

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

PLANO DE AÇÃO 2011 - 2015

BRASÍLIA – DF
2012



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

PLANO DE AÇÃO 2011 - 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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

PLANO DE AÇÃO 2011 - 2015

SÉRIE C. PROJETOS, PROGRAMAS E RELATÓRIOS

Brasília - DF
2012

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 da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 15.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis
Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação
Setor Comercial Sul, quadra 4, bloco A, Edifício Principal, 3º andar
CEP: 70304-000 – Brasília/DF
E-mail: hansenias@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svs

Ministérios Parceiros:

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Ministério da Educação

Outras Instituições Parceiras:

Organização Mundial da Saúde – OMS
Organização Pan-americana da Saúde – OPAS
Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS
Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN
Federação Internacional de Associações de Combate à Hanseníase – ILEP
Pastoral da Criança
Fundação Sassakawa – SMHF
Fundação Novartis
Sociedade Brasileira de Dermatologia – SBD
Sociedade Brasileira de Hansenologia – SBH
Glaxo Smith Kline – GSK

Coordenação:

Jarbas Barbosa da Silva Jr. – SVS
Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques – DEVEP/SVS/MS
Rosa Castália França Ribeiro Soares – CGHDE/DEVEP/SVS/MS

Redação e Elaboração:

Eliane Ignotti – UNEMAT/CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Regiane Cardoso de Paula – Instituto Educatie de Ensino e Pesquisa/
CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Rosa Castália França Ribeiro – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Tadiana Moreira – CGHDE/DEVEP/SVS/MS

Colaboradores na Elaboração:

Álvaro Luiz Marinho Castro – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Andreia de Pádua Careli Dantas – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Cláudia Maria Escarabel – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Daniela Vaz Ferreira – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Débora Benchimol Ferreira – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Elaine Faria Morelo – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Jeann Marie Rocha Marcelino – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
João Batista Furtado Vieira – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Jurema Guerrieri Brandão – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Karina Silva Fiorillo – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Magda Levantezi – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Margarida Cristiana Napoleão Rocha – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Maria de Fátima Costa Lopes – CGHDE/DEVEP/SVS/MS
Sebastião Alves de Sena Neto – CGHDE/DEVEP/SVS/MS

Colaboração Internacional:

Antonio Montresor – WHO-HQ Genebra
Denis Daumerie – WHO-HQ Genebra
Márcia Souza Lima – Sabin Institute
Martha Saboya – OPAS/OMS Washington
Ruben Santiago Nicholls – OPAS/OMS Brasil

Agradecimentos Especiais:

Enunice Lima – SVS/MS
Sônia Maria Feitosa Brito – SVS/MS

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis.

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 : plano de ação 2011-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

100 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 978-85-334-1934-6

1. Saúde pública. 2. Hanseníase. 3. Estratégias nacionais. I. Título. II. Série.

CDU 616.36

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0271

Títulos para indexação:

Em inglês: *Integrated plan of strategic actions to eliminate leprosy, filariasis, schistosomiasis and onchocerciasis as a public health problem, trachoma as a cause of blindness and control of geohelmintíases: action plan 2011-2015*

Em espanhol: *Plan integrado de acciones estratégicas para la eliminación de la lepra, la filariasis, la esquistosomiasis y la oncocercosis como problema de salud pública, el tracoma como causa de ceguera y el control de geohelmintíases: plan de acción 2011-2015*

Lista de Siglas

CGHDE – Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

DSEIY – Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami

EEP – Avaliação Epidemiológica em Profundidade

FL – Filariose Linfática

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IDH- M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

ILEP – International Federation of Leprosy Association

MDA – Mass Drug Administration

OEPA – Programa para Eliminação da Oncocercose nas Américas

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PSE – Programa de Saúde Escolar

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SBH – Sociedade Brasileira de Hansenologia

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TT – Triquíase Tracomatosa

TF – Tracoma Inflamatório Folicular

VPT – Vigilância Pós-tratamento

Lista de Tabelas

Tabela 1. Percentual de positividade de tracoma em municípios por regiões. Inquérito de tracoma. Brasil, 2002-2008. *pág. 32*

Tabela 2. Valores disponibilizados pela SVS para os 796 municípios prioritários dos agravos que constam do plano de eliminação nas ações de fortalecimento de vigilância. Portaria nº 2.556, de 28/10/2011, publicada no D.O.U. de 31/10/2011. *pág. 50*

Lista de Figuras

Figura 1. Taxa de prevalência de hanseníase por 10 mil habitantes. Brasil, 2010. *pág. 14*

Figura 2. Percentual de pacientes curados nas coortes de hanseníase em 31 de dezembro de cada ano. Brasil, 2001-2010. *pág. 15*

Figura 3. Municípios prioritários para vigilância em hanseníase, 2010. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. Ministério da Saúde, Brasil, 2011. *pág. 16*

Figura 4. Método de triagem de sinais e sintomas de hanseníase entre escolares. *pág. 17*

Figura 5. Quadro lógico da estratégia de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. *pág. 18*

Figura 6. Filariose linfática – Número de tratados e taxa de positividade. *pág. 19*

Figura 7. Quadro lógico da estratégia de eliminação da filariose linfática. *pág. 20*

Figura 8. Distribuição da esquistossomose, de acordo com o percentual de positividade, por município. Brasil, 2010. *pág. 21*

Figura 9. População examinada e percentual de positividade para esquistossomose. Brasil, 1990-2010. *pág. 22*

Figura 10. Quadro lógico da estratégia de eliminação da esquistossomose. *pág. 23*

Figura 11. Percentual de positividade por tipo de helminto na população examinada na área endêmica, 1995-2010. *pág. 25*

Figura 12. Quadro lógico da estratégia de redução drástica da carga de geohelmintíases. *pág. 26*

Figura 13. Identificação de áreas de estratificação epidemiológica no foco de oncocercose na região Yanomami, Roraima, Brasil. *pág. 28*

Figura 14. Quadro lógico da estratégia de eliminação da oncocercose. *pág. 30*

Figura 15. Distribuição geográfica do percentual de positividade do tracoma. Inquérito de tracoma em escolares. Brasil, 2002-2008. *pág. 31*

Figura 16. Número de indivíduos examinados. Casos positivos de tracoma. Brasil, 2000-2010. *pág. 32*

Figura 17. Quadro lógico da estratégia de eliminação do tracoma como causa de cegueira. *pág. 34*

Figura 18. Portal virtual de acompanhamento da estratégia integrada das doenças em eliminação. *pág. 35*

Figura 19. Distribuição espacial dos municípios prioritários para os agravos relacionados à CGHDE. Brasil, 2011. *pág. 36*

SUMÁRIO

Introdução, 13

Situação Epidemiológica e Estratégia de Ação, 13

Hanseníase, 13

Filariose, 18

Esquistossomose, 20

Geohelmintíases, 24

Oncocercose, 27

Tracoma, 30

**Estratégia Integrada do Plano de Eliminação da Hanseníase,
Filariose, Esquistossomose e Oncocercose, Enfrentamento das
Geohelmintíases e Tracoma,** 34

Missão, 36

Princípios Norteadores do Plano, 37

Objetivo Geral, 37

Objetivos Específicos, 37

Metas, 38

Hanseníase, 38

Filariose, 38

Esquistossomose, 38

Geohelmintíases, 38

Oncocercose, 38

Tracoma, 38

Desafios, 39

Desafios Específicos, 39

- Hanseníase, 39
- Filariose, 40
- Esquistossomose, 40
- Geohelmintíases, 40
- Oncocercose, 40
- Tracoma, 41

Detalhamento do Plano, 41

Monitoramento e Avaliação, 48

Indicadores de Monitoramento e Avaliação para Redução das Cargas das Doenças em Eliminação, 48

- Hanseníase, 48
- Filariose, 49
- Esquistossomose, 49
- Geohelmintíases, 49
- Oncocercose, 49
- Tracoma, 49

Orçamento, 50

Referências, 51

Anexos, 53

- Anexo A – Portaria Ministerial nº 2.556, 55
- Anexo B – Portaria Ministerial nº 3.206, 91
- Anexo C – Portaria Ministerial nº 3.208, 93
- Anexo D – Portaria Ministerial nº 3.269, 95
- Anexo E – Portaria Ministerial nº 3.270, 99

Apresentação

O Ministério da Saúde, em agosto de 2011, definiu um conjunto de endemias que demandam ações estratégicas para eliminação como problema de saúde pública ou para redução drástica da carga dessas doenças. Segundo a classificação das doenças negligenciadas e outras relacionadas com a pobreza (OPAS: CD49. R19/2009), essas formam um conjunto de doenças que tendem a coexistir em áreas em que a população apresenta precárias condições de vida. Apesar de responsáveis por importante morbidade e mortalidade, a carga das doenças negligenciadas é subestimada no Brasil. No início do ano de 2011, a Secretaria de Vigilância em Saúde criou a Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE (Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011) com o objetivo de fortalecer a resposta para um grupo de doenças em que os resultados dos programas nacionais foram considerados insuficientes e incompatíveis com a capacidade do SUS de resolução dos problemas de saúde da população. Neste grupo estão incluídas a hanseníase, esquistossomose, filariose linfática, geohelmintíases, oncocercose e tracoma.

O governo do Brasil assume o compromisso público de eliminar esses agravos ou reduzir drasticamente a carga dessas doenças. Os indivíduos com maior vulnerabilidade social apresentam elevado risco de adoecimento e estes, quando adoecem, têm maior dificuldade de sair de tal condição social. O programa Brasil Sem Miséria (BSM), iniciado em 2011, caracteriza-se por uma política intersetorial de redução da pobreza extrema voltada para os 16,2 milhões de brasileiros residentes principalmente em áreas consideradas endêmicas para as doenças em eliminação. Tem como um dos principais eixos de atuação a garantia de acesso da população mais pobre aos serviços de saúde. As doenças em eliminação são consideradas prioritárias no BSM para o enfrentamento da redução da pobreza no país.

Este plano busca sintetizar o compromisso político e institucional de redução da carga das doenças em eliminação e otimizar os recursos disponíveis para o enfrentamento desse grupo de doenças.

Sabe-se que cada uma das endemias apresenta peculiaridades clínicas e epidemiológicas. No entanto, o plano integrado caracteriza-se pela priorização da estratégia de busca ativa de casos e oferta oportuna de tratamento nos grupos populacionais vulneráveis identificados em áreas geográficas de maior risco e pela proposição de ações intersetoriais no contexto governamental.

Introdução

Este 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 caracteriza-se principalmente pela proposição de estratégias de busca ativa de casos e tratamento oportuno, considerando-se, neste contexto, quando indicado, as intervenções de tratamento coletivo. A oferta de serviços de saúde de atendimento da demanda espontânea de casos de tais endemias não tem sido suficiente para sua eliminação e redução da carga da doença. Portanto, esforços dirigidos especificamente para a detecção precoce de casos, bem como para o tratamento do maior número de indivíduos, impactarão na redução da circulação ambiental dos agentes etiológicos dessas endemias, na redução do surgimento de novos casos e de suas consequências.

Para o enfrentamento das doenças em eliminação, é fundamental a utilização das ferramentas e estratégias disponíveis que já obtiveram sucesso em alguma localidade. As evidências de factibilidade das intervenções demonstradas por outros países da região da América Latina e Caribe, África e Ásia, fortalecidas por mandatos globais ou regionais, criam a oportunidade de trabalhar para a eliminação das doenças infecciosas que continuam afligindo parte da população brasileira, para as quais existem intervenções adequadas e custo-efetivas.

Considera-se, portanto, a extensa experiência, em especial a da região das Américas, na implementação de estratégias para a eliminação de doenças transmissíveis e os avanços promissores na redução da carga dessas doenças, além da necessidade de cumprir a “agenda inconclusa”, uma vez que a proporção de pessoas afetadas continua elevada entre as populações mais pobres e marginalizadas do Brasil (OPAS: CD49. R19/2009).

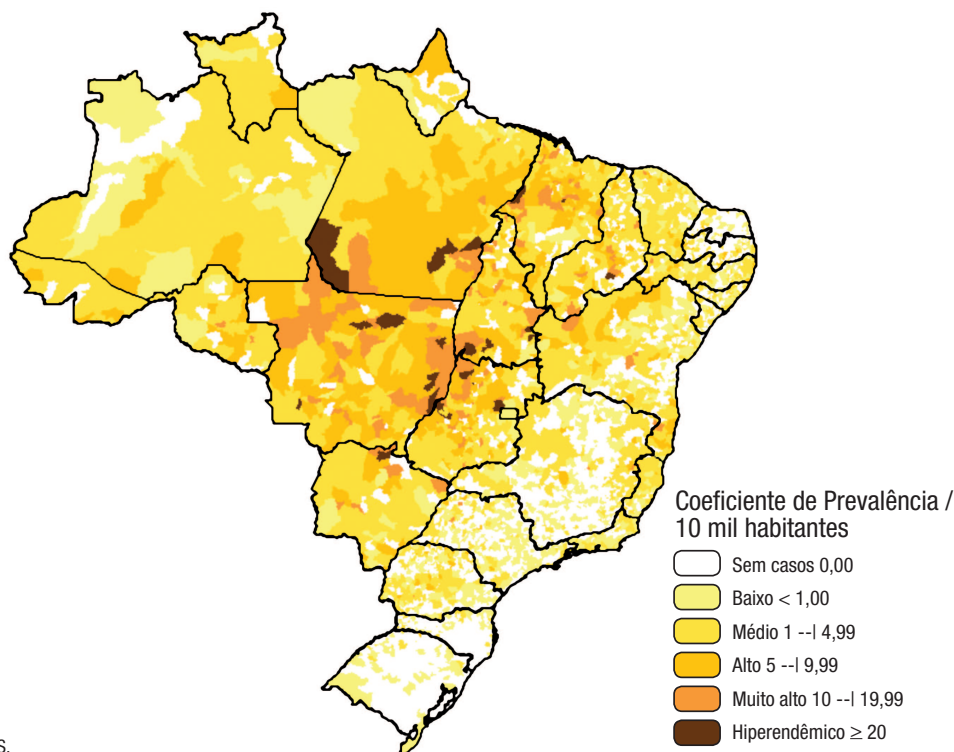
Situação Epidemiológica e Estratégias de Ação

Hanseníase

O Ministério da Saúde tem o compromisso de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015, ou seja, alcançar menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Em 2010, o Brasil apresentou 1,56 casos para cada 10.000 habitantes, correspondendo a 29.761 casos em tratamento. Neste mesmo ano, o Brasil detectou 34.894 casos novos de hanseníase, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 18,2/100.000 habitantes. Verificou-se redução do coeficiente de detecção de 35,1% no período de 2001 a 2010. Embora o Brasil registre decréscimos contínuos nos coeficientes de prevalência e de detecção de casos novos de hanseníase, as regiões Norte,

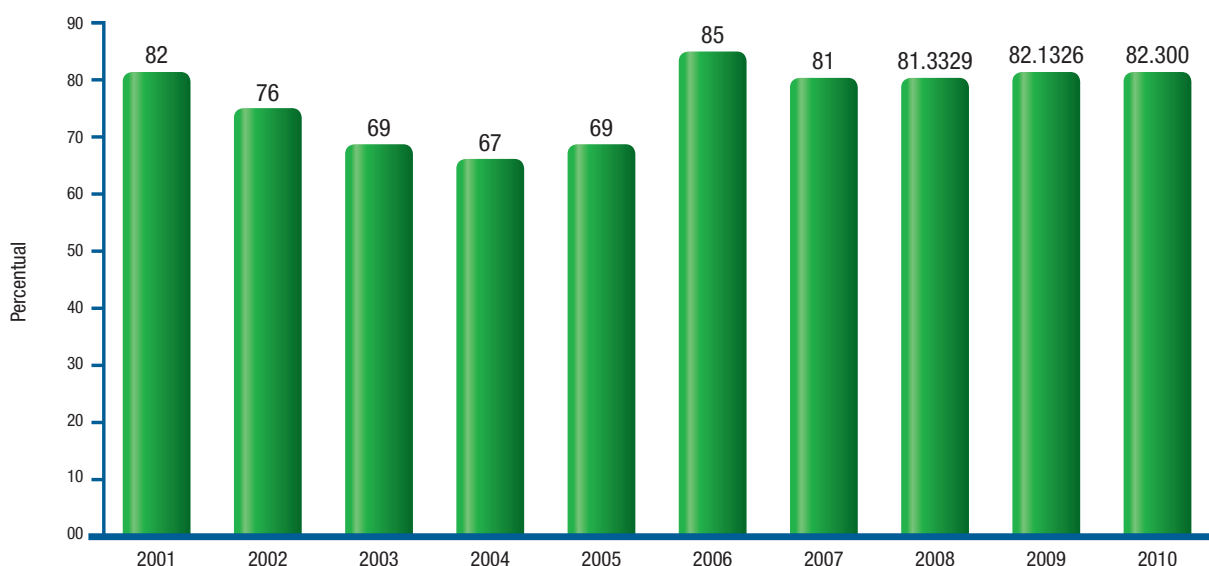
Nordeste e Centro-Oeste são consideradas mais endêmicas, com áreas de importante manutenção da transmissão. Casos de hanseníase em menores de 15 anos refletem circuitos de transmissão ativos. Em 2010, foram registrados 2.461 casos de hanseníase em menores de 15 anos e um coeficiente de detecção desse grupo etário de 5,4 por 100.000 habitantes. As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos, que em 2010 foi considerada regular, com 58%; 82,6% de cura nas coortes (paucibacilar e multibacilar) e 89,4% de avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico, resultados considerados regulares, segundo parâmetros oficiais. A avaliação do grau de incapacidade na cura foi de 72,9%, considerado precário (IGNOTTI; DE PAULA, 2011; DATASUS, 2011). Apesar da importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase do Brasil, algumas regiões demandam intensificação das ações para eliminação da doença, justificadas por um padrão de alta endemicidade (IGNOTTI; DE PAULA, 2011; DATASUS, 2011).

Figura 1. Taxa de prevalência de hanseníase por 10 mil habitantes. Brasil, 2010.



Fonte: Sinan/SVS-MS.

Figura 2. Percentual de pacientes curados nas coortes de hanseníase em 31 de dezembro de cada ano. Brasil, 2001-2010.



Fonte: Sinan/SVS-MS.

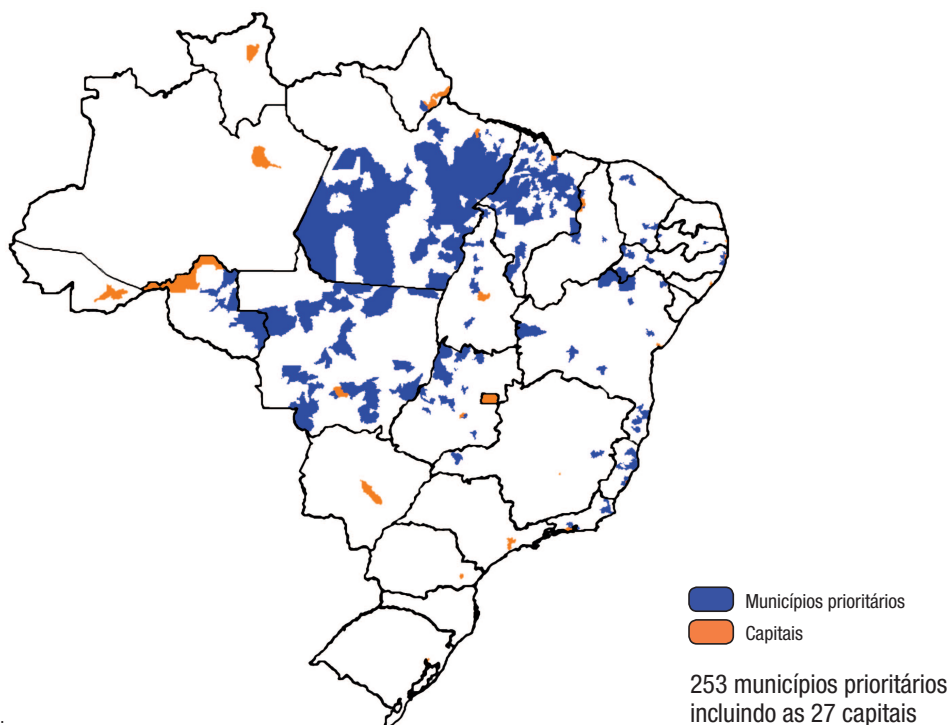
Dados disponíveis em 05/05/2011.

Estratégia de ação para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública

A estratégia para redução da carga em hanseníase para alcance da meta de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional baseia-se essencialmente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados. Sabendo-se que a hanseníase não está distribuída de forma homogênea em todo o território nacional, foram identificadas as áreas geográficas de risco que concentram maior endemicidade (DATASUS, 2011). Essas áreas se apresentam como um conjunto de 253 municípios (4,5% do total dos 5.565 municípios brasileiros). Tais municípios concentram 34% da população total do país e 56% dos casos novos diagnosticados em 2010, bem como 33% da população de crianças (< 15 anos) e 67% dos casos novos em crianças.

Os municípios prioritários localizam-se em todas as unidades da Federação, mas concentram-se principalmente nos estados do Maranhão, Mato Grosso, Pará e Rondônia. As regiões metropolitanas de Recife e Fortaleza também são consideradas de grande importância epidemiológica.

Figura 3. Municípios prioritários para vigilância em hanseníase, 2010. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. Ministério da Saúde, Brasil, 2011.



Fonte: Sinan/SVS-MS.

Para a intensificação e fortalecimento da vigilância em hanseníase, é fundamental que os registros dos casos diagnosticados e em tratamento sejam atualizados rotineiramente. A vigilância epidemiológica em hanseníase envolve a coleta, processamento, análise e interpretação dos dados referentes aos casos e seus contatos. Ela subsidia recomendações, a promoção e a análise da efetividade das intervenções. É fundamental a divulgação das informações obtidas como fonte de planejamento das intervenções a serem desencadeadas. A vigilância epidemiológica deve ser organizada em todos os níveis de atenção – da unidade básica de saúde à alta complexidade –, de modo a garantir informações acerca da distribuição, da magnitude e da carga de morbididade da doença nas diversas áreas geográficas. Ela propicia o acompanhamento rotineiro das principais ações estratégicas para o controle da hanseníase. Trata-se de uma oportunidade de melhoria na capacidade técnica em identificar as áreas de maior endemicidade.

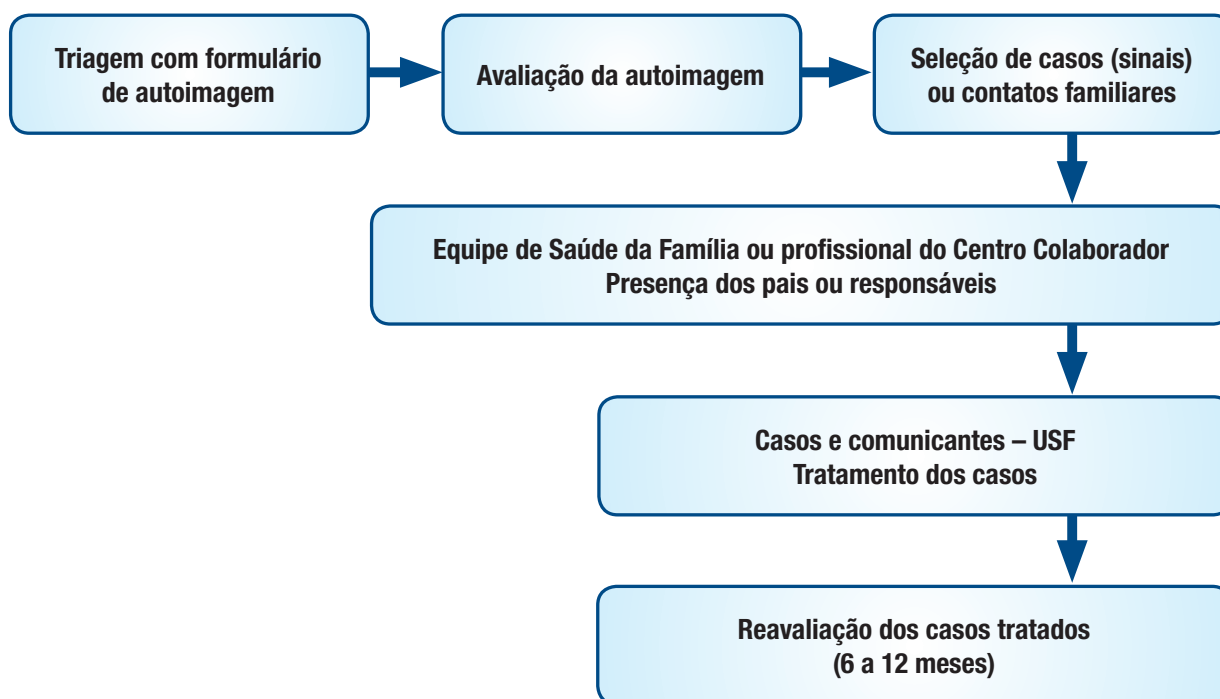
A formalização de parcerias com todos os centros colaboradores para o diagnóstico, tratamento e pesquisa em hanseníase respaldará a acurácia no diagnóstico, especialmente de crianças. O Estado deverá identificar profissionais médicos capacitados e motivados na rede de atenção básica para configurarem elos entre os especialistas vinculados aos centros colaboradores e o profissional da rede básica de cada região de saúde. Sendo assim, em cada região de saúde que concentre algum município identificado

como prioritário deverá haver um médico generalista de apoio aos outros profissionais da rede para diagnósticos de difícil elucidação e orientação no acompanhamento de intercorrências terapêuticas. Outra opção para respaldar os profissionais de saúde na sua rotina de trabalho, especialmente no que concerne ao diagnóstico, são as redes virtuais de auxílio diagnóstico/segunda opinião, incluindo acesso ao portal “Saúde Baseada em Evidências” – <http://periodicos.saude.gov.br>.

A parceria com a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH) e Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) nas campanhas para busca ativa e divulgação de sinais e sintomas trará importante apoio em todo o território nacional pela expertise dos seus membros. No intuito de envolver profissionais de saúde, acadêmicos no plano de eliminação de hanseníase, a formalização de parcerias com universidades públicas e/ou privadas agregará potenciais recursos humanos à estratégia.

Como parte da estratégia, a articulação com o Programa de Saúde Escolar (PSE) será necessária para a realização de ações educativas voltadas para sinais e sintomas da doença, busca ativa de casos em escolares e seus contatos intradomiciliares. A parceria com o PSE nos estados e municípios prioritários será importante para a realização de triagem de casos de hanseníase entre escolares. Essa atividade será focada em escolas de ensino fundamental localizadas em áreas de relevância epidemiológica para hanseníase, com PSE implantado e em área adstrita de unidades de Saúde da Família ou da rede básica.

Figura 4. Método de triagem de sinais e sintomas de hanseníase entre escolares.



Adaptado: Projeto Sanar. SES-PE, 2011.

