



**SANAR**  
PROGRAMA DE  
ENFRENTAMENTO  
ÀS DOENÇAS  
NEGLIGENCIADAS

**PERNAMBUCO 2011 - 2014**

**2º Edição**



**SEVS**  
Secretaria Executiva  
de Vigilância em Saúde

Secretaria  
de Saúde



**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO





**SANAR**

PROGRAMA DE  
ENFRENTAMENTO  
ÀS DOENÇAS  
NEGLIGENCIADAS

Recife, 2014

© 2013. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 2ª edição – 2014 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi - Recife-PE

CEP: 50751-530

Telefone: (81) 3184-0104

E-mail: [sevs@saude.pe.gov.br](mailto:sevs@saude.pe.gov.br)

Home page: [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br)

### Ficha Catalográfica

---

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa de Enfretamento das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco SANAR – 2011 / 2014 / Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – Recife : Secretaria Estadual de Saúde, 2013.

39p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

1. Vigilância em Saúde Pública 2. Vigilância Epidemiológica 3. Doenças Negligenciadas  
4. Controle de doenças transmissíveis. I. Título. II. Série.

---

**Governador de Pernambuco**  
*Eduardo Henrique Accioly Campos*

**Vice- governador**  
*João Soares Lyra Neto*

**Secretário Estadual de Saúde**  
*Antônio Carlos dos Santos Figueira*

**Chefe de Gabinete**  
*Joanna Freire*

**Secretária Executiva de Coordenação Geral**  
*Ana Paula Menezes Soter*

**Secretário Executivo de Vigilância em Saúde**  
*Eronildo Felisberto*

**Secretária Executiva de Atenção à Saúde**  
*Tereza de Jesus Campos Neta*

**Secretária Executiva de Regulação em Saúde**  
*Adelaide Caldas Cabral*

**Secretária Executiva de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde**  
*Cynthia Kalyne de Almeida Alves*

**Secretário Executivo de Administração e Finanças**  
*Jorge Antonio Dias Correia de Araújo*

**Superintendência de Comunicação**  
*Thiago Nunes*

**Secretário Executivo de Vigilância em Saúde**  
*Eronildo Felisberto*

**Coordenação Geral do Programa SANAR**  
*José Alexandre Menezes da Silva*

**Assessoria do Gabinete SEVS**  
*Ana Cláudia Simões Cardoso*

*Ana Coelho de Albuquerque*  
*Isabela Maciel*

**Diretora Geral de Informações e Ações Estratégicas da Vigilância Epidemiológica**  
*Patrícia Ismael de Carvalho*

**Gerência de Informações Estratégicas**  
*Romildo Siqueira de Assunção*

**Diretora Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde**  
*Luciana Caroline Albuquerque Bezerra*

**Gerência de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde**  
*Juliana Martins B. S. Costa*

**Diretor Geral do Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN**  
*Ovídio Araripe*

**Diretor da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - APEVISA**  
*Jaime Brito*

**Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos**  
*Roselene Hans Santos*

**Gerência de Prevenção e Controle das Zoonoses, Endemias e Riscos Ambientais**  
*Barbara Morgana da Silva*

**Coordenação de Vigilância Entomológica**  
*Genova Maria de Azevedo*

**Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias**  
*Ana Lúcia Alves de Souza*

**Coordenação de Prevenção, Vigilância e Controle da Hanseníase**  
*Ana Wylma Pinto Saraiva*

*Raissa Alencar*

**Coordenação de Prevenção, Vigilância e Controle da Tuberculose**  
*Laise Viegas Brilhante*  
*Nadianara Araújo*

**Elaboração e revisão do Plano**

Ana Beatriz Rigueira  
Ana Virgínia Matos Sá Barreto  
Anna Samonne Amaral Lopes  
Antonio Flaudiano Bem Leite  
Antônio Reldismar de Andrade  
Bárbara Morgana da Silva  
Camylla Veloso Valença Saucha  
Cândida Maria Nogueira Ribeiro  
Cassandra de Souza Costa  
Dafne Borba Mendes  
Denise Barros Bezerra  
Ednaldo Carvalho Silva  
Eline Ferreira Mendonça  
Emília Carolle  
Eronildo Felisberto  
Fabiane Aragão Rodrigues de Carvalho  
Flávia Silvestre Outtes Wanderley  
Gênova Oliveira  
Jadson Mendonça Galindo  
José Alexandre Menezes da Silva  
José Holanda Neto  
José Lancart de Lima  
Josileny de Lima Barbosa  
Juliana Martins B. S. Costa  
Juliana Maria C.O. Marinho  
Karla Michele de Lima Alves  
Luciana Caroline Albuquerque Bezerra  
Ludmila Vieira N. da Paixão  
Marcela Vieira Leite  
Marjory Dowel de Brito Cavalcante  
Maria de Lourdes de Almeida Nunes Ribeiro  
Mariana Izabel Sena Barreto de Melo  
Mirella Cristina Bezerra de Melo  
Neusa Maria Eidelwein Magalhães  
Nilson Ferraz do Nascimento  
Polyana Karla Francisca da Silva  
Raissa Oliveira  
Roselene Hans Santos  
Vânia Cavalcanti  
Virginia Conceição Nascimento Fernando

**Consultoria**

Ana Cláudia Figueiró  
Denise S. C. de Oliveira Scripnic  
Isabella Samico  
Louisiana Regadas de Macedo Quinino  
Paulo Germano de Frias  
Tereza Maciel Lyra

**Apoio Administrativo**

Camila Moura  
José Everaldo Bezerra Júnior  
Kiara Sena  
Maria Roseni Paulino da Paz Silva  
Marta Ximenes  
Ricardo Alex de Lima  
Sóstenes Marcelino da Silva Junior  
Wanessa Cristina de Souza

**Apoiadores do SANAR nas GERES**

Cintia Micheli Gondim de L. Brito – I GERES  
Gina Cristina Freitas Farias – II GERES  
Aymee Medeiros da Rocha/Umbelino Nonato de C. Neto – III GERES  
Pietra Lemos Costa – IV GERES  
Anabelle Bezerra Ferreira – V GERES  
Sérgio Murilo C. de Andrade – VI GERES  
Rômulo Granja de Souza – VII GERES  
Maria do Livramento F. de Freitas – VIII GERES  
Katia Sampaio Coutinho – IX GERES  
Alessandra Tadéia Tenório. Noé – X GERES  
Tânia Gomes de Carvalho – XI GERES  
Rafael Ferreira de França – XII GERES

**Diagramação e Design**

Rafael Azevedo de Oliveira

## APRESENTAÇÃO

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) por meio da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS) vem desenvolvendo desde 2011 um programa prioritário de governo, visando reduzir ou eliminar enquanto problema de saúde pública, doenças transmissíveis negligenciadas que apresentam indicadores inaceitáveis no estado de Pernambuco. São sete doenças: doença de Chagas; esquistossomose; filariose; hanseníase; geo-helmintíases; tracoma; e tuberculose, que atingem principalmente a população de baixa renda. Essa estratégia de enfrentamento às doenças negligenciadas recebeu o nome de Programa SANAR, lançado oficialmente em 06 de maio de 2011 em um seminário com a participação de 2.200 pessoas, entre autoridades públicas, gestores e trabalhadores da saúde e diferentes representações da sociedade civil. Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a desenvolver um programa específico para enfrentamento integrado dessas doenças, segundo o Ministério da Saúde. O Programa tem como principal propósito implantar ações estratégicas voltadas para eliminação ou redução das sete doenças em 108 municípios, definidos como prioritários. Estão previstas pelo SANAR, atividades para fortalecimento da vigilância e atenção básica voltadas para identificação e manejo clínico adequados de pacientes, ampliação do diagnóstico laboratorial, melhora do acesso ao tratamento e medicamentos e realização de ações educativas e de mobilização social. O Programa SANAR, desde sua concepção tem sido amplamente debatido com o Ministério da Saúde, obtendo apoio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), gestores, pesquisadores e sociedade civil em fóruns de discussão permanente como a Comissão Intergestores Bipartite e o Conselho Estadual de Saúde, além de seminários e congressos de abrangência Nacional e Internacional. O Programa é financiado com recursos do tesouro estadual e de repasse federal, tendo como aporte inicial R\$ 5,6 milhões para os primeiros três anos de trabalho. O Programa integra uma agenda prioritária do Governo do Estado que convergem ações de diversas Secretarias setoriais com comprometimento social e político com a vida humana. Apesar dos desafios, o Programa SANAR busca sintetizar o compromisso político e institucional da gestão do SUS no estado de Pernambuco, com a redução da carga dessas doenças e das iniquidades sociais por consequência dessas enfermidades.

Antonio Carlos Figueira  
Secretário Estadual de Saúde



## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>APEVISA</b>	–Agencia Pernambucana de Vigilância Sanitária
<b>CD</b>	–Conselho Diretor
<b>CDC</b>	–Center for Diseases Control
<b>COSEMS</b>	–Conselho de Secretários Municipais de saúde
<b>DC</b>	–Doença de Chagas
<b>DCA</b>	–Doença de Chagas Aguda
<b>DL</b>	–Diagnóstico laboratorial
<b>DNE</b>	–Doença Negligenciada
<b>TDO</b>	–Tratamento Diretamente Observado
<b>EPI</b>	–Equipamento de proteção individual
<b>ESF</b>	–Estratégia de Saúde da Família
<b>FIOCRUZ</b>	–Fundação Oswaldo Cruz
<b>GERES</b>	–Gerência Regional de Saúde
<b>GGVS</b>	–Gerência Geral de Vigilância em Saúde
<b>HIV</b>	–Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HOF</b>	–Hospital Otávio de Freitas
<b>ICT</b>	– <i>Immunodiagnostic Test Card</i>
<b>IP</b>	–Índice de Positividade
<b>ISCB</b>	–Instituto Superior Cultural Brasileiro
<b>LABEND</b>	–Laboratório de Endemias
<b>LACEN</b>	–Laboratório Central de Saúde Pública
<b>MORHAN</b>	–Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
<b>MS</b>	–Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	–Organização Mundial de Saúde
<b>ONG</b>	–Organização Não-Governamental
<b>OPAS</b>	–Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PACS</b>	–Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PCE</b>	–Programa de Controle da Esquistossomose
<b>PCT</b>	–Programa de Controle da Tuberculose
<b>PIB</b>	–Produto Interno Bruto
<b>PIT</b>	–Posto de Identificação de Triatomíneos
<b>SES</b>	–Secretaria Estadual de Saúde
<b>SEVS</b>	–Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
<b>SIAB</b>	–Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SIM</b>	–Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>SINAN</b>	–Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SINASC</b>	–Sistema de Informação de Nascidos Vivos
<b>SIS-PCDCh</b>	–Sistema de Informação do Programa de Controle da Doença de Chagas
<b>SIS-PCE</b>	–Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose
<b>TB</b>	–Tuberculose
<b>TF</b>	–Tracoma folicular
<b>UD</b>	–Unidade Domiciliar
<b>VE</b>	–Vigilância Epidemiológica

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Tabela 1:** Indicadores epidemiológicos utilizados para seleção dos municípios do Programa SANAR por doença prioritária. Pernambuco, 2011.

**Figura 1:** Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários do SANAR segundo a quantidade de doença negligenciada prioritária. Pernambuco, 2011.

**Figura 2:** Modelo Lógico do Programa SANAR: Plano para redução e eliminação das doenças negligenciadas no estado de PE, 2011-2014.

**Figura 3:** Gráfico da positividade para geo-helmintíases e outros vermes, dentre os exames realizados pelo Programa de Controle da Esquistossomose segundo GERES. Pernambuco, 2010.

**Figura 4:** Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para geo-helmintíases. Pernambuco, 2011.

**Quadro 1:** Distribuição dos municípios prioritários para geo-helmintíases por GERES. Pernambuco, 2011.

**Figura 5:** Gráfico da Taxa de mortalidade geral por esquistossomose do Brasil e de PE, 1979 a 2010.

**Figura 6:** Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para esquistossomose. Pernambuco, 2011.

**Quadro 2:** Distribuição dos municípios prioritários para esquistossomose por GERES. Pernambuco, 2011.

**Figura 7:** Gráfico com o número de examinados por gota espessa e a prevalência da filariose. Pernambuco, 2003 a 2011.

**Figura 8:** Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para filariose. Pernambuco, 2011.

**Quadro 3:** Distribuição dos municípios prioritários para filariose por GERES. Pernambuco, 2011.

**Tabela 2:** Unidades domiciliares pesquisadas, positivas para triatomíneos e borrifadas. Pernambuco, 2007 a 2010.

**Figura 9:** Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para doença de Chagas. Pernambuco, 2011.

**Quadro 4:** Distribuição dos municípios prioritários para doença de Chagas por GERES. Pernambuco, 2011.

**Figura 10:** Gráfico do Coeficiente de detecção de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos, por 100.000 habitantes. Pernambuco, 2001 a 2011.

**Figura 11:** Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para hanseníase. Pernambuco, 2011.

**Quadro 5:** Distribuição dos municípios prioritários para hanseníase por GERES. Pernambuco, 2011.

**Figura 12:** Gráfico da taxa de incidência de tuberculose, segundo ano de diagnóstico. Pernambuco, 2001 a 2011.

**Figura 13:** Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para tuberculose. Pernambuco, 2011.

**Quadro 6:** Distribuição dos municípios prioritários para tuberculose por GERES. Pernambuco, 2011.

**Figura 14:** Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para tracoma. Pernambuco, 2011.

**Quadro 7:** Distribuição dos municípios prioritários para tracoma por GERES. Pernambuco, 2011.

**Tabela 3:** Distribuição de custos orçamentários financeiros globais estimados segundo doença negligenciada, 2011-2013.

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	11
2.OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3.CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	12
3.1 Seleção das doenças prioritárias.....	12
3.2 Seleção dos municípios prioritários.....	13
4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.....	14
4.1 Estratégias gerais de ação do Programa SANAR.....	14
4.2 Situação epidemiológica e estratégias específicas por doença.....	16
4.2.1 Geo-helminthíases e Esquistossomose.....	16
4.2.2 Filariose.....	21
4.2.3 Doença de Chagas.....	23
4.2.4 Hanseníase.....	26
4.2.5 Tuberculose.....	29
4.2.6 Tracoma.....	32
5. ESTIMATIVA DE FINANCIAMENTO DO PROGRAMA SANAR.....	34
6. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	35
ANEXO I – Distribuição dos municípios classificados como prioritários segundo tipo de Doença Negligenciada, Pernambuco 2011	38



## 1. INTRODUÇÃO

O Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – SANAR constitui a estratégia do governo de Pernambuco incluída em agenda internacional (resolução OPAS/OMS CD49.R19, 2009). Para enfrentamento de patologias que apresentam elevada carga de doença que justificam intensificação das ações de controle, possuem intervenções tecnicamente viáveis, não possuem financiamento específico, causam incapacidade, são preveníveis ou eliminadas com quimioterápicos e possuem disponibilidade de diagnóstico e tratamento na rede de saúde pública.

O Brasil tem logrado êxito no controle de doenças nos últimos anos, embora algumas persistam em várias regiões do país. Atualmente têm sido investidos recursos na busca da redução da pobreza e concentrado esforços para fortalecer os sistemas de saúde locais, universalizando o acesso aos serviços públicos. Apesar desses investimentos, o país apresenta desigualdades intra-urbanas importantes, com diferentes determinantes que sustentam a permanência de alguns desses problemas da saúde pública.

Buscando alcançar as metas do Milênio, em direção ao desenvolvimento global e redução das desigualdades continentais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu alguns temas fundamentais para a redução do peso das doenças transmissíveis, elegendo algumas enfermidades consideradas negligenciadas. Os temas apontados pela OMS visam: (i) implementar intervenções de saúde que atendam às diversas necessidades e contribuam com o desenvolvimento dos países endêmicos, promovendo abordagens de custo-benefício, especialmente para doenças que representam a maior parcela da carga de doenças tropicais negligenciadas e zoonoses e; (ii) desenvolver sistemas integrados de vigilância que são essenciais para melhoria da qualidade dos dados de saúde e, assim, permitir decisões pelos gestores públicos.

O Brasil já desenvolveu sistemas de informação padronizados e protocolos bem definidos em vigilância, dando conta do segundo tema proposto pela OMS. Contudo nem todos os procedimentos definidos são adotados como práticas de rotina, em áreas endêmicas, a exemplo do tratamento coletivo para algumas dessas enfermidades.

Compreendendo o propósito do Plano Global e o benefício para o desenvolvimento local, o estado de Pernambuco elegeu algumas doenças transmissíveis negligenciadas que persistem nos seus municípios. Foram, então, definidas as doenças (tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, filariose, esquistossomose, geo-helminthiases e tracoma) e os municípios prioritários para desenvolver ações direcionadas, buscando melhorias de indicadores, redução da prevalência ou eliminação destas.



## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Reduzir a carga de doença ou eliminar, enquanto problema de saúde pública, sete doenças transmissíveis negligenciadas (tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, filariose, esquistossomose, geo-helmintíases e tracoma) que apresentam indicadores inaceitáveis no estado de Pernambuco.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a situação epidemiológica das doenças negligenciadas prioritárias.
- Definir os municípios prioritários considerando indicadores epidemiológicos.
- Realizar o diagnóstico das condições dos serviços e práticas de saúde para enfrentamento das doenças.
- Desenvolver estratégias intra e intersetoriais que permitam fortalecimento e sustentabilidade das ações.
- Fomentar a incorporação das ações de vigilância e controle das doenças negligenciadas na rede básica de atenção à saúde.
- Monitorar e avaliar a implementação do programa.

## 3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

### 3.1 Seleção das doenças prioritárias

A definição das doenças que são objetos de ação do SANAR levou em consideração critérios existentes em relatórios, resoluções, documentos técnicos e protocolos vigentes da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/ OMS e Ministério da Saúde, estabelecendo dessa forma uma série de requisitos, tais como:

- ser uma doença para a qual dispõe-se de intervenções eficientes e bem delimitadas;
- possuir estratégias alternativas de tratamento coletivo ou quimioprofilaxia;
- possuir protocolos estabelecidos e testados em várias partes do mundo com orientações para desenvolvimento de programas de eliminação e controle;
- ter protocolo nacional/estadual de vigilância epidemiológica implantado.

Além desses critérios acima, levou-se em consideração também a disponibilidade de informações epidemiológicas confiáveis na base de dados estadual, as prioridades já estabelecidas pela gestão atual da SES-PE e a possibilidade de promover a integração das ações do programa com as diferentes estratégias já em curso de enfrentamento das doenças. Assim, foram selecionadas como prioritárias para intervenção por meio do Programa SANAR: **geo-helmintíases; esquistossomose; filariose; doença de Chagas; hanseníase; tuberculose; e tracoma.**



### 3.2 Seleção dos municípios prioritários

O critério para seleção dos municípios prioritários levou em consideração apenas indicadores epidemiológicos específicos utilizados na rotina de análise de cada doença, considerando a disponibilidade dos dados dos sistemas de informação dos últimos cinco anos (tabela 1). Foram considerados como prioritários, os municípios com a maior carga de cada doença e com esses indicadores epidemiológicos situados fora do recomendado pelo MS e OPAS/OMS.

As fontes de dados utilizadas foram: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação do Programa de Controle de Esquistossomose (SIS-PCE), o Sistema de Informação do Programa de Controle da Doença de Chagas (SIS-PCDCh) e os resultados do Inquérito Nacional de Tracoma do período de 2001 a 2006, obtidos da base central da Secretaria Estadual de Saúde.

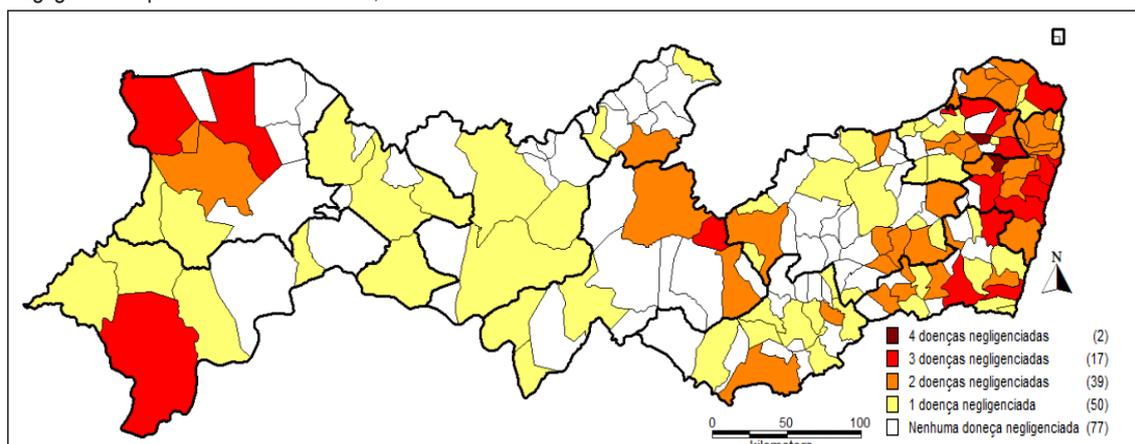
A partir dos critérios estabelecidos foram selecionadas 108 cidades, 58 % dos municípios do Estado de Pernambuco. A distribuição destes em suas respectivas Regionais de Saúde está representada no mapa do Estado (figura 01). Os municípios selecionados podem apresentar mais de uma doença prioritária (Anexo I).

**Tabela 1** - Critérios utilizados para seleção dos municípios do Programa SANAR por doença prioritária. Pernambuco, 2011.

Doença	Critério / Indicador epidemiológico
Geo-helmintíases	Média da prevalência $\geq$ 20% (2005-2010)
Esquistossomose	Média da prevalência $\geq$ 10% (2005-2010)
Filariose	Município com transmissão autóctone
Doença de Chagas	Município há > 1ano com presença do vetor (2005-2010)
Hanseníase	Detecção de casos em < 15 anos de idade e Avaliação do grau de incapacidade (2007 - 2009)
Tuberculose	Detecção de casos, mortalidade e abandono do tratamento (2007-2009)
Tracoma	Prevalência $\geq$ 5% (Inquérito do MS, 2006)

A seguir, apresenta-se a distribuição destes, em suas respectivas Regionais de Saúde, distinguindo-se os quantitativos de cada doença negligenciada por município (Figura 1). O Anexo I apresenta a relação de municípios prioritários para cada doença selecionada.

**Figura 1** – Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários do SANAR, segundo a quantidade de doença negligenciada prioritária. Pernambuco, 2011.



Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

## 4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

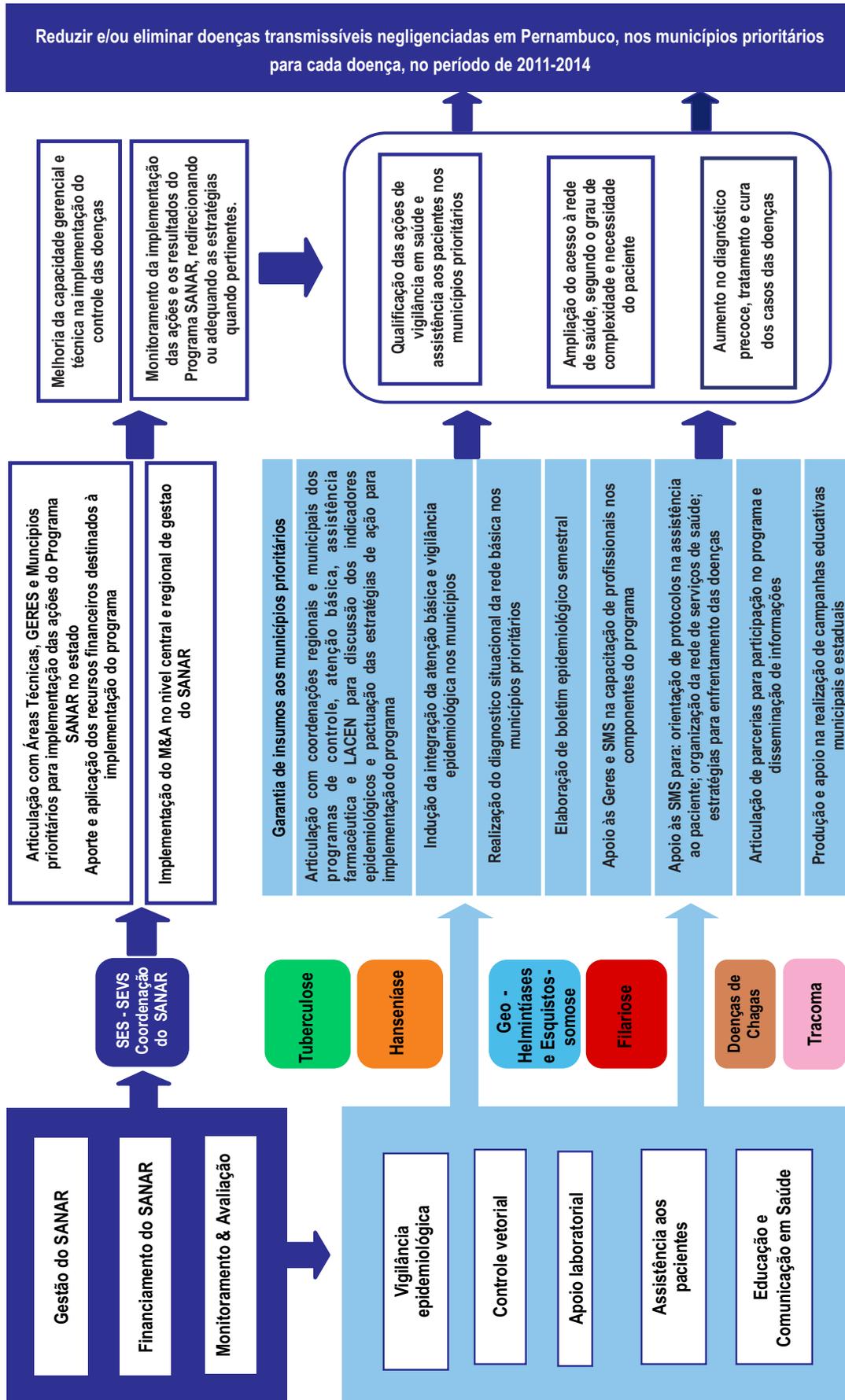
### 4.1 Estratégias gerais de ação do Programa SANAR

O Programa SANAR é composto por cinco componentes operacionais: (I) **Vigilância Epidemiológica**; (II) **Controle Vetorial**; (III) **Apoio Laboratorial**; (IV) **Assistência aos Pacientes**; e (V) **Educação e Comunicação em Saúde**, que constituem a base do modelo operacional do Programa para as sete doenças prioritárias, tendo, entretanto, especificidades peculiares ao modo de enfrentamento de cada doença, em virtude de suas características epidemiológicas e distribuição espacial.

O Programa foi estruturado em um arcabouço técnico permeado fortemente por três macrofunções: **Gestão**; **Financiamento**; **Monitoramento** e **Avaliação**, a serem coordenadas pela Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde da SES-PE, devendo manter permanente articulação: intra-setorial com as demais secretarias executivas, diretorias, programas, instâncias gestoras do SUS, organismos não governamentais e serviços de saúde; e intersetorial haja vista a necessidade do envolvimento das áreas de educação, meio-ambiente, infra-estrutura urbana, saneamento, unidades prisionais, entre outras. Nesse sentido, foi criada uma Coordenação e um quadro de técnicos para atuação específica no SANAR que desenvolvem suas atividades sediados no nível central da SES e nas Gerências Regionais de Saúde (GERES), tendo como prioridade as atividades de campo junto às instâncias gestoras municipais e às unidades de saúde, educação, etc.

A Figura 2 apresenta o Modelo Lógico do SANAR explicitando as estratégias de ação e os resultados processuais e contínuos previstos, numa perspectiva integrada de atuação para o enfrentamento conjunto das doenças. Para cada uma delas será desenvolvido um modelo específico que subsidiará, não só a operacionalização das estratégias de enfrentamento, mas, principalmente, o monitoramento de sua execução e resultados parciais.

**Figura 2 - Modelo Lógico do Programa SANAR: Plano para redução e eliminação das doenças negligenciadas no estado de PE, 2011-2014.**



## 4.2 Situação epidemiológica e estratégias de intervenção específicas por doença

### 4.2.1 Geo-helmintíases e Esquistossomose

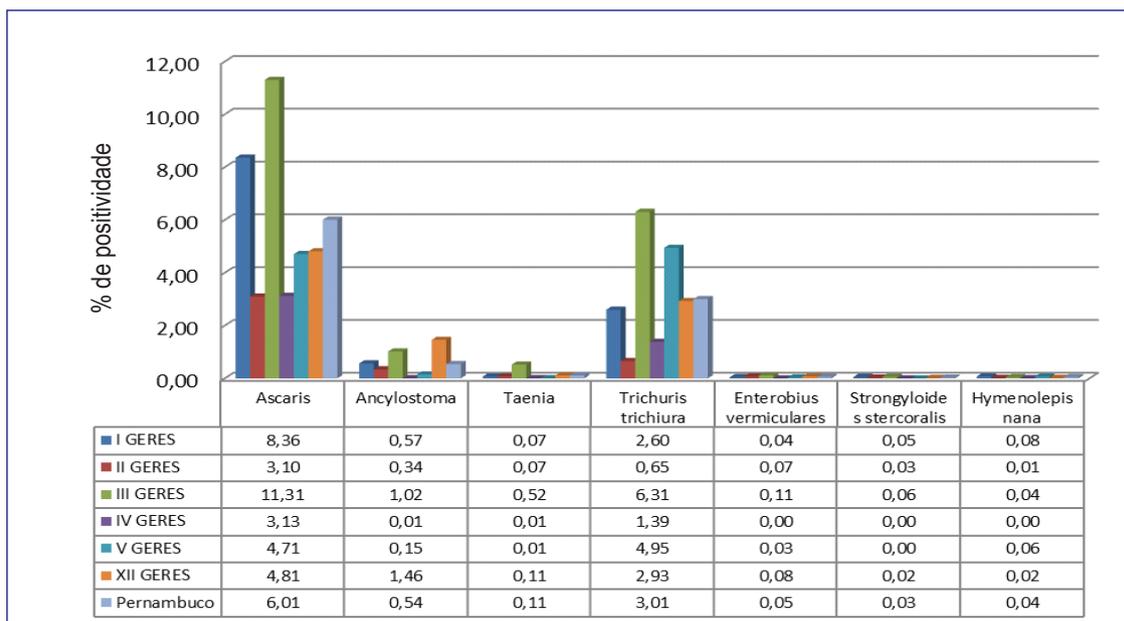
#### 4.2.1.1 Situação epidemiológica das Geo-helmintíases

As geo-helmintíases ou verminoses são comuns em todo o mundo, sendo mais presentes em regiões tropicais ou subtropicais, principalmente nos países em desenvolvimento. A ascariíase, ancilostomíase e tricuriíase representam as parasitoses intestinais mais frequentes no Brasil (REY, 2008). Apesar da escassez de informações oficiais sobre a ocorrência das verminoses estima-se que, no país, a prevalência de diferentes espécies apresenta uma variação entre 2 a 36%, sendo os municípios com os mais baixos IDH, os de maiores taxas (BRASIL, 2012). Em áreas com prevalência acima de 20% a OMS recomenda o tratamento coletivo.

Entre 2002 e 2009 a média de exames parasitológicos realizados no estado de Pernambuco correspondeu a 37.000/ano (variação entre 15.000 e 65.000 exames/ano). Em 2010 o percentual médio de positividade foi de aproximadamente 6% para as geo-helmintíases, em cerca de 80 mil exames realizados. As verminoses mais frequentes foram: *Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichiura*. Os municípios da III GERES concentraram maiores positivities com 12,5% em média, acompanhada da I e V GERES, respectivamente com 9,1% e 4,7% (Figura 3). Esses exames para parasitoses intestinais são realizados de forma rotineira nos municípios endêmicos para esquistossomose.

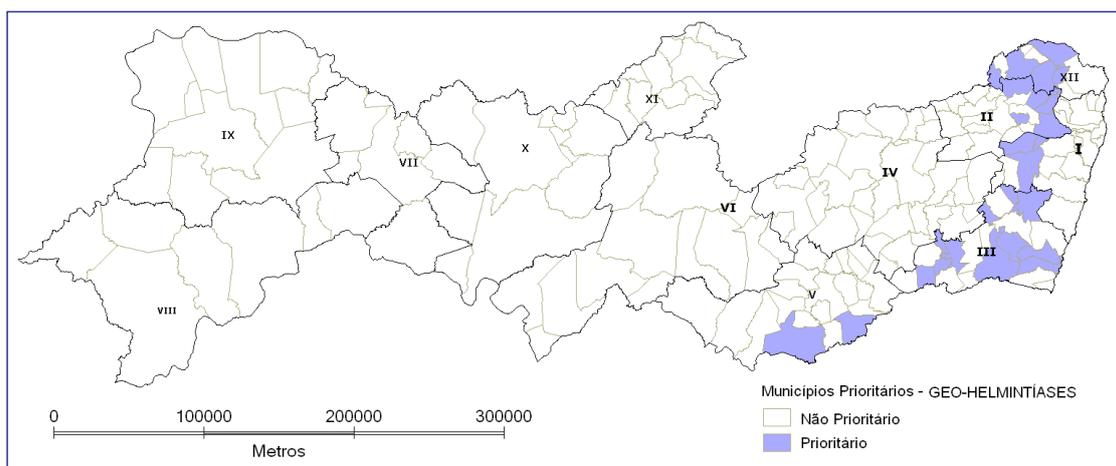
É importante destacar a fragilidade dos registros sobre as geo-helmintíases no Sistema de Informação SIS-PCE, seja pela dificuldade de estabelecer o diagnóstico etiológico, seja pela pouca importância dada a essa informação. De acordo com os dados disponíveis no sistema oficial de informação, foram definidos 26 municípios como prioritários, os quais apresentaram média de prevalência maior ou igual a 20% no período entre 2005 e 2010 (Figura 4 e Quadro 1).

**Figura 3** - Gráfico da positividade para geo-helmintíases e outros vermes, dentre os exames realizados no Programa de Controle da Esquistossomose, segundo GERES. Pernambuco, 2010.



Fonte: SISPE. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE (2011).

**Figura 4** - Mapa de distribuição geográfica de municípios prioritários para geo-helmintíases. Pernambuco, 2011.



Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

**Quadro 1:** Distribuição dos municípios prioritários para geo-helmintíases por GERES. Pernambuco, 2011.

<b>I GERES</b>	Chã de Alegria, Glória do Goitá e Vitória de Santo Antão.
<b>II GERES</b>	Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência.
<b>III GERES</b>	Água Preta, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Primavera, Rio Formoso, São Benedito do Sul e Tamandaré.
<b>V GERES</b>	Bom Conselho e Correntes.
<b>XII GERES</b>	Aliança, Condado, Itambé, São Vicente Ferrer e Timbaúba.

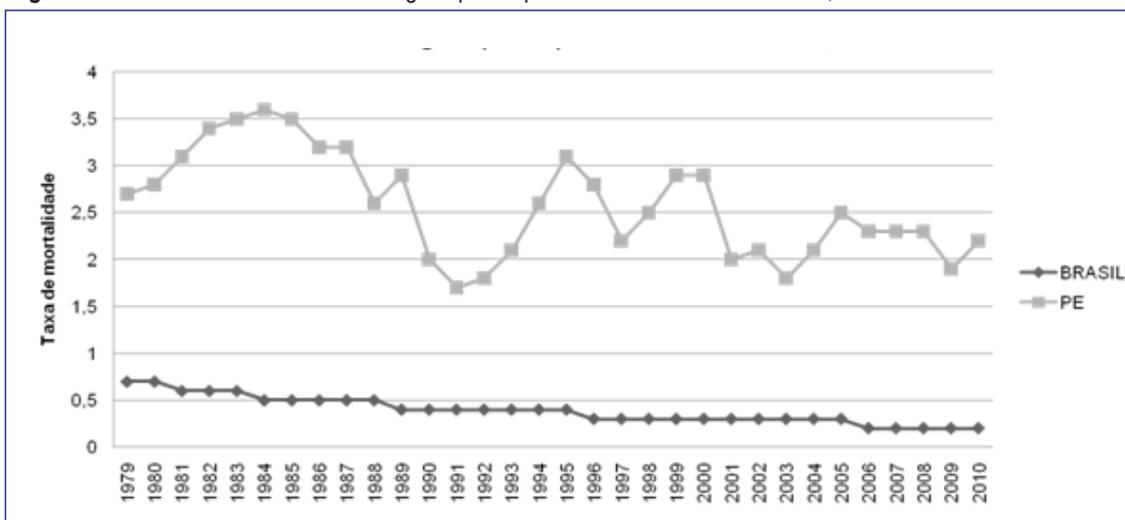
Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

#### 4.2.1.2 Situação epidemiológica da Esquistossomose

A esquistossomose é uma doença parasitária, causada pelo trematódeo *Schistosoma mansoni*. No ciclo de transmissão desse verme são essenciais coleções hídricas (rios, lagos, córregos, poças) e caramujos aquáticos do gênero *Biomphalaria*. A esquistossomose pode apresentar diferentes formas clínicas, desde assintomática, até formas graves, podendo levar a óbito (REY, 2008). A magnitude em função do número de casos, associada à severidade das formas clínicas, torna a esquistossomose uma doença de grande relevância enquanto problema de saúde pública.

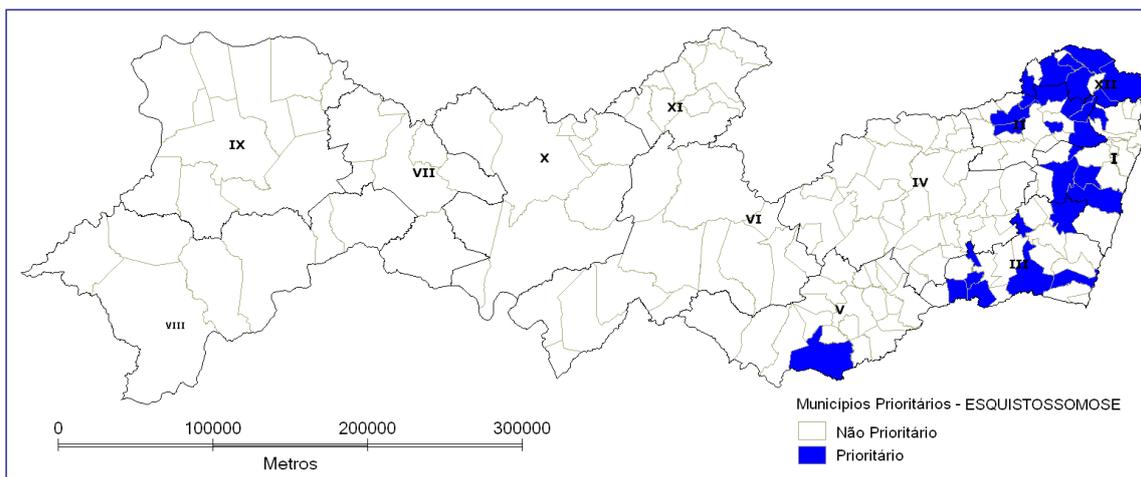
O Estado de Pernambuco é considerado a unidade federada do Brasil com maior grau de endemicidade para a esquistossomose e apresenta uma série histórica de taxa de mortalidade cerca de 5 vezes maior que a frequência nacional (Figura 5). Em 2010 foram registrados 358 óbitos, a maioria oriundos de municípios prioritários. Aproximadamente, 109 municípios de cinco Regionais de Saúde são endêmicos para a doença. Estas estão situadas no litoral, zona da mata e parte do agreste. De acordo com o SISPCE, em 2010, foram realizados 175.417 exames de fezes em 96 municípios. A positividade de *Schistosoma mansoni* variou de 0,1% a 31,17% nos municípios endêmicos.

Figura 5 - Gráfico da Taxa de mortalidade geral por esquistossomose do Brasil e de PE, 1979 a 2010.



Fonte: SIM, Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde (2011).

**Figura 6** – Mapa de distribuição geográfica de municípios prioritários para esquistossomose. Pernambuco, 2011.



Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE./SES-PE.

**Quadro 2:** Distribuição dos municípios prioritários para esquistossomose por GERES. Pernambuco, 2011.

<b>I GERES</b>	Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Chã de Alegria, Moreno e Vitória de Santo Antão.
<b>II GERES</b>	Bom Jardim, João Alfredo, Lagoa do Carro, Machados, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência.
<b>III GERES</b>	Água Preta, Belém de Maria, Cortês, Escada, Jaqueira, Maraiá, São Benedito do Sul e Tamandaré.
<b>V GERES</b>	Bom Conselho.
<b>XII GERES</b>	Aliança, Ferreiros, Goiana, Itambé, Itaquitinga, São Vicente Férrer e Timbaúba.

Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

#### 4.2.1.3 Estratégias para enfrentamento das Geo-helminthíases e Esquistossomose

Após definidos os municípios prioritários para as geo-helminthíases e esquistossomose optou-se por realizar estratégias conjuntas de enfrentamento para as duas doenças, em função da coincidência de maior parte das áreas de risco e da similaridade das atividades a serem executadas. Também foram incluídos como prioritários os municípios de Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca, Itamaracá e São Lourenço da Mata, que apesar de não apresentarem registros oficiais de elevada prevalência são reconhecidamente áreas focais de elevada positividade. Nesse sentido, encontram-se elencadas abaixo as principais ações a serem desenvolvidas.

##### a) Vigilância epidemiológica e apoio laboratorial

- Pactuar as estratégias prioritárias de enfrentamento com os gestores das GERES, SMS e os profissionais da ESF dos municípios prioritários;
- Treinar em serviço os profissionais das SMS, sobretudo aqueles da ESF, com foco na qualificação da vigilância em saúde e tratamento de casos positivos;
- Implementar a estratégia de tratamento seletivo para esquistossomose e geo-helminthíases, a partir do envolvimento efetivo nas atividades de vigilância, diagnóstico e tratamento por parte dos profissionais das equipes da ESF, sobretudo estimulando

a vigilância ativa através da orientação à população e a entrega e o recolhimento de potes coletores de fezes como atribuição de rotina do Agente Comunitário de Saúde, dentro do seu território de atuação (propõe-se que cada ACS entregue e recolha 05 potes semanalmente);

- Realizar tratamento coletivo anual combinando a medicação para esquistossomose e geohelmintíases, durante 03 anos consecutivos, em localidades com positividade maior que 10% para esquistossomose de acordo com as informações já disponíveis no SISPCE;
- Realizar inquérito (amostral ou censitário) em todas as localidades submetidas ao tratamento coletivo com o objetivo de avaliar a positividade para esquistossomose e geohelmintíase, no máximo até quatro meses após cada ação de tratamento coletivo;
- Apoiar a adequação da estrutura dos laboratórios municipais e regionais.
- Monitorar as ações e os resultados alcançados para o enfrentamento das doenças;

#### **b) Assistência aos pacientes, mobilização e comunicação em saúde**

- Definir, publicar e divulgar amplamente, em documento oficial, a rede regionalizada de referência e contra-referência para assistência aos pacientes portadores de formas crônicas e graves da esquistossomose.
- Realizar ações de educação em saúde, principalmente atividades lúdicas com escolares, comunidade e profissionais de saúde, através da atuação de teatro de mamulengos e da brigada estudantil, em áreas de elevada prevalência da doença.

**Meta de impacto:** Reduzir a prevalência das geo-helmintíases a menos de 20% e da esquistossomose a menos de 10% nos 40 municípios prioritários, até 2014.

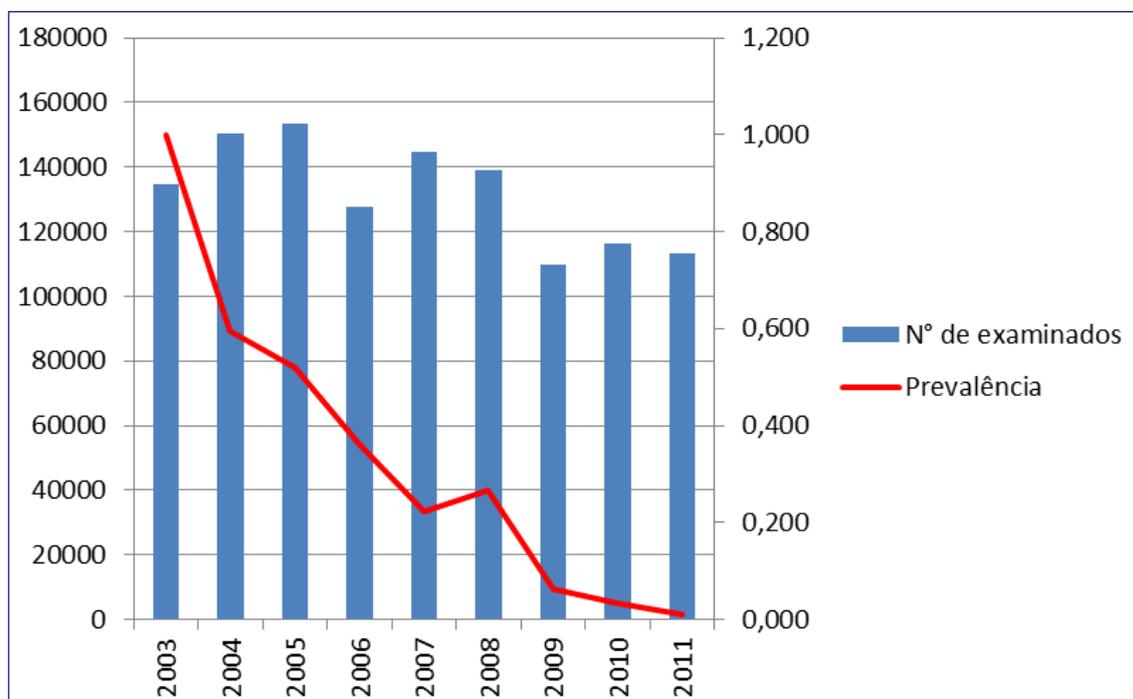
## 4.2.2 Filariose

### 4.2.2.1 Situação epidemiológica da Filariose

A filariose linfática é uma doença crônica causada pelo verme da espécie *Wuchereria bancrofti*, sendo um importante problema de saúde pública em algumas regiões do mundo. No Brasil, a Região Metropolitana do Recife (PE) é considerada o principal foco ativo de filariose linfática, sendo a área de maior transmissibilidade. As cidades de Maceió (AL) e Belém (PA) foram focos importantes no passado recente, porém hoje os dados oficiais apontam que a endemia encontra-se sob controle nestas localidades (BRASIL, 2011).

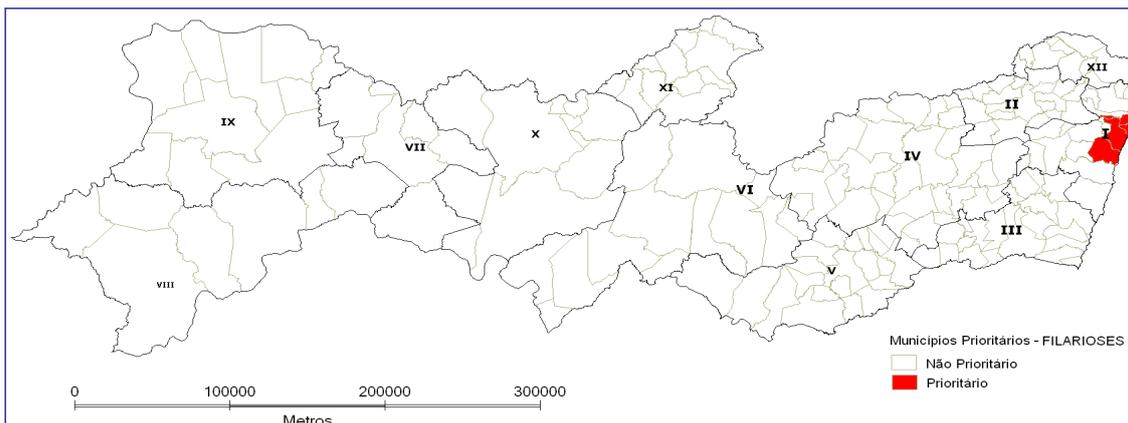
Atualmente, quatro municípios do Estado de Pernambuco (Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista) ainda registram a transmissão da doença (Figura 8 e Quadro 3). Nestes municípios, exceto Paulista, é realizado há mais de cinco anos o tratamento coletivo nas localidades com prevalências superiores a 1% e os resultados atuais sugerem o início de interrupção da transmissão em algumas áreas. Como consequência das estratégias adotadas observa-se uma importante redução da prevalência nos municípios endêmicos, no período de 2003 a 2011, no ano de 2001 foram registrados 11 casos em um total de 113.154 pessoas examinadas (Figura 7).

**Figura 7** – Gráfico com o número de examinados por gota espessa e a prevalência da filariose. Pernambuco, 2003 a 2011.



Fonte: GDNTV/SEVS/SES-PE (2011).

**Figura 8** – Mapa de distribuição geográfica de municípios prioritários para filariose. Pernambuco, 2011.



Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

**Quadro 3:** Distribuição dos municípios prioritários para filariose por GERES. Pernambuco, 2011

<b>I GERES</b>	Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista
----------------	--

Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

#### 4.2.2.2 Estratégias para enfrentamento da Filariose

##### a) Vigilância epidemiológica, vetorial e diagnóstico laboratorial

- Realizar em conjunto com instituições de pesquisa, o monitoramento da taxa de infecção vetorial em áreas com e sem tratamento coletivo;
- Continuar estratégia de tratamento coletivo nas áreas prioritárias ainda com indicação, apoiando os municípios com insumos e equipamentos;
- Implantar a Estratégia TAS (Transmission Assesment Survey) nas localidades que já completaram 5 rodadas de tratamento coletivo;
- Elaborar e estruturar o dossiê das ações de controle da doença no estado nos últimos 10 anos, visando compor o documento nacional de solicitação à OPAS/OMS de verificação da eliminação da filariose.

##### b) Atenção aos pacientes, mobilização e comunicação em saúde

- Articular e definir fluxo de referência para atendimentos aos pacientes com morbidade filarial (exames complementares e cirurgias);
- Realizar ações e estratégias educativas com os profissionais de nível médio e superior dos municípios (atenção primária e vigilância).

**Meta de Impacto:** Eliminar a transmissão da filariose, enquanto problema de saúde pública, a menos de 1% nos 04 municípios prioritários, até 2014.

## 4.2.3 Doença de Chagas

### 4.2.3.1 Situação epidemiológica da Doença de Chagas

A doença de Chagas (DC) é causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* – podendo ser transmitida de diferentes formas: via oral através de ingestão de alimento contaminados; transfusão sanguínea; transplante de órgão; via transplacentária; transmissão vetorial, forma mais comumente relatada, ocorrida através da inoculação do protozoário pelos insetos da família dos triatomíneos. No Brasil, atualmente predominam os casos crônicos decorrentes de infecção por via vetorial, com aproximadamente três milhões de indivíduos infectados.

A ocorrência da doença de Chagas aguda (DCA) tem sido observada em diferentes estados (Bahia, Ceará, Piauí, Santa Catarina e São Paulo), com maior predominância de casos e surtos registrados na região da Amazônia Legal (Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Amapá, Pará e Tocantins), onde a transmissão oral tem sido registrada com maior frequência. Pernambuco, atualmente, situa-se numa região originalmente de risco de transmissão vetorial, dessa forma concentra as ações na vigilância entomológica e controle vetorial, principalmente nos municípios de alto risco classificados pelo Ministério da Saúde. Os resultados mostram a presença domiciliar do vetor com positividade para *T. cruzi* no Estado (Tabela 2). Há dificuldades operacionais para o tratamento químico residual e a colonização de vetores no domicílio é um fator de risco para a ocorrência da infecção.

**Tabela 2** - Unidades domiciliares pesquisadas, positivas para triatomíneos e borrifadas. Pernambuco, 2007 a 2010.

Anos	UD Pesquisada	UD Positiva	Positividade (%)	UD Borrifada
2007	132.699	12.536	9.45	13.382
2008	112.104	10.036	8.95	11.369
2009	104.998	9.710	9.25	9.201
2010	87.931	7.972	9.07	7.801

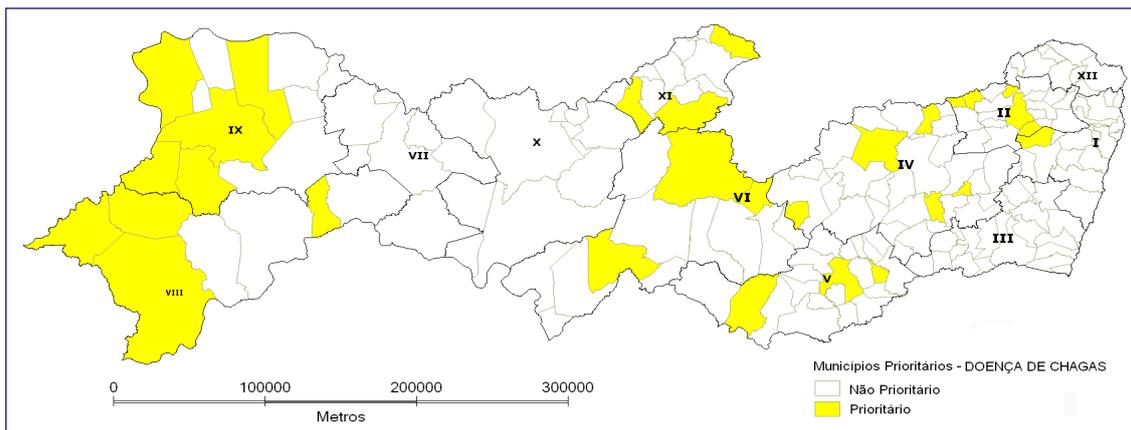
Fonte: SISPCDCh/Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE

Nota: UD – Unidade domiciliar.

Em 1983, a população de Pernambuco exposta era de 2.583.199 habitantes, dos quais 72.053 foram positivos para a doença, com uma prevalência equivalente a 2,8%. Essa situação explica o número de óbitos por doença de Chagas crônica para os anos de 2007, 2008, 2009, segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que foram de 122, 124 e 116, respectivamente.

Em 2005, foi concluído o Inquérito Nacional de Soroprevalência da Infecção chagásica, realizado em 72 municípios pernambucanos, em crianças de zero a cinco anos da área rural e mostrou uma proporção de 0,03% de amostras positivas. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, as áreas de transmissão da doença de Chagas podem ser definidas como: (I) áreas com transmissão domiciliar ainda mantida ou com evidências de que possa estar ocorrendo, mesmo que focalmente; (II) áreas com transmissão domiciliar interrompida, distinguindo-se para essa situação: a) presença residual do vetor; b) sem detecção do vetor. Os municípios prioritários foram selecionados a partir do seguinte critério: municípios com triatomíneos positivos nos domicílios por mais de 1 ano, no período de 2005 a 2010 (Figura 9 e Quadro 4).

**Figura 9** – Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para doença de Chagas. Pernambuco, 2011.



Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

**Quadro 4:** Distribuição dos municípios prioritários para doença de Chagas por GERES. Pernambuco, 2011.

<b>I GERES</b>	Chã de Alegria e Glória do Goitá.
<b>II GERES</b>	Casinhas, Feira Nova, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados e Vertente do Lério.
<b>IV GERES</b>	Agrestina, Alagoinha, Brejo da Madre Deus, Camocim de São Félix e Vertentes.
<b>V GERES</b>	Águas Belas, Angelim e Garanhuns.
<b>VI GERES</b>	Arcoverde, Inajá e Sertânia.
<b>VIII GERES</b>	Afrânio, Dormentes, Orocó e Petrolina.
<b>IX GERES</b>	Araripina, Bodocó, Ouricuri, Santa Cruz e Santa Filomena.
<b>X GERES</b>	Carnaíba, Igaraci e Itapetim.

Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

#### 4.2.3.2 Estratégias para enfrentamento da doença de Chagas

##### a) Vigilância dos casos e controle vetorial

- Intensificação das ações de vigilância entomológica e controle químico, com formação de equipes (força tarefa) composta por agentes de campo das GERES e das SMS, visando a realização de ciclos periódicos de pesquisa nas unidades domiciliares (UD) com objetivo de reduzir a infestação vetorial nas áreas consideradas de maior risco;

- Descentralizar o diagnóstico laboratorial (sorologia) para os laboratórios regionais;
- Apoiar as ações de vigilância entomológica (pesquisa e identificação dos triatomíneos) dos municípios prioritários para que realizem de forma satisfatória os ciclos para eliminação vetorial, assim como a manutenção do funcionamento dos Postos de Identificação de Triatomíneos (PIT);
- Treinar em serviço os agentes de endemias dos municípios em pesquisa entomológica e controle químico residual.

**b) Assistência aos pacientes, mobilização e comunicação em saúde**

- Definir formalmente, estruturar e apoiar tecnicamente o ambulatório de doença de Chagas e insuficiência cardíaca do Hospital PROCAPE como referência estadual para atendimento de média e alta complexidade dos pacientes portadores da doença de Chagas e implantar rede macrorregional de referência para o diagnóstico e manejo dos casos de doença de Chagas;
- Realizar ações e estratégias educativas com os profissionais de nível médio e superior dos municípios (atenção primária e vigilância);
- Fortalecer a assistência local, através da atualização e capacitação de médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde, coordenadores de atenção básica e da vigilância epidemiológica a fim de proporcionar o conhecimento sobre o diagnóstico e manejo de pessoas portadoras da doença de Chagas ou com diagnóstico positivo para *T. cruzi*.

**Meta de impacto:** Reduzir o índice de infestação vetorial domiciliar a menos de 10%, nos 31 municípios prioritários, até 2014.

## 4.2.4 Hanseníase

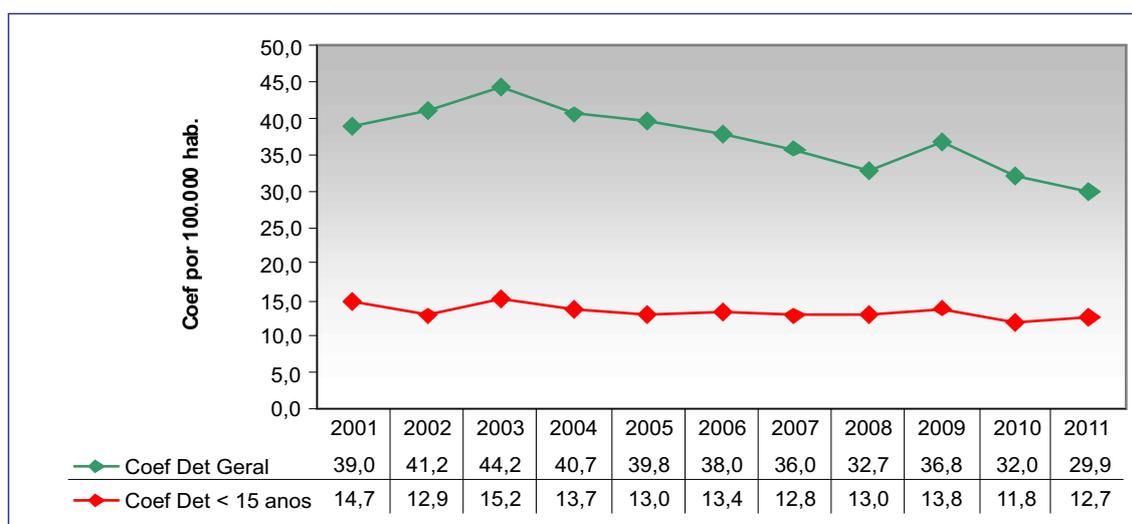
### 4.2.4.1 Situação epidemiológica da Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*, que tem sua manutenção acentuada em áreas de risco social elevado sobretudo no convívio domiciliar, o qual é apontado como importante espaço de transmissão da doença.

O Brasil diagnosticou, em 2009, 37.610 casos de hanseníase na população geral, correspondendo a 19,6/100.000 habitantes e 2.669 casos em menores de 15 anos, representando 5,4/100.000 habitantes. Desse total, Pernambuco contribuiu com 8,5% dos casos detectados na população geral e 12% nos menores de 15 anos. A taxa de detecção de casos foi de 36,9/100.000 habitantes. O Estado ocupa a 10ª colocação no país quanto ao coeficiente de detecção geral e a 3ª em números absolutos de casos. O coeficiente de detecção de casos novos na população menor de 15 anos classifica o Estado como hiperendêmico, colocando-o na 6ª posição em coeficiente e na 3ª em número absoluto de casos, refletindo a existência de endemia oculta no estado. Os casos estão distribuídos na maioria dos municípios das 12 Regionais de saúde, entretanto 40% desses estão concentrados na I regional de saúde.

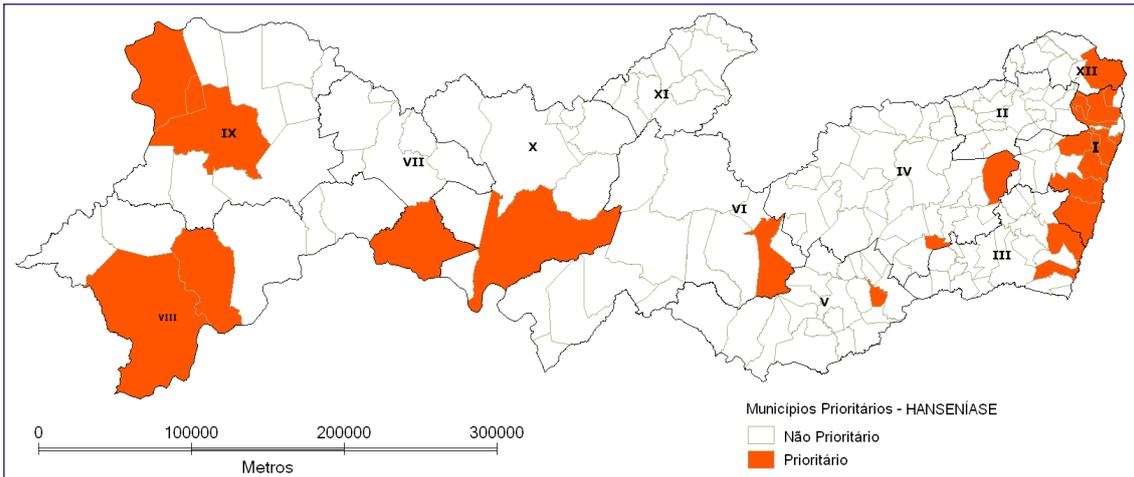
Há, entretanto, uma variação intermunicipal da taxa de detecção (1,8 a 640,4 casos por 100.000 habitantes), detectando-se municípios hiperendêmicos para a doença. O coeficiente de detecção de casos novos vem decrescendo anualmente em Pernambuco (Figura 10), contudo o Estado continua sendo classificado como de endemicidade muito alta, segundo os critérios preconizados pela OMS. A análise do coeficiente de detecção de casos em menores de 15 anos e a avaliação do grau de incapacidade no período entre 2007 e 2009, definiu a seleção dos municípios prioritários (Figura 11 e Quadro 5).

**Figura 10** – Gráfico do Coeficiente de detecção de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos, por 100.000 habitantes. Pernambuco, 2001 a 2011.



Fonte: SINAN/Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

**Figura 11** – Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para hanseníase. Pernambuco, 2011.



Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

**Quadro 5:** Distribuição dos municípios prioritários para hanseníase por GERES. Pernambuco, 2011.

<b>I GERES</b>	Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Recife e São Lourenço da Mata.
<b>III GERES</b>	Sirinhaém e Tamandaré.
<b>IV GERES</b>	Cupira e Gravatá.
<b>V GERES</b>	Angelim.
<b>VI GERES</b>	Pedra.
<b>VII GERES</b>	Belém de São Francisco.
<b>VIII GERES</b>	Lagoa Grande e Petrolina.
<b>IX GERES</b>	Arapina, Ouricuri e Trindade.
<b>XI GERES</b>	Floresta.
<b>XII GERES</b>	Goiana.

Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

#### 4.2.4.2 Estratégias para enfrentamento da Hanseníase

##### a) Vigilância e diagnóstico dos casos

- Realizar apoio técnico e assessoramento às equipes da rede básica de saúde, sobretudo as unidades de saúde (US) dos municípios prioritários, visando adequar as ações de prevenção, cura e reabilitação dos acometidos pela hanseníase, diagnosticar a situação do processo de trabalho na rede de saúde, atualizar e corrigir distorções nas informações do sistema de vigilância (SINAN) e treinar em serviço os profissionais da atenção básica com prioridade no diagnóstico e acompanhamento do paciente;
- Realizar durante o apoio técnico e assessoramento, o diagnóstico situacional das ações do programa municipal de controle da hanseníase, a fim de identificar os entraves e as estratégias de superação mais factíveis;

- Realizar oficinas de pactuação com os gestores e técnicos dos municípios prioritários, apresentando o diagnóstico realizado durante as visitas de apoio técnico e assessoramento com o objetivo de pactuar a resolução dos entraves identificados e destacar pontos positivos encontrados;
- Realizar, em média após quatro meses da oficina de pactuação, o monitoramento das ações pactuadas, visando avaliar o resultado do monitoramento e registrar em documento a ser assinado pelos gestores estadual e municipal ;
- Realizar auditoria técnico-financeira, sobretudo nos municípios que não avançaram no cumprimento das ações pactuadas durante as oficinas;
- Realizar mutirões periódicos de detecção de casos, priorizando: áreas silenciosas ou com baixa detecção de casos, unidades prisionais e na população vivendo em situação de rua.

**b) Assistência aos pacientes, mobilização e comunicação em saúde**

- Implantar referência estadual de reabilitação cirúrgica nos casos graves de hanseníase;
- Pactuar e estabelecer protocolos de acordo com o processo vigente de regionalização de saúde do estado, visando definir rede estadual de referência para assistência ao paciente nos níveis secundário e terciário;
- Ampliar a oferta de referências de média complexidade nas regiões de saúde, garantindo o tratamento integral dos pacientes com formas graves da doença;
- Promover e realizar em conjunto com municípios, ações de mobilização e mutirões de detecção de casos de hanseníase, sobretudo entre escolares do ensino fundamental.

**Meta de impacto:** Aumentar o percentual de cura dos casos novos para  $\geq 90\%$  e aumentar o percentual de contatos examinados para  $\geq 75\%$  nos 25 municípios prioritários, até 2014.

## 4.2.5 Tuberculose

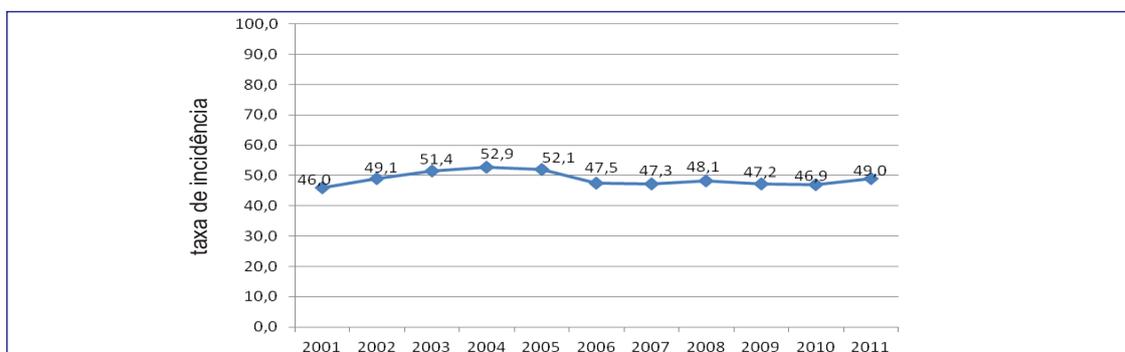
### 4.2.5.1 Situação epidemiológica da tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), que afeta principalmente os pulmões, mas, também pode ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro). É um problema de saúde prioritário no Brasil, que juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, albergam 80% dos casos da doença. No país estima-se a ocorrência de aproximadamente 80 mil casos novos por ano. O número de mortes pela doença é de cerca de 4 a 5 mil, anualmente. Com o conhecimento, em 1981, da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), vem-se observando um crescente número de casos notificados de tuberculose. A associação (HIV/TB) constitui, nos dias atuais, um sério problema de saúde pública, podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade pela TB, em muitos países (Brasil, 2010).

Em Pernambuco ocorrem, em média, 4.230 casos novos de tuberculose por ano. O Estado apresentou em 2010 o 4º lugar em taxa de detecção da doença e 2º lugar em mortalidade no país; e 1º lugar em número de casos no Nordeste, sendo Recife a capital brasileira com maior taxa de incidência (48,2%). Os municípios que integram a I GERES (região metropolitana) detêm 70% dos casos dentre as 12 GERES do estado.

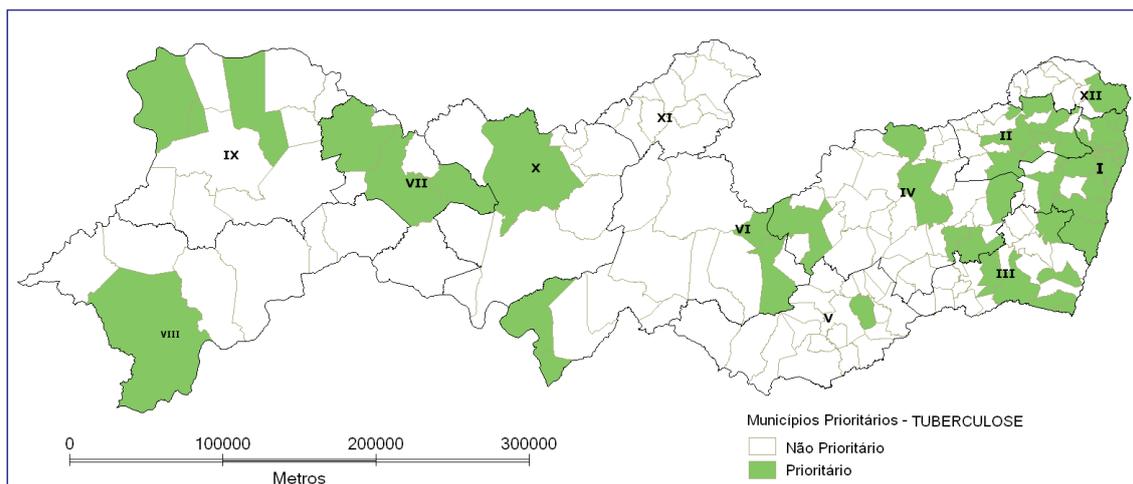
A média de detecção de casos novos nos últimos quatro anos (2007 – 2010), no Estado de Pernambuco, foi de 47 casos por 100.000 habitantes (Figura 12), com uma variação entre 241,1 a 7,1 casos por 100.000 habitantes. Ainda, é importante ressaltar a grande participação da população privada de liberdade entre os casos novos de tuberculose notificados nos últimos anos, 218 em 2009 e 287 em 2010, representando 5,1% e 7,1% dos casos do estado, respectivamente. A análise do coeficiente de detecção de casos e de mortalidade, associados aos índices de abandono do tratamento no período entre 2007 e 2009, definiu a seleção dos municípios prioritários para a intervenção do SANAR (Figura 13 e Quadro 6).

**Figura 12-** Gráfico da Taxa de incidência de tuberculose, segundo ano de diagnóstico. Pernambuco, 2001 a 2011.



Fonte: SINAN/Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE  
Nota: Dados Atualizados em Janeiro/2013.

**Figura 13** – Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para tuberculose. Pernambuco, 2011.



Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE

**Quadro 8:** Distribuição dos municípios prioritários para tuberculose por GERES. Pernambuco, 2011

<b>I GERES</b>	Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã de Alegria, Igarassu, Ipojuca, Itapissuma, Itamaracá, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.
<b>II GERES</b>	Carpina, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Passira, Paudalho e Vitória.
<b>III GERES</b>	Água Preta, Barreiros, Escada, Palmares, Rio Formoso e São José da Coroa Grande.
<b>IV GERES</b>	Bonito, Caruaru, Gravatá, Pesqueira, São Joaquim do Monte e Taquaritinga do Norte.
<b>V GERES</b>	São João.
<b>VI GERES</b>	Arcoverde, Jatobá, Pedra e Petrolândia.
<b>VII GERES</b>	Mirandiba, Salgueiro e Serrita.
<b>VIII GERES</b>	Petrolina.
<b>IX GERES</b>	Araripina, Bodocó e Trindade.
<b>XI GERES</b>	Serra Talhada.
<b>XII GERES</b>	Goiana.

Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE

#### 4.2.5.2 Estratégias para enfrentamento da Tuberculose

##### a) Vigilância e diagnóstico dos casos

- Realizar apoio técnico e assessoramento às equipes da rede básica de saúde, sobretudo às unidades de saúde (US) dos municípios prioritários, visando adequar as ações de prevenção e cura dos casos, diagnosticar a situação do processo de trabalho na rede de saúde, atualizar e corrigir distorções nas informações do sistema de vigilância e treinar em serviço os profissionais da atenção básica com prioridade no diagnóstico e acompanhamento do paciente;

- Realizar durante o apoio técnico e assessoramento, o diagnóstico situacional das ações do programa municipal de controle da tuberculose, a fim de identificar os entraves e as estratégias de superação mais factíveis;
- Realizar oficinas de pactuação com os gestores e técnicos dos municípios prioritários, apresentando o diagnóstico realizado durante as visitas de apoio técnico e assessoramento com o objetivo de pactuar a resolução dos entraves identificados e destacar pontos positivos encontrados;
- Realizar em média após quatro meses da oficina de pactuação, o monitoramento das ações pactuadas e registrar, visando avaliar o resultado do monitoramento e registrar em documento a ser assinado pelos gestores estadual e municipal;
- Realizar auditoria técnico-financeira, sobretudo nos municípios que não avançaram no cumprimento das ações pactuadas durante as oficinas;
- Realizar mutirões periódicos de detecção de casos, priorizando: áreas silenciosas ou com baixa detecção de casos, unidades prisionais e na população vivendo em situação de rua;
- Descentralizar a cultura de *baar* para as regionais de saúde;
- Realizar treinamento de profissionais para a descentralização da prova tuberculínica para as regionais de saúde.

#### **b) Assistência aos pacientes, mobilização e comunicação em saúde**

- Realizar a adequação da estrutura do ambulatório e enfermaria do Hospital Otávio de Freitas para atendimento de casos graves e resistentes de tuberculose;
- Definir rede estadual de referência para atendimento de casos graves e de tuberculose resistente, coinfeção e micobactérias;
- Atuar de forma prioritária na vigilância e controle da tuberculose em populações com maior risco de adquirir a doença, como presídios, população de rua e pessoas com HIV/AIDS;
- Realizar ações e estratégias educativas com os profissionais de nível médio e superior dos municípios (atenção primária e vigilância), além dos técnicos das unidades prisionais; casos de tuberculose.

**Meta de impacto:** Aumentar o percentual de cura dos casos novos para  $\geq 75\%$  e reduzir o percentual de abandono do tratamento para  $\leq 5\%$  nos 50 municípios prioritários, até 2014.

## 4.2.6 Tracoma

### 4.2.6.1 Situação Epidemiológica do Tracoma

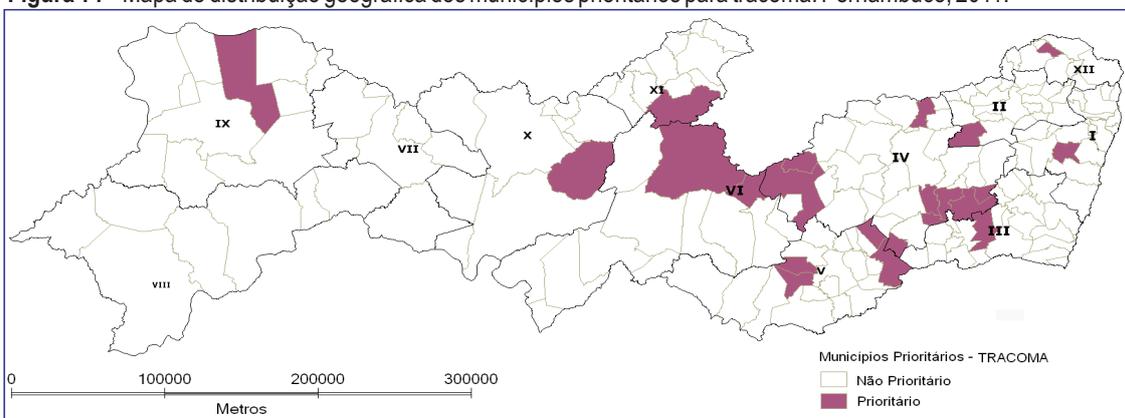
É uma afecção inflamatória ocular causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, dos sorotipos A, B, Ba e C, caracterizada por uma ceratoconjuntivite crônica recidivante que pode produzir cicatrizes na conjuntiva palpebral superior. Crianças com até 10 anos de idade, com infecção ativa, são o principal reservatório do agente etiológico nas populações onde o tracoma é endêmico. Alguns insetos como a mosca doméstica (*Musca domestica*) e/ou a lambe-olhos (*Hippelates sp.*) podem atuar como vetores mecânicos.

O tracoma endêmico ocorre em várias regiões do Brasil. Pernambuco, no passado, possuía várias áreas endêmicas de tracoma com prevalências maiores que 30%, o que pressupõe a existência de casos sequelares em população adulta e de idosos dessas áreas.

Estudos recentes em população de área rural revelam prevalência de 01 (um) caso de triquiase tracomatosa para cada mil habitantes (Pernambuco, 2006). O último inquérito em escolares realizado em 79 municípios de Pernambuco, no ano de 2006, revelou uma prevalência estadual de 3,3%, com predominância da forma clínica de tracoma inflamatório folicular (TF). Foram observadas variações de prevalência nos municípios entre zero e 17,7%. Já nas aldeias indígenas de Pernambuco a prevalência variou entre zero e 32% nos escolares, e entre 4,9% e 38% nos comunicantes examinados (DIVEP – Relatório epidemiológico do DSEI/2003).

Para o tracoma, o Programa Sanar selecionou os 19 municípios que apresentaram prevalências igual ou acima de 5%, o que corresponde a 24% dos municípios pesquisados. A estes, acrescentaram-se 03 outros municípios que apresentaram prevalências muito próximas a 5%, totalizando 22 municípios para intervenção prioritária (Figura 14 e Quadro 7).

**Figura 14** – Mapa de distribuição geográfica dos municípios prioritários para tracoma. Pernambuco, 2011.



Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE

**Quadro 11:** Distribuição dos municípios prioritários para tracoma por GERES. Pernambuco, 2011

<b>I GERES</b>	Moreno.
<b>II GERES</b>	Cumarú.
<b>III GERES</b>	Palmares.
<b>IV GERES</b>	Agrestina, Barra de Guabiraba, Bonito, Cupira, Jurema, Pesqueira, Poção, São Joaquim do Monte e Vertentes.
<b>V GERES</b>	Canhotinho, Lajedo, Paratama e Salóá.
<b>VI GERES</b>	Arcoverde e Sertânia.
<b>IX GERES</b>	Bodocó.
<b>XI GERES</b>	Iguaraci.
<b>XI GERES</b>	Betânia.
<b>XII GERES</b>	Ferreiros.

Fonte: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PE.

#### 4.2.6.2 Estratégias para enfrentamento do Tracoma

##### a) Vigilância dos casos

- Realizar diagnóstico da infecção por tracoma em crianças de 1 a 15 anos de idade em 100% das escolas de ensino fundamental dos 22 municípios prioritários que possuem prevalência igual ou maior que 5% verificada no inquérito de 2006;
- Tratar todos os casos diagnosticados positivos e fazer busca ativa dos contatos domiciliares desses casos;
- Realizar tratamento coletivo em escolares de 1 a 15 anos, na unidade escolar onde a prevalência for maior ou igual a 10%;
- Capacitar os profissionais de nível médio e superior, da atenção básica dos municípios prioritários, no diagnóstico clínico, tratamento e monitoramento de casos;
- Descentralizar as atividades de vigilância e controle para as áreas de vulnerabilidade social, bolsões de extrema pobreza e reservas indígenas.

##### b) Assistência aos pacientes, mobilização e comunicação em saúde

- Capacitar profissionais no diagnóstico clínico e no tratamento de casos de tracoma, em especial, na detecção de casos de triquíase tracomatosa;
- Realizar cirurgias para correção de triquíase;
- Promover mobilização social, com ênfase em atividades lúdicas e educativas de estímulo a higiene pessoal e limpeza facial, principalmente no ambiente escolar com os professores, alunos, comunidade e profissionais da rede básica de saúde através da brigada estudantil.

**Meta de impacto:** Reduzir a prevalência a menos de 5% (escolares 1-15 anos), nos 22 municípios prioritários, até 2014, eliminando o tracoma como causa de cegueira.

## 5. ESTIMATIVA DE FINANCIAMENTO DO PROGRAMA SANAR

O orçamento estimado envolve a aplicação de recursos do tesouro e de repasse federal e abrange atividades globais das intervenções específicas para cada doença, como a garantia de medicamentos, insumos, deslocamentos, trabalhos técnicos específicos, consultorias, supervisões, capacitações, locação e manutenção de veículos, entre outras atividades, referente aos três primeiros anos de ação.

**Tabela 3** - Distribuição de custos orçamentários financeiros globais estimados segundo doença negligenciada, 2011-2013.

<b>DOENÇAS NEGLIGENCIADAS</b>	<b>CUSTO TOTAL R\$</b>
Geo-helmintíases	625.696,65
Esquistossomose	625.696,65
Filariose	255.322,00
Doença de Chagas	1.041.034,01
Hanseníase	1.379.036,77
Tuberculose	1.379.036,77
Tracoma	314.661,70
<b>TOTAL</b>	<b>5.620.484,55</b>

## 6. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALBONICO, M. et al. Controlling Soil-Transmitted Helminthiasis in Pre-School-Age Children through Preventive Chemotherapy. **Bethesda**, Plos Negl Trop Dis, v.2, n.3, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2274864/>>. Acesso em: 15 jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de ações estratégicas**: de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da esquistossomose**: diretrizes técnicas. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 70p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11\\_01controle\\_esquist\\_diretrizes\\_tecnicas\\_1998.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_01controle_esquist_diretrizes_tecnicas_1998.pdf)>. Acesso em: 15 jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática. **Tabnet - População Residente - Pernambuco. 2011**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poppe.def>>. Acesso em 15 jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Controle do Tracoma**. Brasília, 2001. 56 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu\\_tracoma.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_tracoma.pdf)>. Acesso em 15 jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3008, de 01 de dezembro de 2009. **Determina a programação das ações de vigilância em saúde (PAVS), como um elenco norteador para o alcance de metas do pacto e demais prioridades de relevância para o sistema nacional de vigilância em saúde e vigilância sanitária, eleitas pelas esferas federal, estadual e municipal**. (Rep.) Diário Oficial da União, Seção I, pág. 59, de 04 de dezembro de 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3008\\_01\\_12\\_2009\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3008_01_12_2009_rep.html)>. Acesso em: 15 jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 186p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_de\\_recomendacoes\\_controle\\_tb\\_novo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf)>. Acesso em: 15 jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.436 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia\\_filariose\\_web.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_filariose_web.pdf)>. Acesso em: 15 jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 112 p. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Oficina\\_Capacit\\_Avaliacao\\_-\\_foco\\_melhoria\\_do\\_Programa.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Oficina_Capacit_Avaliacao_-_foco_melhoria_do_Programa.pdf)>. Acesso em: 15 de jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde. Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN). **Doença de Chagas Aguda: Manual Prático de Subsídio à Notificação Obrigatória no SINAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 20p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_chagas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_chagas.pdf)>. Acesso em: 15 de jul 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Geografia Estatística. **Censo Demográfico 2010: Resultados Preliminares do Universo**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010rpu.asp?o=4&i=P>>. Acesso em: 15 jul 2011.

MEDINA, M.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.41-63.

OPAS. OMS. Resolução CD49.R19 (Port.). de 2 de outubro de 2009. **Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza**. 49º Reunião Conselho Diretor – 61ª Sessão do Comitê Regional, Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009. Disponível em: <[http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=900&Itemid=614](http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=900&Itemid=614)>. Acesso em: 15 jul 2011.

PAHO. WHO. Preparatory Meeting on Epidemiological Data Needed to Plan Elimination of Schistosomiasis in the Caribbean. **Saint George**: WHO, 2007, 16p. Disponível em: <[http://www.who.int/schistosomiasis/resources/PAHO\\_report\\_Schistosomiasis\\_caribbean.pdf](http://www.who.int/schistosomiasis/resources/PAHO_report_Schistosomiasis_caribbean.pdf)>. Acesso em: 15 jul 2011.

PERNAMBUCO. **Dados de Pernambuco. 2011**. Disponível em: <<http://www2.pe.gov.br/web/portal-pe/dados>>. Acesso em: 15 jul 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa SANAR. **Boletim Epidemiológico – Edição Especial: Doenças Negligenciadas**. Abril de 2011, 8p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde/PE - 2008/2011**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2008, 160p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Notificação de Agravos - SINAN**. Versão 4.1. Recife, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose - SIS-PCE**. Versão 4.1.



Recife, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa de Controle do Tracoma. **Inquérito de Tracoma 2006**. Recife, 2006.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa de Controle do Tracoma. **Inquérito de Tracoma 2001**. Recife, 2001.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 15 jul 2011.

REY, L. **Parasitologia**. 4ed. Rio de Janeiro: GUANABARAKOOGAN, 2008. 930p

WALDMAN E.A.; CHIEFFI P.P. Enteroparasitoses no Estado de São Paulo: questão de saúde pública. **Rio de Janeiro**, Rev Inst Adolfo Lutz n.49, 1989, p.93-99.

WHO. **First WHO report on neglected tropical diseases**: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Switzerland: WHO, 2010, 184p. Disponível em: < [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf)>. Acesso em: 15 jul 2011.

WHO. **Preventive chemotherapy in human helminthiasis**: coordinated use of anthelmintic drugs in control interventions: a manual for health professionals and programme managers. Switzerland: WHO, 2006, 74 p. Disponível em: < [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547103\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547103_eng.pdf)>. Acesso em: 15 jul 2011.

WHO. **The global plan to stop TB 2011-2015**: Transforming the fight towards elimination of tuberculosis. 2010, 101 p. Disponível em: < [http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB\\_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf)>. Acesso em: 15 jul 2011.

WHO. **Tracoma Control**: a guide for programme managers. London: WHO, s/d, 53p. Disponível em: < [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546905\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546905_eng.pdf)>. Acesso em: 15 jul 2011.

WHO. Weekly epidemiological record. **Switzerland**, Annual subscription, v.86, n. 9, feb.2011, 73-80p, Disponível em: <<http://www.who.int/wer>>, Acesso em: 15 jul 2011.



**ANEXO I – Distribuição dos municípios classificados como prioritários segundo tipo de Doença Negligenciada, Pernambuco 2011.**

<b>HELMINTÍASE - 26</b>	<b>ESQUISTOSSOMOSE - 29</b>	<b>FILARIOSE - 4</b>
Catende	Bom Jardim	Paulista
Condado	Itaquitinga	Jaboatão dos Guararapes
Correntes	Maraial	Olinda
Gameleira	Aliança	Recife
Primavera	Araçoiaba	
Aliança	Belém de Maria	
Belém de Maria	Bom Conselho	
Bom Conselho	Cortês	
Cortês	Ferreiros	
Glória do Goitá	Itambé	
Itambé	Jaqueira	
Jaqueira	João Alfredo	
Rio Formoso	Moreno	
São Benedito do Sul	São Benedito do Sul	
São Vicente Ferrer	São Vicente Ferrer	
Timbaúba	Timbaúba	
Tracunhaém	Tracunhaém	
Água Preta	Água Preta	
Escada	Cabo de Santo Agostinho	
Nazaré da Mata	Escada	
Paudalho	Goiana	
Tamandaré	Machados	
Vicência	Nazaré da Mata	
Vitória de Santo Antão	Paudalho	
Chã de Alegria	Tamandaré	
Lagoa do Carro	Vicência	
	Vitória de Santo Antão	
	Chã de Alegria	
	Lagoa do Carro	

	<b>Municípios prioritários em apenas 1 doença</b>
	<b>Municípios prioritários em 2 doenças</b>
	<b>Municípios prioritários em 3 doenças</b>
	<b>Municípios prioritários em 4 doenças</b>

**ANEXO I (continuação) – Distribuição dos municípios classificados como prioritários segundo tipo de Doença Negligenciada, Pernambuco 2011.**

CHAGAS - 31	HANSENÍASE- 25	TUBERCULOSE- 50	TRACOMA - 22
Afrânio	Belém de São Francisco	Barreiros	Barra de Guabiraba
Águas belas	Floresta	Carpina	Betânia
Alagoinha	Lagoa Grande	Caruaru	Canhotinho
Brejo da madre deus	Sirinhaém	Itamaracá	Cumaru
Camocim de são Félix	Abreu e Lima	Jatobá	Jurema
Carnaíba	Angelim	Mirandiba	Lajedo
Casinhas	Araçoiaba	Passira	Paranatama
Dormentes	Camaragibe	Petrolândia	Poção
Garanhuns	Cupira	Salgueiro	Saloá
Inajá	Gravatá	São João	Agrestina
Itapetim	Igarassu	São José da Coroa Grande	Bonito
Orocó	Ipojuca	Serra Talhada	Cupira
Santa Cruz	Itapissuma	Serrita	Ferreiros
Santa Filomena	Ouicuri	Taquaritinga do Norte	Iguaraci
Vertente do Iório	Pedra	Abreu e Lima	Moreno
Agrestina	São Lourenço da Mata	Bonito	Palmares
Angelim	Trindade	Camaragibe	Pesqueira
Feira nova	Arapina	Feira Nova	São Joaquim do Monte
Glória do Góitá	Cabo de Santo Agostinho	Gravatá	Sertânia
Iguaraci	Goiana	Igarassu	Vertentes
Limoeiro	Jaboatão dos Guararapes	Ipojuca	Arcoverde
Ouicuri	Olinda	Itapissuma	Bodocó
Sertânia	Petrolina	João Alfredo	
Vertentes	Recife	Limoeiro	
Arapina	Tamandaré	Palmares	
Arcoverde		Paulista	
Bodocó		Pedra	
Machados		Pesqueira	
Petrolina		Rio Formoso	
Chã de alegria		São Joaquim do Monte	
Lagoa do carro		São Lourenço da Mata	
		Trindade	
		Água Preta	
		Arapina	
		Arcoverde	
		Bodocó	
		Cabo de Santo Agostinho	
		Escada	
		Goiana	
		Jaboatão dos Guararapes	
		Machados	
		Nazaré da Mata	
		Olinda	
		Paudalho	
		Petrolina	
		Recife	
		Vicência	
		Vitória de Santo Antão	
		Chã de Alegria	
		Lagoa do Carro	
		<b>Total</b>	<b>108 Municípios</b>

	<b>Municípios prioritários em apenas 1 doença</b>
	<b>Municípios prioritários em 2 doenças</b>
	<b>Municípios prioritários em 3 doenças</b>
	<b>Municípios prioritários em 4 doenças</b>





Cooperação Técnica:



Apoio:

