índice apurado: 2,00 em 2003
Índice previsto ao final do PPA: 4,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice não apurado em 2005. Previsão de apuração para o final de 2007.

4. NÚMERO DE MÉTODOS E PROCESSOS EM SAÚDE PÚBLICA DESENVOLVIDOS PELA FIOCRUZ

Unidade de medida: Unidade
Último índice apurado: 35,00 em 2003
Índice previsto ao final do PPA: 50,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice não apurado em 2005. Previsão de apuração para o final de 2007.

5. ÍNDICE DE PESQUISAS PUBLICADAS EM REVISTAS DE RELEVANTE IMPORTÂNCIA PARA A COMUNIDADE CIENTÍFICA

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 55,00 em 2003
Índice previsto ao final do PPA: 80,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice não apurado em 2005. Previsão de apuração para o final de 2007.

6. NÚMERO DE PESQUISAS REALIZADAS NA REGIÃO CENTRO OESTE

Unidade de medida: Unidade
Último índice apurado: -
Índice previsto ao final do PPA: -

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice não apurado em 2005. Previsão de apuração para o final de 2007.

7. NÚMERO DE PESQUISAS REALIZADAS NA REGIÃO NORDESTE

Unidade de medida: Unidade
Último índice apurado: 120,00 em 2003
Índice previsto ao final do PPA: 210,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice não apurado em 2005. Previsão de apuração para o final de 2007.

8. NÚMERO DE PESQUISAS REALIZADAS NA REGIÃO NORTE

Unidade de medida: Unidade
Último índice apurado: 56,00 em 2003
Índice previsto ao final do PPA: 97,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice não apurado em 2005. Previsão de apuração para o final de 2007.

9. NÚMERO DE PESQUISAS REALIZADAS NA REGIÃO SUDESTE

Unidade de medida: Unidade
Último índice apurado: 1.130,00
Índice previsto ao final do PPA: 1.313,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice não apurado em 2005. Previsão de apuração para o final de 2007.

10. NÚMERO DE PESQUISAS REALIZADAS NA REGIÃO SUL

Unidade de medida: Unidade
Último índice apurado: -
Índice previsto ao final do PPA: -

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice não apurado em 2005. Previsão de apuração para o final de 2007.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A ausência de uma política pública e explícita de pesquisa em saúde, orientada pelas necessidades de saúde da população, vem impedindo o aproveitamento do conjunto das potencialidades do esforço brasileiro em ciência, tecnologia e inovação e dificultando a adequada mobilização de recursos de incentivo. Nesse contexto, a definição de uma política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde deve tratar de uma agenda que incorpore potencialmente todo o leque de pesquisa científica e tecnológica que tenha como finalidade imediata ou mediata contribuir para a melhoria do estado de saúde da população brasileira.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Realização de 14 pesquisas relacionadas a inovações tecnológicas em doenças tropicais.
- Realização de 2.956 pesquisas clínicas, epidemiológicas e em ciências biológicas, humanas e sociais aplicadas à saúde.
- Realização de 9 pesquisas em primatas não humanos.
- Realização de 39 pesquisas em tuberculose e outras pneumopatias.
- Realização de 36 pesquisas em Medicina Tropical e Meio Ambiente.
- Realização de 8 pesquisas na área de vigilância, prevenção e controle de agravos.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

Os recursos orçamentários destinados ao programa foram considerados suficientes e liberados ao longo do exercício em fluxo compatível com a programação. Foram executados 97,15% dos recursos previstos.

A execução física foi irregular, com algumas ações superando as metas físicas previstas e outras com baixo desempenho.

Não foram apontadas restrições à execução do programa e de suas ações.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

O monitoramento do desempenho físico das ações é realizado de forma descentralizada, ou seja, cada coordenação acompanha e monitora seus produtos de acordo com seu respectivo plano de trabalho. O acompanhamento do programa como um todo é feito por meio do Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação de Ações em Saúde (SISPLAM/MS).

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi construída com a participação de gestores municipais e estaduais, pesquisadores e usuários, sendo concluída na II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

CONTROLE DA TUBERCULOSE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

OBJETIVO

Prevenir e controlar a tuberculose e outras pneumopatias de interesse em saúde pública e a hanseníase e outras dermatoses relevantes.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 45.024.200,00	Empenho Liquidado: R\$ 41.578.488,00 Pago estatais: - Total: R\$ 41.578.488,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE CURA DA TUBERCULOSE

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 73,10 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 80,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Desempenho dentro do esperado.

2. TAXA DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO PLANO NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PNCT) UTILIZANDO TRATAMENTO SUPERVISIONADO

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 63,80 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 50,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Resultado em 2005 já superou a meta para 2007.

3. TAXA DE CURA DA HANSENÍASE

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 69,24 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 90,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. A queda na taxa em relação a 2004 (69,27%) é resultado de limpeza no banco de dados, possibilitando uma visibilidade real da informação.

4. COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE

Unidade de medida: 1/10.000

Último índice apurado: 1,48 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 0,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O desempenho de 2005 esteve dentro do esperado para o atingimento da meta de erradicação em 2007.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A tuberculose continua sendo um grave problema de saúde no Brasil. Segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), o país está entre os 22 países de maior carga da doença no mundo. Atinge principalmente a população em idade mais produtiva e nos grupos humanos com piores condições socioeconômicas. Anualmente são descobertos no Brasil cerca de 90 mil casos novos de tuberculose, causando 6 mil óbitos pela doença. As pneumopatias de interesse em saúde pública ocupam o 2º lugar entre as causas de internação no Sistema Único de Saúde.

Em 2002, os casos de hanseníase no Brasil atingiram números perturbadores, com a prevalência de 77.558 casos (4,44/10.000 habitantes) e detecção de 41.402 casos (2,37/10.000 habitantes), sendo o país com maior incidência nas Américas e a 2ª maior incidência em todo o mundo. As dermatoses de interesse em saúde pública ocupam a 4ª colocação na busca aos serviços de saúde.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Queda no coeficiente de prevalência da Hanseníase, passando de 1,67/10.000 em 2004 para 1,48/10.000 em 2005.
- Aumento na taxa de cura da Tuberculose, de 73% em 2004 para 73,10% em 2005.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

Cumprimento das metas físicas dentro do previsto. Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes. O fluxo de recursos sofreu descontinuidade, prejudicando a execução programada. Foram executados 92,35% dos recursos previstos. Muito embora as metas físicas tenham sido atingidas, algumas atividades não foram executadas em virtude de insuficiente limite de empenho ou de atraso na liberação desse limite.

A realização de licitações e a celebração de contratos também foram apontadas como restrições, atribuídas à carência de recursos humanos. Segundo a gerência do programa, há necessidade de ampliação dos recursos humanos envolvidos no programa, seja na equipe gerencial (Ministério da Saúde), seja nas equipes executoras (Estados e Municípios). Em relação às equipes executoras, também foi registrada a necessidade de maior qualificação dos recursos humanos.

Foi apontado que o espaço físico disponível para a equipe gerencial do programa é insuficiente e inadequado. Os recursos materiais e de infra-estrutura disponíveis para as equipes executoras (Estados e Municípios) também foram considerados insuficientes.

Em 2005 foi registrada uma dificuldade no monitoramento do desempenho das ações, causada principalmente pela morosidade no fluxo de informações dos Municípios para o Governo Federal por meio do SINAN (Sistema de Informações que registra os casos notificados). Em 2006 será implantado o SINAN-Net, que deve corrigir essa falha no fluxo de informações.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

O programa realiza parcerias não governamentais para sua execução. Em 2005, foi fortalecida a Parceria Brasileira contra a Tuberculose, que congrega várias instituições da sociedade civil organizada em apoio ao governo na perseguição das metas definidas para a área. Por meio dessas parcerias, são realizadas ações de mobilização social, educação, comunicação e informação, com grande abrangência nacional.

Em relação à Hanseníase, também houve um fortalecimento de parcerias com organizações não governamentais (ONGs), que permitiu inclusive a implantação de um serviço telefônico para responder dúvidas da população em geral, o Telehansen, criado pelo Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). A Pastoral da Criança também desempenha um importante papel de aproximar os esforços do governo de parcelas específicas da sociedade.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

DOAÇÃO, CAPTAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

OBJETIVO

Reduzir o tempo de espera em fila de candidatos a transplante, por meio da otimização do uso de órgãos e tecidos, recursos operacionais, humanos e assistenciais na área de transplante, com a preservação da ética.