Figura 5. Quadro lógico da estratégia de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

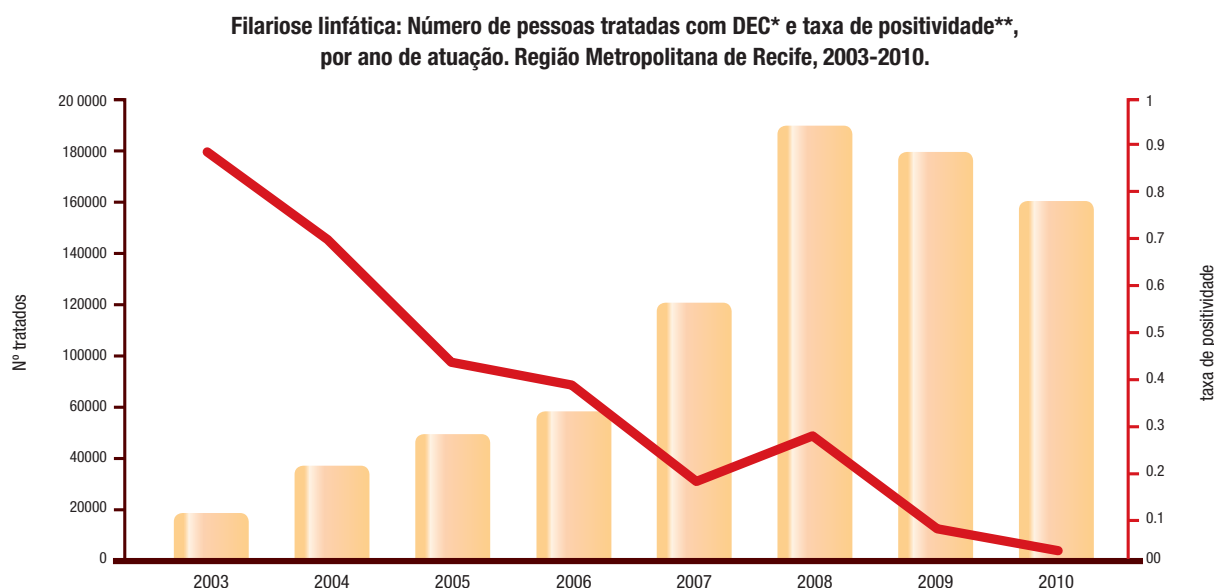


Filariose

Atualmente, a transmissão de filariose linfática está restrita a quatro municípios da Região Metropolitana de Recife: Jaboatão dos Guararapes, Paulista, Olinda e Recife (PERNAMBUCO, 2011).

Durante as últimas décadas houve redução consistente do coeficiente de positividade ao exame de hemoparasitoscopia por gota espessa, que se acentuou após a introdução do tratamento coletivo oferecido em 2003. Esses dados indicam a possibilidade de alcance da meta de eliminação da FL no Brasil em curto/médio prazo. Entretanto, considera-se importante a manutenção da vigilância para oportunas medidas de controle para assegurar a inexistência de casos autóctones em outras áreas do país (BRASIL, 2008f).

Figura 6. Filariose linfática - Número de tratados e taxa de positividade.



* Dietilcarbamazina.

** Percentual de infectados com microfilária de *W. bancrofti* pelo teste de gota espessa.

Fonte: SES/PE.

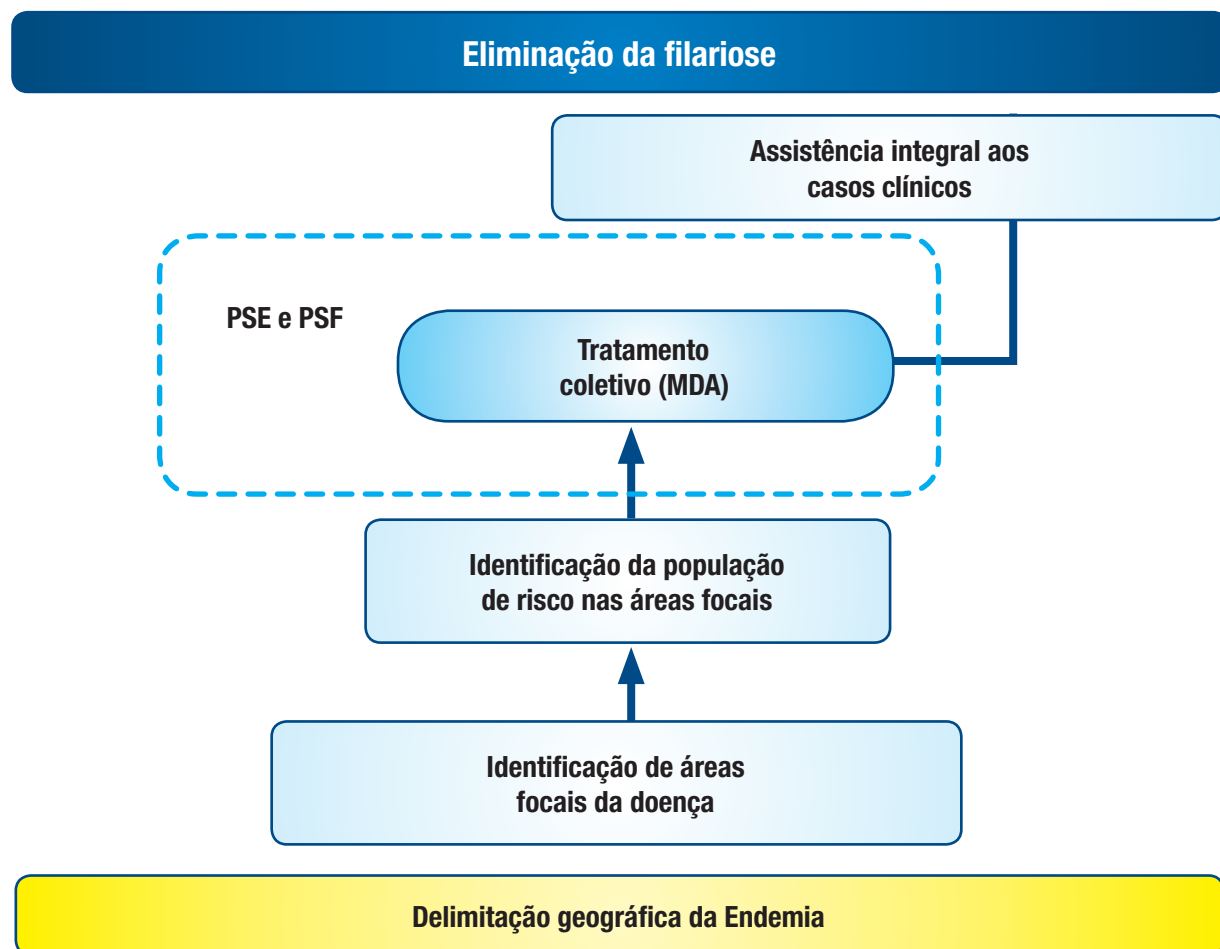
Estratégias para alcançar a meta de eliminação da filariose

O Brasil tem obtido avanços consistentes rumo à eliminação da filariose. A estratégia de tratamentos coletivos é preconizada e enfatizada pela OMS como forma mais prática, viável e efetiva de conseguir o controle da transmissão em curto/médio prazo, uma vez que a interrupção da transmissão mediante o controle do vetor via saneamento ambiental com ampla cobertura não parece viável em curto/médio prazo (BRASIL, 2008f).

Os tratamentos coletivos são preconizados para as comunidades sob risco de transmissão da filariose residentes em áreas focais onde a prevalência de microfilarêmicos se situa acima de 1%. Como estratégia para lograr a eliminação da FL no período mais curto de tempo possível, tem sido adotada a MDA (Mass Drug Administration) nas áreas onde persistem a transmissão da doença e o

surgimento de casos novos. No Brasil, essas áreas estão restritas à cidade do Recife e parte de sua área metropolitana (OPAS, 2011a). Ressalta-se que, mesmo diante da iminência da ocorrência de casos de filariose linfática em razão de fluxos migratórios internacionais (casos não autóctones), a SVS/CGHDE mantém os mesmos critérios de vigilância, diagnóstico e tratamento previstos para casos autóctones em todo o território nacional.

Figura 7. Quadro lógico da estratégia de eliminação da filariose linfática.

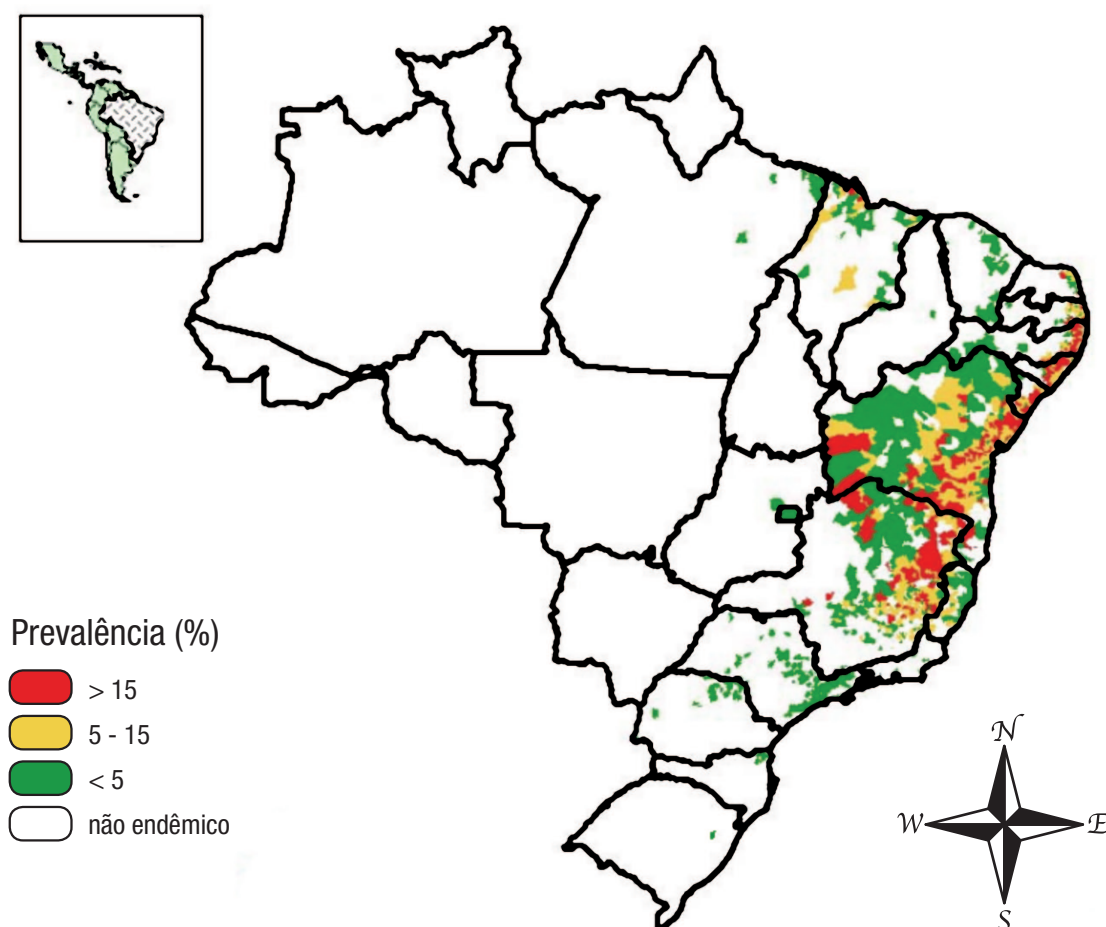


Esquistossomose

Estima-se que aproximadamente 25 milhões de pessoas estejam expostas ao risco de contrair a doença, e que 2,5 a 6 milhões se encontram infectadas (WHO, 2009). As áreas endêmicas e focais abrangem 19 unidades federadas. A esquistossomose ocorre de forma endêmica nos estados de Alagoas, Maranhão, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Espírito Santo e

Minas Gerais. No Pará, Piauí, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Goiás e no Distrito Federal, a transmissão é focal, não atingindo grandes áreas (BRASIL, 2011d).

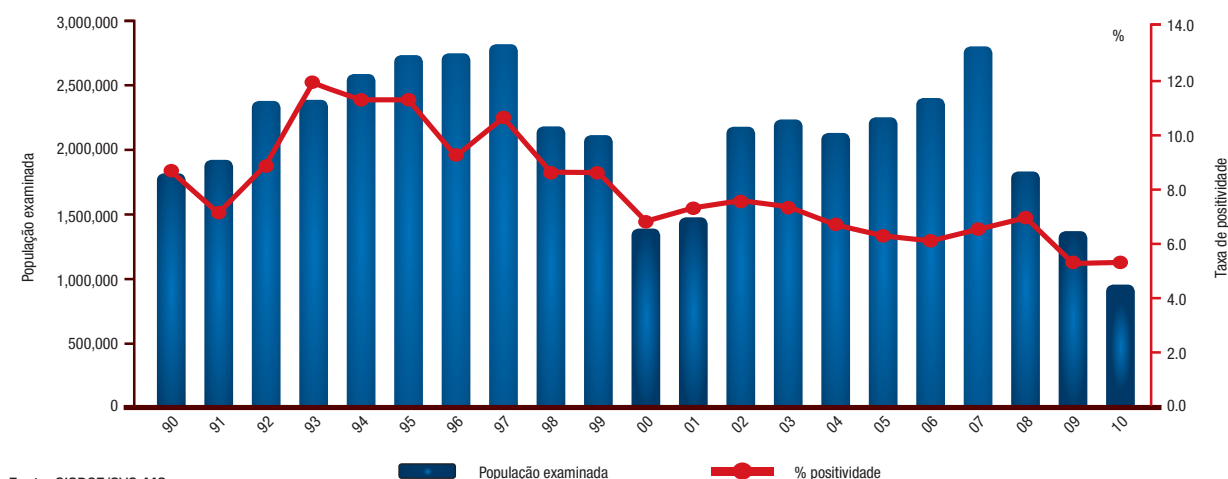
Figura 8. Distribuição da esquistossomose, de acordo com o percentual de positividade, por município. Brasil, 2010.



Fonte: Sinan/SVS-MS.

A série histórica do percentual de positividade no período de 1990 a 2010 aponta uma prevalência média de 8% e uma tendência de decréscimo de 0,25% ao ano. Entretanto, deve ser considerado na análise dessa tendência o indicador “percentual de positividade”, que se refere a uma proporção de portadores de *Schistosoma mansoni* entre os indivíduos amostrados, bem como a cobertura de busca ativa de casos que varia ano a ano. Mesmo nas unidades da Federação consideradas endêmicas, a distribuição espacial da esquistossomose não é homogênea. As áreas mais afetadas são caracterizadas por condições precárias ou inexistentes de saneamento básico, pobreza e baixos níveis de escolaridade (BRASIL, 2011d).

Figura 9. População examinada e percentual de positividade para esquistossomose. Brasil, 1990-2010.



Além do adoecimento, o risco de óbito por esquistossomose é uma realidade. Atualmente considerada como grave problema de saúde pública, uma vez que se trata de doença prevenível e tratável, provocou no período de 1990 a 2010 um número expressivo de formas graves, com uma média de 1.567 internações e 527 óbitos (BRASIL, 2011b; 2011e).

Estratégia para alcançar a meta de eliminação da esquistossomose

O Ministério da Saúde enfrentará o grave problema de saúde pública da esquistossomose com a cooperação dos gestores municipais de saúde. Para tanto, propõe tratar a comunidade residente nas áreas de maior risco, de modo a reduzir a transmissão e complicações da doença. Esta atividade não exclui a necessidade de melhorias nas condições de saneamento. No entanto, enquanto grande parte da população brasileira reside em áreas sem infraestrutura de saneamento adequada, estratégias de saúde pública são essenciais no controle da doença. Não se trata de algo novo em termos de saúde pública, mas de uma estratégia de ação reconhecida como efetiva no contexto internacional.

Proposta de ação

Para a área endêmica (conjunto de localidades onde a esquistossomose está plenamente estabelecida):

1. Tratar coletivamente o maior número de indivíduos acima de 5 anos de idade das localidades em que o inquérito tenha apresentado resultados > 25% de positividade.
2. Em localidades com prevalência (percentual de positividade) entre 15 e 25%, deverão ser tratados os casos positivos em exames coprológico e os conviventes.

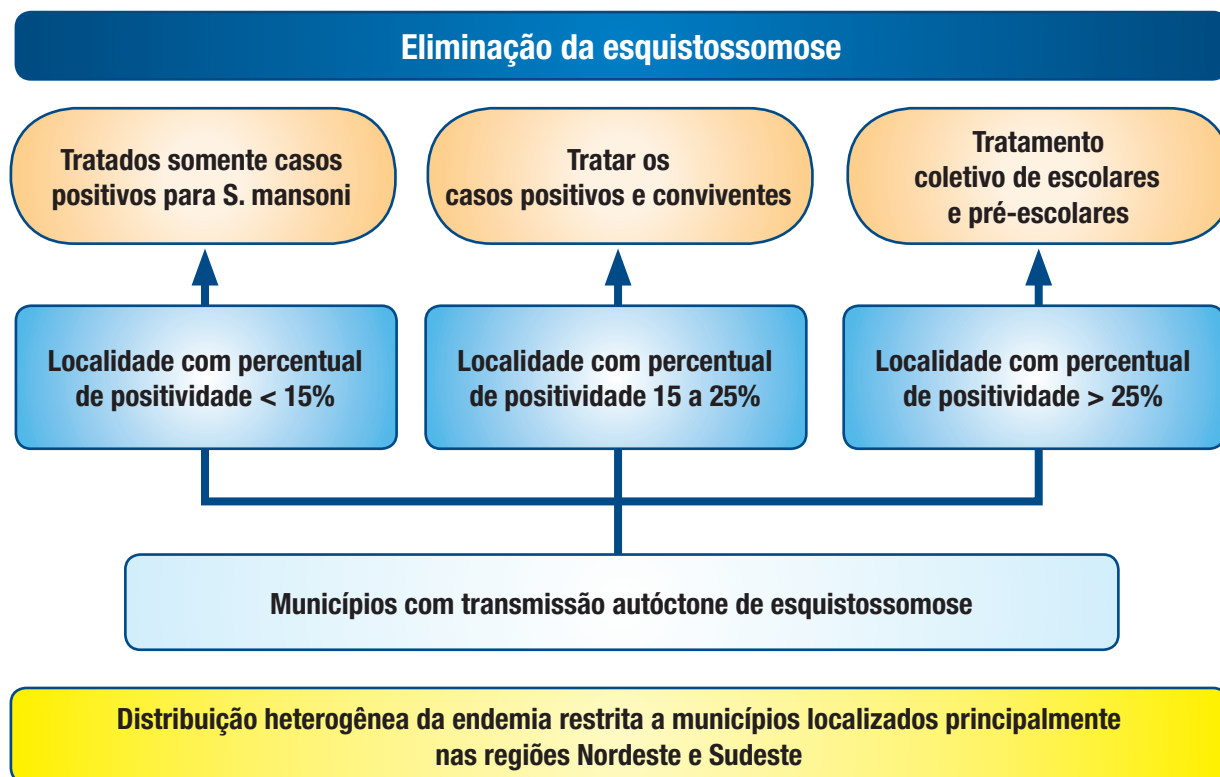
3. Em localidades com prevalência (percentual de positividade) abaixo de 15%, tratar somente os indivíduos com testes positivos para *S. mansoni*.

* Entende-se por localidades: bairros, setores censitários, área adstrita ou territorial do PSF, distrito ou comunidade rural, sítio, povoado, fazenda.

Considerando que existe protocolo para o tratamento conforme o Caderno de Atenção Básica nº 21, página 55, este poderá ser feito pelo enfermeiro, na ausência do profissional médico. Para a instituição do tratamento coletivo nas localidades, os médicos e enfermeiros das unidades de saúde do município deverão estar atualizados quanto às contraindicações e aos possíveis efeitos indesejados e da medicação, ainda que sejam eventos raros. Os principais efeitos adversos descritos incluem: tontura, desconforto abdominal, falta de apetite, náusea, vômito, suores. As reações adversas são mais frequentes e importantes em pacientes com acentuada infestação. De todo modo, os médicos das unidades de seu município devem conhecer a farmacologia do praziquantel e de outras drogas utilizadas em unidades básicas de saúde, bem como seguir o protocolo de tratamento do Ministério da Saúde.

Para que a estratégia seja efetiva, é importante que todos os indivíduos sejam tratados no menor tempo possível. Por isso recomenda-se que todas as etapas sejam cumpridas em no máximo seis meses.

Figura 10. Quadro lógico da estratégia de eliminação da esquistossomose.



Geohelmintíases

As geohelmintíases constituem um grupo de doenças parasitárias intestinais que acometem o homem e são causadas principalmente pelo *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e pelos ancilostomídeos. Esses helmintos, transmitidos por meio do solo, causam morbidade e, às vezes, até a morte, porque afetam a situação de nutrição e os processos cognitivos, podendo, inclusive, causar complicações que exigem intervenção cirúrgica, além de induzirem reações nos tecidos, especialmente granulomas.

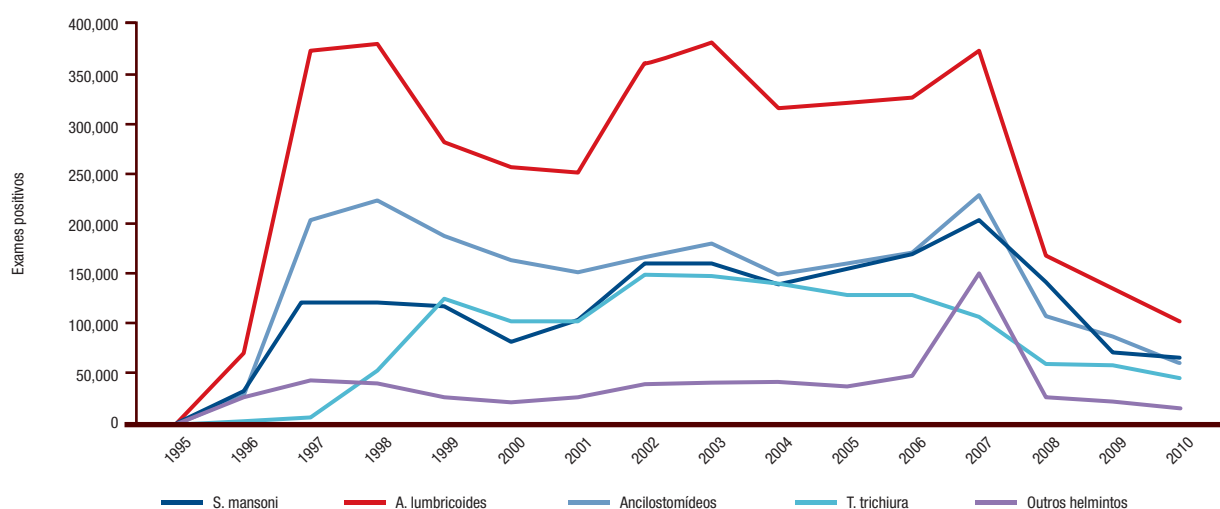
O Brasil está em fase de estruturação de um programa específico de vigilância e controle das geohelmintíases. Os portadores das parasitoses são detectados de forma passiva pelas unidades de saúde. Estima-se que, no Brasil, a prevalência do país varia entre 2 a 36% em municípios de baixo IDH – 70% em escolares.

Nas regiões endêmicas para esquistossomose mansoni, os serviços locais de saúde detectam na rotina de busca ativa os portadores de schistosoma e de geohelmintos. No período de 1995 a 2010, os serviços locais de saúde realizaram nos estados endêmicos para esquistossomose em média 1.374.000 exames por ano. Neste período, foram detectados em média 248.775 casos positivos para *A. lumbricoides*, 137.826 para *Ancylostoma* spp. e 82.449 para *T. trichiura* (BRASIL, 2011d). No mesmo período, a positividade média para ascaridíase foi de 13,7% (variação entre 2 a 37,8%); para os ancilostomídeos foi de 8,2% (variação entre 0,3 a 25,1%); e para tricuriase, 5,1% (variação de 0,1 a 20,9%). Nos estados do Nordeste, foram detectadas altas positivities, com prevalências médias de 20,6% para *A. lumbricoides*, 11,0% para *Ancylostoma* spp. e 7,7% para *T. trichiura* (BRASIL, 2011d).

O Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS registrou uma média de 563 óbitos pelos principais helmintos no período de 1996 a 2009, sendo a ascaridíase responsável por uma média de 52,4% dos óbitos em média no período analisado. O sistema ainda detectou 10 óbitos por ancilostomíase e um por tricuriase no mesmo período de avaliação (BRASIL, 2011e).

Com o objetivo de conhecer a prevalência da esquistossomose mansoni, da ascaríase, da ancilostomíase e da tricuriase no âmbito do território nacional, o Ministério da Saúde está realizando o Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose Mansoni e geohelmintíases. Os resultados do inquérito permitirão conhecer a distribuição e ocorrência das geohelmintíases no país, subsidiando o desenvolvimento das ações de vigilância e controle.

Figura 11. Percentual de positividade por tipo de helminto na população examinada na área endêmica, 1995-2010.



Fonte: SISPCE/SVS-MS.

Estratégia de redução drástica da carga das geohelmintíases

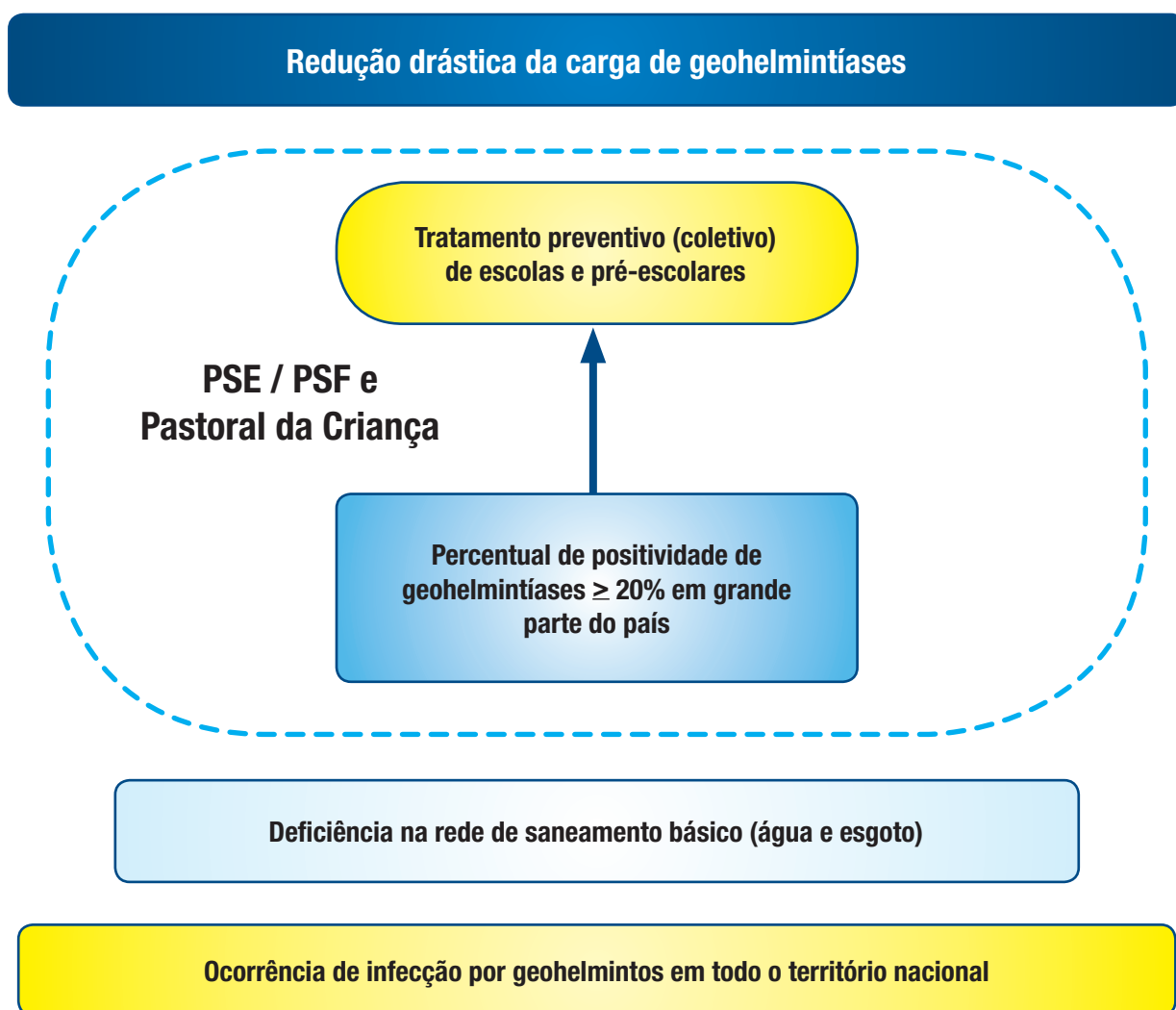
Visando ao fortalecimento das ações de vigilância das geohelmintíases, o Ministério da Saúde propõe a implantação do tratamento preventivo (coletivo) em crianças de 5 a 14 anos, um importante grupo de risco para as infecções por geohelmintos por estar em um período de crescimento físico intenso, rápido metabolismo e com maiores necessidades nutricionais, que, se não satisfeitas adequadamente, as torna mais susceptíveis. Também, por estarem em um período de aprendizagem intensa, sabe-se do impacto negativo da infecção sobre as tarefas cognitivas e, ainda, pela contínua exposição ao solo e à água contaminados – muitas sem conscientização sobre a necessidade de uma boa higiene pessoal. Essa proposta tem um caráter focal e considera como prioritários os municípios endêmicos para geohelmintíases com prevalência acima de 20%, que usualmente coincidem com municípios identificados no programa Brasil sem Miséria.

O tratamento preventivo (coletivo) é indicado em áreas onde o acesso aos serviços de saúde e as condições de saneamento básico ainda são deficientes (WHO, 2011). Para tanto, os serviços de vigilância em saúde dos municípios deverão buscar articulação com o Programa Saúde na Escola e com as Secretarias Municipais de Educação para garantir a efetividade da intervenção. O tratamento deve ser precedido de atividades educativas e de mobilização nas escolas. O direito do escolar ou dos seus responsáveis em não participar do tratamento será respeitado.

Os kits de diagnósticos e o medicamento para o tratamento das geohelmintíases (albendazol) serão distribuídos pela Secretaria de Vigilância em Saúde aos estados, que repassarão aos municípios. Ressalta-se o benefício da ação proposta para esse grupo etário em pleno crescimento e desenvolvimento físico e intelectual e que lhes garantirá melhores condições de vida.

Para a implantação do tratamento preventivo (coletivo) no grupo de pré-escolares, o Ministério da Saúde contará com a parceria da Pastoral da Criança, tendo como critérios os mesmos estabelecidos para o grupo de escolares.

Figura 12. Quadro lógico da estratégia de redução drástica da carga de geohelmintíases.



Oncocercose

No que se refere à oncocercose, não há registros de novos casos no período de 2000 a 2010. Atualmente, a doença está em fase de pré-eliminação. Apenas uma proporção de portadores assintomáticos de microfilárias na pele – com baixas densidades da parasitemia – foram detectados nas áreas-sentinela (média de 20% em 2003 e 15% em 2007). Com o propósito de conhecer a situação epidemiológica da oncocercose, têm sido realizados inquéritos parasitológicos (exame microscópico direto de biópsias de pele) em população Yanomami (cerca de 42% dos indígenas), além de inquéritos oftalmológicos específicos e levantamentos entomológicos. A maior parte dos inquéritos parasitológicos foram realizados no período de 1993 a 1996, somados àqueles realizados em 1997 pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEIY), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), abrangendo todas as diferentes regiões do território Yanomami nos estados de Roraima e Amazonas. Os resultados dos inquéritos parasitológicos apontaram uma taxa de positividade média de portadores de microfiladermia de 29,1%, com variação da taxa de positividade (0 – 83%) entre as diversas regiões do foco Yanomami.

As regiões do DSEIY, operacionalmente organizadas em 28 polos-base, foram, inicialmente, estratificadas segundo as faixas de endemicidade, estabelecidas para a caracterização epidemiológica da oncocercose em hiperendêmica (faixa de $\geq 60\%$ de positividade), com 5 polos do território Yanomami; mesoendêmicas (faixa de 20-59%), com 7 polos; hipoendêmicas (>0 -19%), 5 polos e não endêmicas (0%), 11 polos. Os locais de maior endemicidade se concentram nas áreas mais altas da Serra do Parima (principalmente próximo à fronteira com a Venezuela): regiões Yanomami de Xitei, Surucucu, Balawau, Homoxi; e outras circunjacentes: Toototobi, Arathau/Xiriana, Parafuri, Paapiu, Novo Demini, Palimiu, Alto Catrimani.

Os inquéritos oftalmológicos foram realizados em áreas escolhidas como sentinelas (regiões de Xitei, Balawau e Toototobi). Foram verificadas, nas áreas hiperendêmicas pesquisadas, altas prevalências de lesões oculares mais simples, como a ceratite punctata (~67%). A cegueira não se revelou um problema, porém, outras lesões oculares oncocercóticas de maior gravidade (como ceratite esclerosante e corio-retinite) também foram encontradas, em uma proporção importante (entre ~3-10%).

Como resultados dos levantamentos epidemiológicos (parasitológico, oftalmológico, entomológico), destacam-se: queda acentuada da prevalência da infecção entre os residentes; redução moderada dos portadores de ceratite punctata; redução praticamente completa da ocorrência de microfilárias vivas na câmara anterior dos olhos e redução acentuada das taxas de infecção parasitária nos vetores.

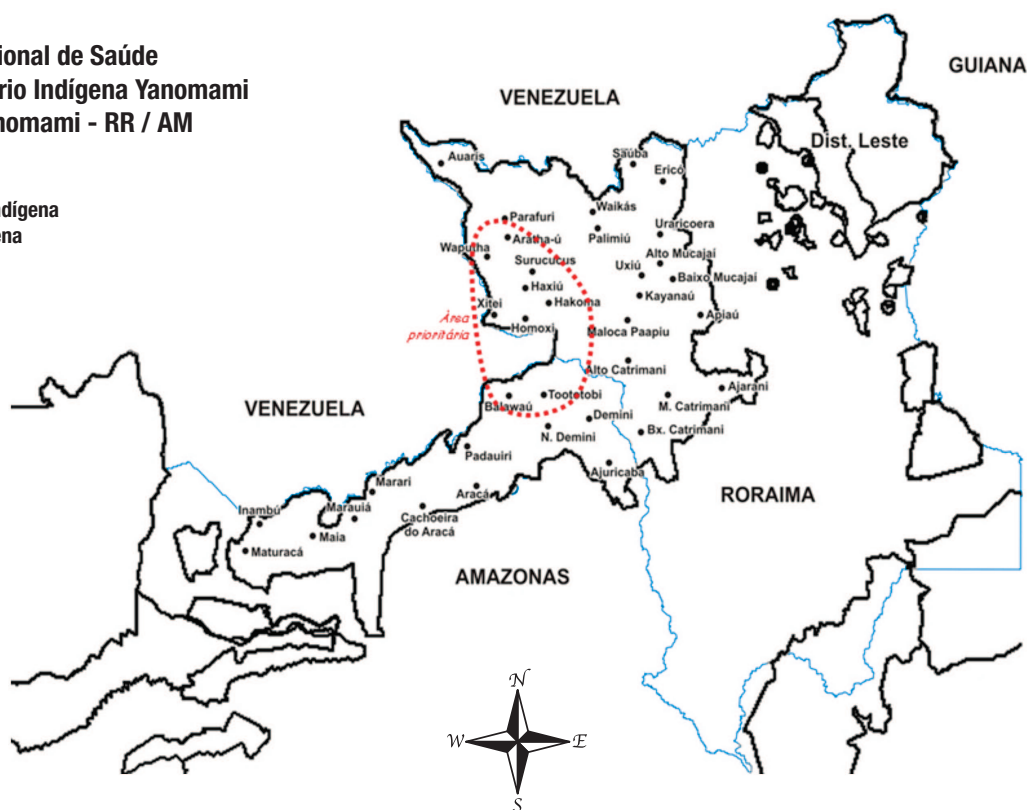
A intervenção mediante tratamentos coletivos, com altas coberturas, direcionada a todas as comunidades da área endêmica é medida fundamental para alcançar a meta de eliminação. Torna-se então imprescindível a manutenção dos tratamentos coletivos com regularidade, com coberturas adequadas e com homogeneidade (BRASIL, 2011c).

Figura 13. Identificação de áreas de estratificação epidemiológica no foco de oncocercose na região Yanomami, Roraima, Brasil.

Fundação Nacional de Saúde
Distrito Sanitário Indígena Yanomami
Mapa Dsei-Yanomami - RR / AM

LEGENDA

- Área não indígena
- Área indígena



Retirado de: Coelho et al. Cad. Saúde Pública. 1998.

Estratégia de eliminação da oncocercose

O Brasil é um dos seis países signatários do programa para eliminação da oncocercose das Américas. Em 1991, como resultado da XXXV Assembleia do Conselho Diretor da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), através da resolução XIV, foi criado o Programa para Eliminação da Oncocercose nas Américas (OEPA) em acordo com os países americanos afetados pela oncocercose.

A OEPA é uma organização que presta assistência técnica e financeira aos órgãos oficiais de saúde dos diferentes países participantes (México, Guatemala, Equador, Colômbia, Venezuela e Brasil), para o desenvolvimento dos programas nacionais, visando à eliminação da oncocercose das Américas até 2012. A OEPA encontra-se em fase final para cumprimento do mandato da Resolução CD48R12, do Conselho Diretor da OPAS, na qual delibera a interrupção da transmissão da doença em todas as regiões das Américas findo o ano de 2012. Em 11 dos 13 focos da região, o tratamento massivo com

Mectizan já foi suspenso, pois a situação da transmissão foi considerada suprimida, interrompida ou eliminada. Restam apenas dois focos onde a transmissão continua – foco Sul da Venezuela e o foco do Brasil.

Apesar dos esforços, o Brasil passa por uma trajetória peculiar, pois o foco endêmico de oncocercose está situado numa extensa área indígena habitada pelos Yanomamis, que abrange as fronteiras amazônicas do Brasil com a Venezuela. Esta área endêmica está em local de difícil acesso, para os dois países. Outro fator limitante é a cultura Yanomami, povo que tem hábitos seminômades e vive na região alheio à divisão política. Assim, o foco amazônico é um conjunto de terras brasileiras e venezuelanas habitadas pela mesma etnia Yanomami, constituindo o maior foco de oncocercose das Américas, onde a transmissão da *O. volvulus* ainda continua e nesse sentido constitui o principal desafio para a região.

Para o alcance da meta para interromper a transmissão, é necessário assegurar: 1) a estrita observância, com alta confiabilidade, dos ciclos de tratamento com Mectizan, com altas coberturas (tratamento para toda a população que vive em área endêmica); 2) a implementação das novas estratégias como forma de acelerar a interrupção da transmissão; 3) plena integração entre os programas do Brasil e da Venezuela.

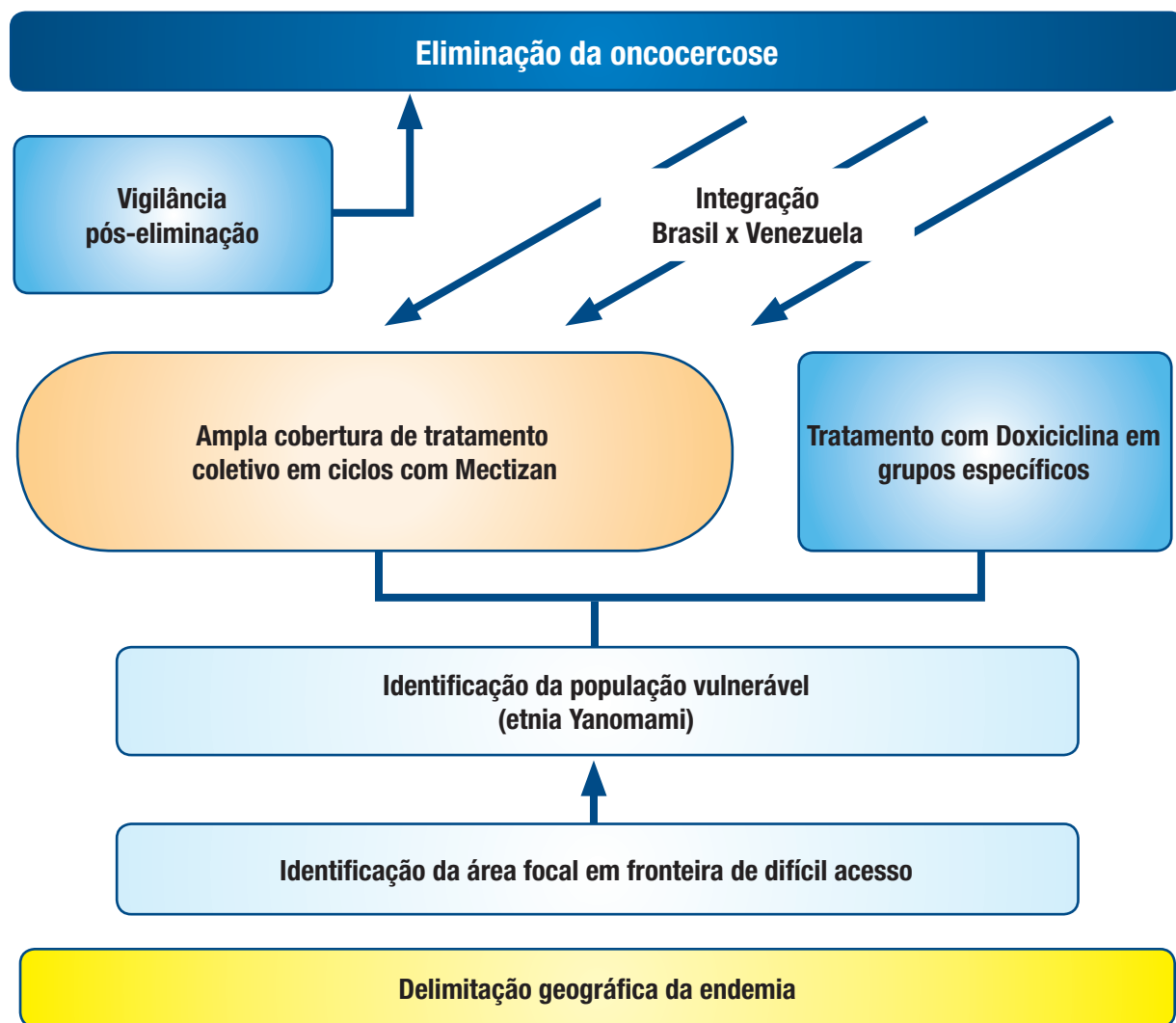
A intensificação da intervenção estará direcionada especialmente para as áreas hiperendêmicas ou mesoendêmicas prioritárias, as quais se situam em/ou próximas a áreas de fronteira com a Venezuela.

Proposta de intervenção

- a. Manter o esquema de quatro (4) ciclos de tratamento com Mectizan, em toda a área que foi verificada, aos inquéritos basais, se hiperendêmica;
- b. Manter o esquema de quatro (4) ciclos de tratamento com Mectizan, em parte da área mesoendêmica considerada prioritária (polos Parafuri, Waputha, Toototobi);
- c. Implementar o tratamento com Doxiciclina em pacientes pré-selecionados através da avaliação parasitológica.

A intensificação dos tratamentos coletivos no período 2011-2012 é o que há de mais marcante como estratégia para buscar alcançar a meta de eliminação em curto prazo. Ademais, em 2012, será realizada uma EEP – avaliação epidemiológica em profundidade (em seus componentes parasitológico, oftalmológico e sorológico), para avaliar o status atual da transmissão. Dependendo de seus resultados, os tratamentos coletivos serão suspensos para um período de VPT – vigilância pós-tratamento – ou os tratamentos coletivos terão que ser mantidos.

Figura 14. Quadro lógico da estratégia de eliminação da oncocercose.

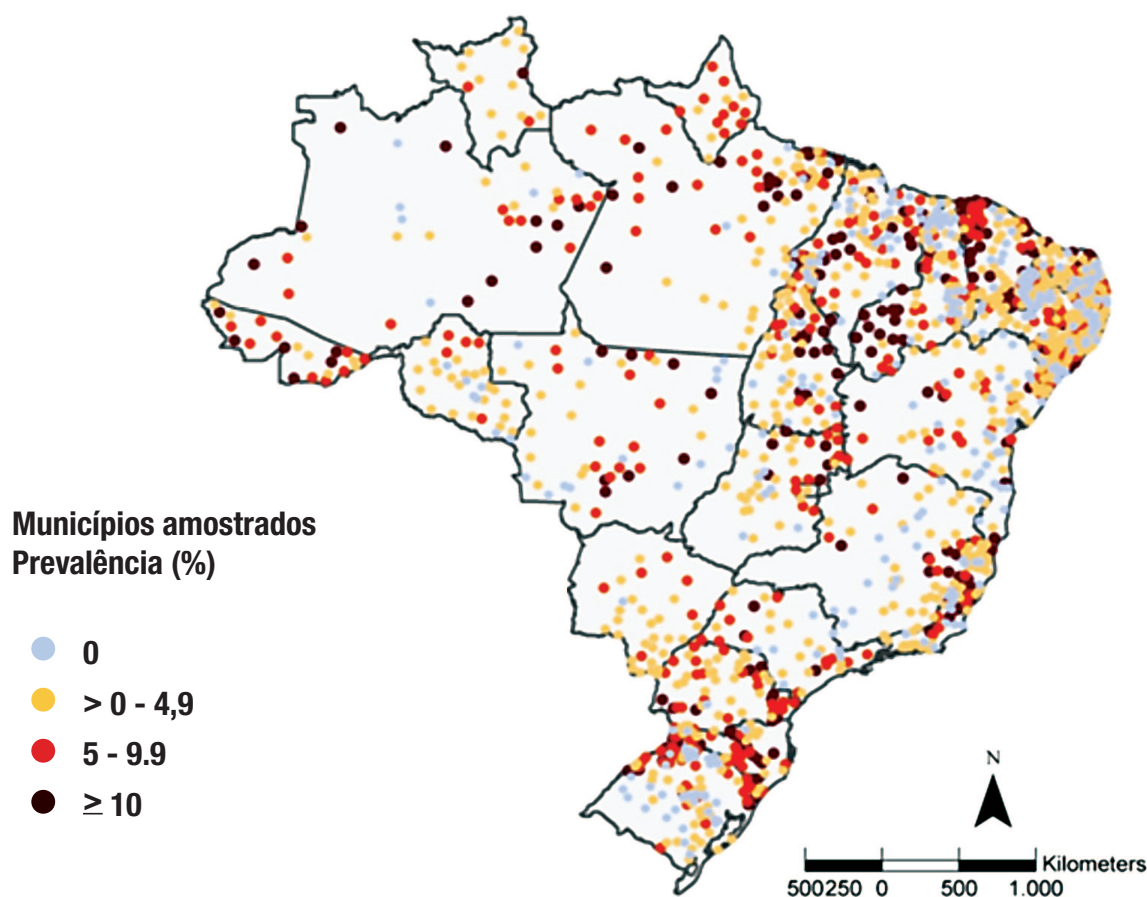


Tracoma

No Brasil, apesar da diminuição acentuada da prevalência de tracoma verificada nas últimas décadas, a doença persiste enquanto problema de saúde pública em comunidades carentes. No período de 2002 a 2008, o Ministério da Saúde realizou um inquérito de prevalência de tracoma em escolares para conhecer a distribuição e a ocorrência da endemia no país. O estudo foi desenvolvido por amostragem em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M menor que a média nacional, em todos os estados do país (LOPES, 2008). Neste inquérito, foram examinados 166.138 escolares, de 1.514 municípios, com 8.420 casos positivos, com uma prevalência média de 5%. Dos 1.514 municípios amostrados, foram encontradas prevalências acima de 5% em escolares de 569 municípios (38% dos municípios amostrados) em todas as regiões do país (BRASIL, 2011a).

Em levantamento realizado pelo MS, foram analisados registros de tracoma em áreas indígenas, no período de 2000 a 2008. Verificou-se que o tracoma, em suas diversas formas clínicas, se constitui em problema de saúde pública em virtude das altas prevalências observadas nesta população. Foram examinadas 11.808 pessoas residentes em 292 comunidades indígenas, distribuídas em 34 municípios pertencentes aos estados de Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia, Roraima e Amazonas, e detectados 3.637 casos de tracoma. A prevalência de tracoma nas formas inflamatórias TF e/ou TI foi de 21,7%, muito acima do nível da meta proposta (prevalência <5%), o que revela a magnitude e relevância da doença nesta população. As prevalências encontradas das formas cicatríciais foram: tracoma cicatricial (TS) – 11,2%, opacificação de córnea (CO) – 0,2% e triquíase tracomatosa (TT) – 0,4%. Tal perfil epidemiológico caracteriza a necessidade de adoção iminente de medidas que evitem a evolução da doença para a cegueira (HELLEN et al., 2009).

Figura 15. Distribuição geográfica do percentual de positividade do tracoma. Inquérito de tracoma em escolares. Brasil, 2002-2008.

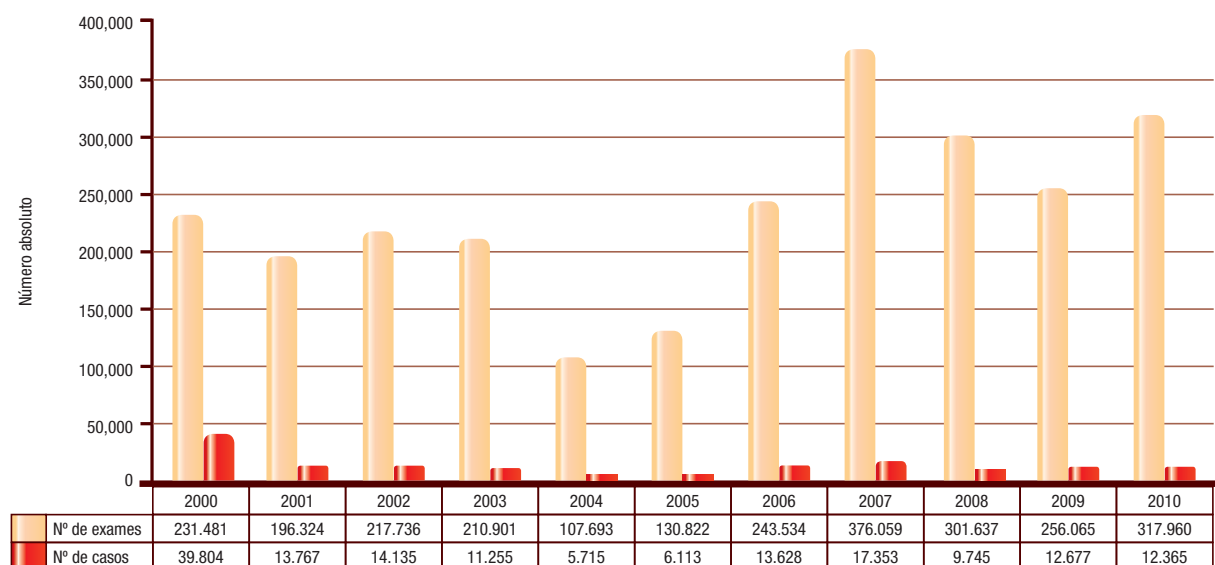


Fonte: CGHDE/DEVEP/SVS/MS.

Tabela 1: Percentual de positividade de tracoma em municípios por regiões. Inquérito de tracoma. Brasil, 2002-2008.

Percentual de positividade de tracoma em municípios	Regiões						
	N	NE	SE	S	CO	Total	n %
Zero	35	172	38	39	21	305	20,1
> zero < 5%	128	290	80	79	63	640	42,3
5% < 10%	69	136	28	72	30	335	22,1
≥ 10%	51	102	25	42	14	234	15,5
Total	283	700	171	232	128	1514	100

Figura 16: Número de indivíduos examinados. Casos positivos de tracoma. Brasil, 2000-2010.



Fonte: SISPCE/SVS-MS.

Estratégia de ação para eliminação do tracoma como causa de cegueira

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe a eliminação do tracoma como causa de cegueira até o ano de 2020. Para alcançar esse objetivo, preconiza a utilização da estratégia sob o acrônimo em inglês SAFE que significa S: cirurgia dos casos de TT, A: antibioticoterapia nos casos de tracoma ativo, F: higiene facial e E: melhoria no meio ambiente.

Para atendimento das metas finais de eliminação do tracoma como causa de cegueira, a estratégia de ação primordial a ser realizada é a intensificação das práticas de busca ativa de casos de tracoma em sua forma inflamatória transmissível – tracoma inflamatório folicular (TF), em população de crianças de 1 a 9 anos de idade, no nível de comunidades/territórios, e busca ativa de casos do tracoma, em sua forma sequelar – triquíase tracomatosa (TT) em população adulta, acima de 14 anos de idade, em comunidades rurais com histórico de alta endemicidade de tracoma.

As intervenções com o uso de tratamento coletivo com o antibiótico azitromicina para a população residente em áreas de maior prevalência e realização de cirurgias de correção da triquíase tracomatosa se constituem ações estratégicas de eliminação do tracoma como causa de cegueira. O tratamento coletivo aplica-se a toda população quando a prevalência de tracoma inflamatório estiver igual ou acima de 10%, em crianças de 1 a 9 anos de idade, e a realização de cirurgias é indicada para os casos de triquíase tracomatosa.

Os planos de eliminação são focados na intensificação de busca ativa de casos de triquíase tracomatosa (TT), em todas as áreas cobertas pela atenção básica de saúde, com ênfase em áreas rurais de risco e na busca de casos de tracoma inflamatório em áreas de maior concentração de pobreza dos municípios em áreas indígenas e quilombolas. Tratam-se de ações fundamentais para a estratégia de eliminação do tracoma como causa da cegueira.

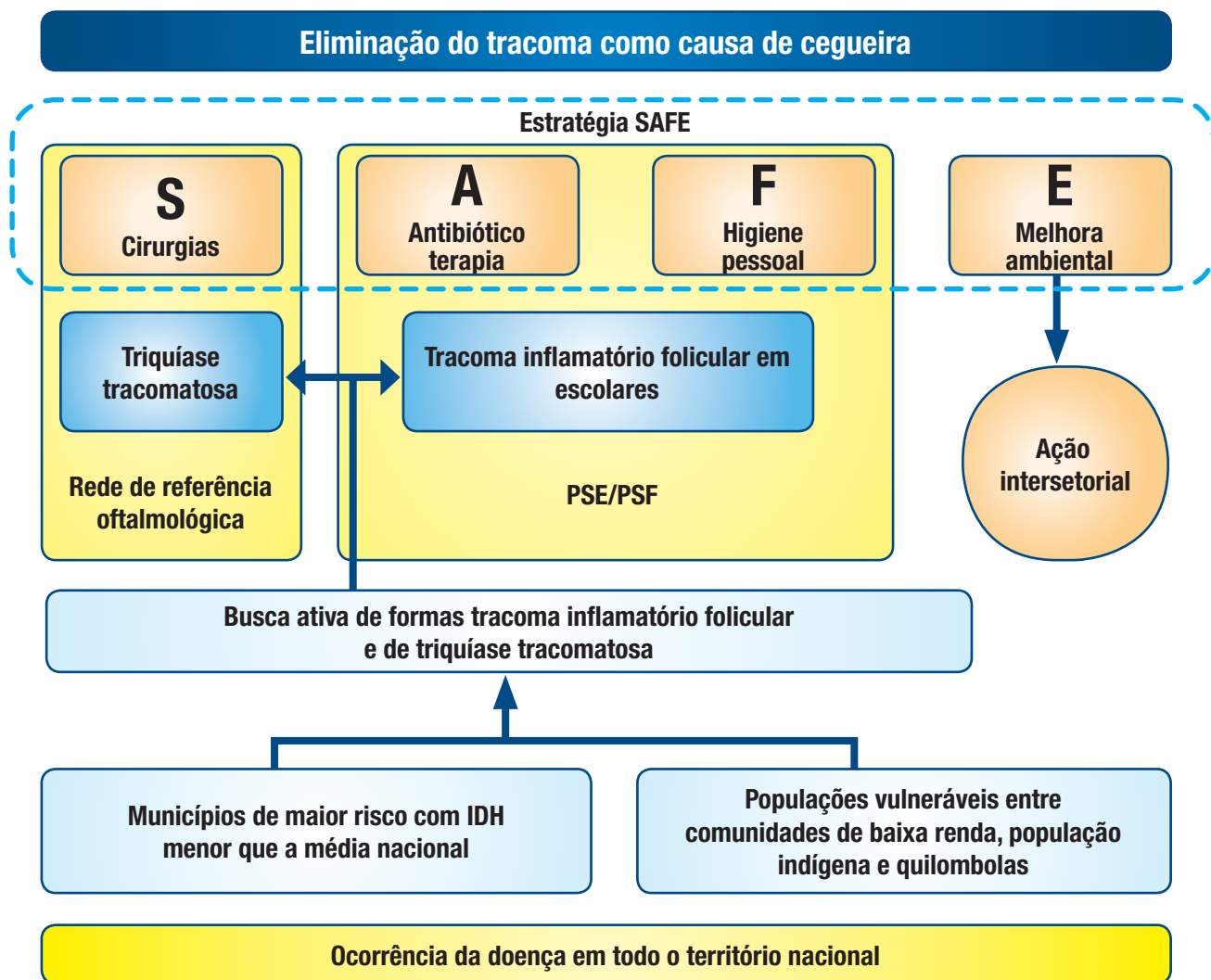
Foram definidos como critérios de maior risco para tracoma os municípios que apresentam piores indicadores de pobreza definidos pelo IBGE, os municípios que apresentaram prevalência de tracoma inflamatório > 5%, na série dos últimos 10 anos, e os municípios que apresentavam áreas hiperendêmicas de tracoma no passado, áreas indígenas e quilombolas. Nesses municípios, a busca ativa de casos deve ser fortalecida por meio da integração com a atenção básica. Para os demais municípios, que não se encontram nas condições acima mencionadas, deverão ser mapeadas as áreas de risco, considerando os setores censitários, territórios e/ou comunidades que apresentam os mais baixos indicadores de qualidade de vida. Nas áreas mapeadas de risco destes municípios e em todos os municípios de risco será realizado diagnóstico de situação epidemiológica por meio de inquéritos domiciliares populacionais, em crianças de 1 a 9 anos de idade, e intervenção com tratamento de casos de acordo com o recomendado. Nas antigas áreas hiperendêmicas de tracoma será ampliada a busca ativa de casos de triquíase tracomatosa em população adulta para triagem, encaminhamento e realização de cirurgias, caso necessário.

A parceria com o Programa de Saúde Escolar (PSE) nos estados e municípios deve ser estimulada para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde com o objetivo de integrar esforços na promoção de melhorias na higiene facial e nas condições de saúde da população escolar.

Medidas de articulação com setores de abastecimento de água e saneamento também são estratégicas para a eliminação do tracoma enquanto causa de cegueira.

A articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) é fundamental para a definição de redes de referência oftalmológica para a avaliação dos casos suspeitos de TT e realização de cirurgia e acompanhamento pós-cirúrgico, bem como integração com a área de assistência à saúde e programas da estratégia de Saúde da Família e de Saúde Escolar, nas diversas instâncias de gestão.

Figura 17. Quadro lógico da estratégia de eliminação do tracoma como causa de cegueira.



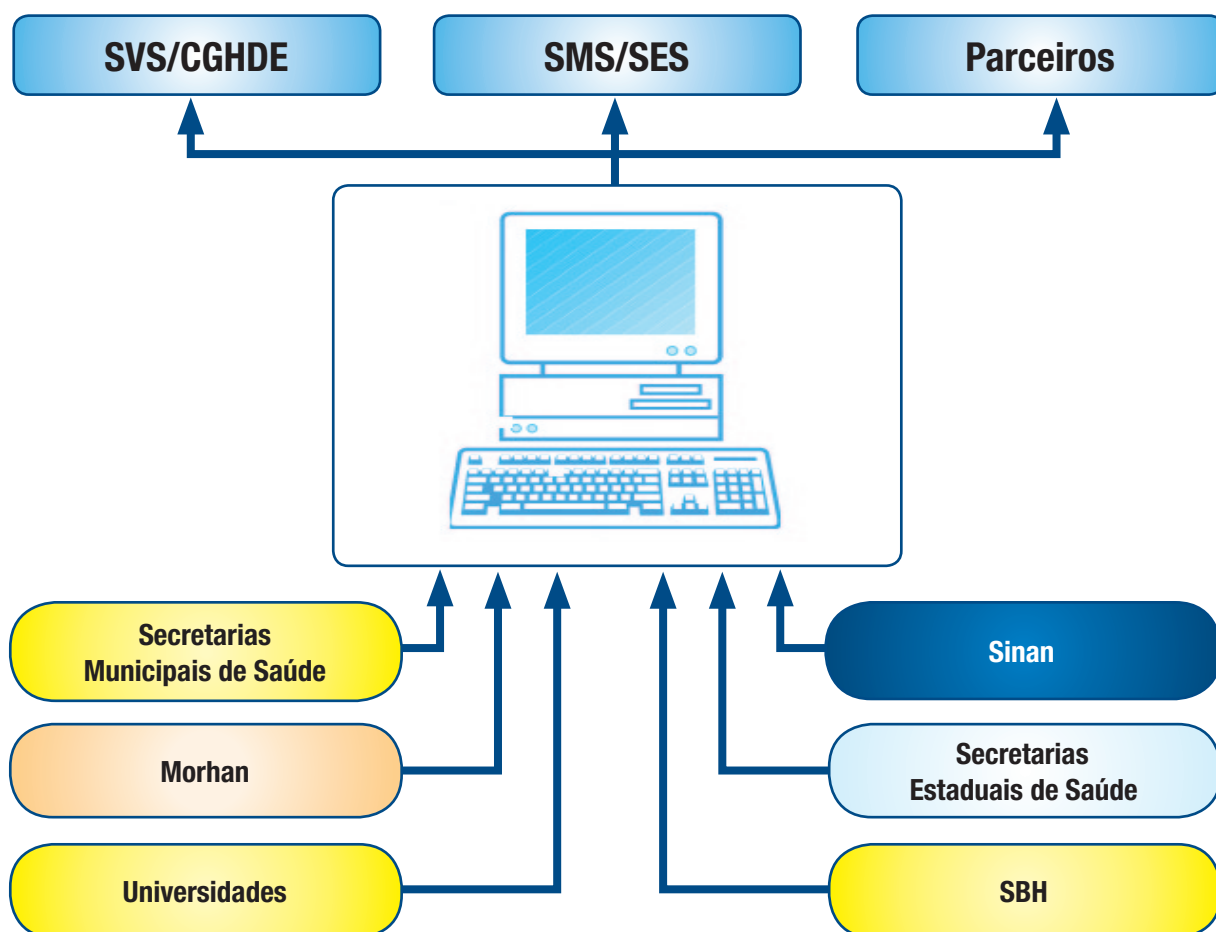
ESTRATÉGIA INTEGRADA DO PLANO DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, FILARIOSE, ESQUISTOSSOMOSE E ONCOCERCOSE E ENFRENTAMENTO DAS GEOHELMINTÍASES E TRACOMA

Para o enfrentamento das doenças em eliminação, é fundamental a utilização de ferramentas e estratégias de baixo custo e acompanhamento das metas. Para tanto, a CGHDE propõe a criação de um portal na internet, de modo que os municípios identificados como prioritários para o fortalecimento das ações de vigilância, em cada um dos agravos, possam monitorar rotineiramente os dados e sejam motivados na execução das atividades de busca ativa de casos e alimentação do sistema de informação.

As parcerias com o CONASS e CONASEMS serão fundamentais para a operacionalização do portal, bem como do seu melhor entendimento. No referido portal será possível visualizar mensalmente, além das atividades realizadas nos municípios, todos os indicadores pactuados, conforme orientação da Portaria nº 2.556, de 28/10/2011, publicada no D.O.U. de 31/10/2011. Além disso, será possível gerar cartas informativas mensais a respeito do processo de eliminação dos agravos a cada secretaria municipal e estadual de saúde. Os dados serão provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de acordo com os registros de acompanhamento de casos contidos no nível nacional e alimentados pelo nível municipal em rotina atualmente estabelecida, somados às atividades informadas por secretarias municipais e estaduais de saúde e parceiros.

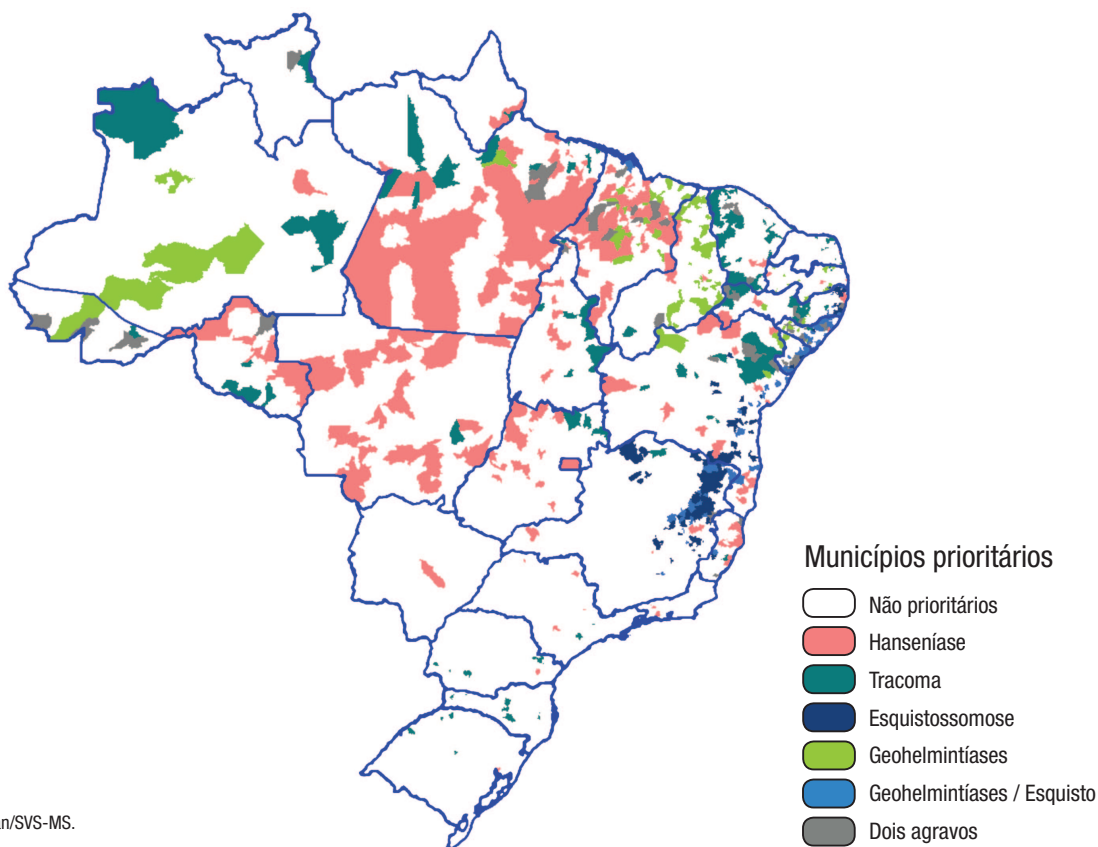
Este portal, proposto como instrumento de motivação para aumento da busca ativa de casos novos e de atualização dos registros de acompanhamento de casos em tratamento, servirá também como importante ferramenta de monitoramento.

Figura 18. Portal virtual de acompanhamento da estratégia integrada das doenças em eliminação.



Atualmente, estão recebendo incentivos financeiros para ações de fortalecimento de vigilância 796 municípios, dos quais: 258 para hanseníase, 237 para tracoma, 102 para esquistossomose, 79 para geohelmintíases e 120 para geohelmintíases e esquistossomose.

Figura 19. Distribuição espacial dos municípios prioritários para os agravos relacionados à CGHDE. Brasil, 2011.



Fonte: Sinan/SVS-MS.

Missão

Contribuir com os estados e municípios brasileiros para o desenvolvimento e execução de planos integrados locais de eliminação e da hanseníase, filariose linfática, esquistossomose, oncocercose e tracoma como causa de cegueira, e redução drástica da carga das geohelmintíases em todo o território brasileiro, promovendo ações de saúde pública e de inclusão social, em coerência com os princípios norteadores do SUS e com os objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM/PNUD).

Princípios Norteadores do Plano

- Possibilidade (tool-ready) de eliminação da hanseníase, da filariose linfática, da esquistossomose e da oncocercose como problema de saúde pública e do tracoma como causa de cegueira.
- Disponibilidade de intervenções adequadas e custo-efetivas para a redução drástica da carga das geohelmintíases.
- Compromisso do governo brasileiro de eliminar a pobreza extrema.
- Compromisso do Ministério da Saúde em priorizar o enfrentamento das doenças em eliminação como parte da política de redução da extrema pobreza.

Objetivo Geral

- Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas integradas e interprogramáticas efetivas e baseadas em evidências para a redução da carga das doenças em eliminação.

Objetivos Específicos

- Eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até 2015, reduzindo a prevalência a menos de um caso para 10.000 habitantes.
- Eliminar a esquistossomose como problema de saúde pública nos municípios endêmicos até 2015.
- Eliminar a ocorrência de formas graves e óbitos por esquistossomose em pessoas menores de 30 anos.
- Reduzir drasticamente a prevalência das geohelmintíases, bem como a proporção de infecções graves entre as crianças em idade escolar nas áreas consideradas de alto risco.
- Eliminar o tracoma como causa de cegueira no Brasil até o ano de 2015.
- Eliminar a morbidade ocular por oncocercose com interrupção da cadeia de transmissão até o final de 2012.
- Realizar a vigilância da oncocercose pós-tratamento no período de 2013 a 2015.
- Eliminar a filariose linfática no Brasil até 2015.

Metas

Hanseníase

- Alcançar prevalência de menos de um caso para 10.000 habitantes.
- Alcançar e manter o percentual de 90% de cura nas coortes de casos novos de hanseníase até 2015.
- Aumentar a cobertura de exames de contatos intradomiciliares para $\geq 80\%$ dos casos novos de hanseníase até 2015.
- Reduzir em 26,9% o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos até 2015.

Filariose

- Eliminar o foco de filariose linfática nos municípios endêmicos pertencentes à Região Metropolitana de Recife, em Pernambuco (Recife, Paulista, Olinda e Jaboatão dos Guararapes), até 2015.

Esquistossomose

- Eliminar a esquistossomose como problema de saúde pública.
- Implantar tratamento coletivo em 222 municípios da área endêmica para esquistossomose, com percentual de positividade acima de 25%.

Geohelmintíases

- Reduzir drasticamente a carga das geohelmintíases na população escolar brasileira.
- Tratar pelo menos 80% da população eleita para o tratamento (crianças em idade escolar residentes em localidades com prevalência acima de 20%).

Oncocercose

- Alcançar a meta de eliminação da oncocercose (interrupção da transmissão) até o final de 2012.
- Realizar vigilância pós-tratamento de oncocercose, de 2013 a 2015.

Tracoma

- Reduzir o número de municípios que apresentam a prevalência de tracoma inflamatório $\geq 5\%$ até o ano de 2015, sendo 10% no ano 1 (60), 33% no ano 2 (196), 40% no ano 3 (240) e 20% no ano 4 (120).

Desafios

O principal desafio relacionado a esse conjunto de doenças é o de promover o acesso da população ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno no âmbito da atenção primária da saúde, bem como a adoção de medidas coletivas e estratégicas recomendadas para a eliminação desses agravos enquanto problema de saúde pública. Nesse sentido, é primordial fortalecer e ampliar as ações de busca ativa de casos como estratégia de atuação integrada dos programas de vigilância e controle das doenças em eliminação. A busca ativa de casos das doenças em eliminação será o instrumento de ação integrada, no âmbito da atenção primária de saúde, que potencializará a ampliação do diagnóstico precoce, tratamento oportuno e demais medidas de vigilância, controle e reabilitação necessárias.

Desafios específicos

Hanseníase

- Buscar novas estratégias técnico-políticas que promovam impacto na endemia, com destaque aos 253 municípios prioritários.
- Promover o desenvolvimento de ações que favoreçam o diagnóstico precoce na faixa etária de menores de 15 anos.
- Assegurar que a atenção ao doente de hanseníase na rede básica de saúde seja respaldada por uma rede de referência e contrarreferência.
- Manter a vigilância dos serviços de saúde nos municípios com diferentes níveis de endemicidade.
- Garantir a logística de abastecimento de medicamentos em todo o país.
- Articular com a Secretaria de Assistência à Saúde a garantia de treinamento dos profissionais do SUS nas ações de diagnóstico e tratamento de casos e de educação em saúde, com ênfase no autocuidado, para o atendimento sistemático e contínuo dos doentes na rede básica de saúde.
- Desenvolver parcerias eficazes baseadas em confiança mútua, igualdade e unidade de propósito com organizações não governamentais, entidades civis e religiosas.
- Mobilizar organizações não governamentais, entidades civis e religiosas para a redução do estigma e discriminação contra as pessoas com hanseníase e suas famílias.
- Assegurar o financiamento para o desenvolvimento de ações específicas pelo CGHDE.

Filariose

- Manter alta a cobertura de tratamento coletivo com Dietilcarbamazina (MDA) na Região Metropolitana de Recife, até alcançar a eliminação da doença.
- Manter a situação de eliminação nos estados que já alcançaram.
- Manter a vigilância de casos não autóctones.

Esquistossomose

- Ampliar a cobertura dos inquéritos coproscópicos em todos os municípios endêmicos.
- Implantar a estratégia de tratamento coletivo nos municípios de alta prevalência em razão de uma abordagem atualmente não utilizada nas ações de rotina do programa.
- Implantar a vigilância hospitalar das formas graves da doença.
- Articular, com a Secretaria de Assistência à Saúde, a garantia de treinamento dos profissionais do SUS nas ações de diagnóstico e tratamento de casos e de educação em saúde.
- Aumentar a capacidade de análise dos dados e utilização das informações epidemiológicas geradas na rotina dos serviços no âmbito municipal.
- Aumentar a capacidade operacional para monitorar e assessorar estados e municípios de maior endemicidade.

Geohelmintíases

- Conhecer a prevalência das geohelmintíases no território nacional, por meio do Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose Mansoní e Geohelmintíases.
- Identificar as áreas de alto risco (prevalência acima de 20%).
- Promover acesso a informações de educação em saúde para a população em geral.
- Articular com outras instituições a implementação de serviços de saneamento básico nas áreas urbanas e rurais.

Oncocercose

- Articular, no campo institucional da atenção à saúde indígena, as ações de tratamento e de análise epidemiológica nas difíceis condições da área Yanomami.
- Viabilizar o acordo de cooperação binacional com a Venezuela para diagnóstico e tratamento de casos na fronteira entre os países.

Tracoma

- Realizar cirurgias de triquiase tracomatosa em áreas de difícil acesso, em especial áreas indígenas.
- Realizar tratamento coletivo, com cobertura de no mínimo 80%, por 3 anos consecutivos, em comunidades/territórios/distritos, com prevalência de tracoma ativo em crianças de 1 a 9 anos, igual ou acima de 10%.
- Monitorar situação epidemiológica pós-intervenção para sua eliminação.

Detalhamento do Plano

PLANO INTEGRADO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, FILARIOSE, ESQUISTOSSOMOSE E ONCOCERCOSSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, TRACOMA COMO CAUSA DE CEGUEIRA E CONTROLE DAS GEOHELMINTÍASES	
1. Responsável pelo plano: SVS/DEVIT/CGHDE	
2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SES, SMS, SBD/SBH, MORHAN, ILEP, centros colaboradores, universidades, CONASS, CONASEMS, OPAS	
3. Agravo: Hanseníase	
4. Resultados esperados: Implantação de estratégias integradas no desenvolvimento da política de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil	
Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Realizar oficina de assessoria aos estados na preparação dos planos de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública	Número de planos estaduais de eliminação elaborados
2. Acompanhar os estados e os municípios na execução do plano de trabalho para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública	Número de assessorias de acompanhamento realizadas / Total assessorias programadas
3. Coordenar, com CONASS e CONASEMS, o envio de boletins epidemiológicos da hanseníase como problema de saúde pública para gestores estaduais e municipais de saúde	Número de boletins epidemiológicos enviados
4. Realizar reunião anual com coordenações estaduais e de municípios prioritários para acompanhamento da execução do plano de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública	Reunião realizada
5. Formalizar convênios, termos de cooperação, carta-acordo, entre outros, com parceiros e interlocutores da CGHDE	Número de convênios firmados

6. Programar a necessidade de medicamentos específicos, substitutivos e antirreacionais e solicitar junto à OPAS os medicamentos específicos da PQT, bem como acompanhar a aquisição e distribuição dos mesmos	Cobertura de abastecimento regular de medicamentos nos Estados
7. Incentivar o desenvolvimento de pesquisas básicas e aplicadas de interesse da CGHDE por meio de articulação com o DECIT e órgãos de fomento à pesquisa	Número de pesquisas financiadas e número de pesquisas realizadas
8. Implementar a rede de resistência medicamentosa em hanseníase	Fluxo de dados da rede de resistência estabelecidos
9. Publicar material técnico, normativo, de comunicação e educação	Quantidade de material publicado
10. Realizar campanha nacional anual de mídia para a divulgação de sinais e sintomas da hanseníase em parceria com SBD/SBH e Morhan	Campanha realizada
11. Apoiar as ações, de mobilização e divulgação da hanseníase, realizadas pelos movimentos sociais e ONGs	Ações realizadas pelos movimentos sociais/ ONGs com a participação da CGHDE

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

1. Responsável pelo plano: SVS/DEVIT/CGHDE	
2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SAS, SES, SMS, PSE, centros colaboradores, universidades, CONASS, CONASEMS	
3. Agravo: Hanseníase	
4. Resultados esperados: Garantir atenção ao doente de hanseníase na rede de serviços do SUS	
Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Apoiar estados e municípios na formalização das referências e contrarreferências	Sistema de referência e contrarreferência formalmente existente
2. Articular com o Departamento de Atenção Básica à Saúde a promoção de estratégias direcionadas à atenção integral do paciente, com enfoque na vigilância de contatos e escolares	Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados / Cobertura de UBS com programa de eliminação de hanseníase implantado

PLANO INTEGRADO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, FILARIOSE, ESQUISTOSSOMOSE E ONCOCERCOSSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, TRACOMA COMO CAUSA DE CEGUEIRA E CONTROLE DAS GEOHELMINTÍASES

1. Responsável pelo plano: SVS/DEVIT/CGHDE

2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SES, SMS, ILEP, centros colaboradores, universidades, OPAS, DECIT

3. Agravo: Hanseníase

4. Resultados esperados: Aperfeiçoamento das ações de vigilância, controle e eliminação da hanseníase

Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Coordenar a execução do LEM	100% de execução do LEM
2. Analisar semestralmente o conjunto de indicadores propostos na Portaria 3.115/2010	Indicadores analisados
3. Elaborar boletins epidemiológicos semestrais	Boletins epidemiológicos elaborados
4. Oferecer capacitações, preferencialmente na modalidade de ensino a distância (EAD), de atualização de sinais e sintomas e tratamento da doença	Número de capacitações oferecidas / Número de profissionais capacitados

PLANO INTEGRADO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, FILARIOSE, ESQUISTOSSOMOSE E ONCOCERCOSSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, TRACOMA COMO CAUSA DE CEGUEIRA E CONTROLE DAS GEOHELMINTÍASES

1. Responsável pelo plano: SVS/DEVIT/CGHDE

2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SES, SMS, centros colaboradores, universidades, OPAS, DECIT

3. Agravo: Filariose linfática

4. Resultados esperados: Comprovar/documentar a interrupção da transmissão da doença em todo o país

Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Realizar avaliação epidemiológica de áreas de focos antigos por meio de inquérito em escolares	Número de áreas investigadas
2. Fazer investigação dos casos suspeitos de FL em todo o país	Número de casos suspeitos e número de casos encerrados
3. Realizar estudos de caracterização epidemiológica das áreas em fase de eliminação	Número de estudos realizados
4. Prover materiais para a realização de testes rápidos de diagnósticos	Número de testes aplicados

PLANO INTEGRADO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, FILARIOSE, ESQUISTOSSOMOSE E ONCOCERCOSSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, TRACOMA COMO CAUSA DE CEGUEIRA E CONTROLE DAS GEOHELMINTÍASES

1. Responsável pelo plano: SVS/DEVIT/CGHDE

2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SES, SMS, centros colaboradores, universidades, OPAS, DECIT

3. Agravos: Filariose linfática

4. Resultados esperados: Interrupção da transmissão

Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Realizar busca ativa de infectados por meio de pesquisa de microfilária no sangue periférico (hemoparasitoscopia) em rondas anuais nas áreas endêmicas	Número de exames realizados anualmente
2. Tratar com Dietilcarbamazina os casos positivos	Número de tratados / Número de detectados
3. Realizar tratamento coletivo nas comunidades/bairros com prevalência superior a 0,1%	Número de tratamentos realizados
4. Programar a necessidade de estoques de Dietilcarbamazina de forma oportuna	Cobertura de abastecimento regular de medicamentos nos estados

PLANO INTEGRADO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, FILARIOSE, ESQUISTOSSOMOSE E ONCOCERCOSSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, TRACOMA COMO CAUSA DE CEGUEIRA E CONTROLE DAS GEOHELMINTÍASES

1. Responsável pelo plano: SVS/DEVIT/CGHDE

2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SES, SMS, centros colaboradores, universidades, OPAS, DECIT

3. Agravos: Filariose linfática

4. Resultados esperados: Promover assistência médico-social aos portadores de sequela (morbidade filarial)

Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Capacitar profissionais de nível local para a realização de assistência aos portadores de morbidade filarial	Número de profissionais capacitados
2. Definir hospitais para referência secundária para portadores de morbidade filarial	Ter pelo menos um hospital indicado como referência na Região Metropolitana de Recife

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

1. Responsável pelo plano: SVS/DEVIT/CGHDE

2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SES, SMS, PSE, centros colaboradores, universidades, OPAS, DECIT

3. Agravo: Esquistossomose

4. Resultados esperados: Tratamento coletivo (quimioprofilático) implantado em todos os municípios endêmicos com prevalência maior ou igual a 25%

Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Realizar tratamento coletivo nas localidades pelas equipes da estratégia de Saúde da Família	Atualização do sistema de informação com envio trimestral para o nível central
2. Realizar atividades educativas e de mobilização social nas unidades de saúde e comunidade durante o tratamento coletivo	
3. Inserir no Sistema de Informação um módulo TRATAMENTO para registro e monitoramento da atividade	
4. Realizar inquéritos coproscópicos censitários por localidades de risco de transmissão para esquistossomose nos municípios endêmicos com prevalência acima de 5%	Atualização do sistema de informação com envio trimestral para o nível nacional
5. Tratar 80% dos portadores de esquistossomose detectados por meio dos inquéritos	
6. Realizar atividades educativas e de mobilização social na comunidade durante a realização dos inquéritos	
7. Implantar/implementar a vigilância hospitalar das formas graves da esquistossomose em articulação com o programa de vigilância e controle dos estados e municípios	Notificações de formas graves da esquistossomose no Sinan e investigação
8. Realizar treinamento dos responsáveis pelas ações de eliminação de esquistossomose nos estados para implantação da vigilância hospitalar nos hospitais elegíveis	Análises periódicas da “incidência” de formas graves e óbitos por esquistossomose
9. Assessorar os estados e municípios para implantação da vigilância	Número de estados/assessorias

PLANO INTEGRADO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, FILARIOSE, ESQUISTOSSOMOSE E ONCOCERCOSSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, TRACOMA COMO CAUSA DE CEGUEIRA E CONTROLE DAS GEOHELMINTÍASES

1. Responsável pelo plano: SVS/DEVIT/CGHDE

2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SES, SMS, PSE, Pastoral da Criança, centros colaboradores, universidades, OPAS, DECIT

3. Agravo: Geohelmintíases

4. Resultados esperados: Redução da prevalência das geohelmintíases a níveis inferiores a 20%

Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Tratamento sistemático das crianças em idade escolar nas localidades com prevalência superior a 20%	Número de crianças tratadas/total de crianças elegíveis na localidade Alimentação periódica do sistema de informação

PLANO INTEGRADO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, FILARIOSE, ESQUISTOSSOMOSE E ONCOCERCOSSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, TRACOMA COMO CAUSA DE CEGUEIRA E CONTROLE DAS GEOHELMINTÍASES

1. Responsável pelo plano: SVS/DEVIT/CGHDE

2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SES, SMS, SESAI, centros colaboradores, universidades, OPAS, DECIT

3. Agravo: Oncocercose

4. Resultados esperados: Altas coberturas de tratamento, com regularidade

Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Realizar tratamentos coletivos regulares com Ivermectina em toda a área endêmica	Número de indivíduos tratados coletivamente
2. Programar o estoque e suprimento de Ivermectina de forma oportuna	Cobertura de abastecimento regular de medicamentos

PLANO INTEGRADO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, FILARIOSE, ESQUISTOSSOMOSE E ONCOCERCOSSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, TRACOMA COMO CAUSA DE CEGUEIRA E CONTROLE DAS GEOHELMINTÍASES

1. Responsável pelo plano: SVS/DEVIT/CGHDE

2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SES, SMS, SESAI, centros colaboradores, universidades, OPAS, DECIT

3. Agravo: Oncocercose	
4. Resultados esperados: Comprovação e manutenção da interrupção da transmissão	
Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Realizar avaliação epidemiológica (em seus componentes parasitológico, oftalmológico, entomológico, sorológico) por meio de inquérito	Inquérito epidemiológico
2. Realização de inquéritos parasitológicos e entomológicos que devem demonstrar que persiste prevalência zero da infecção por <i>Onchocerca volvulus</i> no período de verificação pós-tratamento (2013-2015)	Número de inquéritos realizados

PLANO INTEGRADO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, FILARIOSE, ESQUISTOSSOMOSE E ONCOCERCOSSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, TRACOMA COMO CAUSA DE CEGUEIRA E CONTROLE DAS GEOHELMINTÍASES	
1. Responsável pelo plano: SVS, DAB, SES, SMS, PSE, centros colaboradores, universidades, OPAS, DECIT	
2. Atores envolvidos no plano: SVS, DAB, SES, SMS, SESAI, centros colaboradores, universidades, OPAS, DECIT, Lions Club e Rotary Club	
3. Agravo: Tracoma	
4. Resultados esperados: Implantação de estratégias integradas no desenvolvimento da política de eliminação do tracoma como problema de saúde pública no Brasil	
Atividades	Indicadores de monitoramento e avaliação
1. Realizar oficinas de acompanhamento dos estados na elaboração do plano de eliminação do tracoma como causa de cegueira	Entrega de planos de eliminação / Número de unidades da Federação
2. Oferecer capacitações para profissionais da atenção básica à saúde para a realização de tratamento domiciliar de casos e de contatos, quando indicado	Número de capacitações oferecidas / Número de profissionais capacitados
3. Instituir tratamento coletivo em população da área de risco – comunidade/território, quando a prevalência de tracoma ativo, em crianças de 1 a 9 anos de idade, for maior que 10%	Número de indivíduos tratados em coletividade
4. Estruturação da rede de atenção oftalmológica para tratamento de triquiasse tracomatosa e realização de tratamento cirúrgico	Número de unidades oftalmológicas que realizam cirurgias de TT Número de cirurgias realizadas
5. Articulação com o Ministério da Educação para o Projeto Olhar Brasil (Portaria Interministerial MS/MEC nº 15, de 24 de abril de 2007)	Número de reuniões realizadas entre os parceiros

6. Capacitação de equipes para diagnóstico e monitoramento de situação	
7. Provisão e distribuição de medicamentos para tratamento e insumos	Abastecimento regular de medicamentos nos estados
8. Realizar reunião anual com coordenações estaduais e de municípios prioritários para acompanhamento do plano de eliminação do tracoma como problema de saúde pública	Reunião realizada

Monitoramento e Avaliação

As atividades contempladas no plano deverão ser desenvolvidas no período de 2011 a 2015, quando um novo plano será elaborado para as endemias ainda persistentes.

O sistema de monitoramento e avaliação do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde é constituído de ferramentas próprias, em coerência com aquelas previstas no plano. Tais ferramentas poderão apontar a necessidade de readequação da programação de alguma atividade prevista no plano, o que não significa a revisão de toda a estratégia.

No âmbito da Coordenação Geral do Programa de Hanseníase e Doenças em Eliminação, a avaliação e o acompanhamento participativo dos atores envolvidos visam apoiar o Ministério da Saúde no alcance das metas, procurando identificar as potencialidades e limitações de cada localidade na consecução dos objetivos do Governo Federal de redução desse conjunto de endemias.

Indicadores de Monitoramento e Avaliação para a Redução da Carga das Doenças em Eliminação

Hanseníase

- Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano.
- Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.
- Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes.
- Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes.
- Coeficiente de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes.

Filariose

- Percentual de realização dos tratamentos coletivos programados.
- Percentual de realização dos inquéritos epidemiológicos programados: 1) avaliações por hemoscopia; 2) avaliações por testes de antigenemia (ICT card); 3) avaliações entomológicas com diagnóstico molecular (PCR).
- Coeficiente de prevalência de portadores de microfilarias por FL nos municípios endêmicos.

Esquistossomose

- Percentual de tratamentos coletivos nas localidades com prevalência acima de 25% (Número de pessoas tratadas / Número de pessoas residentes em localidades com prevalência acima de 25% X 100).
- Cobertura de inquéritos seletivos e tratamento nas localidades endêmicas (Número de localidades com inquérito realizado / Número de localidades endêmicas).

Geohelmintíases

- Percentual de tratamentos coletivos em crianças em idade escolar (Número de crianças tratadas / Total de crianças elegíveis na localidade X 100).

Oncocercose

- Percentual da população que recebeu tratamento coletivo.
- Percentual de realização dos inquéritos epidemiológicos programados: 1) avaliações por microscopia de amostras de pele; 2) avaliações oftalmológicas; 3) avaliações entomológicas com diagnóstico molecular (PCR); 4) avaliações sorológicas.

Tracoma

- Percentual da população que recebeu tratamento coletivo.
- Percentagem da população elegível que recebeu cirurgia de triquiase tracomatosa (TT).
- Percentual de positividade.

Orçamento

A sustentabilidade financeira do plano se dará pela programação orçamentária específica da área técnica, por meio do Plano Anual de Trabalho da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Somam-se à programação orçamentária anual os repasses financeiros da SVS por meio do piso fixo e variável. Em novembro de 2011, 796 municípios identificados como prioritários para os agravos ora apresentados receberam incentivo financeiro por meio do piso variável da SVS para fortalecimento das ações de vigilância, conforme tabela abaixo.

Tabela 2. Valores disponibilizados pela SVS para os 796 municípios prioritários dos agravos que constam do plano de eliminação nas ações de fortalecimento de vigilância. Portaria nº 2.556, de 28/10/2011, publicada D.O.U. de 31/10/2011.

Agravos	Municípios	Valor Global
Hanseníase	258	R\$ 16.360.000,00
Tracoma	237	R\$ 5.122.000,00
Geohelmintíases	79	R\$ 1.175.000,00
Esquistossomose / Geohelmintíases	120	R\$ 1.720.000,00
Esquistossomose	102	R\$ 1.490.000,00
Total	796	R\$ 25.867.000,00

Além dos recursos federais disponibilizados por meio da Portaria nº 2.556, de 28/10/2011, publicada D.O.U. de 31/10/2011, outras fontes de recursos, listadas a seguir, garantirão a sustentabilidade das ações previstas neste plano.

- Tesouro Nacional: 17.00.000,00
- Termos de Cooperação (OPAS): 2.899.900,00
- Piso Variável de Vigilância em Saúde – repasse fundo a fundo
- TOTAL: 45.786.900,00

Estados e municípios contribuirão financeiramente na execução do plano, com recursos definidos no âmbito estadual e municipal, de acordo com receita própria e piso variável.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Inquérito de Prevalência de Tracoma em escolares: 2002-2008**. Brasília, 2011a. mimeo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica e Eliminação da Filariose Linfática**. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde**, 2011b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Oncocercose: tópicos A-Z**, 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1564>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SIPCE**, 2011d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinan/pce/cnv/pce.def>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM)**. Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011e. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>.
- COELHO, G. E. et al. Identificação de áreas de estratificação epidemiológica no foco de oncocercose na região Yanomami, Roraima, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 607-611, 1998.
- DATASUS. **Hanseníase: casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net**, 2011. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/hanseniaze/bases/Hansbrnet.def>>.
- HELEN, S. A. F. et al. Ocorrência de tracoma em comunidades indígenas brasileiras. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 35, Belo Horizonte, ago. 2009. **Anais...**, 2009.
- IGNOTTI, E.; DE PAULA, R. C. Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados no período de 2001 a 2010. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (Org.). **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília, 2011. v. 1. p. 185-202.
- LOPES, M. F. C. **Tracoma: situação epidemiológica no Brasil**, 2008. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Filariose**, 2011a. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/prevencao/temas.cfm?id=45&Area=Linkshttp://www.filariasis.org>>. Acesso em: 20 nov. 2011.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resolução CD48.R12/2008**: towards the elimination of onchocerciasis (river blindness) in the americas. Disponível em: <<http://www.paho.org/english/gov/cd/cd48.r12-e.pdf>>.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resolução CD49.R19/2009**: Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=900&Itemid=614>.
- PERNANBUCO. Secretaria de Estado de Saúde. **Projeto SANAR: doenças negligenciadas**, 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programas-e-acoas/controle-de-doencas/projeto-sanar-doencas-negligenciadas>>. Acesso em: 20 nov. 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Elimination of schistosomiasis in low transmission áreas**: Salvador, Bahia, 18-19 Aug. 2008. Geneva, 2009. Report of the WHO informal consultation.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Helminth control in school-age children: a guide for managers of control programmes**. 2th ed. Geneva, 2011.

Anexos

Anexo A – Portaria Ministerial nº 2.556



MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 2.556, DE 28 OUTUBRO DE 2011

Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose e Geohelmintíases.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências;

Considerando a Portaria Conjunta SE/SVS/MS nº 1, de 11 de março de 2010, que define os valores anuais do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, relativos aos recursos federais destinados ao Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde e Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, de cada Estado;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 594, de 29 de outubro de 2010, que inclui, na Tabela de Serviços Especializados/Classificação do SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o serviço de Atenção Integral em Hanseníase;

Considerando a Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema de Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; e

Considerando a necessidade de eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública, controlar a esquistossomose e as geohelmintíases, e eliminar o tracoma como causa de cegueira, diagnosticar precocemente os casos, realizar o tratamento dos casos, prevenir as incapacidades,

ações de mobilização e educação em saúde; e visando ao fortalecimento da Vigilância Epidemiológica, resolve:

Art. 1º Estabelecer mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para qualificação das ações de hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíases.

Art. 2º O recebimento do incentivo de que trata o artigo anterior será realizado por adesão ao processo de qualificação das ações de vigilância de uma ou mais doenças, previstas nesta portaria, podendo ser ou não cumulativo.

Parágrafo único. A adesão deverá ser formalizada por meio do Termo de Compromisso, constante no Anexo I, e submetido à Comissão Intergestores Bipartite – CIB, para pactuação e homologação com posterior encaminhamento, em até 45 dias após a publicação desta Portaria, à Secretaria de Vigilância em Saúde para publicação da Portaria de autorização de repasse do incentivo.

Art. 3º Definir os critérios de seleção de municípios prioritários, ações, metas e indicadores para monitoramento visando à qualificação das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, esquistossomose, geohelmintíases e tracoma.

Art. 4º Para a hanseníase, considera-se municípios prioritários (dispostos no anexo II) aqueles que atendem aos seguintes critérios:

I – Critério 1

- a) Municípios com coeficiente de detecção maior que 20 por 100 mil habitantes no ano de 2010 e localizados em áreas de maior risco conforme estudo do Ministério da Saúde; e
- b) Mínimo de 20 casos novos em 2010;

II – Critério 2

Para municípios fora das áreas geográficas de risco foram também incluídos aqueles com 50 casos novos em 2010, sendo, pelo menos, 5 casos em menores de 15 anos;

III – Critério 3

Todas as capitais.

IV – Critério 4

Municípios de regiões metropolitanas com 50 casos novos em 2010, sendo, pelo menos, 5 casos em menores de 15 anos.

Art. 5º As ações objeto do processo de qualificação compreendem:

- I – implantação de estratégias de busca ativa para detecção de casos novos de hanseníase;
- II – realização de diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos de hanseníase, incluindo eventuais estados reacionais;
- III – prevenção de incapacidades e reabilitação; e
- IV – realização da vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase, entre contatos registrados.

Art. 6º Definir como indicadores para o monitoramento a proporção de contatos intradomiciliares examinados entre os contatos registrados dos casos novos de hanseníase, e proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes;

Art. 7º O recebimento do incentivo financeiro implica o compromisso, por parte de municípios, capitais, regiões metropolitanas e Distrito Federal, quanto ao cumprimento das metas, tendo como valores de referência, para as metas dos parágrafos 1º e 2º desse artigo, a base de dados do SINAN Nacional:

§ 1º Alcançar os percentuais de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados, levantados no ano anterior ao período de análise:

- I – municípios com percentual de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados igual a 0%, aumentar o percentual de contatos examinados para no mínimo 30%;
- II – municípios com percentual de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados menor que 50%, aumentar em 30%;
- III – municípios com percentual de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados entre 50% e 74,9%, aumentar em 15%;
- IV – municípios com percentual de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados entre 75% e 89,9%, aumentar em 5%;
- V – municípios com percentual de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados maior ou igual a 90%, manter acima de 90%.

§ 2º Alcançar percentual de cura de 90% entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes;

§ 3º Garantir no mínimo 1 (uma) unidade de saúde realizando diagnóstico, tratamento, avaliação neurológica simplificada, atendimento dos eventuais estados reacionais e vigilância de contatos em municípios com população < que 100.000 habitantes;

§ 4º Garantir no mínimo 1 (uma) unidade de saúde realizando diagnóstico, tratamento, avaliação neurológica simplificada, atendimento dos eventuais estados reacionais e vigilância de contatos, em cada unidade administrativa de municípios com população \geq a 100.000 habitantes.

Art. 8º Para a esquistossomose considera-se municípios prioritários aqueles com prevalência maior ou igual a 10% e com populações em áreas de extrema pobreza (dispostos nos anexos III e V).

Art. 9º As ações objeto do processo de qualificação compreendem:

- I - implantação do tratamento coletivo para esquistossomose em crianças em idade escolar (5 a 14 anos de idade);
- II - intensificação dos inquéritos coproscópicos nas localidades endêmicas;
- III - tratamento de todos os casos positivos para esquistossomose identificados nos inquéritos, em parceria com a Estratégia Saúde da Família, onde houver;
- IV - intensificação das atividades de forma conjunta e integrada nos municípios onde a esquistossomose, geohelmintoses e tracoma coexistem com altas prevalências;
- V - notificação e investigação de todos os casos graves de esquistossomose; e
- VI - implementação de medidas de controle nas comunidades de origem dos casos, quando indicado.

Art. 10 Definir como indicadores para o monitoramento da esquistossomose: cobertura de tratamentos coletivos para esquistossomose em crianças em idade escolar; cobertura de inquéritos nas localidades endêmicas.

Art. 11 O recebimento do incentivo financeiro implica o compromisso, por parte dos municípios, quanto ao cumprimento das metas, tendo como fonte a base de dados do Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose – SISPCE:

- I - Realizar a cobertura de no mínimo 80% dos tratamentos coletivos de escolares;
- II - Realizar a cobertura nos inquéritos de no mínimo 80% dos residentes das localidades endêmicas;
- III - Realizar a cobertura de 100% de tratamento dos casos positivos nos inquéritos (excluindo as contraindicações);
- IV - Realizar a cobertura de 100% de investigação dos casos graves de esquistossomose residentes.

Art. 12 Para as geohelmintíases considera-se municípios prioritários aqueles com prevalência de geohelmintíases \geq a 10%, populações em áreas de extrema pobreza e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH-M \leq a 0,554 (dispostos nos anexos IV e V).

Art. 13 As ações objeto do processo de qualificação compreendem:

- I - implantação do tratamento coletivo para geohelmintíases em crianças em idade escolar (5 a 14 anos de idade); e
- II - intensificação das atividades de forma conjunta e integrada nos municípios onde a esquistossomose, geohelmintíases e tracoma coexistem com altas prevalências.

Art. 14 Definir como indicador para o monitoramento das geohelmintíases: cobertura de tratamentos coletivos em crianças em idade escolar.

Art. 15 O recebimento do incentivo financeiro implica o compromisso, por parte dos municípios, quanto ao cumprimento da meta de realizar a cobertura de no mínimo 80% dos tratamentos coletivos em crianças em idade escolar, tendo como fonte o formulário simplificado disponível no link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=7274

Art. 16 Para o tracoma, consideram-se municípios prioritários aqueles com prevalência \geq 10% e com populações em áreas de extrema pobreza; municípios com prevalência de tracoma \geq 5% e prevalência de esquistossomose \geq 10% e em aqueles das microrregiões de antigas áreas endêmicas de tracoma com necessidade de oferta de tratamento cirúrgico para triquíase tracomatosa (disposto no anexo VI).

Art. 17 As ações objeto do processo de qualificação compreendem:

- I - realização de inquéritos/busca ativa de tracoma em crianças de 1 a 9 anos de idade e/ou em escolares;
- II - tratamento dos casos e contatos domiciliares, tratamento coletivo quando a prevalência for \geq a 10% em crianças de 1 a 9 anos de idade na comunidade/território/município;
- III - realização de busca ativa de casos de triquíase tracomatosa (TT), em população rural adulta de antigas áreas endêmicas; e
- IV - encaminhamentos para referência em redes de atenção oftalmológica, para realização de cirurgias de correção de triquíase tracomatosa (TT) dos casos necessários.

Art. 18 Definir como indicadores para o monitoramento do tracoma: cobertura de tratamento de crianças de 1 a 9 anos de idade; e cobertura de cirurgia de correção palpebral e entrópio (TT).

Art. 19 O recebimento do incentivo financeiro implica o compromisso, por parte dos municípios, quanto ao cumprimento das metas, tendo como fonte o formulário simplificado disponível no link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=7284

- I – Alcançar 80% das metas de tratamento coletivo no primeiro ano dos 3 ciclos anuais consecutivos de tratamento coletivo, quando indicado;
- II – Alcançar 80% das metas de tratamento de casos e contatos domiciliares, quando indicado;
- III – Referenciar, para redes de atenção oftalmológica, 100% dos casos triados para avaliação e realização de cirurgia de correção de triquíase tracomatosa (TT);

Art. 20. Os montantes a serem repassados, em parcela única, aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal para qualificação das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, esquistossomose, geohelmintíases e tracoma foram estabelecidos conforme parâmetros descritos nos Anexos II a VI.

Parágrafo único. Será repassado aos Fundos Estaduais de Saúde que não possuam saldo bancário superior ao equivalente a 6 (seis) meses de repasse, em parcela única, o montante de recursos estabelecidos no Anexo VI, definidos de acordo com o número de municípios prioritários do Estado, para apoio ao desenvolvimento e melhoria da qualidade da vigilância e controle do tracoma.

Art. 21 As metas definidas nos parágrafos 1º e 2º do Artigo 8º, no Artigo 12 e seus incisos, no artigo 16 e no Artigo 20 e seus incisos serão monitoradas e avaliadas formalmente a cada seis meses e o não cumprimento das mesmas no período de 12 meses implicará a suspensão do repasse do recurso.

Art. 22 Os estados, Distrito Federal e municípios receberão este repasse no ano de 2011 e a continuidade fica condicionada à instituição de incentivo para qualificação das ações de vigilância em saúde a ser regulamentado pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Art. 23 Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde a realização do monitoramento e assessorias técnicas às Secretarias Municipais de Saúde no processo de implementação e execução das ações visando o cumprimento das metas.

Art. 24 O Crédito Orçamentário de que trata esta Portaria correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho – 10.305.1444.20AL – Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde.

Art. 25 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Alexandre Rocha Santos Padilha

ANEXO I

Modelo do Termo de Compromisso

Termo de Compromisso que firma a Secretaria Municipal de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de recebimento de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para qualificação das ações de hanseníase e doenças em eliminação.

O Governo Municipal de XX, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob nº XX, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, (nome), celebra o presente Termo de Compromisso, formalizando os compromissos com as ações e metas referentes a _____, constantes na Portaria MS nº XXXX/GM, de XXX de XXX de 2011, que estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíases.

Secretário Municipal de Saúde de XX

ANEXO II

Municípios prioritários e estratégicos para ações de hanseníase

Sequência	Critérios	Estados	Municípios	Pop. Geral	Casos Novos Total	Coef. Geral	Casos Novos Total Atendimento	Recursos 2011
	3	AC	Rio Branco	335.796	118	35,14	121	R\$ 150.000,00
	3	AL	Maceió	936.313	117	12,50	145	R\$ 150.000,00
	3	AM	Manaus	1.802.525	259	14,37	328	R\$ 200.000,00
	3	AP	Macapá	397.913	89	22,37	141	R\$ 200.000,00
	1	AP	Santana	101.203	22	21,74	9	R\$ 30.000,00
	1	BA	Barreiras	137.428	146	106,24	156	R\$ 100.000,00
	1	BA	Bom Jesus da Lapa	63.508	38	59,83	39	R\$ 30.000,00
	1	BA	Brumado	64.550	29	44,93	28	R\$ 30.000,00
	1	BA	Casa Nova	64.944	29	44,65	25	R\$ 30.000,00
	1	BA	Eunápolis	100.246	67	66,84	67	R\$ 60.000,00
	4	BA	Feira de Santana	556.642	98	17,60	96	R\$ 60.000,00
	1	BA	Itamaraju	63.355	34	53,67	34	R\$ 30.000,00
	1	BA	Juazeiro	197.984	205	103,54	210	R\$ 180.000,00
	1	BA	Luís Eduardo Magalhães	60.179	24	39,88	24	R\$ 30.000,00
	1	BA	Paulo Afonso	108.419	66	60,87	66	R\$ 60.000,00
	1	BA	Porto Seguro	126.770	61	48,12	61	R\$ 60.000,00
	3	BA	Salvador	2.676.606	386	14,42	532	R\$ 200.000,00
	1	BA	Senhor do Bonfim	74.431	29	38,96	29	R\$ 30.000,00
	1	BA	Teixeira de Freitas	138.491	53	38,27	55	R\$ 60.000,00
	1	CE	Crato	121.462	31	25,52	33	R\$ 30.000,00
	3	CE	Fortaleza	2.447.409	719	29,38	857	R\$ 500.000,00
	1	CE	Icó	65.453	33	50,42	32	R\$ 30.000,00
	1	CE	Iguatu	96.523	90	93,24	90	R\$ 60.000,00
	1	CE	Juazeiro do Norte	249.936	107	42,81	107	R\$ 100.000,00
	2	CE	Sobral	188.233	96	50,99	98	R\$ 60.000,00
	3	DF	Brasília	2.562.963	194	7,57	254	R\$ 100.000,00
	4	ES	Cariacica	348.933	129	36,97	108	R\$ 100.000,00

Sequência	Critérios	Estados	Municípios	Pop. Geral	Casos Novos Total	Coef. Geral	Casos Novos Total Atendimento	Recursos 2011
	1	ES	Colatina	111.794	33	29,52	33	R\$ 30.000,00
	1	ES	Linhares	141.254	50	35,40	53	R\$ 60.000,00
	1	ES	São Mateus	109.067	30	27,51	29	R\$ 30.000,00
	4	ES	Serra	409.267	121	29,56	114	R\$ 100.000,00
	4	ES	Viana	64.999	45	69,23	41	R\$ 30.000,00
	4	ES	Vila Velha	414.420	106	25,58	100	R\$ 100.000,00
	3	ES	Vitória	325.453	64	19,66	114	R\$ 150.000,00
	1	GO	Aparecida de Goiânia	455.735	265	58,15	236	R\$ 180.000,00
	1	GO	Caldas Novas	70.463	23	32,64	22	R\$ 30.000,00
	1	GO	Goianésia	59.545	35	58,78	32	R\$ 30.000,00
	3	GO	Goiânia	1.301.892	357	27,42	690	R\$ 350.000,00
	2	GO	Minaçu	31154	64	205,46	61	R\$ 60.000,00
	1	GO	Senador Canedo	84.399	37	43,84	21	R\$ 30.000,00
	1	MA	Açailândia	104.013	112	107,68	113	R\$ 100.000,00
	1	MA	Arari	28.477	36	126,42	34	R\$ 30.000,00
	1	MA	Bacabal	99.960	120	120,05	121	R\$ 100.000,00
	1	MA	Balsas	83.537	47	56,26	46	R\$ 30.000,00
	1	MA	Barra do Corda	82.692	47	56,84	45	R\$ 30.000,00
	1	MA	Bom Jardim	39.093	37	94,65	37	R\$ 30.000,00
	1	MA	Buriticupu	65.226	50	76,66	51	R\$ 60.000,00
	1	MA	Caxias	155.202	147	94,72	147	R\$ 100.000,00
	1	MA	Chapadinha	73.281	40	54,58	39	R\$ 30.000,00
	1	MA	Codó	118.072	119	100,79	119	R\$ 100.000,00
	1	MA	Coroatá	61.653	51	82,72	52	R\$ 60.000,00
	1	MA	Grajaú	61.903	22	35,54	22	R\$ 30.000,00
	1	MA	Imperatriz	247.505	228	92,10	224	R\$ 180.000,00
	2	MA	Itapecuru Mirim	62110	79	121,17	78	R\$ 60.000,00
	1	MA	Itinga do Maranhão	24.891	62	249,09	62	R\$ 60.000,00
	1	MA	Matões	30.930	21	67,90	18	R\$ 30.000,00
	4	MA	Paço do Lumiar	104.881	48	45,77	37	R\$ 30.000,00

Sequência	Critérios	Estados	Municípios	Pop. Geral	Casos Novos Total	Coef. Geral	Casos Novos Total Atendimento	Recursos 2011
	1	MA	Pedreiras	39.481	51	129,18	51	R\$ 60.000,00
	1	MA	Pindaré-Mirim	31.145	28	89,90	27	R\$ 30.000,00
	1	MA	Pinheiro	78.162	30	38,39	28	R\$ 30.000,00
	1	MA	Presidente Dutra	44.719	29	64,85	28	R\$ 30.000,00
	1	MA	Santa Inês	78.182	79	101,05	80	R\$ 60.000,00
	1	MA	Santa Luzia	69.392	127	183,02	126	R\$ 100.000,00
	4	MA	São José de Ribamar	162.925	97	59,54	76	R\$ 60.000,00
	3	MA	São Luís	1.011.943	615	60,77	685	R\$ 500.000,00
	1	MA	São Mateus do Maranhão	39.109	55	140,63	53	R\$ 60.000,00
	1	MA	Timon	155.396	204	131,28	209	R\$ 180.000,00
	1	MA	Vitória do Mearim	31.234	34	108,86	34	R\$ 30.000,00
	1	MA	Zé Doca	50.160	68	135,57	67	R\$ 60.000,00
	3	MG	Belo Horizonte	2.375.444	55	2,32	99	R\$ 100.000,00
	1	MG	Governador Valadares	263.594	114	43,25	120	R\$ 100.000,00
	1	MG	Ituiutaba	97.159	29	29,85	35	R\$ 30.000,00
	3	MS	Campo Grande	787.204	93	11,81	104	R\$ 150.000,00
	1	MT	Alta Floresta	49.233	109	221,40	109	R\$ 100.000,00
	1	MT	Barra do Bugres	31.058	24	77,27	24	R\$ 30.000,00
	1	MT	Barra do Garças	56.423	36	63,80	37	R\$ 30.000,00
	1	MT	Cáceres	87.912	40	45,50	39	R\$ 30.000,00
	1	MT	Colíder	30.864	42	136,08	42	R\$ 30.000,00
	3	MT	Cuiabá	551.350	310	56,23	350	R\$ 350.000,00
	1	MT	Guarantã do Norte	32.150	31	96,42	34	R\$ 30.000,00
	1	MT	Juara	32.769	63	192,25	63	R\$ 60.000,00
	1	MT	Juína	39.260	42	106,98	42	R\$ 30.000,00
	1	MT	Lucas do Rio Verde	45.545	38	83,43	39	R\$ 30.000,00
	1	MT	Mirassol d'Oeste	25.331	29	114,48	29	R\$ 30.000,00
	1	MT	Peixoto de Azevedo	30.762	30	97,52	30	R\$ 30.000,00
	1	MT	Primavera do Leste	52.114	32	61,40	31	R\$ 30.000,00
	1	MT	Rondonópolis	195.550	193	98,70	194	R\$ 100.000,00

Sequência	Critérios	Estados	Municípios	Pop. Geral	Casos Novos Total	Coef. Geral	Casos Novos Total Atendimento	Recursos 2011
	1	MT	Sinop	113.082	132	116,73	132	R\$ 100.000,00
	1	MT	Sorriso	66.506	71	106,76	71	R\$ 60.000,00
	1	MT	Tangará da Serra	84.076	65	77,31	66	R\$ 60.000,00
	4	MT	Várzea Grande	252.709	216	85,47	202	R\$ 180.000,00
	2	PA	Abaetetuba	141100	99	70,19	96	R\$ 60.000,00
	1	PA	Acará	53.605	22	41,04	16	R\$ 30.000,00
	1	PA	Altamira	105.030	78	74,26	94	R\$ 60.000,00
	4	PA	Ananindeua	471980	137	29,04	38	R\$ 100.000,00
	1	PA	Baião	36.907	24	65,03	22	R\$ 30.000,00
	2	PA	Barcarena	99859	380	27,30	56	R\$ 180.000,00
	3	PA	Belém	1.392.031	380	27,30	341	R\$ 350.000,00
	1	PA	Breves	92.865	30	32,20	26	R\$ 30.000,00
	1	PA	Cametá	120.904	53	43,84	45	R\$ 60.000,00
	1	PA	Capitão Poço	51.899	39	75,15	35	R\$ 30.000,00
	2	PA	Castanhal	173149	56	32,35	62	R\$ 60.000,00
	1	PA	Conceição do Araguaia	45.530	45	98,84	43	R\$ 30.000,00
	1	PA	Dom Eliseu	51.318	42	81,84	41	R\$ 30.000,00
	1	PA	Eldorado dos Carajás	31.745	28	88,30	26	R\$ 30.000,00
	1	PA	Goianésia do Pará	30.437	38	124,85	38	R\$ 30.000,00
	1	PA	Igarapé-Miri	58.023	29	49,98	29	R\$ 30.000,00
	1	PA	Ipixuna do Pará	51.383	34	66,17	33	R\$ 30.000,00
	1	PA	Itaituba	97.343	49	50,34	48	R\$ 30.000,00
	1	PA	Itupiranga	51.258	39	76,09	33	R\$ 30.000,00
	2	PA	Jacareacanga	140103	49	349,00	49	R\$ 30.000,00
	1	PA	Jacundá	51.375	72	140,15	72	R\$ 60.000,00
	1	PA	Mãe do Rio	27.892	46	164,92	41	R\$ 30.000,00
	1	PA	Marabá	233.462	191	81,81	200	R\$ 100.000,00
	4	PA	Marituba	108246	77	71,13	353	R\$ 60.000,00
	1	PA	Mocajuba	26.745	27	100,95	27	R\$ 30.000,00
	1	PA	Moju	69.921	31	44,34	27	R\$ 30.000,00

Sequência	Critérios	Estados	Municípios	Pop. Geral	Casos Novos Total	Coef. Geral	Casos Novos Total Atendimento	Recursos 2011
	1	PA	Novo Repartimento	62.124	60	96,58	58	R\$ 60.000,00
	1	PA	Ourilândia do Norte	27.564	29	105,21	28	R\$ 30.000,00
	1	PA	Pacajá	40.052	31	77,40	26	R\$ 30.000,00
	1	PA	Paragominas	97.788	106	108,40	106	R\$ 100.000,00
	1	PA	Parauapebas	153.942	160	103,94	165	R\$ 100.000,00
	1	PA	Portel	52.166	50	95,85	47	R\$ 60.000,00
	1	PA	Redenção	75.505	76	100,66	80	R\$ 60.000,00
	1	PA	Rondon do Pará	46.974	64	136,25	62	R\$ 60.000,00
	1	PA	Rurópolis	40.068	24	59,90	26	R\$ 30.000,00
	1	PA	Santana do Araguaia	56.132	21	37,41	19	R\$ 30.000,00
	1	PA	Santarém	294.774	72	24,43	73	R\$ 60.000,00
	1	PA	Tailândia	79.299	63	79,45	61	R\$ 60.000,00
	1	PA	Tomé-Açu	56.514	42	74,32	43	R\$ 30.000,00
	1	PA	Tucuruí	97.109	91	93,71	98	R\$ 60.000,00
	1	PA	Ulianópolis	43.345	32	73,83	29	R\$ 30.000,00
	1	PA	Uruará	44.720	48	107,33	44	R\$ 30.000,00
	1	PB	Cajazeiras	58.437	63	107,81	63	R\$ 60.000,00
	4	PB	Campina Grande	385213	80	20,76	79	R\$ 60.000,00
	3	PB	João Pessoa	723.514	82	11,33	160	R\$ 150.000,00
	4	PE	Abreu e Lima	94.428	39	41,30	34	R\$ 30.000,00
	1	PE	Araripina	77.363	25	32,32	25	R\$ 30.000,00
	4	PE	Cabo de Santo Agostinho	185.123	80	43,21	80	R\$ 60.000,00
	4	PE	Camaragibe	144.506	48	33,22	43	R\$ 30.000,00
	4	PE	Igarassu	101.987	49	48,05	45	R\$ 30.000,00
	4	PE	Ipojuca	80.542	34	42,21	35	R\$ 30.000,00
	4	PE	Jaboatão dos Guararapes	644.699	243	37,69	229	R\$ 180.000,00
	4	PE	Olinda	375.559	208	55,38	166	R\$ 180.000,00
	1	PE	Ouricuri	64.335	35	54,40	34	R\$ 30.000,00
	4	PE	Paulista	300.611	95	31,60	148	R\$ 60.000,00
	1	PE	Petrolina	294.081	148	50,33	146	R\$ 100.000,00

Sequência	Critérios	Estados	Municípios	Pop. Geral	Casos Novos Total	Coef. Geral	Casos Novos Total Atendimento	Recursos 2011
	3	PE	Recife	1.536.934	857	55,76	906	R\$ 500.000,00
	1	PE	Salgueiro	56.641	31	54,73	31	R\$ 30.000,00
	4	PE	São Lourenço da Mata	102.956	42	40,79	39	R\$ 30.000,00
	1	PI	Floriano	57.707	96	166,36	119	R\$ 60.000,00
	1	PI	Picos	73.417	54	73,55	107	R\$ 60.000,00
	3	PI	Teresina	814.439	580	71,21	613	R\$ 500.000,00
	1	PI	União	42.657	22	51,57	20	R\$ 30.000,00
	3	PR	Curitiba	1.746.896	54	3,09	72	R\$ 100.000,00
	2	RJ	Campos dos Goytacazes	463731	103	22,22	110	R\$ 100.000,00
	4	RJ	Duque de Caxias	855048	181	21,17	162	R\$ 100.000,00
	4	RJ	Nova Iguaçu	796257	130	16,35	106	R\$ 100.000,00
	3	RJ	Rio de Janeiro	6.323.037	498	7,88	636	R\$ 180.000,00
	4	RJ	São Gonçalo	99728	75	7,50	65	R\$ 60.000,00
	4	RJ	São João de Meriti	458673	103	22,42	79	R\$ 100.000,00
	3	RN	Natal	803.811	39	4,85	89	R\$ 100.000,00
	1	RO	Ariquemes	90.354	94	104,04	101	R\$ 60.000,00
	1	RO	Cacoal	78.601	82	104,32	84	R\$ 60.000,00
	1	RO	Espigão d'Oeste	28.741	23	80,03	23	R\$ 30.000,00
	1	RO	Jaru	52.043	35	67,20	35	R\$ 30.000,00
	1	RO	Ji-Paraná	116.587	95	81,48	102	R\$ 60.000,00
	1	RO	Machadinho d'Oeste	31.107	22	70,72	22	R\$ 30.000,00
	1	RO	Ouro Preto do Oeste	37.941	38	100,16	35	R\$ 30.000,00
	1	RO	Pimenta Bueno	33.754	22	65,18	20	R\$ 30.000,00
	3	RO	Porto Velho	426.558	86	20,16	110	R\$ 200.000,00
	1	RO	Rolim de Moura	50.672	50	98,67	50	R\$ 60.000,00
	1	RO	Vilhena	76.187	40	52,50	40	R\$ 30.000,00
	3	RR	Boa Vista	284.258	79	27,79	94	R\$ 200.000,00
	3	RS	Porto Alegre	1.409.939	7	0,50	32	R\$ 100.000,00
	3	SC	Florianópolis	421.203	12	2,85	22	R\$ 100.000,00
	3	SE	Aracaju	570.937	124	21,72	173	R\$ 150.000,00

Sequência	Critérios	Estados	Municípios	Pop. Geral	Casos Novos Total	Coef. Geral	Casos Novos Total Atendimento	Recursos 2011
	3	SP	São Paulo	11.244.369	250	2,22	294	R\$ 180.000,00
	1	TO	Araguaína	150.520	146	97,00	147	R\$ 100.000,00
	1	TO	Colinas do Tocantins	30.879	42	136,01	43	R\$ 30.000,00
	1	TO	Gurupi	76.765	105	136,78	104	R\$ 100.000,00
	3	TO	Palmas	228.297	165	72,27	170	R\$ 200.000,00

Critérios utilizados para cálculo do incentivo para as ações de hanseníase, para as capitais:

- a) Capitais hiperendêmicas/alta endemicidade e com mais de 500 casos em 2010: R\$ 500.000,00;
- b) Capitais hiperendêmicas/alta endemicidade e com 300 a 499 casos em 2010: R\$ 350.000,00;
- c) Capitais hiperendêmicas/alta endemicidade e de 20 a 200 casos em 2010: R\$ 200.000,00;
- d) Capitais com média endemicidade com mais de 200 casos novos em 2010: R\$ 200.000,00;
- e) Capitais de média endemicidade e de 20 a 199 casos novos em 2010: R\$ 150.000,00;
- f) Capitais de baixa endemicidade com mais de 200 casos novos em 2010: R\$ 180.000,00;
- g) Capitais de baixa endemicidade e de 20 a 199 casos novos em 2010: R\$ 100.000,00.

Critérios utilizados para cálculo do incentivo para as ações de hanseníase, para os demais municípios prioritários:

- a) Municípios enquadrados nos critérios 1, 2 e 4 e com mais de 200 casos em 2010: R\$ 180.000,00;
- b) Municípios enquadrados nos critérios 1, 2 e 4 e com 100 a 199 casos em 2010: R\$ 100.000,00;
- c) Municípios enquadrados nos critérios 1, 2 e 4 e com 50 a 99 casos em 2010: R\$ 60.000,00;
- d) Municípios enquadrados nos critérios 1, 2 e 4 e com 20 a 49 casos em 2010: R\$ 30.000,00.

ANEXO III

Municípios prioritários para ações de esquistossomose

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	Prevalência Esq. %	Piso Fixo	Incentivo
1	270900	Tanque d'Arca	AL	6.122	18,12	6.590,29	10.000,00
2	291900	Lajedinho	BA	3.936	11,37	4.974,37	5.000,00
3	292275	Nova Ibiá	BA	6.648	12,79	7.825,62	10.000,00
4	292665	Ribeirão do Largo	BA	8.602	21,00	16.174,51	10.000,00
5	292467	Piraí do Norte	BA	9.799	11,25	9.817,37	10.000,00
6	290225	Arataca	BA	10.392	11,79	12.194,34	10.000,00
7	292805	Santa Luzia	BA	13.344	10,00	17.382,47	10.000,00
8	291820	Jiquiriçá	BA	14.118	11,54	15.332,83	10.000,00
9	291685	Itatim	BA	14.522	13,07	17.274,48	10.000,00
10	292335	Ourolândia	BA	16.425	25,00	19.015,73	15.000,00
11	292270	Nova Canaã	BA	16.713	10,67	22.612,91	15.000,00
12	291970	Macarani	BA	17.093	10,00	18.859,87	15.000,00
13	293280	Utinga	BA	18.173	10,00	22.765,44	15.000,00
14	293210	Ubaitaba	BA	19.750	15,62	23.856,51	15.000,00
15	292460	Pindobaçu	BA	20.121	13,13	23.217,45	15.000,00
16	293220	Ubaitaba	BA	20.691	14,68	22.637,41	15.000,00
17	291040	Encruzilhada	BA	23.766	14,02	23.068,27	15.000,00
18	291730	Ituberá	BA	26.591	14,87	26.908,15	20.000,00
19	290670	Cândido Sales	BA	27.918	10,00	30.260,40	20.000,00
20	290490	Cachoeira	BA	32.026	10,49	37.610,63	20.000,00
21	291640	Itapetinga	BA	68.273	10,24	74.220,37	30.000,00
22	291800	Jequié	BA	151.895	11,61	167.602,31	30.000,00
23	320035	Alto Rio Novo	ES	7.317	11,54	5.777,36	10.000,00
24	320010	Afonso Cláudio	ES	31.091	10,00	32.837,15	20.000,00
25	316360	S. José do Mantimento	MG	2.592	11,13	2.450,98	5.000,00
26	311310	Caranaíba	MG	3.288	10,25	3.395,21	5.000,00
27	310240	Alvorada de Minas	MG	3.546	14,19	3.429,65	5.000,00
28	311080	Campanário	MG	3.564	19,26	3.566,45	5.000,00
29	316830	Taquaraçu de Minas	MG	3.794	11,76	4.770,20	5.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	Prevalência Esq. %	Piso Fixo	Incentivo
30	316330	São José do Divino	MG	3.834	11,68	3.713,78	5.000,00
31	316265	São João do Pacuí	MG	4.060	10,24	3.993,13	5.000,00
32	313655	José Raydan	MG	4.376	17,01	4.155,76	5.000,00
33	310220	Alvarenga	MG	4.444	10,46	4.411,19	5.000,00
34	314060	Materlândia	MG	4.595	13,62	4.667,07	5.000,00
35	314315	Monte Formoso	MG	4.656	33,09	4.684,80	5.000,00
36	310880	Braúnas	MG	5.030	10,09	5.112,43	10.000,00
37	312675	Franciscópolis	MG	5.800	36,18	5.534,87	10.000,00
38	316770	Sobralia	MG	5.830	13,47	5.871,06	10.000,00
39	312235	Divisa Alegre	MG	5.884	10,00	5.843,32	10.000,00
40	314620	Ouro Verde de Minas	MG	6.016	12,40	6.819,12	10.000,00
41	310570	Barra Longa	MG	6.143	12,46	6.794,25	10.000,00
42	313868	Luislândia	MG	6.400	10,00	6.401,91	10.000,00
43	316350	São José do Jacuri	MG	6.553	20,72	6.887,04	10.000,00
44	311545	Catuji	MG	6.708	10,00	6.897,38	10.000,00
45	314675	Palmópolis	MG	6.931	11,91	8.788,81	10.000,00
46	315015	Piedade de Caratinga	MG	7.110	12,17	6.500,55	10.000,00
47	310500	Baldim	MG	7.913	11,02	10.429,78	10.000,00
48	310285	Angelândia	MG	8.003	15,03	8.821,71	10.000,00
49	311700	Comercinho	MG	8.298	16,19	9.201,96	10.000,00
50	312245	Divisópolis	MG	8.974	12,69	7.925,98	10.000,00
51	310825	Bonito de Minas	MG	9.673	11,96	8.788,90	10.000,00
52	313180	Itabirinha	MG	10.692	12,62	10.268,86	10.000,00
53	315217	Ponto dos Volantes	MG	11.345	22,94	11.029,40	10.000,00
54	317000	Ubaí	MG	11.681	11,70	11.812,92	10.000,00
55	313230	Itaipé	MG	11.798	10,94	11.619,80	10.000,00
56	310100	Águas Vermelhas	MG	12.722	10,38	12.607,91	10.000,00
57	314200	Mirabela	MG	13.042	13,03	12.626,09	10.000,00
58	316840	Tarumirim	MG	14.293	13,13	13.955,85	10.000,00
59	315820	Santa Maria do Suaçuí	MG	14.395	17,15	14.243,81	10.000,00
60	313600	Joáima	MG	14.941	17,37	14.724,06	10.000,00
61	310060	Água Boa	MG	15.195	16,61	17.617,00	15.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	Prevalência Esq.%	Piso Fixo	Incentivo
62	315240	Poté	MG	15.667	10,20	14.547,07	15.000,00
63	315680	Sabinópolis	MG	15.704	15,13	15.626,19	15.000,00
64	313460	Jaboticatubas	MG	17.134	12,33	19.822,56	15.000,00
65	314860	Peçanha	MG	17.260	10,00	16.924,39	15.000,00
66	310090	Águas Formosas	MG	18.479	11,18	18.357,48	15.000,00
67	314630	Padre Paraíso	MG	18.849	28,37	17.960,46	15.000,00
68	313330	Itaobim	MG	21.001	16,08	21.737,38	15.000,00
69	314140	Medina	MG	21.026	13,40	21.272,81	15.000,00
70	316270	São João do Paraíso	MG	22.319	10,92	21.778,82	15.000,00
71	313270	Itambacuri	MG	22.809	21,21	23.551,02	15.000,00
72	313580	Jequitinhonha	MG	24.131	12,37	23.800,91	15.000,00
73	313090	Inhapim	MG	24.294	14,41	24.335,07	15.000,00
74	314530	Novo Cruzeiro	MG	30.725	18,38	30.232,28	20.000,00
75	310170	Almenara	MG	38.775	10,00	36.858,07	25.000,00
76	313520	Januária	MG	65.463	12,49	76.507,58	30.000,00
77	316860	Teófilo Otoni	MG	134.745	12,08	74.524,88	30.000,00
78	310470	Ataléia	MG	15.776	28,77	14.736,45	15.000,00
79	250130	Aroeiras	PB	19.082	11,76	15.054,46	15.000,00
80	260150	Belém de Maria	PE	11.353	12,47	7.445,72	10.000,00
81	260795	Jaqueira	PE	11.501	11,25	9.875,15	10.000,00
82	261550	Tracunhaém	PE	13.055	11,90	10.081,40	10.000,00
83	261140	Primavera	PE	13.439	12,80	9.402,93	10.000,00
84	260910	Machados	PE	13.596	11,42	8.969,52	10.000,00
85	260780	Itaquitinga	PE	15.692	22,48	12.153,91	15.000,00
86	260845	Lagoa do Carro	PE	16.007	13,73	13.121,35	15.000,00
87	261380	São Vicente Ferrer	PE	17.000	18,53	13.559,43	15.000,00
88	260105	Araçoiaba	PE	18.156	27,25	18.846,85	15.000,00
89	260090	Amaraji	PE	21.939	12,16	16.962,82	15.000,00
90	261190	Rio Formoso	PE	22.151	29,95	17.150,72	15.000,00
91	260590	Gameleira	PE	27.912	19,07	24.320,04	20.000,00
92	261630	Vicência	PE	30.732	21,27	26.767,68	20.000,00
93	260950	Nazaré da Mata	PE	30.796	14,26	27.382,32	20.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	Prevalência Esq. %	Piso Fixo	Incentivo
94	260040	Água Preta	PE	33.095	13,43	23.844,32	20.000,00
95	260070	Aliança	PE	37.415	20,43	28.314,21	25.000,00
96	261420	Sirinhaém	PE	40.296	10,00	29.343,60	25.000,00
97	261060	Paudalho	PE	51.357	10,94	52.453,08	30.000,00
98	261530	Timbaúba	PE	53.825	11,91	58.821,57	30.000,00
99	260520	Escada	PE	63.517	34,16	67.351,94	30.000,00
100	260620	Goiana	PE	75.644	11,90	81.425,30	30.000,00
101	260720	Ipojuca	PE	80.637	10,33	94.064,18	30.000,00
102	240750	Maxaranguape	RN	10.441	10,00	9.017,95	10.000,00
103	280730	Telha	SE	2.957	10,20	3445,88	5.000,00
104	280660	Sto. Amaro das Brotas	SE	11.410	13,05	12.868,68	10.000,00
105	280150	Carmópolis	SE	13.503	10,02	13.074,56	10.000,00
106	280170	Cristinápolis	SE	16.519	16,34	18.888,24	15.000,00
107	280210	Estância	SE	64.409	11,23	78.021,28	30.000,00
Total							1.490.000,00

Crerérios utilizados para cálculo do incentivo para as ações de esquistossomose e geohelmintíases:

Com base no estrato populacional dos municípios:

- Até 5.000 hab. = R\$ 5.000,00;
- De 5.000 a 10.000 hab. = R\$ 10.000,00;
- De 10.000 hab. a 25.000 hab. = R\$ 15.000,00;
- De 25.000 a 35.000 hab. = R\$ 20.000,00;
- De 35.000 hab. a 50.000 hab. = R\$ 25.000,00;
- Acima de 50.000 = R\$ 30.000,00.

ANEXO IV

Municípios prioritários para ações de geohelmintíases

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	IDH-M	População extrema pobreza %	Piso Fixo	Incentivo
1	120030	Feijó	AC	32412	0,5409	42,783537	73.234,09	20.000,00
2	120035	Marechal Thaumaturgo	AC	14227	0,5330	48,1408589	29.060,63	15.000,00
3	120043	Santa Rosa do Purus	AC	4691	0,5167	56,5337881	18.355,65	5.000,00
4	270150	Campo Grande	AL	9032	0,5468	39,4596988	9.847,85	10.000,00
5	270160	Canapi	AL	17250	0,5071	46,0115942	19.068,83	15.000,00
6	270250	Dois Riachos	AL	10880	0,5471	36,9393382	12.978,94	15.000,00
7	270255	Estrela de Alagoas	AL	17251	0,5453	34,1081676	18.901,80	15.000,00
8	270330	Inhapi	AL	17898	0,5153	45,2564532	21.745,94	15.000,00
9	270580	Olho d'Água do Casado	AL	8491	0,5424	32,0456954	8.768,20	10.000,00
10	270590	Olho d'Água Grande	AL	4957	0,5436	45,6929595	5.726,51	5.000,00
11	270600	Oliveira	AL	11047	0,5342	37,204671	11.839,14	15.000,00
12	270720	Poço das Trincheiras	AL	13872	0,4988	49,906286	16.290,60	15.000,00
13	270840	São José da Tapera	AL	30088	0,5283	44,4795267	31.726,77	20.000,00
14	270895	Senador Rui Palmeira	AL	13047	0,5067	44,4010117	15.361,28	15.000,00
15	270920	Traipu	AL	25702	0,4793	48,8989184	27.264,39	20.000,00
16	130160	Fonte Boa	AM	22817	0,5322	43,4719727	52.874,52	15.000,00
17	130350	Pauini	AM	18166	0,4963	40,1904657	64.003,57	15.000,00
18	130410	Tapauá	AM	19077	0,4979	37,0603344	70.014,85	15.000,00
19	290680	Cansanção	BA	32908	0,5381	37,5227908	37.956,87	20.000,00
20	290920	Coronel João Sá	BA	17066	0,5267	24,2763389	20.494,24	15.000,00
21	291650	Itapicuru	BA	32261	0,5213	36,1613093	36.253,47	20.000,00
22	292150	Monte Santo	BA	52338	0,5336	39,6041117	59.484,29	30.000,00
23	292335	Ouroândia	BA	16425	0,5422	32,7914764	19.015,73	15.000,00
24	292420	Pedro Alexandre	BA	16995	0,5349	36,5754634	19.703,77	15.000,00
25	292440	Pilão Arcado	BA	32860	0,5459	43,8953135	38.372,15	20.000,00
26	292590	Quijingue	BA	27228	0,5264	37,7221977	31.332,54	20.000,00
27	292650	Ribeira do Amparo	BA	14276	0,5495	39,9061362	16.278,05	15.000,00
28	292760	Santa Brígida	BA	15060	0,5300	33,8645418	17.425,89	15.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	IDH-M	População extrema pobreza %	Piso Fixo	Incentivo
29	292970	Sátiro Dias	BA	18964	0,5493	36,2529002	21.063,15	15.000,00
30	210030	Aldeias Altas	MA	23952	0,5495	42,6770207	20.258,76	15.000,00
31	210095	Arame	MA	31702	0,5347	49,0978487	39.221,70	20.000,00
32	210173	Belágua	MA	6524	0,4952	60,177805	5.895,80	10.000,00
33	210200	Bom Jardim	MA	39049	0,5151	43,7834516	58.338,62	25.000,00
34	210237	Cachoeira Grande	MA	8446	0,5205	56,8316363	12.345,01	10.000,00
35	210270	Cantanhede	MA	20448	0,5221	42,6985524	25.330,44	15.000,00
36	210355	Conceição do Lago-Açu	MA	14436	0,5291	41,2926018	15.067,95	15.000,00
37	210390	Duque Bacelar	MA	10649	0,5400	49,3473566	11.064,00	15.000,00
38	210408	Fernando Falcão	MA	9241	0,4975	51,8017531	10.690,26	10.000,00
39	210465	Governador Newton Bello	MA	11921	0,4940	37,6226827	18.556,99	15.000,00
40	210535	Itaipava do Grajaú	MA	14297	0,5315	48,8074421	20.849,06	15.000,00
41	210547	Jenipapo dos Vieiras	MA	15440	0,5162	55,7318653	21.192,81	15.000,00
42	210590	Lago Verde	MA	15412	0,5329	36,4326499	20.368,94	15.000,00
43	210592	Lagoa do Mato	MA	10934	0,5499	39,6103896	10.381,40	15.000,00
44	210596	Lagoa Grande do Maranhão	MA	10517	0,4918	52,267757	11.827,38	15.000,00
45	210630	Magalhães de Almeida	MA	17587	0,5470	39,0629442	14.701,61	15.000,00
46	210635	Marajá do Sena	MA	8051	0,5194	66,6625264	7.492,87	10.000,00
47	210805	Paulino Neves	MA	14519	0,5076	47,8545354	13.177,35	15.000,00
48	210825	Pedro do Rosário	MA	22732	0,5365	49,2433574	34.263,61	15.000,00
49	210845	Peritoró	MA	21201	0,5372	44,1771615	28.136,07	15.000,00
50	210920	Presidente Juscelino	MA	11541	0,5057	54,7959449	16.691,34	15.000,00
51	210930	Presidente Vargas	MA	10717	0,5429	52,3747317	14.415,84	15.000,00
52	210975	Santa Filomena do Maranhão	MA	7061	0,5335	51,890667	8.017,61	10.000,00
53	211027	Santo Amaro do Maranhão	MA	13820	0,5116	54,2981187	10.828,18	15.000,00
54	211040	São Benedito do Rio Preto	MA	17799	0,5430	51,51413	18.320,07	15.000,00
55	211060	São Bernardo	MA	26476	0,5376	36,9768847	27.062,61	20.000,00
56	211107	São João do Soter	MA	17238	0,5231	42,4005105	24.241,03	15.000,00
57	211140	São Luís Gonzaga do Maranhão	MA	20153	0,5425	41,8250385	21.613,38	15.000,00
58	211163	São Raimundo do Doca Bezerra	MA	6090	0,5487	44,0229885	8.811,26	10.000,00
59	211167	São Roberto	MA	5957	0,5016	41,9674333	6.543,92	10.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	IDH-M	População extrema pobreza %	Piso Fixo	Incentivo
60	211172	Satubinha	MA	11990	0,5245	49,616347	14.057,61	15.000,00
61	211210	Timbiras	MA	27997	0,5238	45,7941922	40.199,00	20.000,00
62	211227	Tufilândia	MA	5596	0,5245	38,7419585	7.649,52	10.000,00
63	211245	Turilândia	MA	22846	0,5264	38,2080014	26.053,77	15.000,00
64	211270	Vargem Grande	MA	49412	0,5443	44,8676435	52.525,48	25.000,00
65	150450	Melgaço	PA	24808	0,5249	51,3019994	34.979,12	15.000,00
66	250100	Araruna	PB	18879	0,5463	31,1351237	15.043,77	15.000,00
67	250350	Cacimba de Dentro	PB	16748	0,5481	27,6988297	13.427,03	15.000,00
68	250355	Cacimbas	PB	6814	0,4943	41,385383	5.324,25	10.000,00
69	250375	Cajazeirinhas	PB	3033	0,5434	29,3768546	2.400,00	5.000,00
70	251640	Campo de Santana	PB	10262	0,5478	31,7092185	7.494,41	15.000,00
71	250415	Casserengue	PB	7058	0,5131	40,5213942	5.652,53	10.000,00
72	250535	Damião	PB	4900	0,5271	34,5918367	3.769,34	5.000,00
73	250625	Gado Bravo	PB	8376	0,5271	35,7688634	6.545,60	10.000,00
74	250670	Imaculada	PB	11352	0,5417	32,5757576	9.212,98	15.000,00
75	250720	Itatuba	PB	10201	0,5256	23,7623762	7.721,12	15.000,00
76	250900	Manaira	PB	10759	0,5492	36,1278929	8.619,56	15.000,00
77	251203	Poço Dantas	PB	3751	0,5168	33,1378299	3.223,57	5.000,00
78	251315	Santa Cecília	PB	6658	0,5203	26,3442475	5.506,69	10.000,00
79	251410	São João do Tigre	PB	4396	0,5272	31,8471338	3.685,81	5.000,00
80	251700	Umbuzeiro	PB	9298	0,5396	32,0068832	7.200,52	10.000,00
81	251720	Vieirópolis	PB	5045	0,5496	25,7879088	3.732,70	10.000,00
82	260050	Águas Belas	PE	40235	0,5314	37,6463278	30.150,72	25.000,00
83	260320	Caetés	PE	26577	0,5209	42,8415547	23.618,87	20.000,00
84	260392	Carnaubeira da Penha	PE	11782	0,5368	40,7570871	9.462,76	15.000,00
85	260650	Iati	PE	18360	0,5257	37,6416122	15.781,00	15.000,00
86	261580	Tupanatinga	PE	24425	0,5400	46,2190379	16.490,64	15.000,00
87	220005	Acauã	PI	6749	0,5368	38,835383	6.066,33	10.000,00
88	220157	Belém do Piauí	PI	3284	0,5477	30,5420219	2.644,00	5.000,00
89	220173	Betânia do Piauí	PI	6015	0,4971	45,5860349	6.923,67	10.000,00
90	220198	Brejo do Piauí	PI	3850	0,5464	36,3636364	5.463,00	5.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	IDH-M	População extrema pobreza %	Piso Fixo	Incentivo
91	220205	Cabeceiras do Piauí	PI	9928	0,5254	33,2091056	10.847,33	10.000,00
92	220211	Campo Alegre do Fidalgo	PI	4693	0,5287	43,2985297	4.355,00	5.000,00
93	220217	Campo Largo do Piauí	PI	6803	0,5101	42,2901661	6.727,33	10.000,00
94	220253	Caraúbas do Piauí	PI	5525	0,4864	48,5248869	5.714,33	10.000,00
95	220265	Caxingó	PI	5039	0,4995	40,8017464	5.269,33	10.000,00
96	220270	Cocal	PI	26036	0,5403	40,1866646	26.354,67	20.000,00
97	220272	Cocal dos Alves	PI	5572	0,5088	46,3029433	5.968,33	10.000,00
98	220327	Curral Novo do Piauí	PI	4869	0,5378	36,7631957	4.217,67	5.000,00
99	220342	Domingos Mourão	PI	4264	0,5463	32,9971857	4.468,33	5.000,00
100	220385	Floresta do Piauí	PI	2482	0,5119	28,203062	2.595,00	5.000,00
101	220400	Francinópolis	PI	5235	0,5492	39,5033429	5.437,00	10.000,00
102	220415	Francisco Macedo	PI	2879	0,5453	22,8204238	2.553,33	5.000,00
103	220435	Geminiano	PI	5475	0,5423	23,6712329	5.396,00	10.000,00
104	220455	Guaribas	PI	4401	0,4782	48,8525335	4.711,00	5.000,00
105	220540	Joaquim Pires	PI	13817	0,5261	47,8251429	13.915,33	15.000,00
106	220545	Joca Marques	PI	5100	0,5236	39,5490196	4.873,00	10.000,00
107	220551	Juazeiro do Piauí	PI	4757	0,5390	29,7035947	4.675,33	5.000,00
108	220553	Jurema	PI	4517	0,5424	39,6059331	4.360,33	5.000,00
109	220557	Lagoa de São Francisco	PI	6422	0,5368	43,3354095	6.862,67	10.000,00
110	220556	Lagoa do Barro do Piauí	PI	4523	0,5473	47,6453681	5.181,33	5.000,00
111	220585	Madeiro	PI	7816	0,5263	45,035824	7.820,67	10.000,00
112	220605	Massapê do Piauí	PI	6220	0,5039	36,4308682	6.715,67	10.000,00
113	220610	Matias Olímpio	PI	10473	0,5434	37,0953881	11.007,33	15.000,00
114	220620	Miguel Alves	PI	32289	0,5402	41,7355756	32.813,33	20.000,00
115	220635	Milton Brandão	PI	6769	0,4937	44,8810755	8.181,67	10.000,00
116	220667	Morro do Chapéu do Piauí	PI	6499	0,5189	33,2974304	7.599,00	10.000,00
117	220669	Murici dos Portelas	PI	8464	0,4945	48,2159735	6.932,33	10.000,00
118	220680	Nossa Senhora dos Remédios	PI	8206	0,5227	36,4245674	8.357,33	10.000,00
119	220795	Nova Santa Rita	PI	4187	0,5404	46,2861237	4.647,33	5.000,00
120	220695	Novo Santo Antônio	PI	3260	0,5087	41,809816	3.010,33	5.000,00
121	220720	Padre Marcos	PI	6657	0,5392	32,1616344	7.829,67	10.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	IDH-M	População extrema pobreza %	Piso Fixo	Incentivo
122	220755	Paquetá	PI	4147	0,5287	28,4543043	4.626,67	5.000,00
123	220850	Porto	PI	11897	0,5284	33,6807599	11.821,00	15.000,00
124	220865	Queimada Nova	PI	8553	0,5314	38,4660353	9.562,67	10.000,00
125	220887	Ribeira do Piauí	PI	4263	0,5295	42,7398546	4.211,33	5.000,00
126	220965	São Francisco de Assis do Piauí	PI	5567	0,5195	50,2784264	4.928,33	10.000,00
127	220990	São João da Serra	PI	6157	0,5486	35,4230957	6.563,67	10.000,00
128	220997	São João do Arraial	PI	7336	0,5281	40,7988004	7.284,67	10.000,00
129	221005	São José do Divino	PI	5148	0,5434	24,3006993	5.650,33	10.000,00
130	221037	São Luis do Piauí	PI	2561	0,5443	40,1015228	2.654,00	5.000,00
131	221040	São Miguel do Tapuio	PI	18134	0,5397	42,5113047	19.755,33	15.000,00
132	221095	Tamboril do Piauí	PI	2753	0,5497	37,3774065	2.443,33	5.000,00
133	221135	Várzea Branca	PI	4913	0,5495	44,10747	6.042,00	5.000,00
134	221150	Vera Mendes	PI	2986	0,5153	46,8184863	3.133,00	5.000,00
135	221170	Wall Ferraz	PI	4280	0,5356	35,1635514	4.399,00	5.000,00
136	241475	Venha-Ver	RN	3821	0,5442	34,4412457	3.638,57	5.000,00
137	280070	Brejo Santo	SE	7742	0,5495	34,009299	8.797,08	10.000,00
138	280540	Poço Redondo	SE	30880	0,5356	40,7512953	36.016,16	20.000,00
Total								1.715.000,00

Crerios utilizados para clculo do incentivo para as aes de esquistossomose e geohelmintases:

Com base no estrato populacional dos municpios:

- At 5.000 hab. = R\$ 5.000,00;
- De 5.000 a 10.000 hab. = R\$ 10.000,00;
- De 10.000 hab. a 25.000 hab. = R\$ 15.000,00;
- De 25.000 a 35.000 hab. = R\$ 20.000,00;
- De 35.000 hab. a 50.000 hab. = R\$ 25.000,00;
- Acima de 50.000 = R\$ 30.000,00.

ANEXO V

Municípios prioritários para ações de esquistossomose e geohelmintíases

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	Prev. Esq. %	Prev. Geo. %	Piso Fixo	Incentivo
1	270700	Pindoba	AL	2.866	19,63	18,55	2.869,31	5.000,00
2	270390	Jundiá	AL	4.202	19,66	19,86	4.448,24	5.000,00
3	270270	Feliz Deserto	AL	4.345	12,68	27,64	4.741,62	5.000,00
4	270135	Campestre	AL	6.598	28,88	21,52	5.263,87	10.000,00
5	270350	Jacuipe	AL	6.997	18,78	16,15	8.097,62	10.000,00
6	270190	Chã Preta	AL	7.146	11,53	11,64	8.355,28	10.000,00
7	270110	Branquinha	AL	10.583	16,67	31,94	14.566,28	10.000,00
8	270810	Santana do Mundaú	AL	10.961	25,98	15,14	12.747,99	10.000,00
9	270644	Paripueira	AL	11.347	10,06	23,23	14.729,08	10.000,00
10	270760	Quebrangulo	AL	11.480	12,14	13,60	13.621,57	10.000,00
11	270560	Novo Lino	AL	12.060	18,07	21,09	10.362,16	10.000,00
12	270280	Flexeiras	AL	12.325	21,10	18,79	13.467,37	10.000,00
13	270050	Barra de Santo Antônio	AL	14.230	10,84	26,36	20.092,40	10.000,00
14	270300	Ibateguara	AL	15.149	14,26	21,90	16.767,40	15.000,00
15	270520	Messias	AL	15.682	12,09	24,28	20.303,76	15.000,00
16	270170	Capela	AL	17.077	24,00	21,99	20.544,52	15.000,00
17	270680	Piaçabuçu	AL	17.203	19,59	33,19	20.277,68	15.000,00
18	270410	Lagoa da Canoa	AL	18.250	10,64	14,21	24.008,88	15.000,00
19	270910	Taquarana	AL	19.020	10,00	12,10	19.480,48	15.000,00
20	270750	Porto Real do Colégio	AL	19.334	12,27	27,21	20.972,11	15.000,00
21	270210	Colônia Leopoldina	AL	20.019	14,96	21,56	20.531,96	15.000,00
22	270130	Cajueiro	AL	20.409	30,88	26,97	21.686,11	15.000,00
23	270260	Feira Grande	AL	21.321	14,35	12,72	25.033,51	15.000,00
24	270380	Joaquim Gomes	AL	22.575	13,94	24,43	22.585,39	15.000,00
25	270830	São José da Laje	AL	22.686	19,71	19,80	23.385,36	15.000,00
26	270320	Igreja Nova	AL	23.292	16,44	30,79	25.461,10	15.000,00
27	270940	Viçosa	AL	25.407	10,06	16,99	30.959,77	20.000,00
28	270550	Murici	AL	26.710	10,45	20,33	25.702,87	20.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	Prev. Esq.%	Prev. Geo.%	Piso Fixo	Incentivo
29	270880	São Sebastião	AL	32.010	10,79	31,09	35.313,56	20.000,00
30	270850	São Luís do Quitunde	AL	32.412	18,33	24,45	32.662,22	20.000,00
31	270290	Girau do Ponciano	AL	36.600	10,00	15,81	35.645,98	25.000,00
32	270040	Atalaia	AL	44.322	20,30	25,40	48.873,24	25.000,00
33	270470	Marechal Deodoro	AL	45.977	10,00	18,42	62.452,76	25.000,00
34	270230	Coruripe	AL	52.130	10,00	21,55	57.617,80	30.000,00
35	270930	União dos Palmares	AL	62.358	13,04	20,72	81.602,28	30.000,00
36	270770	Rio Largo	AL	68.481	11,09	20,94	107.078,52	30.000,00
37	290060	Aiquara	BA	4.602	11,31	23,87	5.968,58	5.000,00
38	290950	Cravolândia	BA	5.041	13,62	11,85	6.360,47	10.000,00
39	290310	Barra do Rocha	BA	6.313	19,84	50,10	6.524,13	10.000,00
40	292410	Pedrao	BA	6.876	16,85	16,26	8.457,99	10.000,00
41	293140	Teodoro Sampaio	BA	7.895	11,96	21,24	9.398,76	10.000,00
42	290230	Aratuípe	BA	8.599	13,18	21,95	9.821,83	10.000,00
43	293317	Varzedo	BA	9.109	10,00	15,32	10.522,11	10.000,00
44	292790	Santa Inês	BA	10.363	14,58	11,67	12.027,34	10.000,00
45	291000	Dário Meira	BA	12.836	13,89	16,18	13.728,51	10.000,00
46	291520	Itagibá	BA	15.193	10,29	12,34	18.470,20	15.000,00
47	290340	Belmonte	BA	21.798	36,55	26,68	25.109,01	15.000,00
48	291180	Guaratinga	BA	22.165	13,13	38,81	25.562,13	15.000,00
49	290860	Conde	BA	23.620	13,11	22,56	25.791,48	15.000,00
50	292250	Nazaré	BA	27.274	11,88	14,40	30.535,39	20.000,00
51	291050	Entre Rios	BA	39.872	10,29	11,94	45.116,72	25.000,00
52	292860	Santo Amaro	BA	57.800	10,00	15,03	65.004,19	30.000,00
53	320316	Laranja da Terra	ES	10.826	10,70	17,55	9.903,95	10.000,00
54	320160	Conceição da Barra	ES	28.449	17,78	13,33	29.950,96	20.000,00
55	320280	Itapemirim	ES	30.988	38,80	45,34	52.092,77	20.000,00
56	211178	Serrano do Maranhão	MA	10.940	16,68	27,35	11.311,07	10.000,00
57	210083	Apicum-Açu	MA	14.959	18,99	25,21	18.169,98	10.000,00
58	210130	Bacuri	MA	16.604	18,27	17,54	23.595,06	15.000,00
59	210370	Cururupu	MA	32.652	12,21	46,31	54.317,53	20.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	Prev. Esq.%	Prev. Geo.%	Piso Fixo	Incentivo
60	314420	Nacip Raydan	MG	3.154	11,84	11,92	2.896,79	5.000,00
61	312695	Frei Lagonegro	MG	3.329	25,77	18,28	3.317,72	5.000,00
62	316300	São José da Safira	MG	4.075	17,57	13,45	3.880,24	5.000,00
63	311205	Cantagalo	MG	4.195	15,36	14,41	3.929,99	5.000,00
64	316650	Serra Azul de Minas	MG	4.220	14,15	11,63	4.262,91	5.000,00
65	310445	Aricanduva	MG	4.770	15,07	11,49	4.842,65	5.000,00
66	315810	Santa Maria do Salto	MG	5.284	47,24	21,21	5.684,51	10.000,00
67	316410	São Pedro do Suaçuí	MG	5.570	13,44	16,61	5.686,43	10.000,00
68	312680	Frei Gaspar	MG	5.879	11,27	13,79	6.305,39	10.000,00
69	312750	Gonzaga	MG	5.921	17,78	20,57	5.532,40	10.000,00
70	315520	Rio Espera	MG	6.070	10,03	15,69	6.460,37	10.000,00
71	314055	Mata Verde	MG	7.874	16,80	12,53	7.530,86	10.000,00
72	310270	Cachoeira de Pajeú	MG	8.959	10,00	11,62	9.040,50	10.000,00
73	316450	S.Sebastião do Maranhão	MG	10.647	15,36	15,40	11.539,31	10.000,00
74	316555	Setubinha	MG	10.885	18,89	19,50	10.889,74	10.000,00
75	316030	Santo Antônio do Jacinto	MG	11.775	10,84	17,81	11.294,07	10.000,00
76	313470	Jacinto	MG	12.134	11,44	11,87	12.298,91	10.000,00
77	315600	Rio Vermelho	MG	13.645	18,12	10,99	14.650,39	10.000,00
78	313115	Ipaba	MG	16.708	10,00	13,62	18.791,35	15.000,00
79	313700	Ladainha	MG	16.994	20,22	16,82	16.341,78	15.000,00
80	313920	Malacacheta	MG	18.776	54,83	24,44	17.884,80	15.000,00
81	311300	Caraí	MG	22.343	16,78	10,68	21.312,62	15.000,00
82	314870	Pedra Azul	MG	23.839	15,22	11,24	24.907,78	15.000,00
83	250060	Alhandra	PB	18.007	11,29	16,63	14.254,49	15.000,00
84	260920	Maraial	PE	12.230	10,25	12,20	13.388,38	10.000,00
85	260480	Cortês	PE	12.452	15,76	10,99	10.072,32	10.000,00
86	261650	Xexéu	PE	14.093	10,18	10,11	12.181,59	10.000,00
87	261485	Tamandaré	PE	20.715	17,39	10,89	25.349,33	15.000,00
88	260810	João Alfredo	PE	30.743	30,96	12,79	22.705,00	20.000,00
89	260765	Itambé	PE	35.398	11,39	14,87	31.412,83	25.000,00
90	260420	Catende	PE	37.820	12,25	12,82	26.790,76	25.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	Prev. Esq.%	Prev. Geo.%	Piso Fixo	Incentivo
91	260140	Barreiros	PE	40.732	11,01	10,88	37.763,46	25.000,00
92	260290	Cabo de Santo Agostinho	PE	185.025	15,07	10,63	250.428,56	30.000,00
93	240140	Baía Formosa	RN	8.573	12,04	11,59	9.885,10	10.000,00
94	240895	Rio do Fogo	RN	10.059	10,00	12,04	12.271,73	10.000,00
95	280250	General Maynard	SE	2.929	14,03	12,62	3.051,32	5.000,00
96	280690	São Francisco	SE	3.393	16,56	17,69	3.287,16	5.000,00
97	280650	Santa Rosa de Lima	SE	3.749	27,46	21,68	4.523,96	5.000,00
98	280200	Divina Pastora	SE	4.326	19,71	22,18	4.467,16	5.000,00
99	280640	Santana do São Francisco	SE	7.038	10,23	15,96	7.416,88	10.000,00
100	280070	Brejo Grande	SE	7.742	19,28	28,65	8.797,08	10.000,00
101	280720	Siriri	SE	8.004	22,05	15,72	8.737,16	10.000,00
102	280270	Ilha das Flores	SE	8.348	30,30	40,48	10.524,36	10.000,00
103	280530	Pirambu	SE	8.369	10,46	15,30	10.372,68	10.000,00
104	280510	Pedrinhas	SE	8.833	14,06	16,79	9.790,24	10.000,00
105	280610	Rosário do Catete	SE	9.221	19,30	12,39	9.585,08	10.000,00
106	280590	Riachuelo	SE	9.355	23,73	18,80	10.453,80	10.000,00
107	280680	São Domingos	SE	10.271	12,79	12,65	12.034,40	10.000,00
108	280040	Araúá	SE	10.878	14,52	18,07	13.206,12	10.000,00
109	280750	Tomar do Geru	SE	12.855	17,70	16,34	16.704,04	10.000,00
110	280340	Japoatã	SE	12.938	19,58	18,90	17.266,24	10.000,00
111	280630	Santa Luzia do Itanhy	SE	12.969	19,23	23,28	17.445,60	10.000,00
112	280490	Pacatuba	SE	13.137	11,59	22,23	13.971,24	10.000,00
113	280280	Indiaroba	SE	15.831	14,64	15,46	17.348,40	15.000,00
114	280400	Maruim	SE	16.343	31,10	16,70	18.573,96	15.000,00
115	280330	Japaratuba	SE	16.864	11,96	18,01	18.472,08	15.000,00
116	280440	Neópolis	SE	18.506	19,55	22,72	23.782,80	15.000,00
117	280760	Umbaúba	SE	22.434	19,29	14,97	25.556,52	15.000,00
118	280360	Laranjeiras	SE	26.902	17,69	17,35	34.521,36	20.000,00
119	280570	Propriá	SE	28.451	12,08	11,76	33.608,80	20.000,00
120	280320	Itaporanga d'Ajuda	SE	30.419	19,19	16,76	37.174,88	20.000,00
121	280130	Capela	SE	30.761	12,65	16,82	32.498,64	20.000,00

Nº	Código IBGE	Município	UF	População	Prev. Esq.%	Prev. Geo.%	Piso Fixo	Incentivo
122	280300	Itabaianinha	SE	38.910	15,48	24,38	45.123,44	25.000,00
123	280390	Malhador	SE	12.757	11,93	10	14.506,60	15.000,00
124	280050	Areia Branca	SE	18.469	14,4	10	20.390,40	15.000,00
125	280620	Salgado	SE	20.716	14,66	10	23.587,04	15.000,00
126	280580	Riachão do Dantas	SE	21.082	12,55	12,94	24.239,24	15.000,00
127	280670	São Cristóvão	SE	79.189	28,73	23,19	93.914,20	30.000,00
128	280480	Nossa Senhora do Socorro	SE	186.216	13,13	10,26	217.617,12	30.000,00
Total								1.770.000,00

Crerérios utilizados para cálculo do incentivo para as ações de esquistossomose e geohelmintíases:

Com base no estrato populacional dos municípios:

- Até 5.000 hab. = R\$ 5.000,00;
- De 5.000 a 10.000 hab. = R\$ 10.000,00;
- De 10.000 hab. a 25.000 hab. = R\$ 15.000,00;
- De 25.000 a 35.000 hab. = R\$ 20.000,00;
- De 35.000 hab. a 50.000 hab. = R\$ 25.000,00;
- Acima de 50.000 = R\$ 30.000,00.

ANEXO VI

Municípios prioritários para ações de tracoma

CODIGO IBGE	MUNICÍPIO	UF	POP PEP	PREV. (%)	POP. TOTAL	Valor Município	Valor SES
120013	Bujari	AC	1.625	16,42	8.372	8.000,00	
120035	Marechal Thaumaturgo	AC	6.849	12,62	14.111	16.000,00	
120040	Rio Branco	AC	22.271	11,7	319.825	40.000,00	
120043	Santa Rosa do Purus	AC	2.652	18,84	4.573	4.000,00	
AC							40.000,00
270255	Estrela de Alagoas	AL	5.884	10,2	16.984	16.000,00	
270320	Igreja Nova	AL	8.197		22.812	16.000,00	
270330	Inhapi	AL	8.100	10,96	20.298	16.000,00	
270550	Murici	AL			21.225	16.000,00	
270630	Palmeira dos Índios	AL	13.983	10,71	69.970	32.000,00	
270720	Poço das Trincheiras	AL	6.923	10,98	14.698	16.000,00	
270770	Rio Largo	AL			69.817	32.000,00	
270840	São José da Tapera	AL	13.383	13,83	27.690	20.000,00	
270920	Traipu	AL	12.568	10,14	24.087	16.000,00	
AL							65.000,00
130080	Borba	AM	16.183	17,13	33.923	20.000,00	
130380	São Gabriel da Cachoeira	AM	16.468	10,18	36.639	24.000,00	
AM							40.000,00
160025	Itaubal	AP	1.439	9,8	4.026	4.000,00	
AP							40.000,00
290035	Adustina	BA	5.496		15.702	16.000,00	
290160	Antas	BA	4.204		17.072	16.000,00	
290210	Araci	BA	20.192		51.651	32.000,00	
290265	Banzaê	BA	3.257		11.814	16.000,00	
290280	Barra da Estiva	BA	5.548	9,62	30.538	20.000,00	
290327	Barrocas	BA			14.191	16.000,00	
290360	Biritinga	BA	4.761	14,49	14.652	16.000,00	
290640	Candeal	BA	1.645		8.895	8.000,00	
290680	Cansanção	BA	12.348		32.908	20.000,00	

CODIGO IBGE	MUNICÍPIO	UF	POP PEP	PREV. (%)	POP. TOTAL	Valor Município	Valor SES
290682	Canudos	BA	4.157		15.732	16.000,00	
290685	Capela do Alto Alegre	BA	2.724		11.527	16.000,00	
290780	Cícero Dantas	BA	6.695		32.300	20.000,00	
290790	Cipó	BA	3.992		15.755	16.000,00	
290840	Conceição do Coité	BA	10.896		62.040	32.000,00	
290970	Cristópolis	BA	4.288	13,21	12.666	16.000,00	
291070	Euclides da Cunha	BA	15.983		56.289	32.000,00	
291075	Fátima	BA	5.029		17.652	16.000,00	
291125	Gavião	BA	551		4.561	4.000,00	
291130	Gentio do Ouro	BA	3.744	15,25	9.395	8.000,00	
291185	Heliópolis	BA	3.790		13.192	16.000,00	
291310	Ibititá	BA	5.535	14,92	18.430	16.000,00	
291330	Ichu	BA	922		5.255	8.000,00	
291650	Itapicuru	BA	11.666	12,68	29.404	20.000,00	
291910	Lamarão	BA	2.983		9.560	8.000,00	
292140	Mirangaba	BA	5.851	10,67	13.930	16.000,00	
292150	Monte Santo	BA	20.728		52.338	32.000,00	
292265	Nordestina	BA	4.646	10,53	13.907	16.000,00	
292273	Nova Fátima	BA	1.150		7.602	8.000,00	
292290	Nova Soure	BA	8.257		24.136	16.000,00	
292305	Novo Triunfo	BA	4.053		15.051	16.000,00	
292310	Olindina	BA	9.406		24.943	16.000,00	
292380	Paripiranga	BA	8.481		27.778	20.000,00	
292405	Pé de Serra	BA	2.993		13.752	16.000,00	
292580	Queimadas	BA	6.406		24.602	16.000,00	
292590	Quijingue	BA	10.271		27.228	20.000,00	
292610	Retirolândia	BA	2.196		12.055	16.000,00	
292630	Riachão do Jacuípe	BA	5.572		33.172	20.000,00	
292650	Ribeira do Amparo	BA	5.697		14.276	16.000,00	
292660	Ribeira do Pombal	BA	9.514		47.518	24.000,00	
292800	Santaluz	BA	7.696	13,59	31.225	20.000,00	
292895	São Domingos	BA	1.064		9.226	8.000,00	

CODIGO IBGE	MUNICÍPIO	UF	POP PEP	PREV. (%)	POP. TOTAL	Valor Município	Valor SES
293050	Serrinha	BA	13.509	12,45	76.226	40.000,00	
293150	Teofilândia	BA	5.943		21.482	16.000,00	
293190	Tucano	BA	15.529	19,32	54.620	32.000,00	
293200	Uauá	BA	6.928		24.294	16.000,00	
293300	Valente	BA	2.229		24.560	16.000,00	
BA							128.000,00
230020	Acaraú	CE	18.365	14,44	51.915	32.000,00	
230050	Alcântaras	CE	2.469	11,18	10.349	16.000,00	
230120	Aracoiaba	CE	6.662	18,48	25.387	20.000,00	
230130	Araripe	CE	8.406		20.685	16.000,00	
230160	Assaré	CE	7.046		22.445	16.000,00	
230170	Aurora	CE	6.772	13,33	25.813	20.000,00	
230190	Barbalha	CE	7.175		55.323	32.000,00	
230230	Bela Cruz	CE	10.773	9,89	30.393	20.000,00	
230250	Brejo Santo	CE	6.941	20,69	42.534	24.000,00	
230260	Camocim	CE	17.154	13,58	59.201	32.000,00	
230270	Campos Sales	CE	7.693		26.506	20.000,00	
230340	Carnaubal	CE	5.568		16.746	16.000,00	
230360	Catarina	CE	4.289	11,48	18.622	16.000,00	
230410	Crateús	CE	16.421	14,55	74.506	40.000,00	
230420	Crato	CE	13.412		121.428	40.000,00	
230423	Croatá	CE	7.796		17.069	16.000,00	
230470	Granja	CE	25.002	25,93	54.424	32.000,00	
230500	Guaraciaba do Norte	CE	10.009		37.775	24.000,00	
230520	Hidrolândia	CE	5.555	13,13	17.505	16.000,00	
230530	Ibiapina	CE	5.351	10,95	23.967	16.000,00	
230535	Icapuí	CE	3.646	10,17	18.083	16.000,00	
230590	Ipueiras	CE	15.032	29,31	40.871	24.000,00	
230710	Jardim	CE	7.995		26.688	20.000,00	
230730	Juazeiro do Norte	CE	24.099		249.939	40.000,00	
230760	Limoeiro do Norte	CE	5.897	16,16	56.358	32.000,00	
230765	Maracanau	CE	14.738	12,12	198.943	40.000,00	

CODIGO IBGE	MUNICÍPIO	UF	POP PEP	PREV. (%)	POP. TOTAL	Valor Município	Valor SES
230840	Missão Velha	CE	7.765		34.274	20.000,00	
230870	Morada Nova	CE	14.673	11,94	69.069	32.000,00	
230920	Nova Olinda	CE	3.967		14.256	16.000,00	
230940	Novo Oriente	CE	11.341	28,81	25.414	20.000,00	
231030	Parambu	CE	9.964	15,87	34.193	20.000,00	
231080	Pereiro	CE	6.017	17,14	15.593	16.000,00	
231095	Pires Ferreira	CE	3.554	20	8.643	8.000,00	
231110	Porteiras	CE	4.440	10,18	16.192	16.000,00	
231120	Potengi	CE	3.463		10.276	16.000,00	
231195	Salitre	CE	5.699		15.453	16.000,00	
231220	Santa Quitéria	CE	14.503	10,32	43.995	24.000,00	
231210	Santana do Cariri	CE	6.789		17.170	16.000,00	
231230	São Benedito	CE	10.999	18,33	42.611	24.000,00	
231280	Senador Sá	CE	2.331	13,16	5.971	8.000,00	
231290	Sobral	CE	22.290	10	178.916	40.000,00	
231320	Tamboril	CE	9.365	13,85	25.727	20.000,00	
231340	Tianguá	CE	12.410		68.892	32.000,00	
231360	Ubajara	CE	5.263		31.787	20.000,00	
231395	Varjota	CE	4.180	18,52	19.253	16.000,00	
231410	Viçosa do Ceará	CE	22.043	24,39	49.307	24.000,00	
CE							128.000,00
320160	Conceição da Barra	ES	2.514	11,76	30.078	20.000,00	
320280	Itapemirim	ES			33.448	20.000,00	
320450	Santa Leopoldina	ES	1.160	10,17	13.604	16.000,00	
ES							40.000,00
520530	Cavalcante	GO	2.789	24,14	9.996	8.000,00	
521270	Mambai	GO	1.283	9,76	5.598	8.000,00	
521490	Nova Roma	GO	480	15,08	2.869	4.000,00	
521830	Posse	GO	3.258	64	28.273	20.000,00	
GO							40.000,00
210030	Aldeias Altas	MA	10.222	11,11	23.952	16.000,00	
210095	Arame	MA	15.565	26,23	31.322	20.000,00	

CODIGO IBGE	MUNICÍPIO	UF	POP PEP	PREV. (%)	POP. TOTAL	Valor Município	Valor SES
210203	Bom Jesus das Selvas	MA	11.252	32,05	27.487	20.000,00	
MA							40.000,00
310470	Ataléia	MG	2.106		15.776	16.000,00	
313505	Jaíba	MG	3.806	21,19	35.284	24.000,00	
MG							40.000,00
510260	Campinápolis	MT	7.263	16,31	12.930	16.000,00	
MT							40.000,00
150040	Alenquer	PA	20.925	17,15	51.326	32.000,00	
150090	Augusto Corrêa	PA	20.524	14,47	40.469	24.000,00	
150120	Baião	PA	10.011	14,4	16.313	16.000,00	
150145	Belterra	PA	5.455	12,79	16.313	16.000,00	
150210	Cametá	PA	43.653	24,42	120.897	40.000,00	
150290	Curuçá	PA	11.302	13,04	33.358	20.000,00	
150310	Gurupá	PA	10.609	12,63	29.017	20.000,00	
150330	Igarapé-Miri	PA	19.864	22,09	57.640	32.000,00	
150390	Juruti	PA	15.111	18,56	46.560	24.000,00	
150400	Limoeiro do Ajuru	PA	11.299	11,11	25.005	20.000,00	
150470	Moju	PA	19.690	14,81	68.070	32.000,00	
150600	Prainha	PA	12.898	30	28.950	20.000,00	
150655	Santa Luzia do Pará	PA	6.366	13,56	19.403	16.000,00	
150720	São Domingos do Capim	PA	12.757	12,73	29.802	20.000,00	
PA							65.000,00
250150	Bananeiras	PB	7.260	10,99	20.660	16.000,00	
251274	Riachão	PB	1.088	10,61	3.094	4.000,00	
PB							40.000,00
260050	Águas Belas	PE	15.147		40.235	24.000,00	
260110	Araripina	PE	18.558		77.302	40.000,00	
260200	Bodocó	PE	11.190		35.158	24.000,00	
260280	Buíque	PE	22.724		52.105	32.000,00	
260530	Exu	PE	11.012		31.636	20.000,00	
260630	Granito	PE	2.047		6.855	8.000,00	
260730	Ipubi	PE	7.608		28.120	20.000,00	

CODIGO IBGE	MUNICÍPIO	UF	POP PEP	PREV. (%)	POP. TOTAL	Valor Município	Valor SES
260750	Itaíba	PE	10.161		26.256	20.000,00	
261430	Moreilândia	PE	3.741		11.132	16.000,00	
260990	Ouricuri	PE	19.414		64.358	32.000,00	
261080	Pedra	PE	6.090		20.944	16.000,00	
261090	Pesqueira	PE	14.456	17,74	57.808	32.000,00	
261120	Poção	PE	4.343	12,21	12.532	16.000,00	
261245	Santa Cruz	PE	5.300		13.594	16.000,00	
261255	Santa Filomena	PE	5.421		13.371	16.000,00	
261330	São Joaquim do Monte	PE	6.002	9,8	22.011	16.000,00	
261410	Sertânia	PE	6.744	9,68	31.780	20.000,00	
261560	Trindade	PE	4.340		26.116	20.000,00	
261580	Tupanatinga	PE	11.289		24.425	16.000,00	
261600	Venturosa	PE	4.106		16.052	16.000,00	
PE							80.000,00
220455	Guaribas	PI	2.150	16,95	4.634	4.000,00	
220660	Monte Alegre do Piauí	PI	3.775	19,35	10.894	16.000,00	
220850	Porto	PI	4.007	11,11	11.474	16.000,00	
PI							40.000,00
410305	Boa Vista da Aparecida	PR	539	9,86	6.768	8.000,00	
410520	Cerro Azul	PR	2.526	14,58	16.588	16.000,00	
412125	Ramilândia	PR	362	14,58	3.998	4.000,00	
412215	Rio Bonito do Iguaçu	PR	2.177	10	20.961	16.000,00	
PR							40.000,00
240160	Bento Fernandes	RN	1.261	10,17	4.920	4.000,00	
240190	Caiçara do Rio do Vento	RN	693	11,54	3.079	4.000,00	
240220	Canguaretama	RN	6.896	10,97	30.494	20.000,00	
240450	Guamaré	RN	1.836	13,79	9.910	8.000,00	
240630	Lagoa de Pedras	RN	2.153	10,29	7.541	8.000,00	
241440	Touros	RN	7.642	14,41	33.546	20.000,00	
RN							65.000,00
110037	Alto Alegre dos Parecis	RO	2.505	16,43	12.819	16.000,00	
110013	Machadinho d'Oeste	RO	5.509	10,32	30.700	20.000,00	

CODIGO IBGE	MUNICÍPIO	UF	POP PEP	PREV. (%)	POP. TOTAL	Valor Município	Valor SES
110130	Mirante da Serra	RO	1.367	13,76	11.804	16.000,00	
110149	São Francisco do Guaporé	RO	2.071	11,62	16.012	16.000,00	
RO							40.000,00
140010	Boa Vista	RR	17.377	27,83	277.684	40.000,00	
140015	Bonfim	RR	4.206	12,56	10.819	16.000,00	
RR							40.000,00
430400	Campo Novo	RS	451	15,79	6.300	8.000,00	
430781	Estrela Velha	RS	391	11,76	3.658	4.000,00	
431920	São Nicolau	RS	556	12,07	6.006	8.000,00	
432020	Seberi	RS	883	12,74	10.104	16.000,00	
RS							40.000,00
420445	Coronel Martins	SC	189	14	1.590	4.000,00	
420500	Dionísio Cerqueira	SC	987	10,2	14.702	16.000,00	
420555	Frei Rogério	SC	117	10,14	3.307	4.000,00	
420970	Lebon Régis	SC	790	9,83	12.429	16.000,00	
420980	Leoberto Leal	SC	180	10,34	3.292	4.000,00	
421105	Monte Carlo	SC	458	17,33	11.177	16.000,00	
421520	Romelândia	SC	341	11,41	4.247	4.000,00	
421680	São José do Cerrito	SC	897	16	9.369	8.000,00	
SC							65.000,00
280040	Araúá	SE	2.483	10,26	11.031	16.000,00	
280050	Areia Branca	SE			18.469	16.000,00	
280170	Cristinápolis	SE	4.452	9,72	17.102	16.000,00	
280320	Itaporanga d'Ajuda	SE	7.576		29.872	20.000,00	
280390	Malhador	SE			12.757	16.000,00	
280400	Maruim	SE			16.110	16.000,00	
280480	Nossa Senhora do Socorro	SE			186.216	40.000,00	
280580	Riachão do Dantas	SE	5.937	10,76	21.082	16.000,00	
280590	Riachuelo	SE			9.009	8.000,00	
280620	Salgado	SE			20.716	16.000,00	
280670	São Cristóvão	SE			79.189	40.000,00	
SE							65.000,00

CODIGO IBGE	MUNICÍPIO	UF	POP PEP	PREV. (%)	POP. TOTAL	Valor Município	Valor SES
351630	Francisco Morato	SP	10.137	15,54	176.153	40.000,00	
353780	Piedade	SP	1.971	10,31	55.707	32.000,00	
354450	Rubinéia	SP	99	12,12	2.862	4.000,00	
SP							40.000,00
170220	Araguatins	TO	6.440	10,17	31.232	20.000,00	
170380	Buriti do Tocantins	TO	2.022	11,3	9.767	8.000,00	
170384	Campos Lindos	TO	2.580	19,1	8.139	8.000,00	
170389	Carrasco Bonito	TO	855	30,2	3.687	4.000,00	
170510	Chapada da Natividade	TO	877	20,32	3.276	4.000,00	
170600	Couto de Magalhães	TO	1.028	9,68	5.009	8.000,00	
170740	Esperantina	TO	3.101	10	9.476	8.000,00	
171240	Lizarda	TO	1.801	24	3.731	4.000,00	
171270	Mateiros	TO	504	19,5	2.169	4.000,00	
171850	Recursolândia	TO	1.670	9,9	3.768	4.000,00	
171865	Rio da Conceição	TO	471	21,92	1.707	4.000,00	
171888	Santa Maria do Tocantins	TO	650	22,1	2.894	4.000,00	
172020	São Miguel do Tocantins	TO	2.174	10,4	10.490	16.000,00	
TO							65.000,00
Total						3.904.000,00	1.326.000,00

Parâmetro para definição de valor a ser repassado aos municípios	
POPULAÇÃO	R\$
Até 5.000	4.000,00
5 mil a 10 mil	8.000,00
10 mil a 25 mil	16.000,00
25 mil a 35 mil	20.000,00
35 mil a 50 mil	24.000,00
50 mil a 70 mil	32.000,00
Acima 70.000	40.000,00

Parâmetro para definição de valor a ser repassado aos Fundos Estaduais de Saúde		
Nº de municípios		R\$
Até 5 municípios		40.000,00
De 6 a 15 municípios		65.000,00
De 16 a 40 municípios		80.000,00
Acima de 40 municípios		128.000,00

Anexo B – Portaria Ministerial nº 3.206



MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 3.206, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2011

Autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo de qualificação das ações de hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíase para o ano de 2011, destinados à composição do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde dos Estados da Bahia (BA) e Paraíba (PB).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição; e

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências; e

Considerando a Portaria nº 2.556, de 28 de outubro de 2011, que institui no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, no ano de 2011, o incentivo financeiro para implantação, implementação e fortalecimento da vigilância epidemiológica da hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíases destinado aos Estados, Distrito Federal e Municípios e define normas relativas a este recurso, resolve:

Art. 1º Fica autorizado o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo de qualificação das ações de hanseníase e tracoma para o ano de 2011, na forma dos Anexos I – hanseníase e II – tracoma, destinados à composição do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde dos Estados da BA e PB, em acordo com as resoluções das Comissões Intergestores Bipartite encaminhadas.

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos em parcela única para os Fundos do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

Art. 3º Os créditos orçamentários, de que trata a presente Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.305.1444.20AL – Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Alexandre Rocha Santos Padilha

ANEXO I

Hanseníase

IBGE	UF	MUNICÍPIO	Valor
290270	BA	Barra	30.000,00
291180	BA	Guaratinga	30.000,00
292600	BA	Remanso	30.000,00
292840	BA	Santa Rita de Cássia	30.000,00
293020	BA	Sento Sé	30.000,00
293077	BA	Sobradinho	30.000,00
TOTAL			180.000,00

ANEXO II

Geohelmintíase

IBGE	UF	MUNICÍPIO	Valor
251720	PB	Vieirópolis	10.000,00
250375	PB	Cajazeirinhas	5.000,00
TOTAL			15.000,00

ANEXO III

Geohelmintíase/Esquistossomose

IBGE	UF	MUNICÍPIO	Valor
291050	BA	Entre Rios	25.000,00
TOTAL			25.000,00

ANEXO IV

Tracoma

IBGE	UF	MUNICÍPIO	Valor
290040	BA	Água Fria	16.000,00
292045	BA	Mansidão	16.000,00
291915	BA	Lapão	20.000,00
292890	BA	São Desidério	20.000,00
292840	BA	Santa Rita de Cássia	20.000,00
TOTAL			92.000,00

Anexo C – Portaria Ministerial nº 3.208



MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO PORTARIA Nº 3.208, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2011

Autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo de qualificação das ações de hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíase para o ano de 2011, destinados à composição do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde dos Estados do AC, AL, AM, AP, BA, CE, DF, ES, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RJ, RN, RO, RR, RS, SC, SE, SP e TO.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único, do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências; e

Considerando a Portaria nº 2.556, de 28 de outubro de 2011, que institui no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, no ano de 2011, o incentivo financeiro para implantação, implementação e fortalecimento da vigilância epidemiológica da hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíases destinado aos Estados, Distrito Federal e Municípios e define normas relativas a este recurso, resolve:

Art. 1º Fica autorizado o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo de qualificação das ações de hanseníase e tracoma para o ano de 2011, na forma dos Anexos I – hanseníase e II – tracoma, destinados à composição do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde dos Estados de AC, AL, AM, AP, BA, CE, DF, ES, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RJ, RN, RO, RR, RS, SC, SE, SP e TO, em acordo com as resoluções das Comissões Intergestores Bipartite encaminhadas.

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos em parcela única para os Fundos do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

Art. 3º Os créditos orçamentários, de que trata a presente Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.305.1444.20AL – Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Alexandre Rocha Santos Padilha

Anexo D – Portaria Ministerial nº 3.269



MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 3.269, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2011

Autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo de qualificação das ações de hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíase para o ano de 2011, destinados à composição do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde do Estado de Pernambuco.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências; e

Considerando a Portaria nº 2.556, de 28 de outubro de 2011, que institui no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, no ano de 2011, o incentivo financeiro para implantação, implementação e fortalecimento da vigilância epidemiológica da hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíase destinado aos Estados, Distrito Federal e Municípios e define normas relativas a este recurso, resolve:

Art. 1º Fica autorizado o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo de qualificação das ações de hanseníase e tracoma para o ano de 2011, na forma dos Anexos I – hanseníase e II – tracoma, destinados à composição do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde do Estado de Pernambuco, em acordo com as resoluções das Comissões Intergestores Bipartite encaminhadas.

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos, em parcela única, para os Fundos do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

Art. 3º Os créditos orçamentários, de que trata a presente Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.305.1444.20AL – Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Alexandre Rocha Santos Padilha

ANEXO I

Hanseníase

UF	CÓDIGO IBGE	MUNICÍPIO	INCENTIVO
PE	260100	Angelim	15.000,00
PE	260160	Belém de São Francisco	15.000,00
PE	260500	Cupira	15.000,00
PE	260570	Floresta	15.000,00
PE	260640	Gravatá	30.000,00
PE	260775	Itapissuma	30.000,00
PE	260875	Lagoa Grande	30.000,00
TOTAL PE			150.000,00

ANEXO II

Geohelmintíase

UF	CÓDIGO IBGE	MUNICÍPIO	INCENTIVO
PE	260460	Condado	15.000,00
PE	260470	Correntes	15.000,00
PE	260610	Glória do Goitá	20.000,00
TOTAL PE			50.000,00

ANEXO III

Esquistossomose

UF	CÓDIGO IBGE	MUNICÍPIO	INCENTIVO
PE	260220	Bom Jardim	25.000,00
PE	260940	Moreno	30.000,00
TOTAL PE			55.000,00

ANEXO IV

Geohelmintíase/Esquistossomose

UF	CÓDIGO IBGE	MUNICÍPIO	INCENTIVO
PE	260210	Bom Conselho	25.000,00
PE	260440	Chã de Alegria	15.000,00
PE	261290	São Benedito do Sul	15.000,00
PE	261640	Vitória de Santo Antão	30.000,00
TOTAL PE			85.000,00

ANEXO V

Tracoma

UF	CÓDIGO IBGE	MUNICÍPIO	INCENTIVO
PE	260030	Agrestina	16.000,00
PE	260130	Barra de Guabiraba	16.000,00
PE	260180	Betânia	16.000,00
PE	260230	Bonito	24.000,00
PE	260370	Canhotinho	16.000,00
PE	260490	Cumaru	16.000,00
PE	260550	Ferreiros	16.000,00
PE	260690	Igaraci	16.000,00
PE	260840	Jurema	16.000,00
PE	260880	Lajedo	20.000,00
PE	261000	Palmares	32.000,00
PE	261030	Paranatama	16.000,00
PE	261230	Saloá	16.000,00
PE	261620	Vertentes	16.000,00
TOTAL PE			252.000,00

Anexo E – Portaria Ministerial nº 3.270



MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 3.270, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2011

Autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo de qualificação das ações de hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíase, para o ano de 2011, destinados à composição do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde dos Estados da Paraíba (PB) e Pernambuco (PE).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências; e

Considerando a Portaria nº 2.556, de 28 de outubro de 2011, que institui no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, no ano de 2011, o incentivo financeiro para implantação, implementação e fortalecimento da vigilância epidemiológica da hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíase destinado aos Estados, Distrito Federal e Municípios e define normas relativas a este recurso, resolve:

Art. 1º Fica autorizado o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo de qualificação das ações de hanseníase e tracoma para o ano de 2011, na forma dos Anexos I – hanseníase e II – tracoma, destinados à composição do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde dos Estados da PB e PE, em acordo com as resoluções das Comissões Intergestores Bipartite encaminhadas.

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos, em parcela única, para os Fundos do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

Art. 3º Os créditos orçamentários, de que trata a presente Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.305.1444.20AL – Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Alexandre Rocha Santos Padilha

ANEXO I

Geohelmintíase

UF	IBGE	MUNICÍPIO	POP2010	R\$
PB	250375	Cajazeirinhas	3.033	5.000,00
PB	251720	Vieirópolis	5.045	10.000,00
PB	250720	Itatuba	10.201	15.000,00
PB	250535	Damião	4.900	5.000,00
TOTAL PB				35.000,00

ANEXO II

Esquistossomose

UF	IBGE	MUNICÍPIO	POP2010	R\$
PE	260040	Água Preta	33.095	20.000,00
TOTAL PE				20.000,00

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede,
1º andar, Ala Norte - CEP: 70.058-900 - Brasília - DF
Tels.: (61) 3315-3606 - 3213-8136





DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA