

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

JOSÉ HOLANDA DOS SANTOS NETO

PLANO DE INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E
ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ELIMINAÇÃO DA FILARIOSE
LINFÁTICA EM JABOATÃO DOS GUARARAPES – PE

RECIFE

2012

JOSÉ HOLANDA DOS SANTOS NETO

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA
PARA ELIMINAÇÃO DA FILARIOSE LINFÁTICA EM JABOATÃO DOS
GUARARAPES – PE**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Msc. Liliane Barbosa Amorim

RECIFE

2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Santos Neto, José Holanda dos.

Plano de Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária para Eliminação da Filariose Linfática em Jaboatão dos Guararapes - PE./ José de Holanda dos Santos Neto. Recife: J. H. dos Santos Neto, 2012.

31 p.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientador: Liliane Barbosa Amorim.

1. Filariose Linfática. 2. Eliminação. 3. Integração da Vigilância com Atenção Primária. I. Amorim, Liliane Barbosa. II. Título.

CDU xxxx

JOSÉ HOLANDA DOS SANTOS NETO

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA
PARA ELIMINAÇÃO DA FILARIOSE LINFÁTICA EM JABOATÃO DOS
GUARARAPES – PE**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 23/10/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Liliane Barbosa Amorim
CPqAM/Fiocruz/PE

Prof^ª Dr^a Solange Laurentino dos Santos
UFPE

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por todas as oportunidades no decorrer da minha vida.

Aos meus pais, Fernando e Nelza por todo incentivo e confiança por trilhar este árduo caminho que é a Saúde Pública.

A minha noiva Pollyana, pela companheira que é, pelo incentivo, apoio, amor, broncas enfim, por todos estes quase 06 anos de convivência.

Aos meus irmãos Pablo e Fernanda que contribuíram de alguma forma direta ou indireta a elaboração deste trabalho.

A minha orientadora Liliane, que teve a coragem de assumir este compromisso, me ajudando das várias formas para a elaboração deste trabalho.

Aos amigos do Centro de Vigilância Ambiental de Jabotão, em especial ao Núcleo de Esquistossomose e Filariose, pelo crédito que me foi dado durante todo este período em que estive com vocês.

Às Equipes de Saúde da Família de Alto da Colina, Baixa da Colina, Retiro e Quitandinha, pelo acolhimento, dedicação e amizade.

Aos companheiros de turma das mais variadas áreas, em especial a Gessyanne Paulino, pelas dicas, pelas orientações e repasse de toda bagagem que possui nesta caminhada pela Saúde Pública.

Ao Semente e Ive, pela dedicação e atenção a todos os alunos do curso.

A todos que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional a qual não foram citados.

SANTOS NETO, José Holanda dos. **Plano de Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária para Eliminação da Filariose Linfática em Jaboatão dos Guararapes - PE.** 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

A Filariose Linfática é uma doença que ao longo do tempo vem apresentando um decréscimo em relação ao número de pacientes positivos, tanto que em alguns estados brasileiros foi considerada erradicada. Porém na Região Metropolitana do Recife nos Municípios de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista ainda apresentam regiões com transmissão ativa focal. Sendo o Brasil um país signatário da proposta de erradicação e, a partir de 1997, algumas medidas foram tomadas nos ambientes endêmicos para a eliminação da doença até o ano de 2020. Devido a este plano, o município de Jaboatão dos Guararapes possui ações de controle da doença que tem os planos de ações localizados no Centro de Vigilância Ambiental, coordenando e supervisionando, por exemplo, o tratamento coletivo por Dietilcarbamazina em residentes nas áreas de transmissão ativa desde o ano de 2006, além da busca de pacientes por meio da hemoscopia por gota espessa em todo o seu território. Mesmo assim, algumas medidas ainda eram necessárias, como o controle do vetor que foi iniciado em 2011, como também o acompanhamento dos pacientes com morbidade. Porém, por Jaboatão dos Guararapes apresentar um território extenso e um número populacional elevado, estas medidas tornam-se quase que impossíveis de serem concluídas. Uma das ferramentas importantes para a realização destes trabalhos é a integração da própria Vigilância com a Atenção Básica e, o fato do Agente Comunitário de Saúde ser residente e profissional destas áreas que são consideradas de risco, torna mais consistente a realização de várias ações de combate a Filariose Linfática.

Palavras chaves: Filariose Linfática, eliminação, integração da vigilância com atenção primária.

SANTOS NETO, José de Holanda. **Plan Integration of Health Surveillance and Primary Attention for Elimination of Lymphatic Filariasis in Jaboatão Guararapes - PE.** 2012. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

The Lymphatic Filariasis is a disease that over time has shown a decrease in the number of positive patients, so that some Brazilian states was considered eradicated. But in the Metropolitan Region of Recife in the cities of Recife, Olinda, and Paulista Jaboatão Guararapes still have focal areas with active transmission. Since Brazil is a signatory of the proposed eradication since 1997, some measures taken environments endemic to their elimination by the year 2020. For this the Jaboatão Guararapes which owns shares of disease control that is located at the Center for Environmental Monitoring, coordinating and supervising, eg, treatment by collective Diethylcarbamazine residents in the areas of active transmission since the year 2006, seeks patients through hemoscopia by thick blood throughout your territory. Still, some measures were lacking as the vector control that in 2011 began its activities partially and monitoring of patients with morbidity. However, being Jaboatão Guararapes immense territorial and population, these measures become almost impossible to finish them. One of the important tools to perform these tasks is integrating itself with the Primary Surveillance, being the Community Health Agent and resident professional these areas considered at risk, becomes more consistent performing various actions against Lymphatic Filariasis.

Keywords: Lymphatic Filariasis, elimination, integration of surveillance with primary care

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Pacientes positivos para Filariose Linfática no Município de Jaboatão dos Guararapes por gota espessa entre os anos de 2004 a 2011.....	19
TABELA 2 – Inquérito realizado por Aggeu Magalhães entre 1999 e 2001.....	20
TABELA 3 – Resultado dos Tratamentos Coletivos do Município de Jaboatão dos Guararapes entre 2006 e 2011.....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Filariose Linfática	9
1.2 Vetor.....	10
1.3 Perfil Epidemiológico da Filariose Linfática.....	11
1.4 Situação das ações de controle no Brasil.....	11
1.5 Sistemas de Vigilância e Atenção.....	12
1.6 Programa de Controle da Filariose em Jaboatão dos Guararapes.....	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 HIPÓTESE	17
4 OBJETIVOS	18
4.1 Objetivo geral.....	18
4.2 Objetivos específicos.....	18
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
5.1 Estratégias	22
6 METAS	23
7 RESULTADOS ESPERADOS	24
8 ASPECTOS OPERACIONAIS	25
9 INSUMOS	26
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Filariose Linfática

A Filariose Linfática (FL) é uma doença de interesse à saúde pública, pois é endêmica em várias regiões tropicais, sendo estimada em 1 bilhão o número de pessoas que vivem em áreas com risco de contrair a infecção e atinge cerca de 120 milhões de indivíduos em 80 países, sendo potencialmente transmitida por espécies do gênero *Culex*, *Aedes*, *Anopheles* e *Mansonia* (WHO, 2011; FONTES, 2003). A FL é uma das maiores causas de incapacidades físicas permanentes ou de longo prazo, sendo cerca de 112 milhões o número de pessoas infectadas por *Wuchereria bancrofti* (Superfamília Filarioidea: Família Onchocercidae) em todo o mundo. O verme nematódeo se aloja nos vasos linfáticos e cuja transmissão homem a homem é feita através da picada do *C. quinquefasciatus*, vetor exclusivo do nemátoda nas Américas (WHO, 2011).

O ciclo biológico da *W. bancrofti* é do tipo heteroxênico, possuindo hospedeiro intermediário (mosquito) e definitivo (homem). O ciclo vetorial da filariose ocorre quando a fêmea realiza o repasto sanguíneo e ingere microfilárias, que são as formas jovens da *W. bancrofti*, presentes nos vasos periféricos do homem infectado. No mosquito, as microfilárias migram do trato digestivo para as glândulas salivares, onde atingem o estágio de larva infectante (L₃). Ao realizar novamente o repasto sanguíneo, as L₃ caem da probócite do inseto e penetram ativamente na pele do hospedeiro, através da lesão causada pela picada do mosquito, alcançam a corrente sanguínea e se alojam nos vasos linfáticos aferentes, onde se desenvolvem até a fase adulta. As microfilárias apresentam como uma característica singular a periodicidade (NAPIER, 1944). Durante o dia esses parasitos localizam-se nos capilares profundos, especialmente dos pulmões (DREYER; MEDEIROS, 1990). Quando macho e fêmea do nemátoda encontram-se no mesmo vaso linfático ocorre a fase reprodutiva. Os adultos podem permanecer vivos nos vasos linfáticos por cerca de 8 a 10 anos (DREYER, 1997; FONTES, 2003; REY, 1991).

1.2 Vetor

O mosquito *C. quinquefasciatus* é perfeitamente adaptado às áreas urbanas e semi-urbanas, cujo habitat preferencial são as águas poluídas. Este inseto possui hábitos domiciliares, proliferando-se, preferencialmente, em locais onde exista acúmulo de água com alto teor de matéria orgânica (fossas sépticas, canais, canaletas, tanques, poços, entre outros), ou seja, em áreas cujas condições sanitárias sejam precárias e o saneamento ambiental inadequado (ALBUQUERQUE, 1993; MOTT et al, 1990). *C. quinquefasciatus* é considerado um mosquito trópico-cosmopolita, ocorrendo nas porções meridionais da Ásia, na África, nas Américas (do sul dos E.U. A ao norte da Argentina) e na Oceania. No Brasil, a sua ocorrência é abrangente e, sua distribuição e abundância, são influenciadas pela presença humana e urbanização (FORATTINI et al, 1993).

C. quinquefasciatus é um inseto holometábolo, sendo o adulto alado e as formas pré-imaginais aquáticas. Os adultos alimentam-se de seiva vegetal, as fêmeas além de fitófagas são também hematófagas para maturação de seus ovos, sendo preferencialmente antropofílicas, embora possam realizar o repasto sanguíneo em aves ou em outros animais. Os ovos são depositados diretamente sob a lâmina d'água dos criadouros, agrupados em forma de jangada em número de 150 a 250. No desenvolvimento pré-imaginal aquático, pode-se observar 4 estádios larvais (L1, L2, L3 e L4) e um de pupa. As larvas são filtradoras e alimentam-se preferencialmente na superfície aquática dos criadouros. As pupas não se alimentam, mas permanecem ativas, movimentando-se quando o ambiente é perturbado (CONSOLI; OLIVEIRA, 1994).

O controle do inseto vetor pode ser realizado utilizando métodos físicos, além do emprego de inseticidas químicos ou biológicos. Pesquisas sobre ambos os métodos são importantes, visto o risco de desenvolvimento de resistência dos insetos aos agentes de controle aplicados, a contaminação do meio ambiente e a eliminação de espécies não-alvo importantes para o equilíbrio do ecossistema. Os inseticidas químicos mais utilizados são aqueles da classe dos organofosforados, organoclorados, carbamatos e piretróides, além dos reguladores de crescimento (BECKER et al, 2003). O controle biológico baseia-se na utilização de predadores, parasitas, competidores, patógenos ou toxinas resultantes do metabolismo de agentes biológicos. As bactérias

entomopatógenas do gênero *Bacillus* são os agentes mais utilizados para o controle do *Culex* (BECKER et al, 2003).

1.3 Perfil Epidemiológico da Filariose Linfática

O perfil epidemiológico da Filariose se deu a partir de 1950, através de inquéritos por exames de gota espessa em todo o território nacional. A partir destes exames, 11 cidades foram consideradas focos da doença. Com isso, medidas de controle foram realizadas para redução desta endemia (BRASIL, 2009).

Desde 1950 até os dias atuais, o foco principal dos trabalhos foi a eliminação de fontes de infecção e, em seguida, o tratamento dos casos de microfilarêmicos identificados (BRASIL, 2009). Mesmo as ações ambientais não sendo vistas como uma prioridade pela gestão dos municípios, a sua contribuição foi positiva nas ações referentes a outros agravos, o que ajudou indiretamente para que a transmissão ficasse restrita em apenas alguns pontos de transmissão ativa no Brasil (BRASIL, 2009).

No ano de 1997 o Brasil adotou a meta de eliminação da Filariose e, para isso, novos enfoques foram adotados e foram acrescentadas mais ações específicas que pudessem interromper a transmissão, além de também estruturar a assistência aos pacientes com morbidade (BRASIL, 2009). Como signatário deste acordo, o Brasil tem feito um grande esforço para alcançar este objetivo até o ano de 2020 (BRASIL, 2009).

Na década de 50 foram realizados vários inquéritos de exames hemoscópicos para diagnóstico da doença no país e, a partir destes, 11 cidades referentes a oito estados apresentavam áreas de transmissão ativa para a Filariose, sendo estes: Manaus, Belém, São Luiz, Recife, Maceió, Salvador, Castro Alves, Florianópolis, São José da Ponta Grossa, Barra de Laguna e Porto Alegre (BRASIL, 2009). Desde o início dos anos 2000 a transmissão da Filariose Linfática se dá apenas no estado de Pernambuco, mais precisamente nos municípios Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista, localizados na Região Metropolitana do Recife.

1.4 Situação das ações de controle no Brasil

Existe uma complexidade muito grande quando se refere ao controle das doenças transmitidas por vetores no Brasil. Várias realidades são fatores que atrapalham

a execução das Políticas Públicas, o que necessita desenvolver instrumentos com olhar ampliado para várias situações, com o intuito de trazer ao poder público medidas mais adequadas de acordo com a realidade social de cada local (GURGEL, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS), através da Promoção da Saúde, necessita de uma grande avaliação de suas Políticas para que estas sejam direcionadas para o controle de endemias e as mesmas devem ser postas em prática (GURGEL, 2007). Estas ações necessitam redefinir e reorientar os setores da saúde com problemas relacionados à casualidade das enfermidades de transmissão por vetores e tudo isso só pode ocorrer se houver fortalecimento das políticas de saúde (GURGEL, 2007).

Estas modificações podem ocorrer em menor ou maior grau pelo avanço da ciência e tecnologia, além das forças sociais e políticas atuantes. A modificação deste cenário torna-se um grande conflito de interesses comuns, com a finalidade de implementar a condução da política através de conjunto de idéias, crenças e valores (GURGEL, 2007).

O Brasil possui duas linhas de análise política de doenças transmitidas por vetores: a tradicional químico-dependente, que é a mais antiga e a que mais domina nos programas de controle e a ecossistêmica, mais atual, porém ainda a menos usada que permite a criação de modelo de intervenção sobre sua globalidade, pautado pela interdisciplinaridade, territorialização, integralidade e intersetorialidade e a participação do povo (GURGEL, 2007).

1.5 Sistemas de Vigilância e Atenção

A Vigilância em Saúde é caracterizada por um conjunto articulado de ações que visam reduzir riscos e danos à saúde de populações que vivem em locais considerados insalubres (BRASIL, 2010). A Vigilância Ambiental atua na detecção de qualquer mudança de fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que cause qualquer tipo de problema a saúde humana (BRASIL, 2010). Além disto, a Vigilância Ambiental tem como destaque:

- Produzir, integrar, processar e interpretar informações, com o intuito de trazer ao SUS as ferramentas necessárias para execução e planejamento relacionadas as

atividades relativas a Promoção à Saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente;

- Estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à vigilância ambiental em saúde nas mais variadas instâncias de competência;
- Identificar e divulgar os riscos as referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e outros agravos à saúde;
- Intervir com ações diretas de sua responsabilidade ou também repassando para outros setores onde a Vigilância Ambiental não compete, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais de riscos à saúde humana;
- Promover, junto aos órgãos afins ações de proteção da saúde humana relacionadas ao controle e recuperação do meio ambiente; e
- Trazer e estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, Com vistas ao fortalecimento da participação das comunidades na promoção da saúde e qualidade de vida (FUNASA 2002).

O Centro de Vigilância Ambiental de Jaboatão dos Guararapes está inserido na Vigilância em Saúde, nele, aproximadamente 500 Agentes de Controle a Endemias realizam ações referentes ao controle da Filariose, Esquistossomose, Leishmanioses, Dengue, Leptospirose, Raiva, Animais Sinantrópicos e Peçonhentos. Também no próprio centro possui o Grupo Técnico de Mobilização e Educação em Saúde e o Grupo Técnico referente aos Riscos Não Biológicos, como qualidade da água, solo e saneamento.

A Atenção Básica tem como característica as ações voltadas para o individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnósticos, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL 2008). O seu desenvolvimento se dá por equipes de especialidades variadas (multiprofissionais), a qual possui responsabilidade sanitária nos diversos territórios levando em consideração as características sócio-culturais de maneira programada para todas as famílias da comunidade (BRASIL 2008).

A integralidade da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária deve ser inserida através de redes construídas de Atenção à Saúde, com processo de trabalho que condiz com a realidade local, preservando as especificidades dos setores e suas tecnologias, tendo por diretrizes: Compatibilização dos territórios com inserções

gradativas de ações de Vigilância em Saúde nas práticas das Equipes de saúde da Família; Ações individuais e coletivas programadas e planejadas; Integração dos monitoramentos e avaliações; Reorganização dos processos de trabalho que possam favorecer a integração, proteção, promoção e atenção à saúde; Educação permanente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Uma estratégia de fortalecimento desta integração é a introdução do agente de controle a endemias (ACE) na atenção primária junto com as Equipes de saúde da família (BRASIL, 2010).

1.6 Programa de Controle da Filariose em Jaboatão dos Guararapes

O município de Jaboatão dos Guararapes tem uma população estimada de 678.346 pessoas (IBGE 2008), e atualmente está dividido politicamente em sete Regionais, onde a Regional Centro, Regional Cavaleiro, Regional Prazeres e Regional Guararapes possuem áreas pontuais de transmissão da doença, pacientes com morbidade, além de baixa cobertura de saneamento.

Para a operacionalização do Programa Municipal de Controle da Filariose, as atividades são: 1 - Busca ativa e passiva de pacientes através do método de gota espessa; 2 - tratamento coletivo em áreas endêmicas para a doença; 3 - controle vetorial; 4 - educação e saúde e 5 - acompanhamento dos casos de morbidade.

1. Busca ativa e passiva através de gota espessa é realizada por três equipes itinerantes (Busca Ativa) que trabalham todo o município no período noturno das 23h00min às 01h00min nas sete Regionais Administrativas do município. Além disso, contamos com quatro postos fixos (Busca Passiva) nas regionais I, II, III e V para realização de exames de gota espessa. Em 2011 foram realizados 29.275 exames por Busca Ativa, dos quais, foi diagnosticado 01 portador positivo para a doença na localidade de Retiro, em Sucupira, Regional de Saúde II. Através da Busca Passiva, foram realizados 2.715 exames dos quais não encontramos nenhum portador de microfilárias.
2. O tratamento coletivo tem sido uma das ferramentas utilizadas nas áreas endêmicas em filariose como forma de reduzir a transmissão de microfilárias da *W. bancrofti*, a indivíduos sadios. Esta nomenclatura

“Tratamento Coletivo”, foi dado pelo Brasil, pois o nome dado a este tipo de ação é dado pela Organização Mundial da Saúde de “Tratamento em Massa”, pois nos países em que a Filariose é endêmica o tratamento quimioterápico é realizado em todo o país, o mesmo não acontece ao Brasil, pois a Filariose no nosso país apresenta-se em alguns focos de localidades da Região Metropolitana do Recife. A metodologia é indicada pela OMS em áreas que apresentam prevalências acima de 1%. Jaboatão dos Guararapes realiza esta ação desde 2006 nas localidades de Alto e Baixa da Colina, em Cavaleiro, Regional de Saúde II. E, a partir de 2011, nas localidades de Quitandinha, em Socorro - Regional I, e Retiro em Sucupira - Regional II. A escolha destas localidades foi decorrente ao inquérito por gota espessa entre os anos 1999 e 2001 em todo território do município, além destes bairros/localidades possuírem Equipes de Saúde da Família implantados e déficit em saneamento.

3. Associado ao tratamento coletivo, o programa de controle da filariose também realiza ações paralelas de intervenção ambientais que causem impacto na redução do inseto vetor (*C. quinquefasciatus*).
4. Outra ação do programa se refere à educação e saúde para as comunidades residentes nas áreas endêmicas, atuando na prevenção, sensibilização e interrupção da transmissão da filariose.

Em 2006, foi realizado pela primeira vez o Tratamento Coletivo da Filariose nas localidades de Alto da Colina e Baixa da Colina, no bairro de Cavaleiro; ampliado em 2011 com as localidades de Quitandinha, no bairro de Socorro, inserido na Regional Centro; e na localidade de Retiro, em Sucupira, na Regional Cavaleiro estimando-se que cerca de 20.000 pessoas residem nestas áreas. Nestas localidades, sob intervenção do TC, são servidos de Equipes de Saúde da Família, porém ainda não dividem as responsabilidades destas ações com o Núcleo de Esquistossomose e Filariose.

2 JUSTIFICATIVA

A Filariose Linfática é considerada uma doença potencialmente erradicável. Um programa global para eliminação da filariose, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi iniciado em 2000 e, para tal, a associação de medidas como o tratamento em massa (TM) da população humana com uma droga microfilaricida e o controle integrado de vetores são recomendadas para interromper o ciclo de transmissão da doença (OTTESEN et al., 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). No Brasil, a RMR tem sido alvo do programa, pois ainda apresenta localidades com elevada endemicidade da doença e em 13 delas, com população alvo de cerca de 185.000 pessoas, o TM está sendo realizado associado ao controle do vetor.

O município de Jabotão dos Guararapes ainda é uma área endêmica para filariose e, desde 2006, realiza o tratamento coletivo em localidades com transmissão pontual do verme, pois cerca de 20 mil pessoas moram em áreas endêmicas nas localidades de Quitandinha no bairro de Socorro inserido na Regional de Saúde I, Alto da Colina e Baixa da Colina em Cavaleiro e a localidade de Retiro em Sucupira, localizados na Regional de Saúde II. O município apresentou entre os anos de 2004 a 2010 um total de 676 pacientes positivos para a filariose (Núcleo de Esquistossomose e Filariose-CVA-SESAU), com variações de positividade entre 0,7%, no bairro de Engenho Velho, na Regional I e 8,0% na localidade de Alto da Colina em Cavaleiro, Regional II.

A integração entre os setores da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária tem a intenção de levar para estas áreas que ainda possuem áreas autóctones da doença no Município de Jabotão dos Guararapes ações que visem a interrupção da transmissão até o ano de 2020.

3 HIPÓTESE

A integração da Vigilância Ambiental com a Atenção Primária fortalecerá o Programa de Controle da Filariose no município de Jaboatão dos Guararapes, aumentando a cobertura do Tratamento Coletivo, a identificação de pacientes com clínica sugestiva e eliminação de criadouros do vetor permanentes e potenciais.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária para erradicação da Filariose Linfática no Município de Jaboatão dos Guararapes.

4.2 Objetivos específicos

- Estabelecer reuniões mensais com as duas esferas para criação de estratégia de ação;
- Identificar as áreas de transmissão;
- Estabelecer co-responsabilidades entre os Agentes de Controle de Endemias e Agentes Comunitários de Saúde que atuarão nas respectivas áreas;
- Capacitar os profissionais envolvidos;
- Identificar os munícipes residentes nestas áreas de intervenção para ser inserido no plano.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O Plano será realizado primeiramente nas Regionais Centro e Cavaleiro, incluindo as localidades de Quitandinha no bairro de Socorro, as localidades de Alto da Colina, Baixa da Colina e Retiro, pois são áreas consideradas de grau elevado de transmissão da Filariose Linfática, de acordo com as informações de pacientes positivos para a doença entre 2004 a 2011 por exames hemoscópicos por bairros/localidades em tabela abaixo.

Tabela 1. Pacientes positivos para Filariose Linfática por exames de gota espessa.

Bairro/localidade	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Jaboatão Centro	14	02	04	01	03	01	01	00
Santo Aleixo	04	03	05	00	00	00	00	00
Engenho Velho	02	00	01	00	00	00	00	00
Socorro	50	18	17	17	44	04	03	00
Vila Rica	01	03	00	00	00	00	00	00
Vista Alegre	00	00	01	00	00	00	00	00
Bulhões	00	00	00	00	00	00	00	00
Manassú	00	00	00	00	00	00	00	00
Cavaleiro	91	30	28	16	27	05	02	00
Sucupira	06	10	06	05	02	02	00	01
Dois Carneiros	01	04	01	01	00	00	01	00
Zumbi do Pacheco	03	03	02	00	00	00	01	00
Curado I	08	02	02	00	00	00	00	00
Curado II	00	00	00	00	00	00	00	00
Curado III	00	01	00	02	01	00	00	00
Curado IV	02	01	00	01	01	01	00	00
Curado V	00	00	00	00	01	01	00	00
Muribeca	06	01	01	00	00	00	01	00
Marcos Freire	00	00	00	01	00	00	00	00
Prazeres	47	02	03	00	04	02	00	00
Cajueiro Seco	03	01	00	03	00	00	00	00
Comportas	00	00	00	00	00	00	00	00
Barra de Jangada	02	02	00	00	00	00	00	00
Piedade	02	00	02	01	02	00	00	00
Candeias	02	01	01	00	00	00	00	00
Guararapes	15	09	12	07	01	00	00	00
Jardim Jordão	27	22	11	03	07	00	02	00

Fonte: SES/GVS/CVA/NEF – 2012

Também deve-se levar em consideração o processo de intervenção de tratamento coletivo iniciado em 2006 nas áreas classificadas pela equipe técnica daquela época que teve como base primeiramente o inquérito hemoscópico realizado pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães entre os anos de 1999 e 2001(Tabela 2) e os resultados do tratamento coletivo entre 2006 e 2011 (Tabela 3).

Tabela 2. Inquérito realizado pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães entre os anos de 1999 e 2001 por exames de gota espessa.

Distrito	Bairro/localidade	Endemicidade	Prioridade
I	Prazeres	2,66%	3
	Lagoa do Náutico	1,92%	3
	Nova Divinéia	1,62%	3
	Pontezinha	1,20%	3
II	Padre Roma	2,91%	3
	São José	0,93%	3
	Engenho Velho	0,72	3
III	Alto São Sebastião	11,1%	1
	Alto da Colina	8,0%	2
	Baixa da Colina	7,01%	2
	Cavaleiro Centro	5,0%	2
	Socorro	3,0%	3
	Jardim Monte Verde	2,7%	3
	Zumbi do Pacheco	1,89%	3
	Lot. Grande recife	1,95 %	3
IV	Curado	1,43%	3
V	Jardim Jordão	3,54%	3

Fonte: SES/GVS/CVA/NEF – 2012

- a. Foram consideradas de **ALTA ENDEMICIDADE** ou de Prioridade 1, localidades que apresentassem setores censitários com prevalências > 10%;
- b. Foram consideradas de **MÉDIA ENDEMICIDADE** ou de Prioridade 2, localidades que apresentassem setores censitários com prevalências entre 5% a 10%;
- c. Foram consideradas de **BAIXA ENDEMICIDADE** ou de Prioridade 3, localidades que apresentassem prevalências < 5%.

Os bairros trabalhados durante inquérito realizado por Medeiros et al. eram distribuídos por cinco Distritos Sanitários a qual foram substituídos no ano de 2009 por sete Regionais de Saúde denominadas:

1. Regional I ou Centro que compreende aos bairros de Manassú, Vargem Fria, Santo Aleixo, Floriano, Vista Alegre, Engenho Velho, Socorro, Bulhões, Vila Rica, Centro, Santana e Muribequinha;
2. Regional II ou Cavaleiro que copreende aos bairros de Cavaleiro, Sucupira, Dois Carneiros e Zumbi do Pacheco;
3. Regional III ou Curado que compreende aos bairros de Curado I, Curado II, Curado III, Curado IV e Curado V;
4. Regional IV ou Muribeca que compreende aos bairros de Muribeca e Marcos Freire;
5. Regional V ou Prazeres que compreende aos bairros de Jardim Jordão (parte), Comportas, Cajueiro Seco, Guararapes (parte) e Prazeres (parte);
6. Regional VI ou Praias que compreende aos bairros de Piedade, Candeias e Barra da Jangada;
7. Regional VII ou Guararapes que compreende aos bairros de Jardim Jordão (parte), Prazeres (parte) e Guararapes (parte).

Tabela 3. Resultados dos tratamentos coletivos nas localidades de Alto da Colina, Baixa da Colina (2006 – 2011), Retiro e Quitandinha (2011).

ANO DE REALIZAÇÃO	TRATAMENTO	POPULAÇÃO TOTAL	POPULAÇÃO ELEGÍVEL	Nº DE TRATADOS	% COBERTURA
2006	1º TRATAMENTO	9395	7963	4.572	57,50
2007	2º TRATAMENTO	9276	7730	5.184	67,07
2008	3º TRATAMENTO	8699	6298	4111	65,27
2009	NÃO REALIZADO	NÃO REALIZADO	NÃO REALIZADO	NÃO REALIZADO	NÃO REALIZADO
2010	4º TRATAMENTO	9403	7133	5639	79,05
2011	5º TRATAMENTO	19688	16142	14227	88,2
TOTAL		56461	45266	33733	74,5

Fonte: SES/GVS/CVA/NEF - 2012

5.1 Estratégias

A elaboração estratégica desta ação é primeiramente reunir os médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, levando a eles as informações necessárias sobre a Filariose e os processos de erradicação preconizados pelos Ministérios da Saúde e Organização Panamericana da Saúde. Estes encontros servem para troca de informação tanto da Vigilância Ambiental como da Atenção Básica.

O segundo passo é levar aos Agentes Comunitários da Saúde o propósito da ação, informando-os e capacitando-os para que os mesmos utilizarem nas suas áreas de atuação de rotina, como exemplo o quantitativo de pacientes positivos nos últimos anos naquelas regiões. Tudo isso realizado com a participação da Vigilância Ambiental e Atenção Primária.

Para integrar os Agentes Comunitários de Saúde com os Agentes de Combate a Endemias, pois este segundo grupo fica responsável por atuarem nas áreas descobertas pela Equipe de Saúde da Família. O intuito é que as áreas de fronteiras sejam discutidas e entre eles mesmo sejam definidas até onde atuarão.

O quarto passo é a definição da data e tempo de duração da ação, para isso é necessária à presença de todos os setores e que os mesmos tenham espaço para as diversas opiniões e eliminação de dúvidas.

Em seguida através dos Agentes Comunitários de Saúde é necessária à identificação de pontos de apoio para trabalhar a população residente como escolas, igrejas, associações e etc. Como também a introdução dos líderes locais (padres, pastores, presidentes de associação), para que sirvam de divulgadores e facilitadores do trabalho a se realizar.

6 METAS

- a) Manter atualizado 100% dos cadastros das famílias e imóveis a serem trabalhados nas áreas de atuação;
- b) Realizar no mínimo um encontro ao mês com as equipes para consolidação dos trabalhos antes da ação a ser realizada;
- c) Realizar ações de informação e divulgação em pelo menos 50% dos imóveis onde seja possível o agrupamento da população residente;
- d) Tratar no mínimo 80% da população elegível residentes nas áreas de realização de Tratamento Coletivo;
- e) Iniciar e finalizar os trabalhos na data prevista para fixação e programação das ações seguintes;
- f) Tratar 100% dos pacientes diagnosticados por exames de gota espessa;
- g) Realizar 100% das buscas epidemiológicas dos pacientes positivos para a Filariose Linfática;
- h) Realizar ações de Educação em Saúde em 100% de estabelecimentos (escolas, creches, associações e etc) em áreas de tratamento Coletivo e 50% em estabelecimentos em áreas onde não apresentam grau elevado de transmissão ativa;
- i) Acompanhar e Encaminhar 100% dos pacientes com morbidade para filariose em toda a rede de Atenção Primária do Município
- j) Criar e organizar fluxo de informação das ações.

7 RESULTADOS ESPERADOS

Através da influência do ACS em suas áreas de atuação, por serem moradores destas localidades, é esperado que a população alvo tivesse esclarecimento necessário quando visitados em suas residências e que haja uma diminuição das possíveis rejeições pela falta de informação do efeito da medicação utilizada na ação de Tratamento Coletivo para combate do verme *Wuchereria bancrofti*, de pelo menos 80% da população elegível. Como também o aprendizado por cuidados preventivos contribuindo para a eliminação da doença até a data prevista pela OMS.

De acordo com o que foi proposto, fica a perspectiva de que a identificação e busca dos pacientes por gota espessa seja mais rápida e eficaz. Também espera-se que seja mais viável o acompanhamento dos pacientes com morbidade, diminuindo acentuadamente o número de desistência.

Acredita-se que as informações sobre criadouros permanentes e em potencial do vetor serão apresentadas com maior facilidade e, além disso, a integração entre os dois segmentos irá gerar novas estratégias de eliminação de outras doenças, o que findará com o fortalecimento da Vigilância em Saúde e Atenção Primária.

8 ASPECTOS OPERACIONAIS

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Territorialização das áreas de atuação	X	X	X									
Reunião com as Gerências da Vigilância e Atenção Primária	X	X										
Reunião com as equipes técnicas da Vigilância e Atenção Primária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião com as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião com as Equipes de Agentes de Combate a Endemias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estabelecer fluxo de trabalho entre ACS e ACE				X			X					
Capacitação para os agentes comunitários de saúde e agentes de controle endemias focando a assistência à saúde no âmbito das ações de combate a filariose.	X	X	X			X	X					
Criar protocolos de ações em relação Filariose definindo o papel de cada servidor envolvido.				X	X							
Criar instrumentos e fluxo de comunicação permanente entre equipes da Atenção básica com a equipe de Vigilância em Saúde para complementação de suas ações.				X	X	X						
Estabelecer ações de Educação em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estabelecer ações de controle vetorial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estabelecer ações de exames por gota espessa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estabelecer ações de Vigilância Epidemiológica e acompanhamento de morbidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estabelecer ações de tratamento coletivo em áreas endêmicas								X	X			
Avaliação das ações				X				X				X

FONTE: AUTOR,2012

9 INSUMOS

ITEM	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS	UNIDADE	QTD	VALOR	VALOR TOTAL
01	Água mineral, natural, sem gás, acondicionada em embalagem plástica de 500 mL	Unid.	3500	0,94	3.2900
02	Água mineral, natural, sem gás, acondicionada em embalagem plástica de 20 litros	Unid.	80	5.00	400.00
03	Gelo em escama fabricado com água potável, acondicionado em sacos plástico de 25 Kg.	saco	80	5.00	400.00
04	Copo descartável com capacidade para 200 mL, embalados em pacotes com 100 unidade	pct	150	2.20	330.00
05	Copo descartável com capacidade para 50 mL, embalados em pacotes com 100 unidade	pct	150	0.94	141.00
06	Borracha tipo ponteira para lápis grafite, caixa com 50 unidades	cx	02	6.40	12.80
07	Lápis grafite nº 02, com formato cilíndrico, corpo revestido em madeira, caixa com 144 unidades	cx	02	70.46	141.12
08	Camisa em malha mercerizada, fio 30, cor branca	Unid.	100	12.50	1.250.00
09	Faixa em lona, medindo 80x200 cm	Unid.	5	140.00	700.00
10	Boné em Brim, com fecho presilha plástica	Unid.	100	4.00	400.00
11	Bolsa Lona Impermeável Tipo Tira Colo Com zíper.	Unid	45	15.00	675.00
12	Banner em lona com ilhós, 120 X 90 cm.	Unid.	100	60,00	6.000
13	Folder em couchê 90g, frente e verso, policromia, a5 medindo 148x210 mm, offset.	Unid.	100.000	0,05	5.000

FONTE: AUTOR, 2012

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde apresenta dimensões e complexidades que dificultam a sua resolutividade. Porém, uma das maneiras que se mostram eficazes para desdobramento destas problemáticas é a comunicação entre os setores. A integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária não só permitirá entender os mecanismos para eliminação da Filariose Linfática, como também será uma maneira de erradicação/redução de outras doenças em todo o município para que haja níveis mais aceitáveis de saúde para toda a população de Jaboatão dos Guararapes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. F. P. M. Urbanização, favelas e endemias: a produção da filariose no Recife, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 487-497, out./dez., 1993.

AMORIM, L. B. **Análise da recuperação da susceptibilidade de uma colônia de *Culex quinquefasciatus* resistente ao *Bacillus sphaericus***. — Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife: 2009. 116 p.

BECKER, N. et al. **Mosquitoes and their control**. New York: Klumer Academic/Plenum Publisher, 2003. cap. 11, p. 345-375.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_8080_90.pdf> Acesso em: 21 ago. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF. 1990b. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/leis/lei%208142_1990.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Série Pactos pela Saúde.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Cadernos de Atenção Básica, n. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p

BOMFIM, C. **Filariose bancroftiana**: a representação espacial das desigualdades sociais Recife, Dissertação (Mestrado), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. 137p. 2002.

BONFIM, C. et al. **Situação da filariose bancroftiana na Região Metropolitana do Recife**: estudo em uma área endêmica no Município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1497-1505, set/out, 2003.

BORBA, Clodoaldo da Silva. **Plano de Integração da Territorialização entre Vigilância à Saúde e a Atenção Básica no Município de Abreu e Lima**. Plano de Intervenção (Especialização), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 44p.

CONSOLI, R. A. G. B.; OLIVEIRA, R. L. de. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

DREYER, G.; MEDEIROS, Z. **Filariose linfática: ainda um desafio**. Ciência Hoje, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 6-7, 1990.

DREYER, G. **Diagnóstico parasitológico da filariose bancroftiana**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Rio de Janeiro, v. 27, Supl 4, p. 162-168, 1994.

DREYER, G.; COELHO, G. **Filariose linfática: doença potencialmente eliminável**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 537-543, jul./set. 1997.

FONTES, G. et al. **Lymphatic filariasis in brazilian urban area** (Maceió, Alagoas). Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 705-710, 1998.

FONTES, G. **Filarídea: *Wuchereria bancrofti*** – filariose linfática. In: NEVES, D. P. Parasitologia Médica. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. cap. 35, p. 269-277.

FORATTINI, O. P. et al. **Studies on mosquitoes** (Diptera: Culicidae) and anthropic environment. 4-Survey of resting adults and synanthropic behaviour in South-Eastern, Brazil. Rev. Saúde Públ., São Paulo, n. 27, p. 398-411, 1993.

GONDIM, G. M. M. et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. In: CARVALHO, A. et al. (Org.). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 1-22.

GURGEL, I. G. D. **A Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2007. 310p.

MEDEIROS, Z. **Contribuições ao estudo epidemiológico da filariose na Região Metropolitana do Recife**. 1998, 142f. Tese (Doutorado em Biologia Celular e Molecular) - Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MOTT, K. E. et al. **Parasitic diseases and urban development**. Bulletin of the World Health Organization, Geneve, v. 68, n. 6, p. 691-698, 1990.

NAPIER, L. E. **Filariasis due to *Wuchereria bancrofti***. Medicine, Baltimore, v. 23, p. 149-179, 1944.

OTTESEN, E. A. et al. **The global programme to eliminate lymphatic filariasis: health impact after 8 years**. PloS Neglected Tropical Diseases, San Francisco, v. 2, n. 10, p. 1-12, 2008.

REY, L. ***Wuchereria bancrofti* e filariose linfática**. In: REY, L., (Ed.) Parasitologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p. 542-552.

WHO. **Weekly epidemiological record. Annual subscription**, Geneva, v. 83, n. 37/38, p. 333-348, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/wer>. Acesso em: 12 fev. 2012.

_____. **Global Programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report on mass drug administration, 2010**. Wkly Epidemiol Rec; 86(35): 377-388 DOI Electronic Resource Number (2011).