PÚBLICO-ALVO

Candidatos a transplante de órgãos e tecidos.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 14.030.500,00	Empenho Liquidado: R\$ 12.213.398,00 Pago estatais: - Total: R\$ 12.213.398,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. ÍNDICE DE TRANSPLANTES REALIZADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Unidade de medida: 1/1.000.000

Último índice apurado: 59,91 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 106,10

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

O índice previsto para 2005 era de 73,5. O não alcance do índice esperado deu-se pela necessidade de adequação da rede nacional de transplantes, por meio de: 1) capacitação de profissionais da saúde; 2) informatização da rede de transplantes; 3) adequação das ações específicas de cada órgão/tecido; e 4) preconização da qualidade no processo doação-transplantes.

2. ÍNDICE DE CAPTAÇÕES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Unidade de medida: 1/1.000.000

Último índice apurado: 41,30 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 20,20

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

O índice de captações de órgãos e tecidos previsto para 2005 era de 11,3. A alteração positiva no indicador corresponde à ampliação das possibilidades de captação devido à adoção de novas tecnologias.

CONTEXTUALIZAÇÃO

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, é dever do Estado dispor sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento. No Brasil, atualmente, mais de 55 mil pessoas esperam um órgão/tecido para transplante. Esse tempo de espera mantém estreita relação com dois fatores determinantes: a capacidade técnica e operacional para realizar transplantes no país e o número de doações efetuadas. O programa atuará fundamentalmente sobre esses dois fatores.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Realização de 11.099 transplantes pelo Sistema Único de Saúde, de um total de 16.795 operacionalizados no País.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

A execução física esteve parcialmente dentro do previsto, sendo que o ano de 2005 caracterizou-se principalmente pela organização e melhoria do processo doação-transplante, o que não é apontado diretamente pelas metas físicas constantes do programa. Os recursos orçamentários foram suficientes e sua liberação ocorreu em fluxo compatível com a programação. Foram executados 87,05% dos recursos previstos.

A capacitação dos profissionais que atuam nas equipes das Centrais Estaduais, Regionais e das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes é insuficiente.

Para um melhor desempenho do Programa Nacional de Transplantes de Órgãos, é necessária uma maior articulação entre as políticas federal, estaduais e municipais, de forma a proporcionar avanços na estruturação dos hospitais e redes de referência para a prática de transplante de órgãos.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

O programa está sendo avaliado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), com conclusão prevista para 2007.

O processo doação-transplantes necessita da interação harmoniosa de diversos fatores: conscientização da população, profissionais de saúde e gestores, acesso a suporte tecnológico, entre outros. O número de transplantes realizados é consequência do sucesso das várias ações que os antecedem. Neste momento, é preciso investir na organização, efetivação e efetividade de todo o processo, de forma a impulsionar o aumento do número de transplantes.

Tão importante quanto aumentar o número de doações e de transplantes é garantir a realização de procedimentos seguros aos pacientes, visando não somente à quantidade de procedimentos realizados, mas principalmente a qualidade destes. No ano de 2005, as atenções estiveram voltadas para o fortalecimento da rede nacional de transplantes, buscando levar à população credibilidade e transparência nas ações do sistema.

Os esforços de 2005 foram dirigidos para garantir:

- Maior qualidade na regulação dos procedimentos de transplantes realizados.
- Adequação de políticas para transplantes de órgãos específicos, por meio da atuação das câmaras técnicas em conjunto com o Sistema Nacional de Transplantes/DAE/SAS/MS.
- Melhor gerenciamento da rede, possibilitado pelo funcionamento na versão atualizada do Sistema de Informação de Transplantes de Órgãos e Tecidos (PTx 5.0).
- Capacitação técnica dos profissionais da saúde com relação ao processo doação-transplantes.
- Efetivo controle da qualidade das córneas transplantadas, mediante a implementação e pleno funcionamento dos bancos de tecidos oculares humanos.
- Desenvolvimento de estratégias e ações em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

RECOMENDAÇÕES

- O programa foi excluído para o exercício de 2006, e suas atribuições transferidas para o programa 1216 – “Atenção Especializada em Saúde”.

EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

OBJETIVO

Promover a qualificação e a educação permanente dos profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde.

PÚBLICO-ALVO

Profissionais da saúde das três esferas de governo.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 299.658.960,00	Empenho Liquidado: R\$ 265.001.337,00 Pago estatais: - Total: R\$ 265.001.337,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ÁREA DE ENFERMAGEM COMO AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Unidade de medida: Percentual
Último índice apurado: 92,60 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: -

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Não foi definida uma meta a ser alcançada em 2007.

2. TAXA DE COBERTURA DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 75,00 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 100,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Necessidade de construir uma Política de Educação Permanente que articule gestores e instituições de ensino e pesquisa para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e a melhoria constante da Atenção à Saúde e do Sistema Único de Saúde

(SUS), possibilitando a reflexão crítica sobre as práticas e transformações dos modos de organização da atenção à saúde.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Manutenção de 1.558 vagas de residência médica.
- Manutenção de 20.007 formandos do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), que formou 250.387 profissionais desde 2000.
- Capacitação ou qualificação de 156.859 profissionais em diversas áreas da saúde, tais como: saúde bucal, saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde do idoso, agentes comunitários de saúde e agentes de vigilância em saúde.
- Lançamento do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), com o intuito de aproximar a formação acadêmica do serviço público de saúde, de forma a proporcionar o atendimento das demandas hoje existentes na prestação de serviços e produção científica e o conseqüente fortalecimento do SUS.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O cumprimento das metas físicas esteve parcialmente dentro do previsto. A implementação do Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho, que seria financiado pela ação 6196 – “Serviço Civil Profissional em Saúde”, não ocorreu em virtude de inadequações na legislação, que foram sanadas apenas no mês de julho de 2005. No segundo semestre houve a análise de projetos, contudo, sem qualquer execução orçamentária.

Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes, mas restrições referentes ao limite de empenho do órgão impediram um melhor desempenho do programa, prejudicando o empenho de convênios e projetos. Foram executados 88,43% dos recursos orçamentários previstos.

A quantidade de recursos humanos nas equipes executoras foi considerada insuficiente. As incertezas geradas pelos vínculos com organismos internacionais (UNESCO e OPAS) e contratos temporários podem prejudicar a qualidade da execução do programa.

Outra restrição destacada foi a dificuldade de celebração de convênios em virtude da inadimplência dos entes federativos.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Grande parte das ações desenvolvidas é executada mediante cooperação técnica com organismos internacionais, em especial a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

OBJETIVO

Coordenar o planejamento e a formulação de políticas setoriais e a avaliação e controle dos programas na área da saúde.

PÚBLICO-ALVO

Governo.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 215.419.168,00	Empenho Liquidado: R\$ 185.637.703,00 Pago estatais: - Total: R\$ 185.637.703,00
Previsto não orçamentário R\$ 12.319.000,00	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

Este programa não possui indicador, por ser do tipo “Gestão de Políticas Públicas”.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O programa surgiu da necessidade de fortalecer a implementação do modelo de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde - SUS e a formulação e avaliação de políticas de saúde, devido à insuficiência da estrutura organizacional e escassez de recursos na implementação do novo modelo de gestão.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Implantação do sítio eletrônico “Observatório da Amazônia” (www.saude.gov.br/amazonia) no âmbito do Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal (PSAL).
- Disponibilização do portal eletrônico COOPERASUS (www.saude.gov.br/cooperasus) no âmbito da Rede de Cooperação Técnica e Apoio à Gestão do SUS).

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O cumprimento de metas físicas esteve parcialmente dentro do previsto e foram executados 86,18% dos recursos orçamentários previstos. O fluxo de recursos sofreu descontinuidade por problemas operacionais do Ministério da Saúde.

Há necessidade de ampliação do espaço físico disponível para a implementação da

ação 8287 – “Qualificação da Gestão Descentralizada do SUS”, bem como aquisição de equipamentos de informática.

Com relação à ação 4388 – “Serviço de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)”, todas as atividades desenvolvidas em 2005 sofreram atraso em razão de: 1) mudanças na estrutura de gerenciamento do DATASUS; 2) redefinições na Política de Informática; 3) Problemas nos processos licitatórios; e 4) limite de empenho orçamentário.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Foi promovida uma maior participação dos gestores de saúde através de ações realizadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Nesse sentido, os gestores tiveram oportunidade de apresentar propostas ao Governo federal, formuladas a partir de articulação com diversos grupos sociais, permitindo a discussão de problemas de saúde relevantes para cada região.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

GESTÃO DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

OBJETIVO

Promover a desprecarização dos vínculos de trabalho da saúde e a qualificação da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde.

PÚBLICO-ALVO

Gestores federais, estaduais e municipais, trabalhadores da saúde, sindicatos e entidades representantes dos trabalhadores de saúde.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 3.800.000,00	Empenho Liquidado: R\$ 3.800.000,00 Pago estatais: - Total: R\$ 3.800.000,00
Previsto não orçamentário R\$ 1.071.000,00	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

Este programa não possui indicador, por ser do tipo “Gestão de Políticas Públicas”.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O programa surgiu da necessidade de regularizar os vínculos de trabalho, assegurando direitos, regulação das profissões da saúde e a qualificação da gestão de educação e trabalho nas instituições do SUS.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Apoio a 22 Observatórios de Recursos Humanos em Saúde.
- Implementação da Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Finalização da proposta de diretrizes para o Plano de Carreira, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS/SUS).

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

Apenas uma ação do programa possui meta física e, nesse caso, o desempenho foi acima do previsto. O desempenho das outras ações é avaliado por aspectos qualitativos da implementação e repercussão de suas propostas no âmbito do trabalho no SUS.

Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes. Os recursos foram liberados ao longo do exercício em fluxo compatível com a programação. Foram executados 100% dos recursos previstos.

Foi apontada a insuficiência de recursos humanos disponíveis nas equipes executoras ligadas ao programa.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

O programa é implementado com o envolvimento sistemático de representações de trabalhadores do SUS e de movimentos sociais. Além disso, a programação é analisada e aprovada no Conselho Nacional de Saúde.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

INVESTIMENTO PARA HUMANIZAÇÃO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO

Ampliar e humanizar a atenção à saúde.

PÚBLICO-ALVO

Usuários do Sistema Único de Saúde.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 124.110.000,00	Empenho Liquidado: R\$ 119.965.481,00 Pago estatais: - Total: R\$ 119.965.481,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE INVESTIMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DO COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE NA REGIÃO CENTRO OESTE

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 3,00 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 13,40

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Baixa. Os projetos propostos não tiveram o êxito esperado em razão da falta de qualidade técnica.

2. TAXA DE INVESTIMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DO COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 47,00 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 31,30

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Aprovação de projetos acima da expectativa, em razão da grande quantidade e da melhoria na qualidade técnica.

3. TAXA DE INVESTIMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DO COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE NA REGIÃO NORTE

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 17,00 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 20,40

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Alto índice de aprovação dos projetos.

4. TAXA DE INVESTIMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DO COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE NA REGIÃO SUDESTE

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 23,00 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 19,20

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. Índice de projetos aprovados abaixo da expectativa, em razão de pouca quantidade e baixa qualidade.

5. TAXA DE INVESTIMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DO COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE NA REGIÃO SUL

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 10,00 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 15,70

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. Índice de projetos aprovados abaixo da expectativa, em razão de pouca quantidade e baixa qualidade.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS, para alcançar seus objetivos, tem grande necessidade de institucionalizar uma gestão mais eficiente, eficaz, efetiva e humanizada e de ampliar o acesso à atenção à saúde, por meio da integração de sistemas, da otimização de usos e funcionalidades e ainda de novos investimentos que possam ampliar o potencial de utilização e de produtividade da grande estrutura já existente. Investimentos no setor saúde vêm apresentando pouca eficiência sob o aspecto de comparação custo-efetividade. Na prática, não há observação das diretrizes desenvolvimentistas nacionais, além de que, ações insuladas têm gerado duplicação de esforços e estruturas concomitantes, com escassez de oferta em outras unidades. Uma das conseqüências é a geração de iniquidades na distribuição de recursos. Por outro lado, a atenção à saúde reúne a prestação de serviços, ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Dada a magnitude do Sistema Único de Saúde, tais atividades implicam em intensiva utilização de insumos ofertados por diferentes cadeias produtivas, que formam o complexo produtivo da saúde (CPS). Este, por sua vez, atua como dinamizador de diferentes setores da economia, dado o caráter intersetorial da atenção à saúde e o volume de recursos envolvido. Além disso, exerce significativo impacto tanto no balanço de pagamento, quanto na geração

de trabalho e renda. O aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão representa a medida necessária para ampliar o acesso, corrigir iniquidades e, ao mesmo tempo, exercer influência positiva sobre as cadeias produtivas envolvidas.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Lançamento da primeira versão do Sistema de Organização para Modelos Assistenciais do SUS (SOMASUS).
- Instituição do Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações para a Integração do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras).

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O cumprimento das metas físicas esteve bem abaixo do previsto. Entre os fatores que prejudicaram um melhor desempenho do programa, destaca-se a alteração do quadro dirigente do Ministério da Saúde, provocada pela troca de ministros. Em razão de novas orientações, o processo de financiamento de projetos junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e Banco Mundial - BIRD sofreu atrasos, impedindo parte da execução física no exercício de 2005.

Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes, com exceção da ação 6153 – “Cadastro Nacional de Profissionais e Estabelecimentos Assistenciais de Saúde”, que não recebeu dotação alguma. Os recursos foram liberados em fluxo compatível com a programação. Foram executados 96,66% dos recursos previstos.

Foi apontada como restrição a incapacidade de grande parte dos Estados e Municípios para celebrar, executar e prestar contas de convênios.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Os recursos administrativos, de pessoal, de logística e de materiais para a execução do programa são todos disponibilizados pela UNESCO, através de termos de acordo de cooperação técnica firmados com o Ministério da Saúde.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

PARTICIPAÇÃO POPULAR E INTERSETORIALIDADE NA REFORMA SANITÁRIA E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

OBJETIVO

Promover a participação popular e a intersectorialidade na saúde.

PÚBLICO-ALVO

Conselhos de Saúde, movimentos sociais e sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 23.975.542,00	Empenho Liquidado: R\$ 17.874.740,00 Pago estatais: - Total: R\$ 17.874.740,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

Este programa não possui indicador, por ser do tipo “Gestão de Políticas Públicas”.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), expressão da proposta política da Reforma Sanitária Brasileira, constitui um sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo, com princípios e diretrizes legais, que incluem o controle social do sistema. A construção do modelo sistematizado de atenção à saúde do SUS vem apresentando avanços destacados (descentralização da gestão pela criação das Comissões Intergestoras, fóruns de pactuação, criação e desenvolvimento dos Fundos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais, elevação da capacidade de gestão pública, principalmente entre os Municípios) e muitos desafios ainda são apontados (fortalecimento dos conselhos, construção da equidade, reorientação da política de recursos humanos, construção da responsabilidade regulatória, disseminação das informações para o controle social) que devem ser superados pelos governos e pela sociedade. A melhoria do nível de saúde da população está relacionada à implementação de políticas sociais articuladas, ao fortalecimento dos conselhos de saúde e ao incentivo à participação popular, como exercício da cidadania e do controle social.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- 11,2 milhões de ligações recebidas pela Ouvidoria Nacional de Saúde, com o conseqüente encaminhamento das demandas.
- Implementação da Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS,

com atividades permanentes de mobilização social e de democratização de informações para a população em geral.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O cumprimento das metas físicas esteve parcialmente dentro do previsto, cabendo ressaltar que das 6 ações do programa, apenas duas possuem produtos definidos. Foram executados 74,55% dos recursos orçamentários previstos.

A principal disfunção detectada para a execução total do orçamento de 2005, especialmente no final do período, está relacionada à limitação dos tetos diários para empenho e à priorização que o Ministério da Saúde deu às transferências regulares e automáticas (fundo a fundo), embora os processos tenham sido enviados em tempo hábil para empenho. Dentre os processos prejudicados, cabe destacar os seguintes:

- Não empenho de R\$ 3 milhões da ação 6182 – “Ouvidoria Nacional de Saúde”, referentes ao 44º Termo de Referência com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).
- Não empenho de R\$ 1,2 milhão da ação 2016 – “Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde”, referente à reforma e equipamento do auditório do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Com relação ao processo de aquisição de equipamentos para o Conselho Nacional de Saúde, além da restrição orçamentária, houve dificuldades no processo licitatório.

Os recursos materiais e a infra-estrutura disponíveis para a equipe gerencial foram apontados como insuficientes. Com relação aos recursos humanos, a quantidade disponível na equipe gerencial é insuficiente, assim como a qualificação nas equipes executoras, em especial no que concerne os conceitos de gestão estratégica e participativa.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

O programa avalia a satisfação do beneficiário mediante questionário dirigido aos usuários do SUS. Os questionários acompanham cartas enviadas para atestar a realização do procedimento e verificar se houve qualquer cobrança indevida. Esse sistema é conhecido como CARTASUS.

RECOMENDAÇÕES

- Criar produto e meta física para a ação 6806 – “Controle Social no Sistema Único de Saúde”:
 - produto: agentes capacitados.
 - meta física para 2007: 20.000.
- Vincular outras metas para avaliação do programa:
 - implantação de sistema de gestão das ações de controle social no SUS nos Estados e nos Municípios e nas capitais de Estado.
 - implantação de Comitês de Promoção da Equidade em Saúde em 30% das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

- implantação de ouvidorias em todos os Estados e no Distrito Federal e nas capitais dos Estados até o final de 2007.
- desenvolvimento de processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS em 60% das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e em 60% das Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

OBJETIVO

Prevenir e manter sob controle as doenças passíveis de imunização.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 592.243.010,00	Empenho Liquidado: R\$ 544.488.685,00 Pago estatais: - Total: R\$ 544.488.685,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE COBERTURA VACINAL DE POLIOMIELITE EM MENORES DE 5 ANOS

Unidade de medida: Porcentagem
Último índice apurado: 95,37 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 95,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O desempenho de 2005 já é superior à meta programada para 2007.

2. TAXA DE COBERTURA VACINAL DE INFLUENZA EM MAIORES DE 60 ANOS

Unidade de medida: Porcentagem
Último índice apurado: 83,93 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 70,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O desempenho de 2005 já é superior à meta programada para 2007.

3. TAXA DE COBERTURA VACINAL DE HEPATITE B EM MENORES DE 1 ANO

Unidade de medida: Porcentagem
Último índice apurado: 86,52 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 95,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. Tal fato pode ser explicado pelos seguintes fatores:

1. A 1ª dose da vacina é ministrada ao nascer, a 2ª com um mês de idade e a 3ª aos seis meses de vida. O grande intervalo entre as 2ª e a 3ª doses pode contribuir para que as mães não completem o esquema de vacinação.
2. Pouca divulgação sobre as possíveis complicações graves decorrentes da Hepatite B, como cirrose e câncer hepático.
3. Não há registro no sistema de informação sobre a procedência da criança, dificultando o controle em relação ao Município em que foi iniciado o esquema vacinal.

A falta da Caderneta de Saúde da Criança impede o registro da 3ª dose quando as doses são aplicadas em diferentes estabelecimentos

CONTEXTUALIZAÇÃO

Este programa contribui para a manutenção do atual estado de erradicação da poliomielite, febre amarela urbana e da eliminação do sarampo, para o alcance da eliminação do tétano neonatal e para manter sob controle as demais doenças imunopreveníveis, além de controlar estes e outros agravos de relevância para a saúde pública do país em situações ou grupos populacionais específicos. A ausência de execução de suas ações pode implicar em sérios danos à população, que estará suscetível à disseminação de tais doenças e terá como consequência o retorno de elevadas taxas de mortalidade e morbidade por este grupo de causas, acarretando altos custos sociais e financeiros ao país.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Manutenção da eliminação da poliomielite e sarampo no Brasil.
- Manutenção de altas coberturas vacinais de todo o calendário básico de imunizações para crianças menores de 1 ano.
- Vacinação de 83,93% das pessoas maiores de 60 anos contra a gripe, superando a meta de 70%.
- Redução da incidência de difteria, coqueluche, tétano, rubéola, caxumba e infecções pelo *Haemophilus influenzae* do tipo B.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O cumprimento de metas físicas esteve parcialmente dentro do previsto, com ressalva à ação 4383 – “Vacinação da População”, que realizou apenas cerca de 40% da meta programada, muito embora tenha sido registrada uma execução orçamentária de mais de 87%.

A dotação orçamentária foi considerada suficiente, mas problemas decorrentes da limitação de empenho do órgão e à descontinuidade no fluxo de recursos prejudicaram parcialmente a execução do programa e de suas ações, em especial a celebração de convênios com os Estados. Foram executados 91,94% dos recursos previstos.

Outra restrição ao melhor desempenho do programa refere-se à dificuldade nos processos licitatórios, bem como para a celebração de contratos e convênios, causados pela insuficiência de recursos humanos qualificados na área.

Foi apontada falha no suprimento de insumos de informática e manutenção de máquinas na equipe gerencial. Em alguns Estados e Municípios, há carência de equipamentos, tais como: geladeiras, termômetros, caixas térmicas e computadores. Algumas equipes executoras trabalham em condições precárias de infra-estrutura. Em relação aos recursos humanos, há necessidade de ampliação do quadro envolvido no programa, seja na equipe gerencial, seja nas equipes executoras. Em muitos Estados e Municípios, a qualificação dos recursos humanos é insuficiente.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Não há.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

SANEAMENTO RURAL

OBJETIVO

Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços de saneamento ambiental em áreas rurais.

PÚBLICO-ALVO

População rural dispersa, residente em assentamentos da reforma agrária e em localidades de até 2.500 habitantes e as minorias étnico-raciais como quilombolas, população indígena e outros povos da floresta.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 97.649.000,00	Empenho Liquidado: R\$ 88.187.164,00 Pago estatais: - Total: R\$ 88.187.164,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE COBERTURA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA EM ÁREAS RURAIS

Unidade de medida: Percentagem
 Último índice apurado: 25,70 em 2005
 Índice previsto ao final do PPA: 30,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. A morosidade associada à celebração de contratos e convênios e à execução das obras deve prejudicar o atingimento da meta.

2. TAXA DE COBERTURA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO EM ÁREAS RURAIS

Unidade de medida: Percentagem
 Último índice apurado: 19,55 em 2005
 Índice previsto ao final do PPA: 26,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. A morosidade associada à celebração de contratos e convênios e à execução das obras deve prejudicar o atingimento da meta.

3. TAXA DE COBERTURA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA EM ÁREAS INDÍGENAS

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 65,00 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 80,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. A morosidade associada à celebração de contratos e convênios e à execução das obras deve prejudicar o atingimento da meta.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A análise do quadro epidemiológico brasileiro e dos países em desenvolvimento revela a existência de altos índices de morbimortalidade relacionados com os fatores ambientais, especialmente com as precárias condições de saneamento básico. A baixa oferta e a baixa qualidade dos serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem urbana e resíduos sólidos e as condições inadequadas de moradia têm forte associação com os elevados casos de doenças como diarreias, verminoses, hepatites, doença de Chagas, Malária, Dengue, Leptospirose, infecções cutâneas e outras.

A OPAS/OMS cita o quanto se pode obter com a melhoria no abastecimento de água e destino adequado de dejetos, na redução da morbidade:

- prevenção de pelo menos 80 % dos casos de febre tifóide e paratifóide.
- redução de 60% a 70% dos casos de tracoma e esquistossomose.
- prevenção de 40% a 50% dos casos de disenteria bacilar, amebíase, gastroenterites e infecções cutâneas, entre outras.

Diante do exposto, é de fundamental importância uma ativa participação do setor saúde, envolvendo todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), nos processos de discussão, formulação e implementação da Política de Saneamento Ambiental. Tal participação deverá envolver inclusive o apoio técnico e financeiro para a execução de ações.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Conclusão de 105 obras de abastecimento de água em áreas indígenas (de exercícios anteriores), beneficiando 105 aldeias.
- Conclusão de 12 obras em comunidades especiais, beneficiando 1.220 famílias.
- Conclusão de 26 obras de melhorias habitacionais (de exercícios anteriores) para o controle do mal de Chagas, beneficiando 1.158 famílias.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O cumprimento das metas físicas esteve abaixo do previsto. Parte do problema é justificado pela incompatibilidade entre os produtos de algumas ações e a forma de programação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Os recursos orçamentários foram suficientes e liberados ao longo do exercício, em fluxo compatível com a programação. Foram executados 90,31% dos recursos previstos.

São apontadas as seguintes restrições à execução do programa e de suas ações:

1. Insuficiente limite de empenho disponibilizado pelo Ministério da Saúde.
2. Baixa capacidade institucional nos Municípios para a celebração dos convênios. Essa baixa capacidade institucional é representada por problemas de ordem técnica, como a baixa qualidade dos projetos de engenharia e por problemas de ordem administrativa, como a não apresentação dos documentos necessários para a celebração do convênio.
3. Baixa qualificação das empresas concorrentes ou ausência de concorrentes, dificultando a conclusão de licitações e a celebração de contratos.
4. Pouco interesse de empresas nas licitações em razão do custo elevado das ações, uma vez que a maioria dos projetos é desenvolvida em áreas de difícil acesso.
5. Atraso na prestação de contas dos Estados e Municípios, uma vez que prejudica o repasse dos recursos financeiros.
6. Lentidão no processo de licenciamento ambiental.

Os recursos materiais e de infra-estrutura foram considerados inadequados, tanto na gerência com nas equipes executoras. Estão sendo realizadas melhorias na infra-estrutura predial da sede da FUNASA e em algumas coordenações regionais, contudo, ainda não apresentam condições ideais para o desenvolvimento das atividades, em especial no que concerne ao espaço físico disponível. Algumas coordenações regionais não contam com materiais suficientes para o devido acompanhamento e execução das ações. Como providências, a FUNASA tem investido na aquisição de veículos e na recuperação de equipamentos, como máquinas de perfuração de poços.

Quanto aos recursos humanos, a equipe técnica da gerência é insuficiente para coordenar, supervisionar e normatizar o trabalho das equipes locais e executar as atividades necessárias junto aos parceiros externos.

Há também insuficiência de pessoal nas equipes técnicas locais de engenharia para elaborar e analisar projetos, acompanhar e fiscalizar a execução das obras, capacitar e supervisionar o trabalho dos agentes indígenas de saneamento e ainda operar e manter os sistemas implantados em áreas indígenas.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

As ações de saneamento em áreas indígenas são planejadas em reunião com o Conselho Distrital Indígena, onde são definidas as aldeias e as ações que serão realizadas.

Para as ações realizadas por meio de convênio, a FUNASA exige dos convenientes a realização do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS), que tem como objetivo estimular a participação da sociedade no desenvolvimento das ações e conscientizá-la da importância dos serviços de saneamento.

O monitoramento do desempenho físico das ações se dá por meio de sistemas informatizados (SIASI – Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena, SISABI – Sistema de Informação de Saneamento em Área Indígena, SIGESAN – Sistema Gerencial de Acompanhamento de Projetos de Saneamento) alimentados pelos técnicos das coordenações regionais da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), permitindo ao nível central acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações nos Estados.

A indefinição quanto ao plano de cargos e salários dos servidores da FUNASA é apontada como fator para a evasão e baixa motivação dos servidores, prejudicando o desempenho do programa.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DO SANGUE

OBJETIVO

Assegurar a qualidade e auto-suficiência em sangue, componentes e derivados sanguíneos e garantir a assistência aos portadores de doenças de coagulação sanguínea e de má formação das hemáceas.

PÚBLICO-ALVO

Pacientes portadores de hemofilia e da anemia falciforme, e demais pessoas que necessitem de transfusão de sangue.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 281.284.725,00	Empenho Liquidado: R\$ 254.843.246,00 Pago estatais: - Total: R\$ 254.843.246,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE DOAÇÃO DE SANGUE

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 1,75 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 2,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Os esforços desenvolvidos através de campanhas de âmbito nacional de doação de sangue, as ações desenvolvidas pelos hemocentros e a crescente conscientização da população em relação à importância da doação de sangue possibilitam o alcance da meta definida para o final do PPA 2004-2007.

2. ÍNDICE DE DESEMPENHO DO CICLO DO SANGUE

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 0,60 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 0,80

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. Até o final de 2007, estão previstos investimentos em estruturação e qualificação dos serviços, o que pode viabilizar o alcance da meta.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Necessidade de implementação de estratégias e ações para o enfrentamento e superação dos problemas relacionados:

- à Insuficiência de oferta de sangue e hemocomponentes - pelos serviços públicos de hemoterapia - para atender a 100% dos leitos do Sistema Único de Saúde (SUS).
- à precariedade da atenção aos portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias.
- à limitação de hemoderivados aos pacientes hematológicos, inviabilizando o tratamento profilático de hemofílicos.
- à dependência de mercado/tecnologia externa de insumos estratégicos.
- à falta de tecnologia nacional para produção de hemoderivados.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Atenção a 8.500 portadores de coagulopatias hereditárias, incluindo a distribuição de medicamentos/hemoderivados.
- Atenção a 13.000 portadores de hemoglobinopatias.
- Implantação do Programa de Atenção Integral aos Pacientes Portadores de Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias, com aquisição e distribuição de equipamentos e medicamentos.
- Desenvolvimento do teste de triagem sorológica para o vírus HIV e HCV por biologia molecular - fase de desenvolvimento de plataforma.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

A execução física esteve parcialmente dentro do previsto, com exceção da ação referente à estruturação dos serviços de hematologia e hemoterapia, este com uma execução de cerca de 29% do previsto. Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes, sendo que o fluxo de recursos sofreu descontinuidade, sem, contudo, prejudicar decisivamente a execução programada. Foram executados 90,60% dos recursos previstos.

Apesar de ter ocorrido, em 2004, a transferência da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), a equipe executora continua ocupando instalações provisórias, com falta de infra-estrutura adequada e recursos humanos insuficientes.

A prestação de contas deficiente de grande parte dos Estados e Municípios tem comprometido a execução dos convênios e, conseqüentemente, a utilização dos recursos disponíveis.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2005 limitou o uso de recursos de convênios, dificultando a realização de atividades voltadas para capacitação de profissionais de hemoterapia.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

O monitoramento das ações é feito através do Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação de Ações em Saúde (SISPLAM/MS) e por meio de visitas técnicas aos Estados e Municípios, sem periodicidade definida.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

OBJETIVO

Identificar e monitorar os fatores de riscos ambientais (biológicos, físicos e químicos) que tenham relação com a saúde humana.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 10.867.000,00	Empenho Liquidado: R\$ 8.444.500,00 Pago estatais: - Total: R\$ 8.444.500,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE E SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE COM VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE ESTRUTURADA

Unidade de medida: Percentagem

Último índice apurado: 60,00 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 60,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Índice previsto para o final de 2007 foi atingido em 2005.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A partir da recente consciência sobre a importância do meio ambiente na qualidade de vida das populações, as instâncias governamentais têm buscado métodos resolutivos capazes de oferecer respostas rápidas e competentes, não somente aos problemas tradicionais na área da saúde, mas também àqueles que emergem desse recente conhecimento sobre as interações entre o homem e o meio que o cerca. O processo de urbanização, a ocupação territorial, as atividades econômicas e os processos produtivos nas cidades e no campo têm contribuído para a melhoria da qualidade de vida das populações, assim como tem levado a elas riscos potenciais que interferem na saúde do homem.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Implantação do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água

- para Consumo Humano (SISAGUA) nos 26 Estados e no Distrito Federal.
- Implantação da Vigilância Ambiental em Saúde relacionada a contaminantes ambientais e substâncias químicas (VIGIQUIM) em 4 Estados (Santa Catarina, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia).
- Implantação da Vigilância Ambiental em Saúde relacionada a pessoas expostas a solo contaminado (VIGISOLO) em 16 Unidades Federadas.
- Implantação da Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à contaminação do ar (VIGIAR) em 5 capitais.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O cumprimento das metas físicas esteve dentro do previsto. E os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes. O fluxo de recursos sofreu descontinuidade, mas não prejudicou decisivamente a execução programada. Foram executados 77,71% dos recursos previstos.

Foi apontada como restrição para o melhor desempenho do programa a morosidade causada pelos procedimentos burocráticos exigidos para a realização de licitações e celebração de contratos e convênios.

O incipiente estágio de estruturação da área de vigilância ambiental nos Municípios e em algumas secretarias estaduais de saúde, caracterizado principalmente pela escassez de equipamentos de laboratório e veículos, é um fator limitante para a execução das ações. No mesmo sentido, são necessários investimentos permanentes para a formação e qualificação dos recursos humanos na área de vigilância ambiental em saúde.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Não há.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

OBJETIVO

Implantar o sistema nacional de vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e seus fatores de risco, produzir análises específicas, divulgar orientações e informações técnicas, induzir, articular, apoiar e avaliar ações de prevenção e controle das DANT no país.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 7.510.000,00	Empenho Liquidado: R\$ 6.149.898,00 Pago estatais: - Total: R\$ 6.149.898,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE ÓBITOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA FAIXA ETÁRIA DE 30 A 49 ANOS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ÓBITOS PELO MESMO GRUPO DE DOENÇAS NOS MAIORES DE 30

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 10,10 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 9,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Baixa. O atingimento da meta depende do desenvolvimento de ações por outros setores governamentais.

2. TAXA DE SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE E SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DAS CAPITAIS COM UNIDADE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DANT) IMPLANTADAS

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 77,70 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 100,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. É possível a indução do processo junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

CONTEXTUALIZAÇÃO

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) lideram as causas de morte no país e respondem por elevada carga de morbidade e despesas com assistência médico-hospitalar do Sistema Único de Saúde. Apesar disso, não há um sistema de vigilância para as DANT implantado no Brasil.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Publicação do livro “Envelhecimento Ativo”, em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O programa possui uma única ação finalística. As atividades desenvolvidas ao longo do exercício foram caracterizadas pela realização de eventos para a sensibilização de técnicos, especialistas na área e interlocutores das três esferas de governo.

Os recursos orçamentários foram considerados insuficientes. Os recursos foram liberados ao longo do exercício em fluxo compatível com a programação. Foram executados 81,89% dos recursos previstos.

Há necessidade de adequação dos recursos materiais e da infra-estrutura disponíveis nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. No mesmo sentido, há necessidade de ampliar a quantidade e qualificação dos recursos humanos envolvidos com o programa.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

São realizadas parcerias junto a instituições de ensino e pesquisa que se destacam na área de doenças e agravos não transmissíveis. Como a atuação do governo nessa área é recente, essas parcerias são tidas como fundamentais, mas ainda há dificuldades para o estabelecimento e consolidação das atividades em comum.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

OBJETIVO

Prevenir e controlar doenças, surtos, epidemias, calamidades públicas e emergências epidemiológicas de maneira oportuna e reduzir a morbimortalidade por doenças transmitidas por vetores e zoonoses.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 1.356.502.862,00	Empenho Liquidado: R\$ 1.270.612.570,00 Pago estatais: - Total: R\$ 1.270.612.570,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. INCIDÊNCIA DO SARAMPO

Unidade de medida: Unidade

Último índice apurado: -

Índice previsto ao final do PPA: -

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O Brasil vem mantendo altas coberturas vacinais e um programa de vigilância ativa que permitem a manutenção da eliminação do sarampo.

2. COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

Unidade de medida: 1/100.000

Último índice apurado: 1,10 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 1,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O país tem mantido a qualidade da vigilância epidemiológica da Paralisia Flácida Aguda.

3. TAXA DE INVESTIGAÇÃO *IN LOCO* EM EMERGÊNCIA EPIDEMIOLÓGICAS DE RELEVÂNCIA NACIONAL

Unidade de medida: 1/100.000

Último índice apurado: 100,00 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 100,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. O índice previsto para o final do PPA já foi alcançado em 2005. O Ministério da Saúde conquistou maior capacidade operacional de intervenção em relação às emergências epidemiológicas.

4. TAXA DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA ENCERRADOS OPORTUNAMENTE

Unidade de medida: 1/100.000

Último índice apurado: 70,00 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 80,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Em 2005 foi verificado um aprimoramento da vigilância em saúde nos Municípios.

5. INCIDÊNCIA DE RAIVA HUMANA TRANSMITIDA POR ANIMAL DOMÉSTICO

Unidade de medida: Unidade

Último índice apurado: 1,00 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: -

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Houve aumento das coberturas vacinais da população canina e felina.

6. TAXA DE LETALIDADE POR LEISHMANIOSE VISCERAL (CALAZAR)

Unidade de medida: Percentagem

Último índice apurado: 6,90 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 4,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. Trata-se de doença parasitária emergente em várias regiões do Brasil. Grande parte das equipes dos serviços de saúde está tendo contato pela primeira vez com esta doença, demonstrando a necessidade de capacitação desses profissionais.

7. TAXA DE MUNICÍPIOS COM PELO MENOS 80% DE COBERTURA VACINAL CANINA

Unidade de medida: Percentagem

Último índice apurado: 83,00 em 2002

Índice previsto ao final do PPA: 85,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Embora o índice não tenha sido apurado em 2003 e 2004 e a campanha de

vacinação não tenha sido realizada em 2005, considera-se que é alta a viabilidade do índice previsto para o final do PPA.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Ainda hoje verifica-se um sub-registro da ocorrência das doenças de notificação compulsória, uma detecção tardia e uma limitada análise sobre problemas de saúde pública prioritários, levando a uma limitação da capacidade de intervenção na prevenção e controle de doenças e agravos de interesse em saúde pública. Dessa forma, faz-se necessário, fortalecer o processo, em curso, de reestruturação e implementação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e incrementar a Prevenção e o Controle de Doenças Transmissíveis com vistas à consolidação de estruturas permanentes e descentralizadas capazes de dar sustentabilidade à execução de ações que produzam o necessário impacto sobre os indicadores de morbimortalidade de importantes agravos no Brasil.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Formulação do Plano de Preparação para Pandemia de Influenza.
- Certificação internacional pela interrupção da transmissão da doença de Chagas pelo *T. infestans*.
- Certificação internacional pela interrupção da transmissão da tripanossomíase transfusional nos Estados do Rio Grande Sul e Paraná.
- Manutenção da interrupção da transmissão do sarampo.
- Implantação da vigilância das infecções por rotavírus.
- Implantação de 85 Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica.
- Publicação do Manual de Tratamento de Casos de Leishmaniose Visceral Grave.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O programa executou 93,67% dos recursos orçamentários alocados em 2005, tendo alcançado as metas físicas previstas na maioria das ações. No entanto, as ações 8327 - "Serviços Laboratoriais de Referência Internacional, Nacional e Regional para Diagnóstico de Doenças Infecciosas" e 3994 - "Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS)" não informaram a meta física realizada, embora tenham executado quase 100% dos recursos orçamentários.

A ação 0829 - "Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios Certificados para a Epidemiologia e Controle de Doenças", que responde por quase 50% dos recursos do Programa, alcançou a meta de 1,5 milhão de pessoas beneficiadas por ações dos Estados e Municípios certificados para a epidemiologia e controle de doenças.

Algumas atividades programadas para 2005, no entanto, deixaram de ser executadas em razão de insuficiente alocação do limite de empenho orçamentário ou por atraso na sua liberação, entre elas a campanha de vacinação contra raiva canina e felina.

Além disso, a Gerência do Programa aponta deficiências na produção, aquisição e distribuição de medicamentos para controle de doenças e reagentes para diagnóstico de laboratório. A Gerência também aponta restrições ligadas a dificuldades para

a realização de licitações e celebração de convênios e contratos, atribuídas à insuficiência e falta de qualificação dos recursos humanos. Além disso, afirma que houve falha no suprimento de insumos de informática e manutenção de máquinas na equipe gerencial. Quanto às equipes executoras, as condições de trabalho são precárias e a infra-estrutura, deficiente.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

As ações são executadas de forma descentralizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o monitoramento é realizado por meio do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN).

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES

OBJETIVO

Prevenir riscos à saúde da população mediante a garantia da qualidade dos produtos, serviços e dos ambientes sujeitos à vigilância sanitária.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 187.475.701,00	Empenho Liquidado: R\$ 178.661.471,00 Pago estatais: - Total: R\$ 178.661.471,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO ADVERSA GRAVE A MEDICAMENTOS

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 33,11 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 19,25

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Viabilidade não apurada.

2. TAXA DE COBERTURA DAS AÇÕES DE INSPEÇÃO SANITÁRIA EM RELAÇÃO AOS PARÂMETROS PACTUADOS NO TERMO DE AJUSTES E METAS (TAM)

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 81,20 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 100,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Alta. Índice apurado é referente até setembro de 2005.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O campo de atuação da vigilância sanitária brasileira é principalmente a proteção da saúde, incluindo também ações de promoção. Assim, sua finalidade é proteger a saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção, circulação e comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive

dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados.

As competências do Sistema Único de Saúde (SUS) relacionadas ao trabalho de proteção à saúde dão a dimensão da importância da vigilância sanitária neste sistema. A produção, distribuição e comercialização de medicamentos, cosméticos, saneantes, alimentos e outros produtos de saúde, bem como a prestação de serviços de saúde, podem se converter em um risco para a população, caso esses processos não tenham sido feitos com um padrão de qualidade que garanta a sua utilização de forma segura.

A ingestão e outras formas de contato com substâncias potencialmente prejudiciais à saúde podem acarretar uma série de danos, podendo, eventualmente, levar à morte.

A circulação de pessoas por intermédio dos meios de transporte provenientes do exterior ou de outros Estados brasileiros é outro foco de atuação da Vigilância, inclusive no controle das condições sanitárias dos portos, aeroportos, fronteiras e terminais alfandegários por onde transitam viajantes e mercadorias, incluindo ações de vigilância epidemiológica, imunização e vigilância ambiental.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Regulamentação do fracionamento de medicamentos, proporcionando economia ao consumidor e redução do risco associado ao uso após o término do prazo de validade.
- Regulamentação de medicamentos manipulados, com novas regras para o funcionamento das farmácias de manipulação.
- Realização de 9.948 inspeções na área de serviço, o que representa um aumento de cerca de 40% em relação a 2004.
- Realização de 39.206 inspeções na área de produtos, o que representa um aumento de cerca de 38% em relação a 2004.
- Ampliação da Rede Nacional de Investigação de Surto em Serviços de Saúde (RENISS): 100% dos surtos notificados foram investigados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Monitoramento das políticas de comercialização nas farmácias e drogarias por meio do acompanhamento do preço médio de venda dos medicamentos em seis capitais de Estado.

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O cumprimento das metas físicas esteve parcialmente dentro do previsto, representando cerca de 75% do programado referente às ações de vigilância sanitária. Com relação às construções do Edifício-Sede da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Laboratório Oficial para Análises e Pesquisas de Produtos Derivados do Tabaco, não houve qualquer execução em 2005, sendo realizados apenas procedimentos burocráticos referentes à disponibilização dos respectivos terrenos.

Os recursos orçamentários disponibilizados para o programa foram suficientes e liberados ao longo do exercício, em fluxo compatível com a programação. Foram executados 95,30% dos recursos previstos.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Foi criado Grupo de Trabalho (GT) no âmbito das ações relativas ao Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza, objetivando planejar, formular e implementar o controle sanitário para prevenção do risco da Influenza humana.

O GT está tomando as providências necessárias ao conhecimento das condições de isolamento respiratório nas Unidades de Saúde e gerenciamento dos resíduos gerados, da situação dos laboratórios de saúde pública e das medidas relacionadas à aquisição, à distribuição e ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), kits de diagnósticos e de medicamentos.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E ATENÇÃO EM HIV/AIDS E OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

OBJETIVO

Reduzir a incidência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de outras doenças sexualmente transmissíveis e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

PÚBLICO-ALVO

Sociedade.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 807.057.000,00	Empenho Liquidado: R\$ 804.352.249,00 Pago estatais: - Total: R\$ 804.352.249,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR AIDS

Unidade de medida: 1/100.000
Último índice apurado: 6,10 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 5,09

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Baixa. Conforme atualização de dados e revisões de estimativas e previsões, a meta definida para 2007 não deve ser alcançada.

2. COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE AIDS

Unidade de medida: 1/100.000
Último índice apurado: 17,20 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 10,30

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Baixa. Conforme atualização de dados e revisões de estimativas e previsões, a meta definida para 2007 não deve ser alcançada.

3. TAXA DE DETECÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Unidade de medida: Percentagem
Último índice apurado: 38,50 em 2005
Índice previsto ao final do PPA: 70,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. Conforme atualização de dados e revisões de estimativas e previsões, a meta definida para 2007 pode ser atingida em razão de ações que estão sendo promovidas junto aos gestores estaduais e municipais.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde estima a existência de 600.000 casos de infecção pelo vírus da Aids, considerando a população de 15 a 49 anos. As regiões Sul e Sudeste concentram 83,0% do total de casos notificados desde o início da epidemia.

Considerando-se a razão de casos entre homens e mulheres, o indicador variou de 6,5 casos entre homens para cada caso entre mulheres, em média, no período de 1980-1990 para:

- 1999: 2,0 casos em homens para cada caso em mulher.
- 2000: 1,8 caso em homens para cada caso em mulher.
- 2001: 1,7 caso em homens para cada caso em mulher.

Particularmente, na faixa etária de 13 a 19 anos, esta razão entre homens e mulheres apresenta sinais de inversão entre 1998 e 2001:

- 1998: 0,9 caso em homens para cada caso em mulher.
- 1999: 0,9 caso em homens para cada caso em mulher.
- 2000: 0,8 caso em homens para cada caso em mulher.
- 2001: 0,6 caso em homens para cada caso em mulher.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Aquisição de 667 milhões de preservativos e distribuição de 202 milhões destes.
- Distribuição de 4 milhões de preservativos femininos.
- Tratamento de 4.502 gestantes/parturientes HIV positivo com quimioprofilaxia para diminuir as chances de transmissão do vírus durante o parto.
- Atendimento de cerca de 166.500 pessoas HIV positivo com medicamentos antirretrovirais.
- Atendimento pelo SUS de 255.000 pessoas que vivem com Aids.
- Implantação do Programa de Prevenção e Assistência às DST/HIV/Aids em 32 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DESAI).

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

O cumprimento das metas físicas esteve dentro do previsto. Os recursos orçamentários destinados ao programa foram suficientes, mas liberados com alguma descontinuidade, resultando em R\$ 2,6 milhões que não foram empenhados e outros R\$ 78,14 milhões inscritos em restos a pagar para 2006. Foram executados 99,66% dos recursos orçamentários previstos.

Os recursos de restos a pagar são uma constante no programa nos últimos 7 anos e, em geral, resultam da combinação de três situações principais:

- Limite e contingenciamento dos tetos financeiros para o Ministério da Saúde no decreto de programação financeira.
- Aprovação tardia pelo Congresso Nacional das suplementações orçamentárias, geralmente em final de novembro ou em dezembro, mesmo quando a solicitação é encaminhada em março.
- Teto para empenho pelo Ministério da Saúde insuficiente, principalmente no último trimestre de cada ano.

As licitações acima de US\$ 20 mil (média), até o valor de US\$ 100 mil, são realizadas pelas Agências de Cooperação Internacional (UNESCO e UNODC) com agilidade. Algumas aquisições de bens e serviços e consultorias dependem da não objeção pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), o que pode provocar morosidade na formalização dos processos.

O trâmite de aquisição de grandes valores no Ministério da Saúde, acima de R\$ 500 mil, também encontra dificuldades na formalização dos processos e sua contratação, causando morosidade.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

O programa realiza campanhas de prevenção às DST/HIV/Aids pela mídia, enviando diariamente notícias para mais de 900 emissoras de rádio do país.

Em 2005, o endereço eletrônico do Programa Nacional de DST e Aids (www.aids.gov.br) esteve entre os TOP 10 do iBEST.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.

VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DA MALÁRIA E DA DENGUE

OBJETIVO

Reduzir a ocorrência da malária e da dengue mediante controle vetorial.

PÚBLICO-ALVO

População residente em áreas receptivas e vulneráveis à malária e à dengue.

EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Autorizado (LOA + Créditos) R\$ 68.060.000,00	Empenho Liquidado: R\$ 64.564.612,00 Pago estatais: - Total: R\$ 64.564.612,00
Previsto não orçamentário -	Realizado não orçamentário -

INDICADOR(ES)

1. COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE DENGUE

Unidade de medida: 1/100.000

Último índice apurado: 116,28 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 83,16

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. Existem muitos países limítrofes ao Brasil com circulação do sorotipo DEN-4, que só teve presença no Brasil em 1981 e apenas no Estado de Roraima. Como o país tem mais de 3.600 Municípios infestados por *Aedes aegypti* e quase toda a população é suscetível a esse sorotipo (DEN-4), a sua introdução pode comprometer o alcance da meta. Esse fato causa maior preocupação em áreas infestadas pelo mosquito e com baixo poder de combate ao vetor, como por exemplo, a região metropolitana do Rio de Janeiro.

2. COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE MALÁRIA NA AMAZÔNIA LEGAL

Unidade de medida: 1/100.000

Último índice apurado: 2.879,00 em 2005

Índice previsto ao final do PPA: 1.180,00

Viabilidade de alcance do índice do indicador ao final do PPA

Média. A existência de situações que extrapolam as possibilidades de atuação do setor saúde, como a grande concentração da população do Estado do Amazonas em Manaus, com crescimento desordenado, em área muito receptiva à malária, ou como o crescimento da periferia em Porto Velho, capital do Estado de Rondônia,

sem ações correspondentes de saneamento, dificultam em muito a redução, de forma sustentada, da incidência da doença. A existência de grande número de acampamentos e assentamentos também dificulta a execução das ações de prevenção e controle da malária. Por fim, a instalação de pequenas pisciculturas, que serviriam para gerar renda na região, quando mal conservadas, tornam-se criadouros dos vetores da malária, aumentando o risco de transmissão.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Amalária constitui um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente na Amazônia Legal, onde se concentram mais de 99% dos casos registrados no país. Em 2002 foram registrados 349.842 casos.

A dengue é um problema de saúde pública no Brasil, com a circulação simultânea de três sorotipos em 22 Estados da federação e a tendência de aumento no número de casos de Febre Hemorrágica de Dengue e óbitos. Em 2002, foram registrados 794.219 casos de Dengue, com 2.714 casos de Febre Hemorrágica e 150 óbitos. Mais de 3.600 Municípios do país encontram-se infestados por *Aedes aegypti*.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Redução, em 3 Estados, do número de casos de dengue: Alagoas (-56,46%), Acre (-7,31%) e Rio de Janeiro (-3,80%).
- Redução, em 2 Estados, do número de casos de malária: Maranhão (-23,2%) e Tocantins (-16,9%).
- Redução, em 3 Estados, do número de casos de malária por *Plasmodium falciparum*, responsável pelas formas mais graves da doença e a maioria dos óbitos: Rondônia (-8,9%), Tocantins (-7,8%) e Maranhão (-3,4%).
- Redução, em 3 Estados, das internações hospitalares por malária: Maranhão (-9,9%), Tocantins (-8,2%) e Pará (-3,0%).

Em relação à dengue, a grande mobilidade da população dispersou o vírus do tipo DEN-3 para Municípios de porte médio dos Estados da Região Nordeste, infestados por *Aedes aegypti* e com a população suscetível ao DEN-3, o mesmo ocorrendo com os Municípios de maior porte da Região Norte.

No caso da malária, o crescimento desordenado de Manaus e Porto Velho e as ações de exploração econômica no Vale do Juruá, no Estado do Acre, contribuíram decisivamente para o crescimento da doença, além do crescimento do número de acampamentos e assentamentos agrícolas (Manaus, Porto Velho e Cruzeiro do Sul registraram cerca de 27% do total dos casos do país).

DESEMPENHO DO PROGRAMA (principais restrições e providências adotadas)

A execução física do programa foi considerada abaixo do previsto em razão de muitos Municípios terem demitido agentes de campo que executavam as ações de combate aos vetores, impedindo o cumprimento integral das normas técnicas dos programas de controle da dengue e malária. No caso da dengue, uma parcela importante dos Municípios prioritários não realizou 6 ciclos de visitas domiciliares para identificação e eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*. Com a mudança de gestores nos Municípios, ocorreu, em um primeiro momento, uma descontinuidade

das ações de prevenção e controle, principalmente devido à demissão ou não renovação de contratos temporários dos agentes de campo.

Os recursos orçamentários destinados ao programa foram considerados insuficientes. A maior parte dos Municípios de grande porte, principalmente capitais, demandam um número elevado de agentes de campo para executar as ações de prevenção e controle da dengue, o que acaba demandando uma utilização da quase totalidade dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, prejudicando a realização de outras ações inseridas na Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde. Além disso, o custo para a contratação e manutenção desses agentes é significativamente maior em Municípios de grande porte.

O fluxo de recursos sofreu descontinuidade, mas não prejudicou decisivamente a execução do programa. Houve atrasos no pagamento dos salários dos agentes contratados pelos Municípios, repercutindo negativamente na qualidade e na continuidade das ações de campo. Isso é válido tanto para a malária quanto para a dengue.

Os recursos inicialmente previstos para o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) e para investimento nos programas de dengue e malária foram reduzidos pelo Congresso Nacional quando da votação da Lei Orçamentária. No caso dos recursos do TFVS, isso impediu a correção do repasse para os Municípios de maior porte, que demandam maior número de agentes de campo. No caso de recursos de investimentos, o número de veículos e equipamentos para melhorar a capacidade operacional dos Municípios poderia ter sido maior, diminuindo a demanda ainda existente e não atendida.

Embora os Estados e Municípios recebam sistematicamente os recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, a pouca autonomia administrativa da maioria das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dificulta a realização de adequações na infra-estrutura disponível e a aquisição de materiais para a viabilização das ações de campo.

Em relação aos recursos humanos envolvidos com o programa, os Municípios, principalmente os de maior porte, alegam que a insuficiência de recursos e as limitações colocadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal impedem a contratação de profissionais nos quantitativos adequados, principalmente agentes de campo.

Como demais restrições, são apontadas a falta de autonomia administrativa das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para aquisição de equipamentos e realização de licitações de alto valor e a falta de um maior esclarecimento nessas secretarias quanto à legislação vigente, principalmente quanto à aplicação de recursos que são recebidos na modalidade fundo a fundo de transferência e as especificidades da Lei de Responsabilidade Fiscal.

O controle da dengue e da malária, além das atividades inerentes ao setor saúde, depende de uma série de outros fatores, como por exemplo, as questões ligadas ao saneamento básico (cobertura e abastecimento regular de água; coleta e destinação adequada de resíduos sólidos) no caso da dengue e drenagem de criadouros de importância entomológica no caso da malária.

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

As ações de combate são executadas pelos mais de 5.200 Municípios que assumiram a gestão das ações de Vigilância em Saúde, sendo a atividade mais perceptível sob a ótica da população, a visita domiciliar realizada por agentes de saúde gerenciados pelas Secretarias Municipais de Saúde. As ações de prevenção e controle da dengue e malária são executadas preponderantemente pelos Municípios e pelos Estados, de forma complementar e/ou suplementar.

Deve-se destacar que Manaus é o único Município com população acima de 100.000 habitantes que não assumiu a gestão das ações de Vigilância em Saúde, o que dificulta de forma significativa a execução das ações de prevenção e controle da malária.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, tem feito um grande esforço para intensificar a integração com o INCRA e o Ministério do Meio Ambiente, no sentido de estabelecer e implantar estratégias para a redução do número de casos de malária em áreas de assentamentos e em projetos de desenvolvimento.

Tanto para o controle da dengue como da malária, além da assessoria técnica e do fornecimento de insumos estratégicos, o Governo Federal tem disponibilizado, para os Municípios de maior risco, veículos, microscópios, equipamentos de informática, bem como aspersores para a aplicação de inseticidas, com o objetivo de melhorar a infra-estrutura para a execução das ações de prevenção e controle.

Em relação ao controle da dengue, tem sido priorizada a efetivação de ações intersetoriais que possam contribuir para a redução da infestação por *Aedes aegypti* nos Municípios, como por exemplo, a articulação com a Associação Nacional de Fabricantes de Pneumáticos (ANIP), o que tem contribuído efetivamente para reduzir a importância dos pneus como criadouros preferenciais por esse vetor.

Tanto o Programa Nacional de Controle da Dengue quanto o Programa Nacional de Controle da Malária dispõem de sistemas informatizados que permitem acompanhar a evolução da incidência dessas doenças, assim como as medidas de controle implementadas. As dificuldades são comuns, ou seja, como as ações realizadas e as notificações dos casos provêm dos Municípios e dos Estados, existe uma grande dificuldade para obtê-las em tempo oportuno. A abrangência é nacional e a notificação dos casos é quinzenal. Em relação às ações de controle executadas, a periodicidade de alimentação do sistema é mensal.

A regulamentação da Emenda Constitucional nº 51, referente às atividades e ao processo de seleção dos agentes de combate às endemias, é fundamental para a redução da rotatividade do pessoal que executa as ações de prevenção e controle da malária, interferindo diretamente na qualidade das ações e na redução dos custos com formação.

RECOMENDAÇÕES

Não há recomendações.