



REPÚBLICA DE ANGOLA  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
Departamento de Controlo de Doenças  
**Secção Nacional de Controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas**

**PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE DOENÇAS  
TROPICAIS NEGLIGENCIADAS**

**2017 - 2021**



---

## LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

---

<b>ALB</b>	Albendazol
<b>AMM</b>	Administração de Medicamento em Massa
<b>APOC</b>	Programa Africano de Controlo da Oncocercose
<b>CIE</b>	Crianças em Idade Escolar
<b>CIPE</b>	Crianças em Idade Pré Escolar
<b>DC</b>	Distribuidor Comunitário
<b>DEC</b>	Dietil carbamazina
<b>DNSP</b>	Direcção Nacional de Saúde Pública
<b>DTNs</b>	Doenças Tropicais Negligenciadas
<b>ESG</b>	Efeitos secundários graves
<b>FAO</b>	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
<b>FL</b>	Filaríase Linfática
<b>OMS/AFRO</b>	Escritório regional da OMS em África
<b>ICT/LF card</b>	Cartão ICT (Teste imunocromatográfico) à Filaríase Linfática
<b>INACOM</b>	Instituto Nacional de Comunicação
<b>IST-ESA/Harare:</b>	Escritório Interpaíses da Organização Mundial da Saúde para região Sul e Leste de África, em Harare / Zimbabwe
<b>IVM</b>	Ivermectina
<b>MICS</b>	Inquérito de Indicadores Múltiplos
<b>PZQ</b>	Praziquantel
<b>QP</b>	Quimioterapia Preventiva
<b>RAPLOA</b>	Avaliação Rápida para a Loase
<b>REMO</b>	Mapeamento Epidemiológico Rápido de Oncocercose
<b>SNCDTNs</b>	Secção Nacional de Controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas
<b>TIDC</b>	Tratamento com Ivermectina sob Directiva Comunitária
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância



## ÍNDICE

<b>LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>2</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>3</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>Primeira PARTE: ANÁLISE DA SITUAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
1.1- Perfil do país.....	7
1.2- Análise da Situação das Doenças Tropicais Negligenciadas.....	12
1.2.1 EPIDEMIOLOGIA E FARDO DAS DOENÇAS .....	12
1.2.2 Situação actual do mapeamento de DTNs .....	27
1.3 Implementação do Programa das Doenças Tropicais Negligenciadas .....	29
1.3.1 QUIMIOTERAPIA PREVENTIVA .....	29
1.3.2. Maneio Intensivo de Casos .....	32
1.3.3 LACUNAS E PRIORIDADES .....	33
<b>SEGUNDA PARTE: AGENDA ESTRATÉGICA DAS DTNs.....</b>	<b>39</b>
2.1 Missão, visão e meta.....	39
2.2 Princípios DIRECTORES E prioridades estratégicas .....	39
<b>TERCEIRA PARTE: QUADRO OPERACIONAL .....</b>	<b>41</b>
3.1 Metas, Objectivos, Estrategias e alvos do programa nacional de DTN .....	41
3.2 Reforço da apropriação pelo governo, advocacia, coordenação e parcerias .....	44
3.3 Melhorar a Planificação para resultados, mobilização de recursos e sustentabilidade financeira .....	56
3.4 Expandir AS intervenções para controlo ou eliminação das dtns e da capacidade de provisão de serviços.....	57
3.4.1 Reforço das capacidades a nível Nacional para a gestão e implementação do programa de DTNs .....	62
3.4.2 Expansão de Intervenções de Quimioterapia Preventiva .....	62
3.4.3 Expansão de Intervenções de Maneio Integrado de Morbilidade .....	68
3.4.4 Expansão de Intervenções de Controlo de Transmissão de DTNs.....	68
3.5 Reforço da monitoria e a avaliação, a vigilância e a pesquisa operacionais das DTNs .....	69
3.6 Conclusão.....	73
<b>Anexo 1 – Tabela de população nos diversos municípios de Angola, segundo os resultados definitivos do censo 2014.....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo 2- Situação de Mapeamento e Endemicidade de Filariase Linfática em Angola, Maio de 2017 .....</b>	<b>80</b>
<b>Anexo 3. Situação de Endemicidade de Oncocercose em Angola .....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo 4. Prevalência e densidade de microfilarémia de Loa loa no mapeamento de 2015 .....</b>	<b>92</b>
<b>Anexo 5. Prevalencia extrapolada de Schistosomiose Urinaria e Helmitas Transmitidas pelo Solo por município, 2005.....</b>	<b>93</b>
<b>Anexo 6. Prevalencia de Schistosomiose em três províncias com mapeamento de 2014.....</b>	<b>99</b>
<b>Anexo 7. Prevalencia de helmintos transmitidos pelo solo em três províncias com mapeamento de 2014 .....</b>	<b>100</b>
<b>Anexo 8. Necessidades de reavaliação da endemicidade de DTNs por município em Angola ..</b>	<b>101</b>
<b>Anexo 9- ORÇAMENTO PROVISÓRIO.....</b>	<b>108</b>



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de Municípios, comunas e localidades por província de Angola .....	7
<b>Tabela 2- Indicadores Demográficos e de Saúde em Angola .....</b>	<b>9</b>
Tabela 3- Estratégia de Distribuição Massiva de ivermectina onde há Coendemicidade de Loa Loa .....	15
Tabela 4- Prevalência de parasitas intestinais e microhematúria por área .....	17
Tabela 5- Comparação da prevalência de Schistosoma haematobium e Helmintos transmitidos pelo solo extrapolada por província (2005) e observada em alguns municípios (2014) de Angola .....	19
Tabela 6- Resultados da Avaliação Epidemiológica Rápida do Tracoma nas comunidades visitadas .....	20
Tabela 7- Diagnósticos e intervenções cirúrgicas para Tracoma na Clinica Boa Vista, Benguela ...	21
Tabela 8- Co-endemicidade de Doenças Tropicais Negligenciadas por Município em Angola .....	21
Tabela 9- Lacunas de mapeamento de DTNs passíveis a quimioterapia massiva preventiva em Angola.....	27
Tabela 10- Resumo de intervenções passadas ou correntes contra DTNs em Angola .....	30
Tabela 11- Análise FOFA no contexto da luta contra as DTNs .....	33
Tabela 12- Balanço da Análise FOFA .....	35
Tabela 13- Prioridades para o reforço da luta contra as DTNs .....	38
Tabela 14- Objectivos por prioridades estratégicas das DTNs em Angola 2017 – 2021 .....	40
Tabela 15- Sumário dos objectivos e metas do programa de DTN para cada doença específica .....	41
Tabela 16- Actividades para implementar a Prioridade Estratégica 1: Reforço da apropriação pelo Governo, advocacia, coordenação e parcerias .....	51
Tabela 17- Actividades e Recursos necessários para melhorar a planificação, para resultados, mobilização de Recursos e Sustentabilidade Financeira do Programa .....	56
Tabela 18- Actividades e Recursos necessários para expansão das intervenções para controlo ou eliminação das DTNs .....	58
Tabela 19- Resultados de Oncocercose e Necessidades de Re-Avaliação ou Mapeamento .....	63
Tabela 20- Projecção da População Requerendo Tratamento para Oncocercose .....	63
Tabela 21- Resultados de Filariase Linfática, Schistosomiase e Helmintos transmitidos pelo solo, e Necessidades de Re-Avaliação ou Mapeamento .....	64
Tabela 22- Projecção da População Requerendo Tratamento para Filariase Linfática .....	64
Tabela 23- Estratégia de Tratamento Recomendada para Quimioterapia Preventiva das DTNs .....	65
Tabela 24- Projecção da População Requerendo Tratamento para Schistosomiase .....	66
Tabela 25- Projecção da População Requerendo Tratamento para Helmintos Transmitidos Pelo Solo .....	67
Tabela 26- Faseamento por Província da Expansão do Programa de DTNs a Nível Nacional .....	69
Tabela 27- Actividades e Recursos Necessários para Fortalecer a Monitoria e Avaliação e Pesquisa Operacional das DTNs .....	70



---

## LISTA DE FIGURAS

---

Figura 1- Organigrama da Direcção Nacional de Saúde Pública de Angola .....	11
Figura 2- FL em Angola FTS e Wb123 .....	12
Figura 3- FL em Angola Wb123 .....	12
Figura 4- Áreas prioritárias de TIDC para controlo da Oncocercose 2004-2017 baseado no REMO .....	13
Figura 5- Situação atual Conhecida de Oncocercose em Angola .....	14
Figura 6- Prevalência de loase por RAPLOA em Angola .....	16
Figura 7- Mapa da divisão de Angola em áreas ecologicamente homogéneas.....	16
Figura 8- Prevalência de diferentes Helmintíases Transmitidas pelo Solo por áreas ecológicas .....	18
Figura 9- Prevalência de Schistosoma haematobium e Schistosoma mansoni por áreas ecológicas	18
Figura 10- Distribuição dos projectos de TIDC para controlo de Oncocercose em Angola .....	31
Figura 11- Estrutura de Coordenação do Programa Nacional de Controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas em Angola .....	44
Figura 12- Estrutura organizacional proposta para o Programa Nacional de Controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas .....	48



## INTRODUÇÃO

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) são endémicas, essencialmente nas mesmas zonas geográficas, e estão associadas à pobreza e deficientes condições de saneamento, falta de acesso a água potável, e exposição a vectores. Mais de um bilhão de pessoas são acometidas por uma ou mais DTNs, e a presença das parasitas ameaça a saúde de outros milhões. Tradicionalmente, as doenças tropicais negligenciadas ocupam lugar secundário nas agendas nacionais e internacionais de saúde. Provocam imensos sofrimentos, que no entanto permanecem ocultos e silenciosos, e frequentemente matam, mas não em números comparáveis aos de HIV/Aids, tuberculose ou malária. Embora haja enorme necessidade de prevenção e tratamento, a pobreza dos que são afetados limita seu acesso a intervenções e aos serviços necessários para realizá-las. Da mesma forma, doenças associadas à pobreza oferecem pouco incentivo à indústria para investimentos no desenvolvimento de produtos novos e melhores para um mercado que não pode pagar por eles.

Felizmente, existe actualmente muito interesse para eliminar as DTNs na região de Africa Austral, e no mundo inteiro. Os principais compromissos políticos para abordar as DTNs incluem as resoluções da Assembléia Mundial da Saúde; A resolução do Comité Regional sobre DTNs em 2009; O Roteiro Global DTNs e a Declaração de Londres sobre DTNs em 2012. O Plano Estratégico Regional sobre Doenças Tropicais Negligenciadas na Região Africana 2014-2020 foi desenvolvido neste contexto. Com a visão de "uma Região Africana livre de doenças tropicais negligenciadas", este Plano Estratégico Regional para DTNs tem como objetivo a redução da carga de doenças, controlando, eliminando e erradicando as DTNs na Região Africana. As DTNs normalmente referem-se a 17 doenças, dos quais são: úlcera de buruli, chagas, dengue e chikungunya, dracunculose, equinococosis, trematodias, tripanossomiase africana humana, leishmaniose, lepra, filaríase linfática, oncocercose, raiva, schistosomiase, helmintíases transmitidos pelo solo, Cisticercose, tracoma, e treponematoses endémicas.

Alcançar o objectivo de controlar, eliminar e erradicar certas DTNs é factível para as massas de pessoas afectadas e em risco de infecção. Já estão disponíveis medicamentos de boa qualidade para muitas dessas doenças, e as pesquisas continuam a documentar a segurança e eficácia destes medicamentos. Programas de doação de medicamentos pelas companhias farmacêuticas estão a ajudar a reduzir barreiras financeiras e permitir que a cobertura de população seja ampliada. Uma estratégia de quimioterapia preventiva, que mimetiza as vantagens da imunização na infância, está sendo utilizada para proteger populações inteiras em risco e para reduzir os focos de infecção. O fato de que muitas dessas doenças se sobrepõem geograficamente tem vantagens práticas: os protocolos de medicação preventiva estão sendo integrados de forma a atacar simultaneamente várias doenças, reduzindo as demandas operacionais e cortando custos. Da mesma forma, uma abordagem integrada à gestão de vetores maximiza a utilização de recursos e instrumentos para o controle de doenças causadas por vetores.

É dentro deste contexto que o Plano Estratégico Nacional de Doenças Tropicais Negligenciadas 2017-2021 do Governo de Angola se encontra em tempo e espaço. Este Plano foi elaborado com base nas recomendações da OMS, resolução WHA66.12(2013) e retomada pela resolução Afr/RC63/R6 sobre a Estratégia Regional para Eliminação das DTNs na Região Africana 2014-2020, e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola. O Plano Estratégico Nacional de DTNs prevê quatro prioridades estratégicas:

1. Apropriação crescente do Governo, coordenação e parcerias;
2. Melhorar a planificação, resultados, mobilização de recursos e garantir sustentabilidade do Programa Nacional das DTNs;
3. Expandir o acesso a intervenções, tratamento e a capacidade do sistema para implementação de intervenções;
4. Reforçar a Monitoria/Avaliação, Vigilância e a Pesquisa Operacional das DTNs a todos os níveis.

Para cada objetivo, o Plano define e propõe ações a serem realizadas pelo Governo, Secção, e parceiros. As ações constituem a chave do Plano Estratégico.



## PRIMEIRA PARTE: ANÁLISE DA SITUAÇÃO

### 1.1. Perfil do País

Angola tornou-se nação independente em 11 de Novembro de 1975 tendo um regime mono partidário até Março de 1991, quando foi aprovada legislação permitindo o multipartidarismo. Situada na costa oeste de África, Angola tem uma superfície de 1.246.700 Km<sup>2</sup>. O país é limitado a Oeste pelo oceano Atlântico, a Norte pela República Democrática do Congo e República do Congo, a Leste pela República da Zâmbia e a Sul pela República da Namíbia.

Angola está dividido em 18 províncias, nomeadamente Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Cunene, Cuando Cubango, Cuanza Norte, Cuanza Sul, Huambo, Huila, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Malange, Moxico, Namibe, Uíge e Zaire. Conta com 164 municípios e 559 comunas com um total de 27.641 localidades distribuídas em área urbana 8,5% e na área rural 91,5% (tabela Nº 1 – INE Censo 2014). O Município constitui a unidade mais importante de gestão administrativa no âmbito do processo de descentralização.

Tabela 1- Número de Municípios, comunas e localidades por província de Angola

Províncias	Municípios	Comunas	Localidades por Província		
			Urbanas	Rurais	Total
<b>ANGOLA</b>	<b>164</b>	<b>559</b>	<b>2.352</b>	<b>25.289</b>	<b>27.641</b>
Bengo	6	23	50	501	551
Benguela	10	38	313	1.821	2.134
Bié	9	39	176	2.814	2.990
Cabinda	4	12	45	381	426
Quando Cubango	9	31	94	1.000	1.094
Cunene	6	20	46	804	850
Cuanza Norte	10	31	89	723	812
Cuanza Sul	12	36	238	2.292	2.530
Huambo	11	37	341	2.866	3.207
Huila	14	52	112	3.318	3.430
Luanda	7	32	292	296	588
Lunda Norte	10	25	122	985	1.107
Lunda Sul	4	14	34	363	397
Malange	14	52	54	2.358	2.412
Moxico	9	30	92	1.114	1.236
Namibe	5	14	44	353	397
Uíge	16	47	129	2.550	2.679
Zaire	6	25	81	720	801

Os Resultados Definitivos do Censo 2014 mostram que em 16 de Maio de 2014, a população residente em Angola era de 25 789 024 habitantes, dos quais 12 499 041 do sexo masculino (48% da população total residente) e 13 289 983 do sexo feminino (52% da população total residente), com uma taxa de crescimento natural de 2.7%. A esperança de vida total em Angola é de 60.2 anos. Para os homens a esperança de vida é 57.5 anos enquanto para as mulheres é de 63 anos.

Estes resultados indicam que cerca de 72% da população de Angola, concentram-se em 7 províncias do país, sendo a província de Luanda onde habita cerca de 30% do total da população nacional, seguem Huila, Benguela e Huambo com cerca de 27% da população, logo Cuanza Sul, Uíge e Bié com



representação de 15% da população total. As restantes províncias completam o 28%, e se caracterizam por ser províncias com amplo território e população dispersa.

Indicadores de saúde<sup>1</sup> publicados pelo INE/março de 2016, referem uma taxa de mortalidade infantil em Angola entre as mais altas do mundo, e estima-se em 96 por 1000 nados vivos (n,v). A mortalidade materna e infantil é agravada pela prevalência do VIH/SIDA em Angola de 2,8%<sup>2</sup>

Em Fevereiro de 2017, em conferência de imprensa sobre a situação sanitária do país, o Ministro da Saúde apresentou dados indicando as melhorias que o Governo de Angola já atingiu no sector da saúde. A taxa de mortalidade infantil que era de 258 óbitos por 1000 nados vivos, em 1990, reduziu para 96 por 1000 n.v. e a mortalidade materna que era de 1.400 óbitos por 100.000 partos, reduziu para 450 por 100.000. Isto mostra que a situação da saúde em Angola esta a melhorar com tempo.

Em 2016 o país ainda foi assolado com epidemias de febre-amarela e da malária. O paludismo, segundo o Ministro da Saúde, foi dramático ao fazer 4.276 milhões de vítimas, com 15 mil óbitos, aliada à febre-amarela que infectou 4.599 pessoas, com 384 óbitos, perfazendo uma taxa de letalidade de 8.3 por cento. Para o ministro, todas estas epidemias são evitáveis desde que se reforcem as medidas de prevenção, como a eliminação de charcos de água, consumo de alimentos bem acondicionados e de água tratada, bem como o reforço das medidas de saneamento básico e de higiene. O papel de Saúde Pública, dentro de âmbito de Ministério da Saúde, é muito relevante para combater as epidemias que assolam o país e para diminuir o peso das doenças transmissíveis (ver Figura 1). A tuberculose em 2015-2016 foi a 3ª causa de morte no país, onde factores de pobreza, malnutrição, habitações insalubres aumentam a vulnerabilidade da população perante a Tuberculose.

Segundo os Resultados Definitivos do Censo 2014, a taxa de fecundidade em Angola é de 5.7 filhos por mulher. De grande importância para as DTNs, a proporção da população mais exposta ao risco de contrair DTNs (crianças com 0-14 anos) é de 47.3%. Também de relevância para a luta contra as DTNs, o mercado de trabalho concentra cerca de 40.0 % da população com 15 ou mais anos, sendo que as actividades do sector primário concentram 44.2% (Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca). Trabalho no sector primário expõe os adultos aos vectores que transmite doenças tropicais negligenciadas. O acesso à água apropriada para beber abrange 44.0% dos agregados familiares, deixando mais que 50% da população sem água apropriada para beber. O acesso ao saneamento adequado abrange 60.0% dos agregados familiares – mas só 25.9% dos agregados familiares nas áreas rurais. A maioria das famílias (70%) despeja o lixo ao ar livre, produzindo espaços para a criação de vectores e a transmissão das doenças.

Em termos de educação, a proporção da população com 6-17 anos de idade a frequentar a escola são 81.5%. com uma diferença significativa entre áreas urbanas (88.6%) e áreas rurais (69%). Semelhante, há uma diferença geográfico entre acesso à fonte de água apropriada para beber, com 57% de agregados familiares com acesso nas áreas urbanas, e só 22.4% em áreas rurais. A nível de frequência com que as famílias utilizam tratamento apropriada da água para beber é de 36.1% (ou 51.4% nas áreas urbanas e 13% nas áreas rurais). Nos últimos anos o governo Angolano trabalhou muito para melhorar a quantidade e qualidade das estradas, vias de comunicação, e fornecimento de água e electricidade à população em todo país. Em 2014 a proporção de agregados familiares com acesso à electricidade era de 31.9% (ou 50.9% nas áreas urbanas 50.9% e 2.2% nas áreas rurais).

A tabela Nº 2 mostra o resumo dos indicadores demográficos e de saúde disponíveis do CENSO 2014, inquérito de cobertura populacional e habitação.

<sup>1</sup> Indicadores de Saúde, dados CENSO 2014, Inquérito de Cobertura Populacional e Habitação, publicação INE março 2016

<sup>2</sup> Estudo Nacional de Prevalência do VIH em mulheres grávidas de 15-19 anos da consulta pré-natal de 25 postos sentinelas do país (PNLS-INLS-CDC-OMS, Angola 2009)





Tabela 2- Indicadores Demográficos e de Saúde em Angola

Indicador	Angola 2017	Residência		Sexo	
		Urbano	Rural	Homens	Mulheres
População total	28.359.634	17.881.283	10.478.351	13.783.460	14.576.174
Taxa de crescimento natural (%)	2,7				
Idade média da população (anos)	21	20	21	20	21
Esperança de vida (anos)	60	-	-	55	63
Taxa mortalidade geral	13,6 x 1.000 n.v				
Taxa Fecundidade (%)	5,7	5,2	6,5	-	-
Prevalência de VIH em adultos (%)	2.1				
Taxa de mortalidade infantil	96 x 1.000 n.v				
Taxa de mortalidade em < 5 anos	158 x 1.000 n.v				
Taxa de mortalidade materna	450 x 100.000 n.v				
Taxa de malnutrição crónica (%) (moderada e severa)	16				
Proporção de analfabetismo (%)	34,4	20,6	58,9	20,0	47
Taxa de emprego população de 15 a 64 anos (%)	40,0	34,4	50,0	46,6	34,1
Proporção de agregados com habitabilidade apropriada (%)	26,3	37,5	8,8		
Proporção agregados familiar que usa água tratada (%)	36,1	51,4	13,0		
Proporção agregados familiar com acesso a instalação sanitária adequada (%)	60,0	81,0	25,9		
Proporção de agregados com acesso a electricidade (%)	31,9	50,9	2,2		
PIB per capita para 2011	5.230				
Despesas per capita em saúde para 2011	114,6				

Fonte: Instituto Nacional de Estatísticas. Inquérito Coberura populacional e habitação – Censo 2014, INE março 2016 e Global Health Observatory Data Repository ([www.who.int/gho/data](http://www.who.int/gho/data)).



## Organização do Sistema Nacional de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde está estruturado em três níveis:

- O **nível central**, com carácter político estratégico e normativo técnico nacional, nível onde encontra-se inserido a Secção de Doenças *Tropicais Negligenciadas*.
- O **nível provincial**, com dependência normativa e técnica do nível central e administrativa do Governo Provincial, onde se encontram inseridos o programa de controlo das Doenças Tropicais e Negligenciadas de carácter técnico e operativo.
- O **nível municipal**, com dependência técnica e operacional directa da Direcção Provincial de Saúde (DPS) e Administrativa Municipal. Neste âmbito encontram-se as **Unidades Sanitárias (US)** subordinam-se à Administração Municipal, cuja missão é prestar os cuidados da saúde integrado, incluindo o controlo das doenças tropicais e negligenciadas

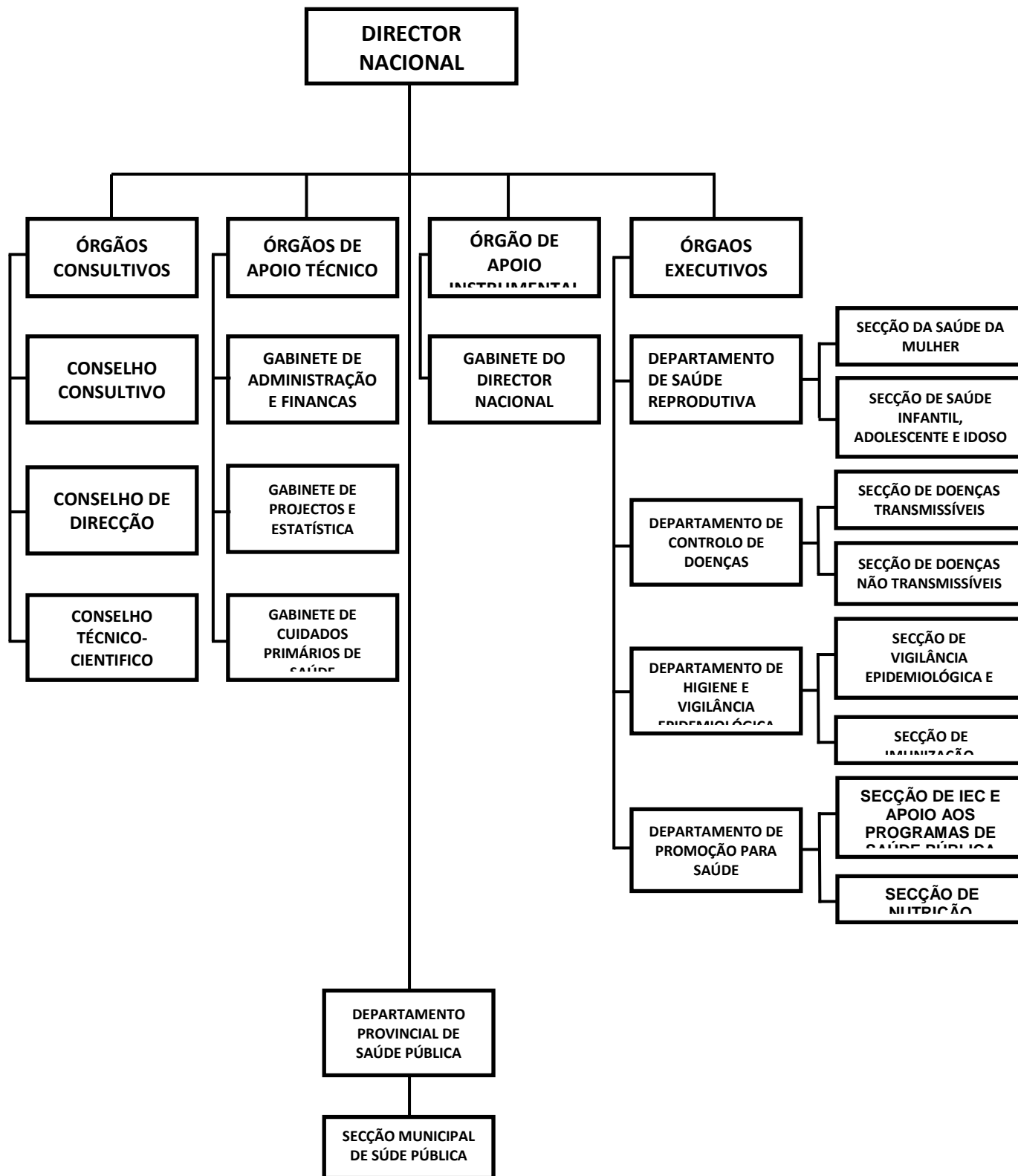
A rede de prestação de cuidados de saúde do SNS está constituída por um total de **2.356 unidades sanitárias**<sup>3</sup> (Hospitais, Centros materno-Infantis; Centros de Saúde e Postos Sanitário) de acesso universal. A cobertura dos serviços de saúde nas áreas urbanas é de 63% em contraste com o acesso num raio de 5 Kms nas áreas rurais de 27%.

---

<sup>3</sup> Dados do Anuário de Estatística Sanitária MINSA-GEPE 2014



FIGURA 1- ORGANIGRAMA DA DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA DE ANGOLA





## 1.2 Análise da Situação das Doenças Tropicais Negligenciadas

### 1.2.1 Epidemiologia e Fardo das Doenças

As doenças infecciosas e parasitárias são uma preocupação para a saúde pública de Angola. Dentro delas existe um grupo de 17 doenças tropicais negligenciadas, parte dos quais são passíveis à quimioterapia preventiva e outras que recorrem à manuseamento intensivo de casos. As que recorrem à quimioterapia preventiva que ocorrem em Angola são as seguintes: *Filariase Linfática*, *Oncocercose*, *Loase*, *Schistosomiase*, *Geohelmintoses* e *Tracoma*. As que recorrem à manuseamento intensivo de casos e que ocorrem em Angola são as seguintes: Lepra, Triponosamia, Verme de Guinéia, Leishmaniose, e Raiva.

#### 1.2.1.1 Epidemiologia das DTNs Passíveis à Quimioterapia Preventiva em Angola

##### 1.2.1.1.a- Situação da Filariase Linfática

A *Filariase linfática* é causada pelo Nemátodo *Wuchereria bancrofti*; parasita responsável pela *Filariase linfática* em África. O principal vector da doença em África é o mosquito do género *Anopheles*, mas a doença pode ser transmitida por mosquitos do género *Aedes*, *Culex* e *Mansonia*. É transmitida de pessoa para pessoa através de picada de mosquito. A exposição inicia-se logo na infância, mas os sinais podem levar muitos anos a manifestar-se.

Afecta uma população estimada de 12 biliões de pessoas no mundo inteiro, destas 40 milhões apresentam manifestações clínicas das quais um terço vive em África.

Angola é um país onde a *Filariase Linfática* é endémica. O mapeamento nacional decorreu desde 2015 até maio de 2017. O mapeamento foi realizado de acordo com o guião de mapeamento da OMS para detectar ocorrência de transmissão da infecção por *Wuchereria bancrofti* em cada município do país, a unidade básica de implementação de intervenções na área da saúde, tendo como instrumento de diagnóstico o teste de FTS Filariasis (Alere™ Filariasis Test Strip). Devido à potencial co-endemicidade com *Loa loa*, e a conhecida reacção cruzada no teste de FTS, em todos os casos positivos por este teste foi colhida amostra de sangue seco em papel de filtro para confirmação pelo teste de ELISA Wb123.

Segundo os resultados já existentes, dos vinte e dois municípios identificados endémicos pelo teste de FTS, somente dois municípios foram confirmados endémicos após o teste Wb123. Estes dois municípios encontram-se na Província do Uíge, aguardando-se o resultado dos testes confirmatórios para as províncias de Bié, Cuando Cubango e Luanda, e nas oito províncias mapeadas em Maio de 2017.

O mapa apresentado na Figura 2 indica os municípios mapeados e aqueles onde foram registados resultados positivos pelo teste de FTS, num total de 22, enquanto o mapa na Figura 3 indica os dois municípios até agora confirmados como endémicos pelo teste Wb123, nomeadamente Uíge e Songo na Província de Uíge. Dados detalhados do mapeamento da Filariase Linfática por município são apresentados no Anexo 2.

Figura 2- FL em Angola FTS e Wb123

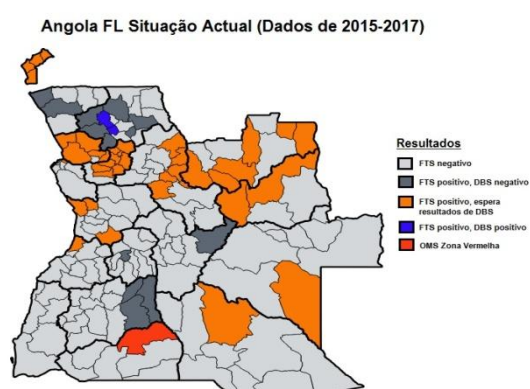
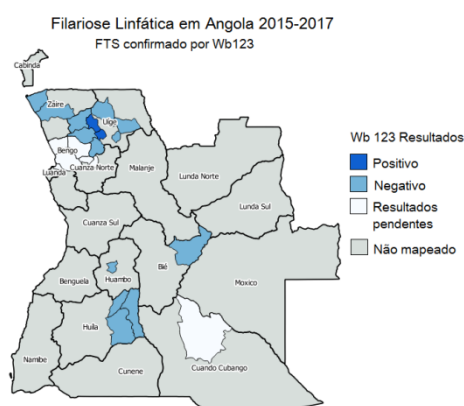


Figura 3- FL em Angola Wb123 (antes)





### 1.2.1.1.b- Situação da Oncocercose

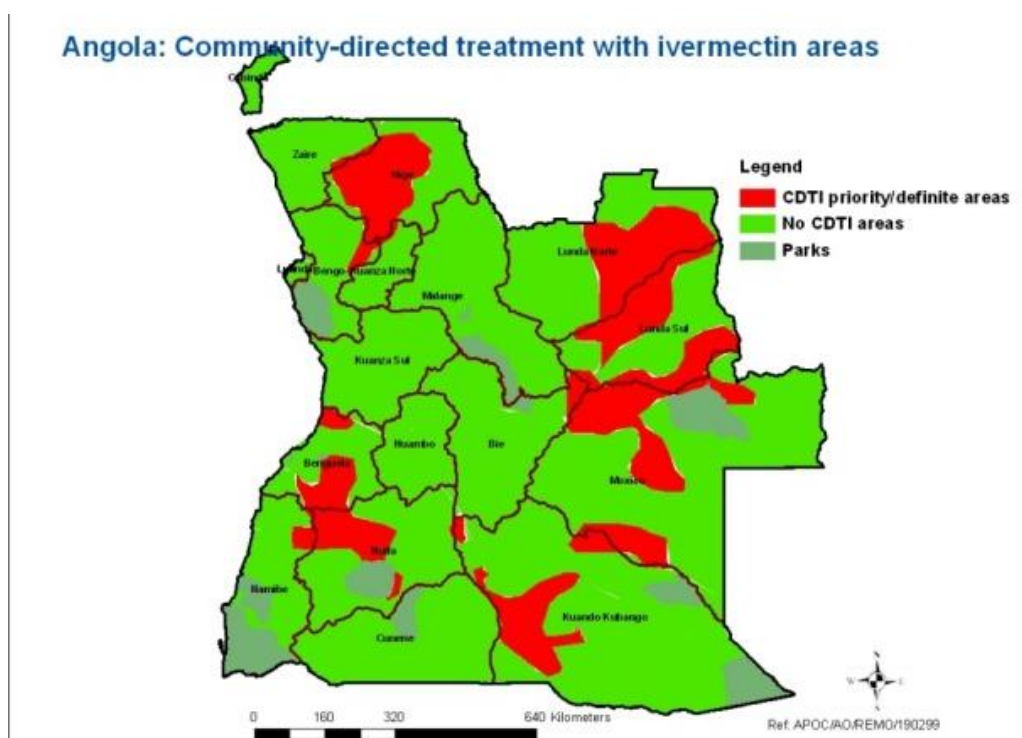
A *Oncocercose*, também chamada Cegueira dos Rios, é causada pela nematode *Oncocerca volvulus* que é transmitida de pessoa para pessoa pela chamada “mosca preta”, pertencente a género *Simulium*, que é o hospedeiro intermediário do parasita. A mosca tem como habitat os rios e riachos com curso rápido de água. *Oncocercose* afecta à pele, olhos, e tecido linfático. O homem é o único reservatório conhecido da doença.

A oncocercose é uma das maiores causas de cegueira em África. A doença é endémica em 29 países da África subsaariana.

O mapeamento da oncocercose iniciou-se no país, numa primeira fase em 2002 usando a metodologia de REMO com apoio do Programa Africano de Luta Contra o *Oncocercose* (APOC). Foram seleccionadas 535 aldeias, mas apenas 114 aldeias foram avaliadas no início. A terceira fase do REMO, realizada em meados de 2011, cobriu as restantes 421 aldeias seleccionadas.

A análise dos dados do exercício REMO por um sistema de informação geográfica (SIG) recorrendo à técnica de cricking classificou 8655 aldeias de Angola da seguinte forma: 367 Aldeias situadas em zona onde o TIDC seria necessário para efeitos de controlo em 9 províncias; 1650 Aldeias situadas na zona onde o TIDC não era recomendável (ver Figura 4).

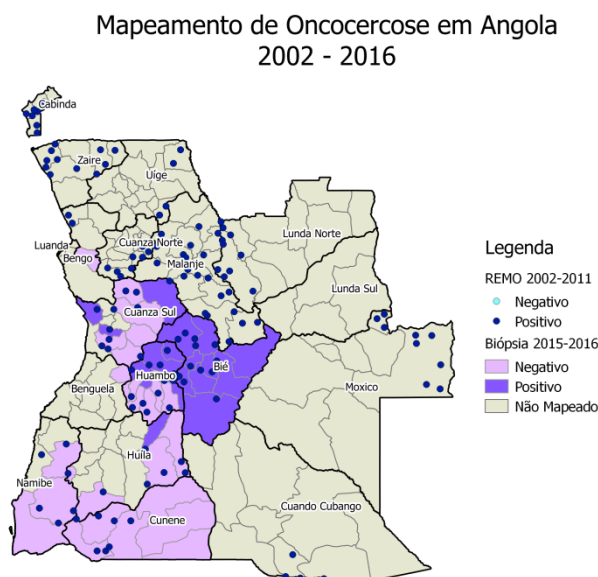
Figura 4- Áreas prioritárias de TIDC para controlo da Oncocercose 2004-2017 baseado no REMO



Com base nestes resultados foram estabelecidos 8 projectos TIDC em 9 províncias do país, que implementaram distribuição massiva de ivermectina entre 2004 a 2015.

Tendo em conta a recente mudança do paradigma para a oncocercose de controlo para eliminação, entre Julho e Dezembro de 2015, foram seleccionadas 177 aldeias para mapeamento adicional, pela técnica de biopsia cutânea para pesquisa de microfílaras de *Oncocerca volvulus*, mas somente 76 foram mapeadas. A integração dos resultados dos dois exercícios de mapeamento (REMO e biopsia cutânea), indicam que a oncocercose é endémica em 12 províncias do país.

A Figura 5, apresenta uma análise integrada dos resultados de mapeamento de Oncocercose por duas técnicas, nomeadamente REMO e biopsia cutânea.

**Figura 5- Situação atual Conhecida de Oncocercose em Angola**

O Anexo 3 apresenta os resultados detalhados de classificação de endemicidade com base nos dados disponíveis até 2017. Os resultados apresentados evidenciam potenciais divergências na classificação de endemicidade quando comparados os resultados do mapeamento pela metodologia do REMO e da Biópsia Cutânea, sugerindo a necessidade de reavaliação da endemicidade em diversos municípios para mais seguramente se decidir sobre intervenções futuras nos mesmos (ver Anexo 3).

#### 1.2.1.1.c- Situação de Endemicidade da Loase

O conhecimento da distribuição e nível de endemicidade e densidade de microfilaremia da Loase é essencial para decidir a estratégia de distribuição massiva de ivermectina em áreas co-endémicas com oncocercose ou filaríase linfática em face dos riscos de efeitos adversos severos em indivíduos com níveis elevados de microfilaremia. Nessa perspectiva na sequência do mapeamento de oncocercose, entre 2008 e 2011, foram realizados inquéritos de Avaliação Rápida de Loa (RAPLOA) nas zonas indicadas para distribuição massiva de ivermectina. A RAPLOA avalia o risco de loase recorrendo à história de presença de verme no olho numa amostra de indivíduos no lugar de inquérito.

A Figura 6 apresenta a delimitação das áreas de prevalência de Loa determinada por RAPLOA. Essa informação foi usada para decidir a viabilidade do tratamento. A mesma indica que as áreas de maior endemicidade estão localizadas nas províncias de Bengo, Bié e Cuando Cubango.

Mais recentemente, em 2015, durante o inquérito de mapeamento de oncocercose em 76 aldeias usando a técnica de biópsia cutânea, foi efectuada em simultâneo, a pesquisa e determinação da densidade de microfílaras de *Loa loa* nos indivíduos incluídos no inquérito (ver Anexo 4).

Os níveis de microfilaremia detectados não representam um risco para a ocorrência de Eventos Adversos Severos (EAS) após tratamento com ivermectina, tendo a mais alta densidade de microfílaras por microlitro sido detectada no município de Quitexe (6,820 Mf/ul), quando o risco de EAS acontece em indivíduos com densidade acima de 20,000 Mf/ul. Apesar das baixas densidades detectadas, tal facto não preclui a necessidade de se estabelecer sistema de farmacovigilância para detectar qualquer evento adverso que excepcionalmente possa ocorrer após a administração massiva de ivermectina.

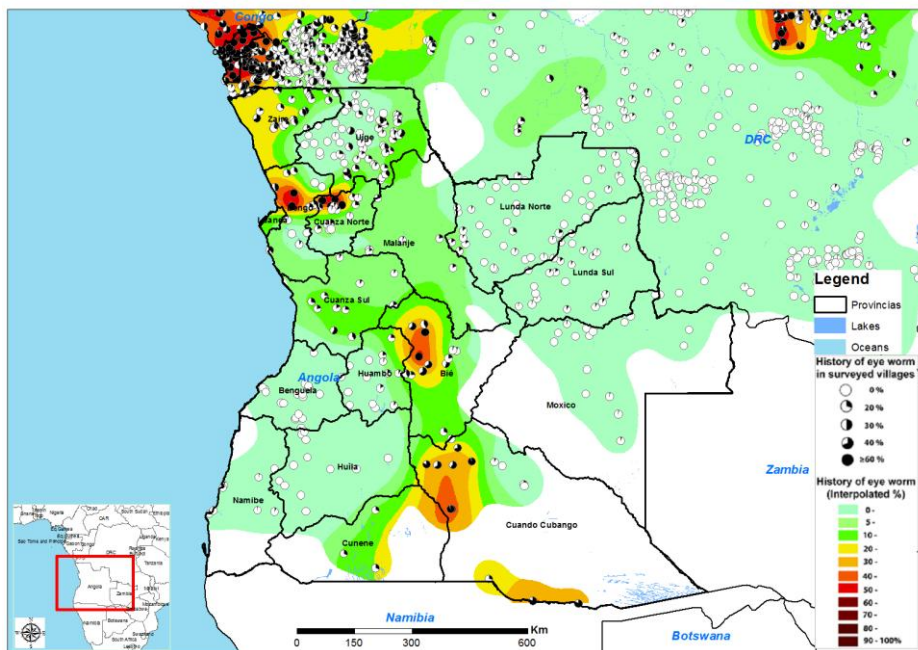


Baseado nestes resultados, as estratégias de distribuição massiva de ivermectina em áreas co-endémicas estão apresentadas na Tabela 3. Mais detalhes são apresentados no Anexo 4.

**Tabela 3- Estratégia de Distribuição Massiva de ivermectina onde há Coendemicidade de Loa Loa**

<b>Província</b>	<b>Estratégia de Distribuição Massiva</b>
Bengo	Resultados Pendentes
Benguela	Resultados Pendentes
Bie	Nível de parasitémia permite tratamento com IVM
Cabinda	Resultados Pendentes
Quando Cubango	Resultados Pendentes
Cuanza Norte	Resultados Pendentes
Cuanza Sul	Nível de parasitémia permite tratamento com IVM
Cunene	Nível de parasitémia permite tratamento com IVM
Huambo	Nível de parasitémia permite tratamento com IVM
Huila	Nível de parasitémia permite tratamento com IVM
Luanda	Nível de parasitémia permite tratamento com IVM
Lunda Norte	Resultados Pendentes
Lunda Sul	Resultados Pendentes
Malanje	Resultados Pendentes
Moxico	Resultados Pendentes
Namibe	Nível de parasitémia permite tratamento com IVM
Uige	Nível de parasitémia permite tratamento com IVM
Zaire	Nível de parasitémia permite tratamento com IVM

**Figura 6- Prevalência de loase por RAPLOA em Angola**



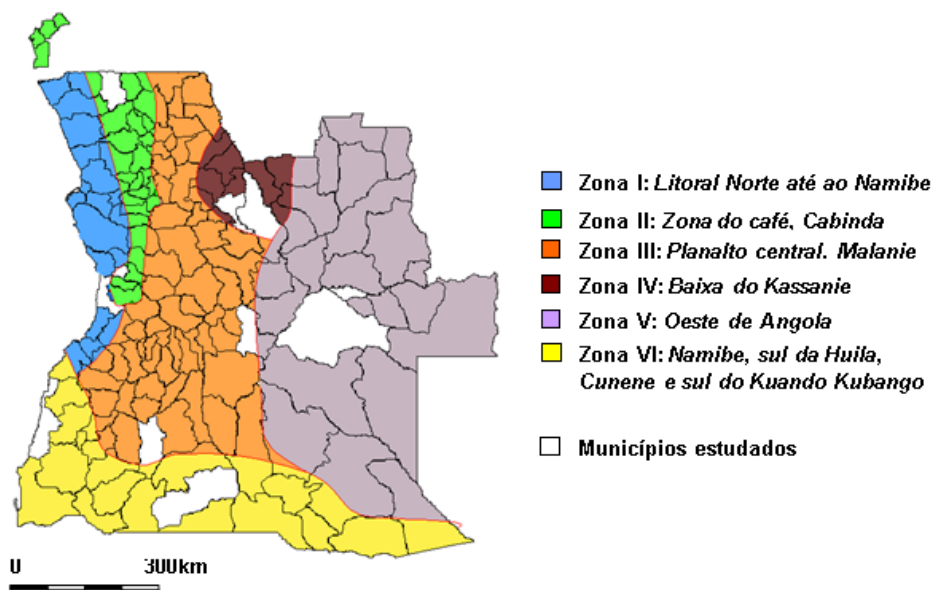
Fonte: APOC

### 1.2.1.1.d- Endemicidade das Helmintíases Transmitidas pelo Solo e Schistosomiase

As Helmintíases Transmitidas pelo Solo (HTS) e a Schistosomiase ocorrem em vastas áreas de Angola, segundo dados de rotina do Ministério da Saúde.

Em 2005, a UNICEF, OMS, PAM, MINE e MINSa realizaram um inquérito no qual o país foi dividido em 6 zonas ecológicas homogéneas (Figura 7), e em cada uma seleccionaram 4-5 escolas como local de inquérito. Os resultados do inquérito nas escolas de cada zona ecológica foram posteriormente extrapolados para as províncias localizadas nessa zona. A pesquisa de parasitas intestinais e *Schistosoma mansoni* foram efectuadas pela técnica de Kato Katz, e a pesquisa de *Schistosoma haematobium* pela pesquisa de microhaematuria com fita reagente de Hemastix.

**Figura 7- Mapa da divisão de Angola em áreas ecologicamente homogéneas**



Fonte: Relatório do inquérito para controlo das helmintoses em crianças em idade escolar, Angola 2005





A tabela 4, apresenta a prevalência de infecção por diferentes parasitas intestinais e schistosomíase por zonas ecológicas.

Relativamente às Helminthíases Transmitidas pelo Solo, duas das seis zonas ecológicas tinham prevalência superior a 50% (Comunidades Expostas a um Risco Elevado), nomeadamente as províncias de Cabinda, Zaire, Uíge, Kwanza Norte, Bengo, Kwanza Sul da zona ecológica II, e as províncias de Malange e Lunda Norte pertencentes a área ecológica IV (Figura 8).

Porém, o resto das zonas ecológicas tinha uma prevalência entre 20 e 50% (Comunidades Expostas ao Risco Baixo). As espécies de helmintos mais prevalentes foram *A Lumbricoides* (25, 2%), a *Duodenalis* (9,8%) e *Trichiuris trichiura* (5,1%).

Relativamente à *Schistosomíase*, o inquérito mostrou que o *S haematobium* é transmitido em vastas áreas do país, enquanto o *S Mansoni* está presente apenas nas zonas de Cabinda, e Bacia de Kassanje em Malange. Nenhum caso de infecção por *S Japonicum* foi detectado (Figura 9).

Os resultados do inquérito de 2005 revelaram uma prevalência global de Schistosomíase haematobium de 28% IC95 (25,6-30,3), variando entre 11,8% e 40,6%.

As províncias de alto risco (prevalência > 30%) eram: Zaire, Uíge, Bengo, Kwanza Norte, Kwanza Sul, Cabinda, Malange, e Lunda Norte (ver Anexo 5).

Em face dos resultados do inquérito, entre 2006 e 2009, foram implementadas campanhas nacionais anuais de desparasitação com albendazole ou mebendazole nas escolas que foram posteriormente interrompidas em 2013. De 2014 até ao presente o tratamento massivo nas escolas foi focalizado somente em algumas províncias usando albendazole e/ou praziquantel.

**Tabela 4- Prevalência de parasitas intestinais e microhematúria por área**

Áreas	Parasitas intestinais				Microhaematúria			
	n	Positivo	Prevalencia (%)	CI95	n	Positivo	Prevalencia (%)	CI95
Área 1 – Costa Norte ao Namibe	237	85	35.9	29.7-42.0	249	53	21.3	16.2-26.4
Área 2 – Área cafeeira, Cabinda	187	142	75.9	69.8-82.1	192	76	39.6	32.6-46.5
Área 3 – Planalto Central, Malanje	298	79	26.5	21.5-31.5	299	99	33.1	27.8-38.5
Área 4 – Bacia de Kassanje	130	74	56.9	48.4-65.5	130	27	20.8	13.8-27.8
Área 5 – Oeste de Angola	255	77	30.2	24.6-35.8	255	30	11.8	7.8-15.7
Área 6 – Namibe, Sul da Huíla, Cunene, Kuando Kubango	234	67	28.6	22.8-34.4	234	95	40.6	34.3-46.9
Global	1341	524	40.0	36.6-41.5	1359	380	28.0	25.6-30.3

Fonte: Inquérito para controlo das helmintoses em crianças em idade escolar, Angola 2005



Figura 8- Prevalência de diferentes Helmintíases Transmitidas pelo Solo por áreas ecológicas

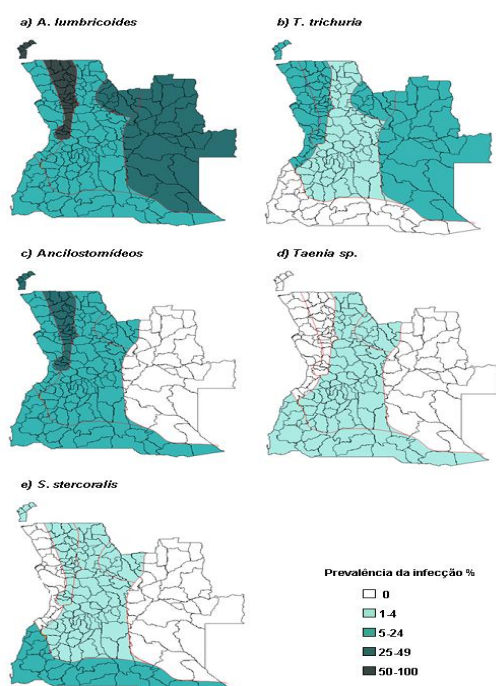
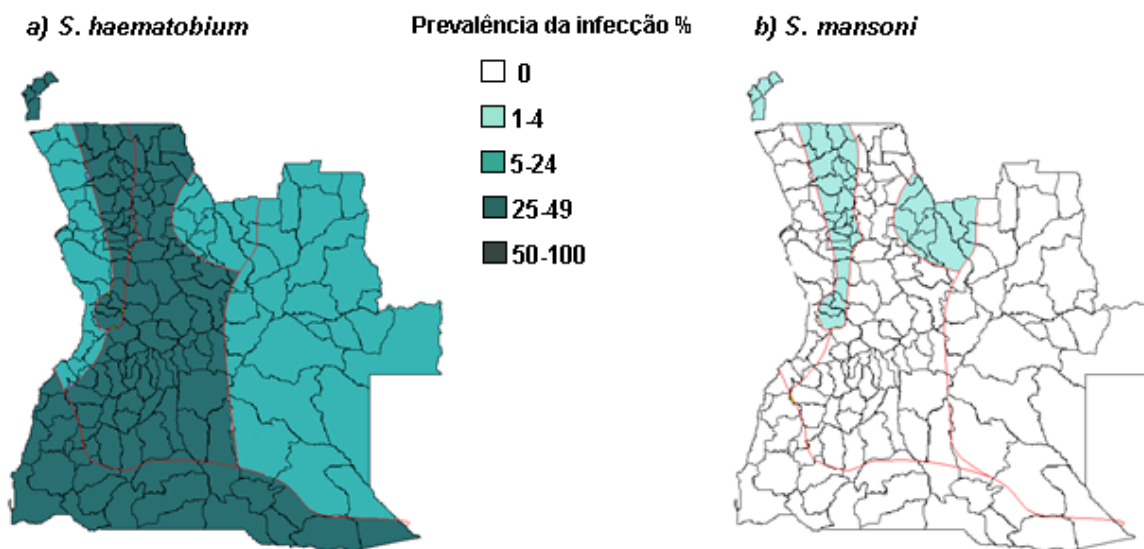


Figura 9- Prevalência de Schistosoma haematobium e Schistosoma mansoni por áreas ecológicas



Fonte: Inquérito para controlo das helmintoses em crianças em idade escolar, Angola 2005

Para actualizar a situação epidemiológica após vários anos de tratamento massivo, o MINSA em colaboração com parceiros iniciou, em 2014, um inquérito de mapeamento de parasitas intestinais e Schistosomiase, em 5 escolas em cada município de algumas províncias do país, nomeadamente Huambo, Uíge e Zaire. Os resultados indicam que a prevalência varia consideravelmente entre municípios mostrando que a extrapolação de dados efectuada no mapeamento de 2005 pode ter resultado na classificação menos correcta da endemicidade em vários municípios com consequente definição de esquemas de distribuição massiva de medicamentos inadequados para o contexto epidemiológico.



A tabela 5, apresenta a comparação dos resultados do mapeamento nacional de 2005 com extrapolação por zonas ecológicas e resultados parciais de 2014 por município.

**Tabela 5- Comparação da prevalência de Schistosoma haematobium e Helmintos transmitidos pelo solo extrapolada por província (2005) e observada em alguns municípios (2014) de Angola**

Província	Município	Schisto Urinária		HTS	
		2005	2014	2005	2014
		Hemastix (%)	Filtração de Urina (%)	Kato Katz	Kato Katz
HUAMBO	BAILUNDO	33,1	19	26,5	3
	CAALA		31		9
	EKUNHA		17		17
	HUAMBO		19		29
	CACHIUNGO		23		5
	LONDUIMBALI		23		1
	LONGONJO		24		20
	MUNGO		10		3
	TCHICALA TCHOLOHANGA		23		3
	TCHINDJENJE		32		3
	UKUMA		32		9
UIGE	AMBUILA	39,6	17	75,9	35
	BEMBE		28		7
	BUENGAS		5		77
	BUNGO		11		72
	CANGOLA		7		66
	DAMBA		6		74
	MAQUELA DO ZOMBO		7		75
	MILUNGA		6		55
	MUCABA		9		77
	NEGAGE		15		71
	PURI		9		58
	QUIMBELE		5		85
	QUITEXE		8		92
	SANZA POMBO		8		49
	SONGO		60		62
	UIGE		35		27



Tabela 5 - Comparação da prevalência de Schistosoma haematobium e Helmintos transmitidos pelo solo extrapolada por província (2005) e observada em alguns municípios (2014) de Angola (continuação)

Província	Município	Schisto Urinária		HTS	
		2005	2014	2005	2014
		Hemastix (%)	Filtração de Urina (%)	Kato Katz	Kato Katz
ZAIRE	CUIMBA	39,6	20	75,9	20
	MBANZA CONGO		28		12
	NOQUI		16		25
	NZETO		26		7
	SOYO		9		39
	TOMBOCO		2		20

Em face da natureza focal destas doenças, especialmente a Schistosomiase, estes resultados aliados ao facto de terem sido implementadas várias campanhas anuais de desparasitação com Albendazole e Praziquantel desde 2007, sugerem a necessidade de continuar o mapeamento por município iniciado em 2015. Isso permitirá uma avaliação mais detalhada da situação de endemicidade que permita a classificação de cada município para posteriormente se decidir o pacote de implementação de intervenções mais adequado para cada município.

### 1.2.1.1.e- Situação de Endemicidade do Tracoma

A situação do tracoma em Angola era até recentemente desconhecida. Sendo uma doença com objectivos de eliminação definidos globalmente, Angola tinha a necessidade urgente de determinar a ocorrência da doença no país para posterior mapeamento e decisão sobre a necessidade de quimioterapia massiva anual com azitromicina para a sua eliminação.

Nessa perspectiva, em Outubro de 2015, foi realizada uma Avaliação Epidemiológica Rápida (REA) do Tracoma em algumas áreas de Angola com o objectivo de identificar os municípios nos quais deveria ser efectuado um mapeamento mais detalhado para determinar a necessidade de tratamento massivo com azitromicina para eliminação da doença. O exercício compreendeu a observação directa de membros da comunidade em algumas aldeias dos municípios visitados nas províncias de Uíge e Benguela. Os resultados desta REA estão apresentados na Tabela 6, demonstrando que tracoma é endémico em Angola.

Tabela 6- Resultados da Avaliação Epidemiológica Rápida do Tracoma nas comunidades visitadas

Província	Município	Comuna	Aldeia	# Crianças examinadas	% Fólículos inflamados
Uíge	Bungo	Mbanza Kongo	Kilukelo	18	55,6
Uíge	Bungo	Kiukeke	Kimulunga	20	30,0
Benguela	Catumbela	Praia de Bebe	Tchapa	23	21,7
Benguela	Catubela	Praia de Bebe	Caponte	31	9,7

Adicionalmente, dados fornecidos pelo Projecto Sole e relativos a consultas e intervenções cirúrgicas na Clínica Boa Vista, indicam a ocorrência de tracoma em municípios de várias províncias do país. A



Tabela 7 apresenta o número de diagnósticos de tracoma em diferentes estágios e intervenções cirúrgicas na Clínica Boa Vista no período de 2009 a 2015.

**Tabela 7- Diagnósticos e intervenções cirúrgicas para Tracoma na Clínica Boa Vista, Benguela**

Província	Município	Tracoma (TF e TI)									Cirurgia de Triquiase
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	
<b>Benguela</b>	Benguela	63	40	62	173	56	91	48	10	<b>543</b>	<b>165</b>
<b>Bié</b>	Kuito								2	<b>2</b>	
<b>Huambo</b>	Kachiungo		6		24	0	4	2	23	<b>59</b>	<b>2</b>
<b>Huila</b>	Lubango	6	3	10		6	4	68	7	<b>104</b>	<b>19</b>
	Kalukembe					1			0	<b>1</b>	
<b>C Cubango</b>	Menongue						4		0	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>Cunene</b>	Ombadja			72				38	0	<b>110</b>	
<b>Lunda Sul</b>	Saurimo								5	<b>5</b>	
<b>Zaire</b>	Mbanza Kongo								35	<b>35</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9 Municípios</b>	<b>69</b>	<b>49</b>	<b>144</b>	<b>197</b>	<b>63</b>	<b>103</b>	<b>156</b>	<b>82</b>	<b>863</b>	<b>189</b>

### 1.2.1.2- Co-endemicidade de Doenças Tropicais Negligenciadas Susceptíveis a Quimioterapia Massiva em Angola

O conhecimento completo da co-endemicidade de DNTs preveníveis por quimioterapia massiva é ainda incompleto devido às lacunas de mapeamento que ainda persistem. Assim, a situação é descrita com base no melhor conhecimento existente actualmente. A Tabela 8, apresenta o detalhe de conhecimento de co-endemicidade. Está previsto que seja completado o mapeamento de Filaríase Linfática em 2017 e da Schistosomíase até ao final do primeiro semestre de 2018, após o que será possível avaliar a co-endemicidade das referidas doenças e definir os pacotes de quimioterapia integrada mais adequados.

**Tabela 8- Co-endemicidade de Doenças Tropicais Negligenciadas por Município em Angola**

Província	Município	Onco	FL	Loase	Schisto	HTS
<b>Bengo</b>	Ambriz	+	+	Resultado Pendente	+	+
	Bula Atumba	Não mapeado	+	Resultado Pendente	+	+
	Dande	Não mapeado	+	Resultado Pendente	+	+
	Dembos	Não mapeado	+	Resultado Pendente	+	+
	Nambuangongo	Não mapeado	+	Resultado Pendente	+	+
	Pango Aluquem	Não mapeado		-	Resultado Pendente	+



Tabela 8 - Co-endemicidade de Doenças Tropicais Negligenciadas por Município em Angola  
(continuação 1)

Província	Município	Onco	FL	Loase	Schisto	HTS
<b>Benguela</b>	Baia Farta	Não mapeado	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
	Balombo	-	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
	Benguela	Não mapeado	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
	Bocoio	Não mapeado	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
	Caimbambo	Não mapeado	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
	Catumbela	Não mapeado	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
	Chongoroi	Não mapeado	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
	Cubal	Não mapeado	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
	Ganda	Não mapeado	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
	Lobito	Não mapeado	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
<b>Bie</b>	Andulo	+	-	+	+	+
	Camacupa	+	-	+	+	+
	Catabola	+	-	+	+	+
	Chinguar	+	-	+	+	+
	Chitembo	+	-	+	+	+
	Cuemba	+	+	+	+	+
	Cunhinga	+	-	+	+	+
	Kuito	+	-	+	+	+
	Nharea	+	-	+	+	+
<b>Cabinda</b>	Belize	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Buco Zau	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Cabinda	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Cacongo	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
<b>Cunene</b>	Cahama	+	-	+	+	+
	Cuanhama	Não mapeado	-	+	+	+
	Curoca	+	-	+	+	+
	Cuvelai	Não mapeado	-	+	+	+
	Namacunde	Não mapeado	-	+	+	+
	Ombadja	+	-	+	+	+



Tabela 8 - Co-endemicidade de Doenças Tropicais Negligenciadas por Município em Angola  
(continuação 2)

Província	Município	Onco	FL	Loase	Schisto	HTS
<b>Huambo</b>	Bailundo	+	-	+	+	+
	Caala	+	-	+	+	+
	Ekunha	+	+	+	+	+
	Huambo	+	-	+	+	+
	Cachiungo	+	-	+	+	+
	Londumbali	+	-	+	+	+
	Longonjo	+	-	+	+	+
	Mungo	+	-	+	+	+
	Tchicala Tcholohanga	+	-	+	+	+
	Tchindjenje	Não mapeado	-	+	+	+
	Ukuma	+	-	+	+	+
<b>Huila</b>	Caconda	Não mapeado	-	+	+	+
	Cacula	Não mapeado	-	+	+	+
	Caluquembe	Não mapeado	-	+	+	+
	Chibia	Não mapeado	-	+	+	+
	Chicomba	Não mapeado	-	+	+	+
	Chipindo	+	-	+	+	+
	Gambos	+	-	+	+	+
	Humpata	+	-	+	+	+
	Jamba	+	-	+	+	+
	Kuvango	+	-	+	+	+
	Lubango	Não mapeado	-	+	+	+
	Matala	Não mapeado	-	+	+	+
	Quilengues	Não mapeado	-	+	+	+
	Quipungo	Não mapeado	-	+	+	+
<b>Cuando Cubango</b>	Calai	+	-	Resultado Pendente	+	+
	Cuanger	Não mapeado	-	Resultado Pendente	+	+
	Cuchi	Não mapeado	-	Resultado Pendente	+	+
	Dirico	+	-	Resultado Pendente	+	+
	Kuito Kuanavale	Não mapeado	Resultado Pendente	Resultado Pendente	+	+
	Mavinga	Não mapeado	-	Resultado Pendente	+	+
	Menongue	Não mapeado	-	Resultado Pendente	+	+
	Nankova	Não mapeado	-	Resultado Pendente	+	+
	Rivungo	Não mapeado	-	Resultado Pendente	+	+



Tabela 8 - Co-endemicidade de Doenças Tropicais Negligenciadas por Município em Angola  
(continuação 3)

Província	Município	Onco	FL	Loase	Schisto	HTS
<b>Cuanza Norte</b>	Ambaca	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Banga	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Bolongongo	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Cambambe	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Cazengo	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Golungo Alto	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Gonguembo	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Kiculungo	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Lucala	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Samba Caju	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
<b>Cuanza Sul</b>	Amboim	Não mapeado	Resultado Pendente	+	+	+
	Cassongue	+	Resultado Pendente	+	+	+
	Cela (Waku Kungo)	Não mapeado	Resultado Pendente	+	+	+
	Conda	+	Resultado Pendente	+	+	+
	Ebo	Não mapeado	Resultado Pendente	+	+	+
	Kibala	+	Resultado Pendente	+	+	+
	Kilenda	+	Resultado Pendente	+	+	+
	Libolo	+	Resultado Pendente	+	+	+
	Mussende	+	Resultado Pendente	+	+	+
	Porto Amboim	+	Resultado Pendente	+	+	+
	Seles	+	Resultado Pendente	+	+	+
	Sumbe	Não mapeado	Resultado Pendente	+	+	+
<b>Luanda</b>	Belas	Não mapeado	-	+	+	+
	Cacuaco	Não mapeado	Resultado Pendente	+	+	+
	Cazenga	Não mapeado	-	+	+	+
	Icolo E Bengo	Não mapeado	-	+	+	+
	Luanda	Não mapeado	-	+	+	+
	Quissama	Não mapeado	-	+	+	+
	Viana	Não mapeado	-	+	+	+





Tabela 8 - Co-endemicidade de Doenças Tropicais Negligenciadas por Município em Angola  
(continuação 4)

Província	Município	Oncó	FL	Loase	Schisto	HTS
<b>Lunda Norte</b>	Cambulo	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	C Camulemba	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Caungula	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Chitato	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Cuango	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Cuilo	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Lubalo	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Lucapa	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Xa Muteba	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
<b>Lunda Sul</b>	Cacolo	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Dala	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Muconda	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Saurimo	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
<b>Malange</b>	Caculama (Mukari)	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Cacuso	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	C Catembo	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Cangandala	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Kahombo	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Kalandula	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Kiwaba Nzogi	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Kunda Dia Base	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Luquembo	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Malange	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Marimba	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Massango	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Quela	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Quirima	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+



Tabela 8 - Co-endemicidade de Doenças Tropicais Negligenciadas por Município em Angola  
(continuação 5)

Província	Município	Onco	FL	Loase	Schisto	HTS
<b>Moxico</b>	Alto Zambeze	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Camanongue	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Leua	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Luacano	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Luau	+	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Luchazes	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Lumbala Nguimbo	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Lumeje	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
	Moxico / Luena	Não mapeado	Resultado Pendente	Não mapeado	+	+
<b>Namibe</b>	Bibala	+	-	+	+	+
	Camucuio	Não mapeado	-	+	+	+
	Namibe	+	-	+	+	+
	Tombua	+	-	+	+	+
	Virei	+	-	+	+	+
<b>Uige</b>	Ambuila	Não mapeado	-	+	+	+
	Bembe	Não mapeado	-	+	+	+
	Buengas	Não mapeado	-	+	+	+
	Bungo	Não mapeado	-	+	+	+
	Cangola	+	-	+	+	+
	Damba	Não mapeado	-	+	+	+
	M Do Zombo	Não mapeado	-	+	+	+
	Milunga	Não mapeado	-	+	+	+
	Mucaba	Não mapeado	-	+	+	+
	Negage	Não mapeado	-	+	+	+
	Puri	Não mapeado	-	+	+	+
	Quimbele	+	-	+	+	+
	Quitexe	Não mapeado	-	+	+	+
	Sanza Pombo	Não mapeado	-	+	+	+
	Songo	Não mapeado	+	+	+	+
Uige	Não mapeado	+	+	+	+	



Tabela 8 - Co-endemicidade de Doenças Tropicais Negligenciadas por Município em Angola  
(continuação 6)

Província	Município	Onco	FL	Loase	Schisto	HTS
Zaire	Cuimba	+	-	+	+	+
	Mbanza Congo	+	-	+	+	+
	Noqui	Não mapeado	-	+	+	+
	Nzeto	Não mapeado	-	+	+	+
	Soyo	+	-	+	+	+
	Tomboco	+	-	+	+	+

### 1.2.2 Situação actual do mapeamento das DTNs

O mapeamento nacional das DTNs em Angola teve início no ano de 2002 com o mapeamento de oncocercose pela metodologia de REMO, com apoio do Programa Africano de Controlo da Oncocercose (APOC), processo que se estendeu até ao ano de 2011.

Em 2015, com apoio do projecto de mapeamento de DTNs da OMS-AFRO foi iniciado um exercício de mapeamento de filaríase linfática, HTS e schistosomíase. Em 2015, o APOC iniciou um processo de mapeamento para refinamento da delimitação das áreas endémicas de oncocercose recorrendo à técnica de biópsia cutânea. Este refinamento surge da necessidade de melhor definir as áreas de endemicidade na perspectiva da mudança do paradigma de controlo para a eliminação da oncocercose.

O Anexo 8, apresenta em detalhe as lacunas de mapeamento de DTNs por município no final do primeiro trimestre de 2017. A Tabela 9 em baixo apresenta estes detalhes numa forma resumida.

Tabela 9- Lacunas de mapeamento de DTNs passíveis a quimioterapia massiva preventiva em Angola

Província	Nº de Municípios	Onco	FL	Loase	Schisto*	HTS*
Bengo	6	5	0	0	0	0
Benguela	10	9	0	0	0	0
Bié	9	0	0	0	0	0
Cabinda	4	1	0	0	0	0
Cunene	6	3	0	0	0	0
Huambo	11	1	0	0	0	0
Huila	14	9	0	0	0	0
Quando Cubango	9	7	0	0	0	0
Cuanza Norte	10	6	0	0	0	0
Cuanza Sul	12	4	0	0	0	0
Luanda	9	9	0	0	0	0
Lunda Norte	10	8	0	0	0	0
Lunda Sul	4	3	0	0	0	0
Malange	14	1	0	0	0	0
Moxico	9	7	0	0	0	0



Tabela 9 - Lacunas de mapeamento de DTNs passíveis a quimioterapia massiva preventiva em Angola (continuação)

Província	Nº de Municípios	Onco	FL	Loase	Schisto*	HTS*
<b>Namibe</b>	<b>5</b>	1	0	0	0	0
<b>Uíge</b>	<b>16</b>	14	0	0	0	0
<b>Zaire</b>	<b>6</b>	2	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>164</b>	90	0	0	0	0

Legenda:

\*As doenças que necessitam de reavaliação, excepto nas províncias do Huambo, Uíge e Zaire.

Relativamente a Oncocercose o mapeamento só é necessário em municípios onde existem os factores ecológicos e biológicos que determinem o risco de transmissão da doença como sejam a proximidade de rios com cursos de água rápida e a presença do próprio vector. Assim, propõe-se que para esta doença seja implementada uma acção de mapeamento rápido de risco através de pesquisas rápidas da presença dos vectores simulíneos. O mapeamento mais detalhado seria posteriormente efectuado somente em lugares onde presença do vector tenha sido confirmada.

Em geral, uma análise dos métodos e resultados do mapeamento de algumas das DTNs por município em diferentes períodos, indicam a necessidade de reavaliar a endemicidade. Especificamente, a situação precisa de ser reavaliada em municípios nas seguintes situações:

- Mapeamento inicial da oncocercose com recurso à metodologia do REMO classificou o município como endémicos, mas avaliações mais recentes com recurso à metodologia de biopsia cutânea indicaram que os mesmos não são endémicos;
- Mapeamento da filaríase linfática em áreas co-endémicas com *Loa loa* indicaram resultados positivos, mas posteriormente os mesmos foram considerados como podendo ser resultado de uma reacção cruzada do teste FTS Filariasis;
- Onde a classificação da endemicidade de Schistosomiase e Helmentos Transmitidos pelo Solo foi efectuada por extrapolação por zonas ecológicas conforme o inquérito de 2005, e onde têm sido efectuadas intervenções de administração massiva de medicamentos. Inquéritos realizados actualmente em algumas províncias indicam que tal extrapolação, resulta na classificação antiga dos níveis de endemicidade que induz à definição de estratégias de intervenção inadequadas.

Assim, o Anexo 8, apresenta a lista dos municípios em que são recomendadas reavaliações para as diferentes DTNs em consideração.

Propõe-se que em qualquer município em que é sugerida reavaliação da endemicidade de Filaríase Linfática e/ou Oncocercose a mesma seja efectuada com recurso ao teste rápido bplex Wb123 e Ov16, em crianças, o qual permite avaliar a exposição aos parasitas *Wuchereria bancrofti* e *Onchocerca volvulus*, que a serem positivos indicam transmissão recente das doenças. Contudo, devido à conhecida baixa sensibilidade dos mesmos um resultado negativo não significa necessariamente que a transmissão não esteja a ocorrer.

Para a reavaliação da endemicidade de Schistosomíase e Helmentos Transmitidos pelo Solo, propõe-se o uso da técnica de CCA (Circulating Cathodic Antigen) para o diagnóstico de *S. mansoni*, Filtração de Urina para *S. haematobium* e Kato-Katz para HTS e *S. mansoni*.



## **1.3 IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DAS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS**

O Programa de controlo das DTNs implementa as suas actividades no controlo da Oncocercose mediante a administração massiva de ivermectina, através de oito projectos TIDC operacionais em nove províncias endémicas do país identificadas na sequência dos inquéritos REMO implementados em 2002 e 2011 pela APOC. Contudo, a regularidade e cobertura tem sido afectadas pela falta de recursos, especialmente o encerramento de programa APOC. Exceptuam-se as províncias de Uíge e Kuando Kubango que recebem apoio de outros parceiros de implementação.

As actividades de desparasitação a crianças em idade escolar são realizadas através de campanhas de administração de Albendazole e Praziquantel nas escolas de nível primário, no âmbito de controlo das geohelmintoses e schistosomoses. Estas actividades são regulares nas províncias onde tem parceiros de implementação e são implementadas com base nos conselhos de OMS para a endemicidade de cada município, sendo Bie, Huambo, Kuanza Sul, Kuando Kubango, Uíge e Zaire. Nas outras províncias a implementação tem sido mais afectada pela redução dos orçamentos provinciais.

Os casos indetificados com manifestações clínicas da FL (Elefantíase, Hidrocele), ou casos diagnosticados de Schistosomiase, são geridos clinicamente nas Unidades Sanitárias de atendimento ou referidos às Especialidades Clínicas específicas.

### **1.3.1 QUIMIOTERAPIA PREVENTIVA**

Até ao presente momento a quimioterapia preventiva (QP) para DTNs em Angola é feita somente para a oncocercose, Schistosomiase e Helmintíases Transmitidas pelo Solo. Não tendo até agora sido realizado o mapeamento do Tracoma, ela não é alvo de QP, apesar de haver evidências concretas da ocorrência da mesma em várias províncias do país.

A schistosomiase e helmintíases transmitidas pelo solo são as outras DTNs que beneficiaram de tratamento massivo, contudo de forma não sistemática e sem atingirem cobertura nacional.

A Tabela 10 resume a situação de intervenções contra DTNs em Angola.



**Tabela 10- Resumo de intervenções passadas ou correntes contra DTNs em Angola**

DTN	Ano	Pop Alvo	Pop Tratada	Pop Tratada (%)	Estratégia	Parceiros
Oncocercose	2005	83.557	50.636	60,6	TIDC	APOC
	2006	14.956	7074	47,3	TIDC	
	2007	63.345	30.849	48,7	TIDC	
	2008	65.225	33.526	51,4	TIDC	
	2009	84.375	48.516	57,5	TIDC	
	2010	86.875	59.422	68,4	TIDC	
	2013	1.380.417	766.491	55,5	TIDC	
	2014	1.296.137	711.276	54,8	TIDC	
	2016	391.864	142.800	36,4	TIDC	MENTOR
HTS	2006	5.071.297	974.820	19,2	DMM	UNICEF OMS MINED
	2007	5.213.293	3.932.940	75,4	DMM	
	2008	5.359.266	3.924.000	73,2	DMM	
	2009	5.509.325	4.950.347	89,9	DMM	
	2010	5.663.587	0	0	DMM	
	2011	5.822.168	0	0	DMM	
	2012	6.002.693	0	0	DMM	
	2013	6.164.745	566.338	58,4	DMM	MENTOR
	2014	7.195.138				
	2015	7.389.406	605.325		DMM	
	2016	7.588.921	1.893.907		DMM	
	2017	7.793.822	362.806		DMM	
Filariase Linfática	2016	90.286	44.159	48,9	TIDC	MENTOR
Schisto	2014	7.195.138	659.149		DMM	MENTOR
	2015	7.389.406	326.514		DMM	
	2016	7.588.921	1.433.665		DMM	
	2017	7.793.822	94.999		DMM	

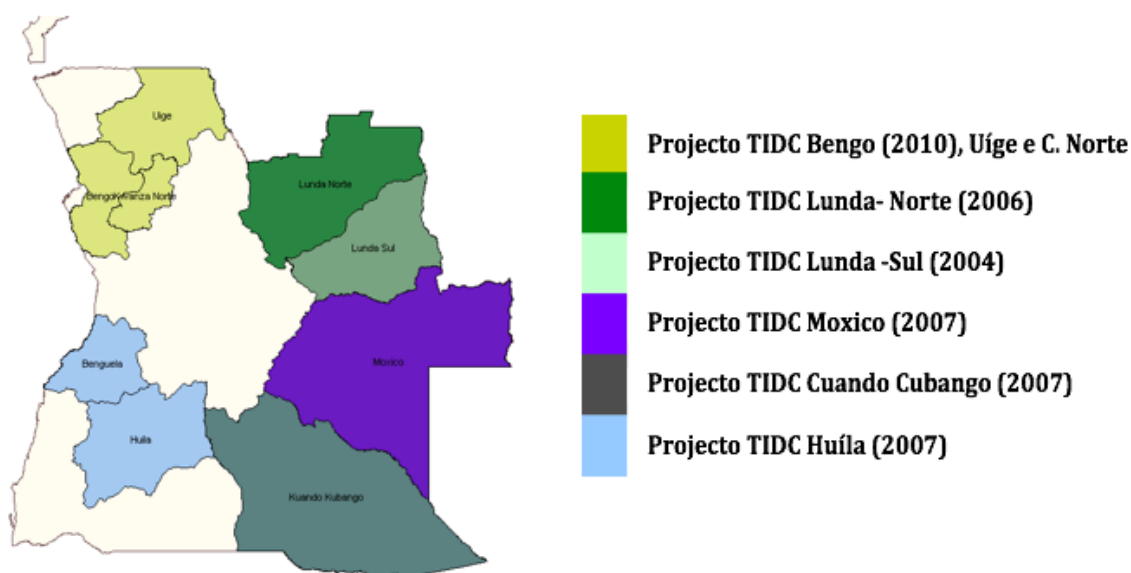


## Oncocercose

Os resultados de mapeamento REMO (2002-2011) indicam que a oncocercose é endémica em nove das dezoito províncias de Angola, nomeadamente Bengo, Benguela, Moxico, Lunda Sul, Lunda Norte, Huila, Kuando Kubango, Kwanza Norte, e Uíge. A Figura 10, apresenta a distribuição dos projectos de Tratamento com Ivermectina Dirigido pela Comunidade (TIDC), que foram implementados como conclusão de mapeamento de REMO.

Os resultados de mapeamento com biopsia (2015-2016) mostram que as províncias de Bie, Huambo, e Kwanza Sul também são endémicas. A distribuição em massa de Ivermectina nas comunidades híper e meso endémicas, tendo como objectivo a realização anual, com a ultima campanha implementada em Março 2017, na província do Kuando Kubango. As províncias de Bie e Huambo vão receber a primeira campanha comunitária para o tratamento de Oncocercose nos finais de 2017, com apoio de implementação dos parceiros.

**Figura 10- Distribuição dos projectos de TIDC para controlo de Oncocercose em Angola**



## Helminthíases Transmitidas pelo Solo e Schistosomiase:

Conforme o inquérito nacional em crianças de idade escolar (5-15 anos) realizado em 2005 num total de 15 escolas divididas pelas 6 zonas ecológicas do país, as HTS são endémicas em todas as províncias, significando uma população em risco estimada em 7.821.784 habitantes em 2017. Porém, mapeamento recente e a implementação de campanhas de distribuição de medicamentos em massa sugiram que a população em risco seria reavaliada. As actividades de controlo baseiam-se em campanhas de desparasitação massiva realizadas nas escolas que, contudo, foram implementadas com irregularidade. Desde 2013, com o apoio do parceiro MENTOR, campanhas de desparasitação de crianças de idade escolar têm sido implementadas em Huambo, Uíge, Zaire, Kwanza Sul, Kuando Kubango e Bie.



### **1.3.2 Maneio Intensivo de Casos**

Para as DTN susceptíveis a quimioterapia preventiva massiva, não estão ainda estabelecidas actividades sistemáticas de detecção e maneio de casos. O maneio de casos é restrito aqueles que se apresentam nas unidades sanitárias das áreas endémicas ou referidos a partir das mesmas.

#### **Oncocercose e Loase**

Nas zonas endémicas, é recomendado o tratamento dos casos clínicos observados no decurso das consultas médicas de rotina.

#### **Filaríase Linfática**

Casos clínicos de linfedema/elefantíase e hidrocele, observados como manifestações da FL, são tratados nas suas especialidades clínicas quando referidos para as unidades sanitárias.

#### **Schistosomiase**

Os casos diagnosticados são tratados de acordo ao protocolo e normas existente.

#### **Tracoma**

Os casos de Tracoma diagnosticados em diferentes regiões do país são referidos para a clinica de referência de oftalmologia localizada em Benguela e gerida pelo Projecto Sole.





### 1.3.3 Lacunas e Prioridades

Tabela 11- Análise FOFA no contexto da luta contra as DTNs

Análise FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas, e Ameaças)	
<b><u>Forças (F)</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Existência de um cometimento renovado do MINSA para apoiar o controlo e eliminação de DTNs em Angola, com a liderança clara sobre a prioridade que deve ser dada ao combate às DTNs;</li><li>• Crescente afectação de quadros para reforço do programa nacional de DTNs;</li><li>• Existência de uma gestão provincial e municipal de saúde bem estruturada e capaz de implementar grandes intervenções na área da saúde;</li><li>• Boa coordenação entre programas a nível do MINSA (Programa de DTNs, Instituto Nacional de Saúde Pública, Programa nacional da Malária, OMS Angola);</li><li>• Disponibilidade crescente de parceiros para apoio ao programa de DTNs;</li><li>• Crescimento do OGE para saúde;</li><li>• Existência de estruturas comunitárias de organização social em diversas faixas etárias a nível comunitário;</li><li>• Existência de uma razoável rede radiofónica a nível nacional como veículo de mobilização social</li><li>• Forte estrutura de governação provincial a nível geral e específico da saúde e sectores parceiros (educação e saneamento)</li></ul>	<b><u>Fraquezas (F)</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inexistência de um mecanismo nacional de coordenação intersectorial e inter-organizacional para guiar os esforços de combate às DTN;</li><li>• Mapeamento incompleto das DTNs e consequente desconhecimento da extensão e peso de algumas DTNs a nível nacional;</li><li>• Insuficiência de quadros técnicos qualificados para implementação das actividades de monitoria e avaliação das intervenções;</li><li>• Persistência de dificuldades de coordenação vertical entre as províncias e nível central no âmbito da implementação e monitoria das intervenções;</li><li>• Insuficiência de recursos financeiros para expansão das actividades de avaliação da situação e implementação das actividades do programa a nível nacional;</li><li>• Fraca advocacia junto das autoridades político-administrativas das províncias</li><li>• Dificil acesso de comunicação às comunidades;</li><li>• Fraca mobilização e participação das comunidades</li></ul>



**Tabela 11 - Análise FOFA no contexto da luta contra as DTNs (continuação)**

Análise FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas, e Ameaças)	
<p><b><u>Oportunidades (O)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Existência de cometimento de organizações globais e regionais de saúde empenhadas em apoiar o país na aceleração do combate às DTN;</li><li>• Existência de organizações internacionais (principalmente OMS), e nacionais interessadas em providenciar apoio financeiro e técnico ao programa de DTNs em Angola;</li><li>• Existência de outros programas e sectores do MINSA e de outros ministérios cuja colaboração é relevante para o combate às DTN;</li><li>• Disponibilidade das DPS para integrar actividades de combate às DTNs;</li><li>• Potencial colaboração com outros programas a nível nacional e provincial para implementação de intervenções de combate às DTN;</li><li>• Potencial colaboração com instituições académicas para reforço da capacidade técnica e de coordenação do programa;</li><li>• Possibilidade de advocacia aos parceiros, num contexto de estabilidade macroeconómico e de paz;</li><li>• Potencial papel de organizações de base comunitária para colaborar com o programa das DTN na mobilização para o combate aquelas doenças;</li><li>• Disponibilidade dos órgãos de comunicação social para colaborar na transmissão de mensagens e programas de educação para a saúde</li></ul>	<p><b><u>Ameaças (A)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Potencial competição para recursos humanos, financeiros e materiais com outros programas de saúde;</li><li>• Insuficiente comparticipação financeira do MINSA para as DTN;</li><li>• Alto custo da implementação de actividades de terreno;</li><li>• Fraca capacidade de gestão dos recursos financeiros e materiais alocados ao programa de DTN;</li><li>• Numero reduzido de parceiros empenhados no apoio ao combate das DTN</li><li>• Reduzida capacidade técnica específica para actividades de implementação, monitoria e avaliação das actividades de combate às DTN a nível nacional;</li><li>• Descentralização do poder a nível provincial e municipal pode colocar em risco a coordenação vertical das acções de combate às DTN</li></ul>

Com base nesta análise FOFA são definidas uma série de Forças e Oportunidades para fazer face a cada Fraqueza e Ameaça específica conforme apresentado na Tabela 14.



Tabela 12- Balanço da Análise FOFA

<b>Balanço da Análise FOFA</b>		
<b>Fraquezas</b>	<b>Forças para fazer face às Fraquezas</b>	<b>Oportunidades para fazer face às Fraquezas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Inexistência de um mecanismo nacional de coordenação intersectorial e inter-organizacional para guiar os esforços de combate às DTN;</b></li><li>• <b>Incompleto conhecimento da extensão e peso de algumas DTNs a nível nacional;</b></li><li>• <b>Insuficiência de quadros técnicos qualificados para implementação das actividades de monitoria e avaliação das intervenções;</b></li><li>• <b>Persistência de dificuldades de coordenação vertical entre as províncias e nível central no âmbito da implementação e monitoria das intervenções;</b></li><li>• <b>Insuficiência de recursos financeiros para expansão das actividades de avaliação da situação e implementação das actividades do programa a nível nacional;</b></li><li>• <b>Fraca advocacia junto das autoridades político-administrativas das províncias</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Existência de um cometimento renovado do MINSA para apoiar o controlo e eliminação de DTNs em Angola, com a liderança clara sobre a prioridade que deve ser dada ao combate às DTNs;</li><li>• Boa coordenação entre programas a nível do MINSA (Programa de DTNs, Instituto Nacional de Saúde Pública, Programa nacional da Malária, OMS Angola);</li><li>• Disponibilidade crescente de parceiros para apoio financeiro e técnico ao programa de DTNs;</li><li>• Crescente afectação de quadros para reforço do programa nacional de DTNs;</li><li>• Existência de uma gestão provincial e municipal de saúde bem estruturada e capaz de implementar grandes intervenções na área da saúde;</li><li>• Crescimento do OGE para saúde;</li><li>• Disponibilidade crescente de parceiros para apoio ao programa de DTNs;</li><li>• Forte estrutura de governação provincial a nível geral e específico da saúde e sectores parceiros (educação e saneamento)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Existência de outros programas e sectores do MINSA e de outros ministérios cuja colaboração é relevante para o combate às DTN;</li><li>• Existência de ONG internacionais e nacionais interessadas em providenciar apoio financeiro e técnico ao programa de DTNs;</li><li>• Cometimento da OMS a nível global e regional para apoiar o país na aceleração do combate às DTN;</li><li>• Potencial colaboração com instituições académicas para reforço da capacidade técnica e de coordenação do programa;</li><li>• Disponibilidade das DPS para integrar actividades de combate às DTNs;</li><li>• Possibilidade de advocacia aos parceiros, num contexto de estabilidade macroeconómico e de paz</li><li>• Potencial colaboração com outros programas a nível nacional e provincial para implementação de intervenções de combate às DTNs;</li></ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Difícil acesso de comunicação às comunidades;</b></li><li>• <b>Fraca mobilização e participação das comunidades</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Existência de uma razoável de rede radiofónica a nível nacional como veículo de mobilização social</li><li>• Existência de estruturas comunitárias de organização social em diversas faixas etárias e de género, a nível comunitário</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disponibilidade dos órgãos de comunicação social para colaborar na transmissão de mensagens e programas de educação para a saúde</li><li>• Potencial papel de organizações de base comunitária para colaborar com o programa das DTNs na mobilização para o combate aquelas doenças</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>Ameaças</u></b></p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Forças para fazer face às Ameaças</u></b></p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Oportunidades para fazer face às Ameaças</u></b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Insuficiente comparticipação financeira do MINSA para as DTNs;</b></li><li>• <b>Alto custo da implementação de actividades de terreno;</b></li><li>• <b>Fraca capacidade de gestão dos recursos financeiros e materiais alocados ao programa de DTNs;</b></li><li>• <b>Numero reduzido de parceiros empenhados no apoio ao combate das DTNs</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crescimento do OGE para saúde; Disponibilidade crescente de parceiros para apoio ao programa de DTNs;</li><li>• Existência de um cometimento renovado do MINSA para apoiar o controlo e eliminação de DTNs em Angola, com a liderança clara sobre a prioridade que deve ser dada ao combate às DTNs;</li><li>• Existência de uma gestão provincial e municipal de saúde bem estruturada e capaz de implementar grandes intervenções na área da saúde;</li><li>• Disponibilidade crescente de parceiros para apoio ao programa de DTNs;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Existência de um cometimento renovado do MINSA para apoiar o controlo e eliminação de DTNs em Angola, com a liderança clara sobre a prioridade que deve ser dada ao combate às DTNs;</li><li>• Crescente afectação de quadros para reforço do programa nacional de DTNs;</li><li>• Existência de ONG internacionais e nacionais interessadas em providenciar apoio financeiro e técnico ao programa de DTNs;</li><li>• Crescimento do OGE para saúde;</li><li>• Existência de estruturas comunitárias de organização social em diversas faixas etárias a nível comunitário;</li><li>• Existência de cometimento de organizações globais e regionais de saúde empenhadas em apoiar o país na aceleração do combate às DTNs;</li><li>• Existência de ONG internacionais e nacionais interessadas em providenciar apoio financeiro e técnico ao programa de DTNs em Angola;</li></ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Reduzida capacidade técnica específica para actividades de implementação, monitoria e avaliação das actividades de combate às DTNs a nível nacional;</b></li><li>• <b>Descentralização do poder a nível provincial e municipal pode colocar em risco a coordenação vertical das acções de combate às DTNs;</b></li><li>• <b>Potencial competição para recursos humanos, financeiros e materiais com outros programas de saúde;</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crescente afectação de quadros para reforço do programa nacional de DTNs;</li><li>• Forte estrutura de governação provincial a nível geral e específico da saúde e sectores parceiros (educação e saneamento);</li><li>• Boa coordenação entre programas a nível do MINSA (Programa de DTNs, Instituto Nacional de Saúde Pública, Programa nacional da Malária, OMS Angola)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Boa coordenação entre programas a nível do MINSA (Programa de DTNs, Instituto Nacional de Saúde Pública, Programa nacional da Malária, OMS Angola);</li><li>• Existência de uma razoável rede radiofónica a nível nacional como veículo de mobilização social</li><li>• Existência de uma gestão provincial e municipal de saúde bem estruturada e capaz de implementar grandes intervenções na área da saúde;</li></ul>
---	---	--



**Tabela 13- Prioridades para o reforço da luta contra as DTNs**

	PRIORIDADES
Planificação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaboração de planos anuais de acção baseados no plano estratégico quinquenal garantindo a participação de todas as partes interessadas incluindo parceiros e direcções provinciais de saúde e outros relevantes;</li><li>• Preparação atempada dos pedidos de medicamentos às agências doadoras através da OMS;</li></ul>
Advocacia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Advocacia junto do MINSA para uma co-participação financeira consequente</li><li>• Dinamização no processo de comunicação intersectorial e de retroinformação (feedback) entre parceiros no quadro de boa governação;</li><li>• Preparação de um plano de advocacia a nível internacional para atracção de recursos para complementar o apoio do governo</li></ul>
Coordenação e Gestão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constituição de um Comité Técnico Nacional para DTNs envolvendo o MINSA, outros parceiros governamentais e não-governamentais;</li><li>• Constituição de um Comité Interagências para orientação política e estratégica;</li><li>• Completar o apontamento e definição dos termos de referência dos pontos focais provinciais para DTNs</li><li>• Definir um organigrama de estrutura e funcionamento da estrutura do programa a nível nacional, provincial e municipal</li></ul>
Parcerias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilização das ONGD para sua participação nas actividades do programa das DTNs</li><li>• Integração dos outros programas das DPS (Mobilização social, Saúde Escolar, Saúde ambiental, etc) e das Cooperações técnicas presentes nas Províncias;</li><li>• Estabelecimento de parcerias com órgãos de comunicação social e empresas de telefonia móvel para promover a divulgação de mensagens de sensibilização sobre DTNs;</li><li>• Identificação de embaixadores sociais para promoção da implementação do plano estratégico nacional de DTNs</li></ul>
Implementação das intervenções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definição de um plano de expansão geográfica das intervenções de combate às DTN durante o período de 5 anos do PE, que garanta a rápida cobertura nacional das intervenções em linha com as metas e prazos globalmente definidos;</li><li>• Definir estratégias de intervenção eficazes e sustentáveis que permitam atingir as coberturas das intervenções necessárias para atingir o controlo ou eliminação das DTN</li></ul>
Vigilância	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estabelecer ou integrar sistemas de vigilância que permitam a manutenção de ganhos através da detecção precoce de ressurgimento de doenças anteriormente controladas ou eliminadas;</li><li>• Garantir uma clara definição de responsabilidades e termos de referência dos diferentes parceiros institucionais a nível do MINSA</li></ul>
Monitoria e Avaliação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Garantir o estabelecimento de um sistema de monitoria que permita fazer seguimento contínuo da eficiência do uso de recursos, da implementação das acções planeadas, e da implementação dos planos anuais de acção e do plano estratégico no geral;</li><li>• Definir a estrutura e funcionamento de um sistema de avaliação que permita medir o progresso do impacto das intervenções na rota do controlo ou eliminação das DTN</li></ul>



---

## SEGUNDA PARTE: AGENDA ESTRATÉGICA DAS DTNS

---

### 2.1 MISSÃO, VISÃO E META

#### MISSÃO

Providenciar à população da República de Angola acesso equitativo a intervenções de luta contra as DTNs com vista ao seu controlo ou eliminação.

#### VISÃO

Tornar Angola, um país livre das DTNs.

#### METAS

Reduzir a morbilidade, complicações e transmissão das DTNs até deixarem de ser um problema de Saúde Pública em 2025.

### 2.2 PRINCÍPIOS DIRECTORES E PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

**Prioridade estratégica 1:** Apropriação crescente do Governo, coordenação e parcerias.

**Prioridade estratégica 2:** Melhorar a planificação, resultados, mobilização de recursos e garantir sustentabilidade do Programa Nacional das DTNs.

**Prioridade estratégica 2:** Melhorar o planeamento, resultados, mobilização de recursos e  
**Prioridade Estratégica 3:** Expandir o acesso as intervenções, tratamento e a capacidade do sistema para implementação de intervenções.

**Prioridade estratégica 4:** Reforçar a Monitoria/Avaliação, Vigilância e a Pesquisa Operacional das DTNs a todos os níveis.

A tabela 14 apresenta os objectivos para cada prioridade estratégica do programa nacional das DTNs em Angola acima listadas.



Tabela 14- Objectivos por prioridades estratégicas das DTNs em Angola 2017 – 2021

PRIORIDADE ESTRATÉGICA 1	OBJECTIVO ESTRATÉGICO
Apropriação crescente do Governo, coordenação e parcerias	1- Fortalecer os mecanismos de coordenação para o controlo ou eliminação das DTNs a nível nacional, provincial e municipal
	2- Fortalecer e intensificar parcerias para as DTNs a todos os níveis
	3- Melhorar o desempenho do Programa de Controlo das DTNs
	4- Reforçar a advocacia, visibilidade e o perfil do programa de controlo das DTNs a todos os níveis
PRIORIDADE ESTRATÉGICA 2	OBJECTIVO ESTRATÉGICO
Melhorar a planificação, resultados, mobilização de recursos e garantir sustentabilidade do Programa Nacional das DTNs	1- Apoiar as Províncias na adaptação dos planos estratégicos e planos operacionais anuais
	2- Melhorar as abordagens e estratégias para a mobilização de recursos a nível Internacional, Nacional, Provincial e Municipal (Distrito)
	3- Reforçar a integração e conexão do Programa das DTNs com os planos financeiros sectoriais, do Orçamento Geral do Estado e com os mecanismos de financiamento
	4- Promover a integração das estratégias de controlo e eliminação das DTNs no âmbito de política nacional da saúde
PRIORIDADE ESTRATÉGICA 3	OBJECTIVO ESTRATÉGICO
Expansão das intervenções para controlo ou eliminação das DTNs e da capacidade de provisão de serviços a todos os níveis	1- Desenvolver a capacidade de gestão e implementação do Programa das DTNs e acelerar a conclusão do mapeamento das DTNs
	2- Seleccionar e implementar os pacotes integrados de quimioterapia preventiva
	3- Fortalecer o controlo integrado de vectores e a prevenção da transmissão das DTNs
	4- Intervir à escala da gestão integrada de doenças baseada no manejo de casos, especialmente para a <i>Hanseníase</i> , <i>Verme da Guiné</i> , <i>Úlcera de Buruli</i> , <i>Leishmaniose</i> , <i>Filariose Linfática</i> e prevenção da Raiva humana
PRIORIDADE ESTRATÉGICA 4	OBJECTIVO ESTRATÉGICO
Fortalecer a Monitoria & Avaliação, e Pesquisa Operacional das DTNs	1- Fortalecer a monitoria de desempenho e os resultados do controlo das DTNs a todos os níveis
	2- Reforçar a vigilância e a natureza da resposta da epidemia das DTNs
	3- Apoiar a investigação operacional, documentação e utilização de evidências
	4- Estabelecer uma gestão integrada de dados e análise de impacto do programa de DTNs





## TERCEIRA PARTE: QUADRO OPERACIONAL

### 3.1 METAS, OBJECTIVOS, ESTRATEGIAS E ALVOS DO PROGRAMA NACIONAL DE DTN

O Programa Nacional de Doenças Tropicais Negligenciadas assume uma abordagem integrada no controlo, eliminação e Erradicação destas doenças procurando maximizar os recursos implementando intervenções, realizando monitoria e avaliação, advocacia e mobilização de recursos da forma mais integrada e coordenada possível. Contudo, conforme a abordagem global cada doença tem que ter as suas metas e objectivos específicos, estratégias de intervenção adequadas e canais de implementação que permitam o alcance das mesmas.

Este plano operacional aborda as cinco doenças passíveis de quimioterapia preventiva em massa, nomeadamente a Filariase Linfática, a Oncocercose, a Schistosomiase, as Helminthíases Transmitidas pelo Solo (HTS) e o Tracoma. Aborda ainda outras doenças como a a Dracunculose cuja objectivo é a certificação da ausência de transmissão no país, a Tripanossomiase Humana Africana e a Raiva.

Neste capítulo serão descritas metas e objectivos definidos para cada doença, as estratégias e canais de implementação das intervenções conducentes ao alcance dessas metas e objectivos.

A Tabela 15 apresenta os objectivos, estratégias, metas nacionais e indicadores para as DTN alvo do programa.

**Tabela 15- Sumário dos objectivos e metas do programa de DTN para cada doença específica**

OBJECTIVO GLOBAL	METAS NACIONAIS	OBJECTIVOS	ESTRATEGIAS	CANAIS DE IMPLEMENTAÇÃO
<b>Schistosomiase:</b>  Eliminação até 2025	Reduzir a morbidade de modo a que a schistosomiase deixe de ser um problema de saúde pública até 2025	Reduzir a prevalência de infecções pelas formas urinária e intestinal para níveis inferiores a 10%  Eliminar infecções de elevada intensidade na população alvo	Quimioterapia Preventiva com Praziquantel em crianças em idade escolar  IEC (advocacia, comunicação interpessoal, comunicação em massa) para a mudança de comportamento  Melhoria de higiene e abastecimento de água potável (saúde ambiental)  Controlo vectorial	QP nas escolas primárias  QP complementar na comunidade em áreas com baixa taxa de frequência escolar  Campanhas de informação nas escolas  Programas radiofónicos e televisivos  Cartazes e panfletos  Uso de moluscocidas



Tabela 15 - Sumario dos objectivos e metas do programa de DTN para cada doença específica (Continuação 1)

OBJECTIVO GLOBAL	METAS NACIONAIS	OBJECTIVOS	ESTRATEGIAS	CANAIS DE IMPLEMENTAÇÃO
<b>Helmintíases Transmitidas pelo Solo (HTS):</b> Cobertura de desparasitação de 75% das crianças em idade pré-escolar e escolar até 2020.	Reduzir a morbilidade de modo que a HTS deixe de ser um problema de saúde pública até 2025	Reduzir a prevalência de HTS para níveis inferiores a 10%  Eliminar infecções de elevada intensidade na população alvo	Quimioterapia Preventiva com albendazole/mebendazole em crianças em idade escolar  IEC (advocacia, comunicação interpessoal, comunicação em massa) para a mudança de comportamento  Melhoria de higiene e abastecimento de água potável (saúde ambiental)	QP nas escolas primárias  QP complementar na comunidade em áreas com baixa taxa de frequência escolar  Campanhas de informação nas escolas  Programas radiofónicos e televisivos  Cartazes e panfletos
<b>Filaríase Linfática:</b>  Eliminação da Filaríase Linfática até 2020	Eliminar Filaríase Linfática até 2025  Detectar e ter sob manejo integrado 100% dos casos de morbilidade de Filaríase Linfática até 2020	Interromper a transmissão de Filaríase Linfática até 2025  Aliviar o sofrimento de todos os indivíduos com morbilidade patente até 2020	QP com ivermectina e albendazole em todos municípios endémicos com cobertura de pelo menos 65% da população em risco  Deteção activa de casos durante as campanhas de QP e através de trabalhadores comunitários de saúde	Campanhas nacionais saúde anuais para QP com ivermectina e albendazole  Luta anti-vectorial em colaboração com outros programas de saúde (ex: distribuição de mosquiteiros MTILD, pulverização e larvicidas)  Estabelecimento de centros hospitalares de referência para cirurgia da hidrocele e treino dos cirurgiões  Treino de trabalhadores comunitários de saúde e técnicos das unidades sanitárias para identificação e manejo dos casos de linfedema
<b>Oncocercose:</b>  Eliminação da Oncocercose até 2025	Eliminar a Oncocercose até 2025	Interromper a transmissão de Oncocercose até 2025 Reduzir a incidência de morbilidade de forma que não haja casos novos de cegueira de Oncocercose até 2020	QPM anual com ivermectina ou ivermectina+albendazole (em municípios co-endémicos com FL) a pelo menos 80% da população em risco	Campanhas nacionais de saúde anuais para QP com ivermectina  Vigilância para deteção de cegueira, especialmente nas campanhas de QP



Tabela 15 - Sumario dos objectivos e metas do programa de DTN para cada doença específica (Continuação 2)

OBJECTIVO GLOBAL	METAS NACIONAIS	OBJECTIVOS	ESTRATEGIAS	CANAIS DE IMPLEMENTAÇÃO
<b>Tracoma:</b>  Eliminação da Cegueira por Tracoma até 2020	Eliminação da cegueira pelo Tracoma até 2022	Redução para zero o número de novos casos de cegueira por Tracoma	QP a 80% da população em risco nos municípios endêmicos  Expansão da estratégia ASHE	QP em campanhas nacionais anuais de saúde com azitromicina  Implementação da estratégia ASHE ao nível das escolas e comunidades
<b>Dracunculose:</b>  Eliminação da Dracunculose até 2015	Certificação da Eliminação da Dracunculose até 2018	Zero caso de Dracunculose detectado em 2017	Inquérito para detecção de suspeitas e confirmação de casos	Inquérito integrado na campanha do programa alargado de vacinação (PAV)
<b>Tripanossomíase Humana Africana:</b>  Eliminação até 2020	Eliminação até 2020	Redução em 90% de focos que reportam $\geq 1$ caso por 10.000 habitantes em relação a 2004	Detecção e tratamento de casos	Referência de casos por trabalhadores comunitários de saúde
<b>Raiva:</b>  Eliminação da Raiva até 2025	Eliminação até 2025	Redução para zero da incidência de casos de raiva	Vacinação massiva de cães  Captura e abate de cães vadios	Campanhas anuais de vacinação massiva de cães  Equipes municipais de captura e abate de cães

O alcance destas metas e objectivos específicos estão incorporados no âmbito de cada uma das quatro Prioridades Estratégicas do plano, a saber:

- 1. Reforço da apropriação pelo governo, advocacia, coordenação e parcerias**
- 2. Melhoramento da Planificação para resultados, mobilização de recursos e sustentabilidade financeira**
- 3. Expansão do acesso a intervenções e tratamento de DTNS e da capacidade de provisão de serviços a todos os níveis**
- 4. Reforço da capacidade de gestão e implementação do programa de DTNS a nível nacional**



### 3.2 REFORÇO DA APROPRIAÇÃO PELO GOVERNO, ADVOCACIA, COORDENAÇÃO E PARCERIAS

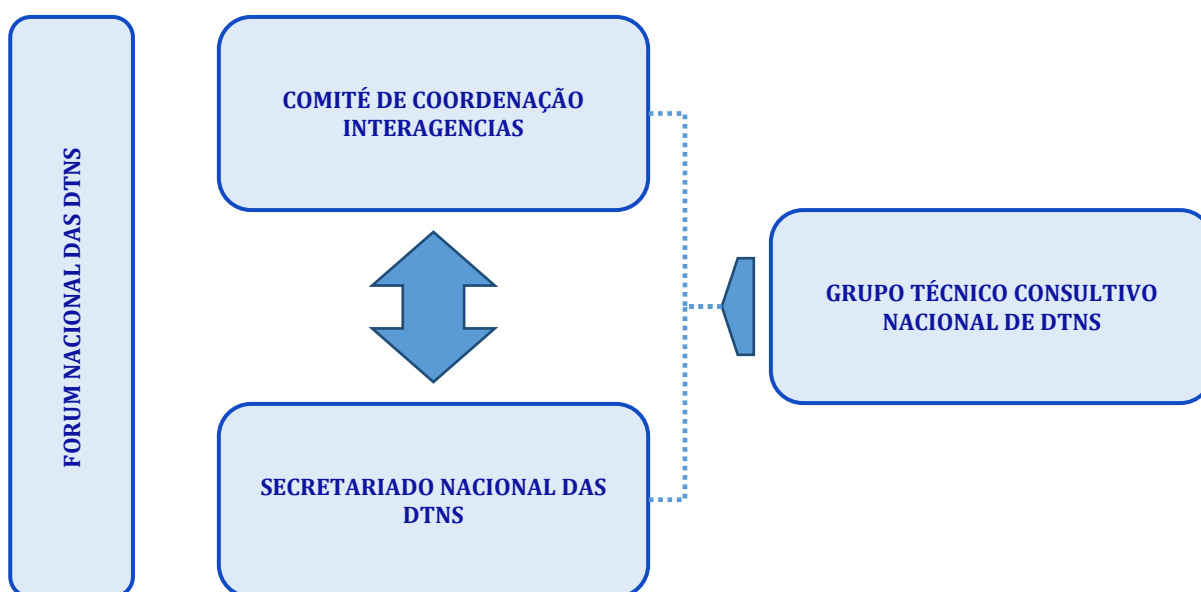
O reforço da apropriação pelo governo da liderança das actividades de controlo ou eliminação de DTNs está intrinsecamente ligada à capacidade de estabelecer mecanismos abrangentes, inclusivos e funcionais de coordenação intersectorial para garantir um bom funcionamento do programa. A coordenação deve ser reforçada a vários níveis desde o nível central e intersectorial de orientação e advocacia para a garantia de recursos para a implementação do plano, passando pela coordenação técnica da implementação com a inclusão de parceiros governamentais e não-governamentais. Deverá também garantir a existência e funcionamento de estruturas de coordenação a nível mais periférico das províncias e municípios onde a implementação directa das intervenções tem lugar.

Para melhor desempenho e aumento da capacidade de implementação das intervenções necessárias para o controlo ou eliminação de DTNs a nível nacional o programa nacional de DTNs deve reforçar a sua capacidade em recursos humanos técnicos e a sua estrutura de coordenação para maximizar o apoio de parceiros, de outros sectores do MINSA, de outros ministérios e das instituições académicas.

As seguintes estruturas de coordenação precisam de ser reforçadas ou estabelecidas para um desempenho efectivo do programa, conforme apresentado na Figura 11:

1. Secretariado Nacional das DTNs
2. Grupo Técnico Consultivo Nacional das DTNs
3. Comité Interagências para DTNs
4. Fórum Nacional de DTNs

Figura 11- Estrutura de Coordenação do Programa Nacional de Controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas em Angola





## **Secretariado Nacional das DTNs**

O secretariado Nacional das DTN incorpora todo o pessoal técnico afecto ao programa, embora os representantes de outros ministérios possam ser convidados a reuniões ad hoc, conforme necessário. O Secretariado das DTN será dirigido pelo Coordenador Nacional de DTN, com nível de Chefe de Secção. Estrategicamente o Secretariado Nacional de DTN deverá incluir todas as partes interessadas, sejam governamentais ou não-governamentais, especialmente aqueles directamente envolvidos na implementação das actividades.

Os objectivos do Secretariado Nacional de DTN são:

- Apoiar as operações diárias do Programa Nacional de Controlo das DTNs
- Seguir a implementação de decisões do Comité de Coordenação Interagências para DTNs
- Prestar apoio administrativo aos outros órgãos do mecanismo de coordenação

O SN DTNs deve estar estruturado e provido de recursos humanos, por forma a cobrir as seguintes áreas alinhadas com as prioridades estratégicas do programa, acima listadas:

### **1- Reforço da propriedade governamental, advocacia, coordenação e parceria**

Área a ser liderada pela Chefe da Secção Nacional de Controlo das DTNs, para garantir a devida inserção e coordenação interministerial e intersectorial para maximizar o desempenho do programa.

### **2- Planificação de Resultados, Mobilização de Recursos e Sustentabilidade Financeira**

Esta área deve estar também sob a liderança da Chefe da Secção, coadjuvada por técnico da área de planificação e finanças, por forma a garantir que todos os recursos materiais e financeiros estejam disponíveis, para implementação dos planos de acção do programa.

### **3- Acesso as Intervenções, Tratamento e Prestação de Serviços de DTNs a todos os níveis**

Uma área ampla de trabalho que carece de uma liderança clara, por forma a garantir que as mais adequados canais de implementação sejam seleccionados e usados, assegurando um adequado treino do pessoal envolvido, disponibilidade no terreno dos medicamentos e outros instrumentos de intervenção, para uma atempada implementação das actividades. Esta área deverá garantir que os planos de expansão das intervenções sejam cumpridos de acordo com o calendário, e sejam atingidas as coberturas necessárias para o alcance dos objectivos de controlo e/ou eliminação das doenças, dentro dos prazos estrategicamente definidos.

### **4- Monitoria, Avaliação, Pesquisa Operacional e Vigilância**

Uma área fundamental que requer concentração técnica, nos desígnios de gerar as evidências necessárias para definir as intervenções mais adequadas, sua área de cobertura, a existência de dados de base, para permitir a avaliação do impacto ao longo do tempo, e fornecer informações para a mudança ou revisão de estratégias que levem aos objectivos definidos. Tem que ter a capacidade de identificar questões de pesquisa operacional, para melhorar o desempenho do programa.

Nesta área de trabalho deve estar incorporada a actividade de vigilância epidemiológica durante a implementação das intervenções. Deve criar as capacidades para integração das acções de vigilância epidemiológicas no Sistema Nacional Integrado de Vigilância e Resposta a Doenças, que deverá estar preparado para detectar e reagir a qualquer evidência de ressurgimento das doenças após sucesso na sua eliminação.



## **Funções do Secretariado Nacional de DTNs**

As principais funções do Secretariado de DTNs incluem:

### **A. Implementação dos Planos Nacionais de Acção de DTNs**

A coordenação da implementação do plano estratégico nacional é da responsabilidade do Secretariado Nacional das DTNs.

O Secretariado deve:

- Assegurar o endosso e o lançamento do plano estratégico das DTNs pelo Ministro da Saúde, para dar impulso à sua implementação;
- Coordenar a implementação de pacotes de intervenções integradas de DTNs (QP, MID e CIV);
- Elaborar relatórios periódicos e anuais do programa, incluindo mapas nacionais actualizados das DTNs;
- Mapear os vários parceiros envolvidos no controlo, eliminação e erradicação de DTNs;
- Coordenar a integração das intervenções dos diferentes parceiros de DTNs e outros programas relacionados com saúde / outros sectores;
- Colaborar com o serviço nacional de farmacovigilância, para assegurar a prevenção e detecção precoce de potenciais Eventos Adversos Graves durante as campanhas de distribuição massiva de medicamentos.

### **B. Documentação, Gestão de Dados e Disseminação**

- Divulgar actualizações e relatórios nacionais e internacionais sobre o programa de DTNs para todas as partes interessadas;
- Manter um banco de dados de todos os relatórios nacionais do programa de DTN, publicações e outros materiais relevantes para o programa de DTNs, e disponibilizar-los as partes interessadas;
- Responder a questões e pedidos de DTNs dos níveis local, regional e global.

### **C. Previsão de Medicamentos, Encomenda e Gestão da Cadeia de Abastecimento**

Em grande medida a implementação do programa de DTNs baseia-se na doação ou compra de medicamentos. O país calcula as necessidades de medicamentos, e envia os seus pedidos para a OMS. Cabe ao Secretariado Nacional de DTNs assegurar, que os pedidos e os relatórios sejam apresentados em tempo útil.

O Secretariado deve:

- Assegurar-se de que são feitos cálculos precisos de medicamentos, e que os relatórios de consumo são enviados a tempo;
- Manter um arquivo central destes pedidos de medicamentos, relatórios e outros documentos, com acesso transparente aos membros do órgão de coordenação e outros parceiros;
- Informar periodicamente ao órgão de coordenação, sobre a situação dos estoques de medicamentos e outros produtos;
- Apoiar o nível periférico a fazer o cálculo das necessidades, e rever os dados do uso de medicamentos para apresentação atempada.

### **D. Apoio para a implementação de intervenções**

- Prestar apoio técnico a nível sub-nacional, para elaborar o seu plano anual de acção subnacional, para implementação;
- Assegurar o desenvolvimento e revisão de planos e orçamentos nacionais de controlo de DTNs relevantes;
- Coordenar treinamentos para o nível sub-nacional, de modo a desenvolver sua capacidade de implementação dos seus planos;
- Supervisionar, monitorizar e avaliar a implementação do programa a nível sub-nacional;
- Consolidar, verificar e alocar orçamento, medicamentos e outros produtos básicos ao nível sub-nacional;
- Assegurar que o transporte e outros meios logísticos estão disponíveis, para a distribuição de medicamentos e outras mercadorias;
- Agrupar, compilar e submeter relatórios financeiros ao governo e aos doadores, com base em relatórios de nível nacional e subnacional, conforme necessário.



## E. Apoio administrativo a todas as reuniões

- Assegurar a circulação da agenda e das actas das reuniões anteriores;
- Fornecer apoio administrativo para todas as reuniões;
- Organizar reuniões anuais de revisão a nível nacional e sub-nacional;
- Elaborar e divulgar o relatório anual do Programa Nacional de DTNs.

Para cumprir as funções acima descritas, o programa adoptará uma estrutura funcional pragmática alinhada com os principais objectivos estratégicos definidos.

Nessa perspectiva, o programa necessitará de uma forte liderança que terá um papel fundamental na prossecução das **Prioridades Estratégicas 1 e 2**. Por uma questão estratégica, estas áreas deverão ser preferencialmente lideradas pelo Chefe da Secção Nacional de Controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas, o qual hierarquicamente está em posição privilegiada, para manter a interacção com outros sectores do MINSA, outros ministérios relevantes e parceiros, cobrindo as áreas de **Parcerias e Advocacia, e Planificação e Mobilização de Recursos**.

Para garantir a planeada expansão da cobertura de intervenções específicas, no âmbito do cumprimento dos objectivos específicos para cada doença, a estrutura deve prever um pilar claro de liderança nesta área de implementação integrada de intervenções. Este papel requererá esforços concentrados, e algum grau de especialização para que possam ser cumpridas as metas temporais previstas não só a nível nacional, mas também internacional. Para tal, a área de **Expansão do Acesso a Intervenções e Serviços**, que perseguirá os objectivos da **Prioridade Estratégica 3**, irá garantir a implementação das campanhas anuais de QP, de acordo com o plano anual de expansão geográfica e com adequadas coberturas terapêuticas, deve ser uma área de concentração com uma liderança clara e focalizada. Esta área deverá ser liderada por um técnico qualificado, e devidamente capacitado para a planificação e implementação efectiva de intervenções massivas. Por isso, deverá ter comprovado conhecimento e experiência no sistema e serviço nacional de saúde, especialmente na área de campanhas massivas de saúde.

É necessário garantir um seguimento do grau de implementação do que está planificado, da eficácia, cobertura e impacto das intervenções, e que problemas relacionados com a implementação sejam identificadas e pesquisadas, tudo no âmbito da **Prioridade Estratégica 4**. Há necessidade de ter uma forte liderança nessa área, na qual se possam concentrar as capacidades de fornecer ao programa indicadores, e participar na procura de respostas para melhorar o seu desempenho. Assim, há que criar uma área de enfoque na **Monitoria, Avaliação, Pesquisa Operacional, e Vigilância**. Esta área é crucial para o progresso do programa, e deve ser liderada por um técnico qualificado, que seja devidamente capacitado e familiarizado com os aspectos peculiares da monitoria e avaliação de programas de DTNs, manutenção de robustos repositórios de dados e capaz de promover a realização de pesquisas que possam informar o programa para melhor desempenho.

A Figura 12 apresenta de forma esquemática a estrutura proposta para o Programa Nacional de Controlo das DTNs em Angola.

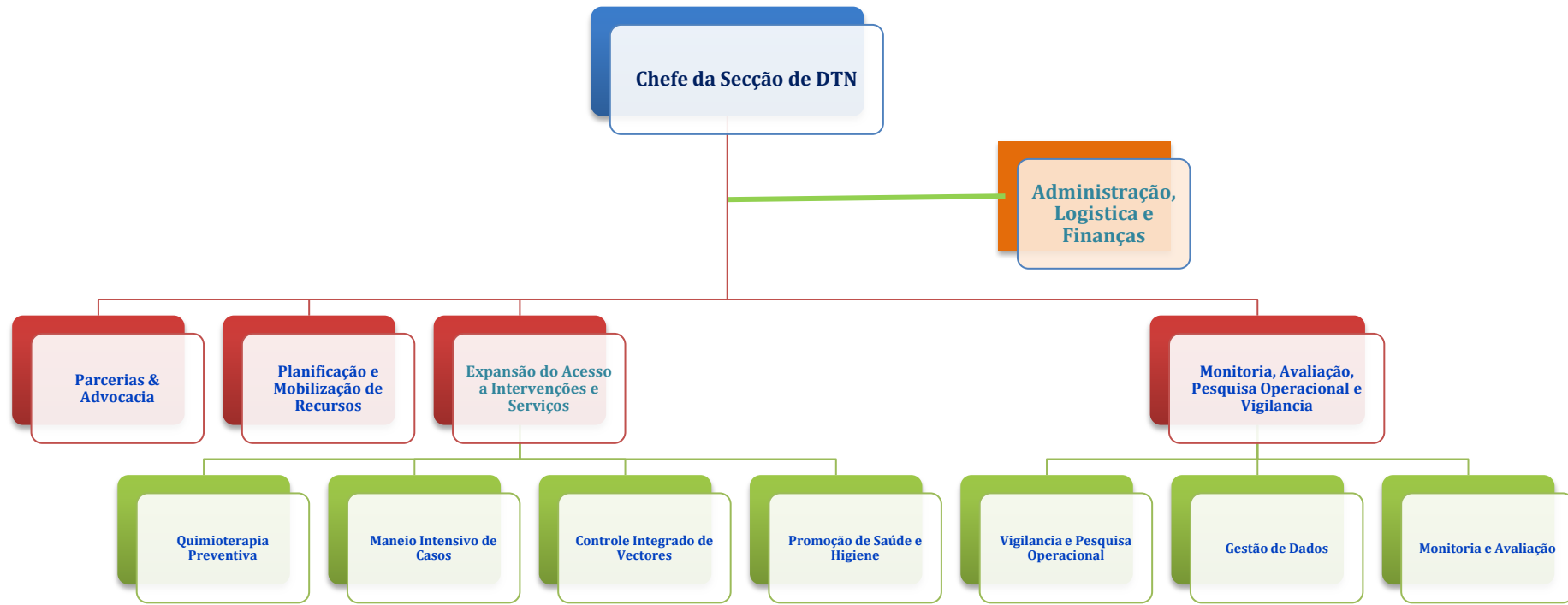


Figura 12- Estrutura organizacional proposta para o Programa Nacional de Controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas





## Grupo Técnico Consultivo para as DTNs

O Grupo Técnico Consultivo para DTN (GTC DTN) é o principal órgão consultivo técnico para o programa de controlo das DTNs em Angola, e para o Comité de Coordenação Interagências para as DTNs. O GTCDTN tem como objectivo contribuir para o controlo e eliminação de DTNs, fornecendo conselhos de especialistas independentes sobre operações e intervenções do programa de DTNs.

Nessa perspectiva o Grupo Técnico Consultivo deve:

- Apoiar a monitoria e avaliação das intervenções e operações do programa de DTN
- Rever programas e o plano estratégico de DTNs
- Identificar lacunas de capacitação e pesquisa operacional
- Recomendar prioridades e estratégias técnicas operacionais, de acordo com as orientações regionais e globais da OMS

## Membros

O GTCDTN deve ser constituído por 8-10 membros incluindo:

- Especialistas conhecedores de cada uma das principais DTNs do país
- Investigadores de institutos nacionais de investigação
- Pessoal de Instituições de Pesquisa e Académicas específicas da saúde, e de outras áreas relevantes
- Representante(s) Técnicos dos parceiros
- Um representante do Comité Nacional de Ética

Os membros do GTC deverão declarar qualquer conflito de interesse com doadores, parceiros, empresas farmacêuticas ou patrocinadores de pesquisa.

## Modus operandi

- O Ministro da Saúde, indicará um membro do GTCDTN como secretário, que não seja nenhum dos membros do Secretariado Técnico Nacional;
- Espera-se que os membros cumpram um mandato de 4 anos renovável uma vez;
- O GTC reunir-se-á trimestralmente;
- O Secretariado Nacional das DTN prestará apoio administrativo para o GTCDTN;
- Os relatórios do grupo serão apresentados ao Comité de Coordenação Interagências, como documento de trabalho, e fazem parte do relatório anual do país;
- O grupo pode criar subcomités ad hoc para abordar questões específicas emergentes.

## Comité de Coordenação Interagências

O Comité Interagências de Coordenação para as DTNs será estabelecido para facilitar o funcionamento do programa. Este grupo central interagirá regularmente com o Secretariado Nacional das DTNs, e com o Grupo Técnico Consultivo das DTNs.

O objectivo do CCI é acelerar o controlo, a eliminação e/ou a erradicação de DTNs, garantindo que suas decisões estejam a ser implementadas conforme recomendado.

Os termos de referência são:

1. Supervisar o desenvolvimento, implementação, monitoria e revisão do plano estratégico de DTNs do país e os planos de acção anuais;
2. Estabelecer ligações entre os parceiros das DTNs, com outros programas nacionais de desenvolvimento relevantes;
3. Assegurar que os compromissos do Governo e de todas as partes interessadas sejam cumpridos;
4. Advogar e mobilizar os recursos necessários para programas de DTNs no país;
5. Assegurar a utilização adequada e responsável dos fundos dos doadores, incluindo a reprogramação quando necessário.



## **Membros do Comité de Coordenação Interagências de DTNs**

O número de membros do CCI não deve exceder 12 pessoas, incluindo os Ministros dos ministérios chaves para as DTNs, tais como saúde, educação, água e saneamento, meio ambiente e finanças, OMS, outra agência da ONU, presidente do GTC DTN, e Coordenador da Secção de Doenças Tropicais Negligenciadas.

## **Modus Operandi**

- O CCI pode ser co-presidido pelo Ministro da Saúde e um Ministro encarregado de qualquer outro sector-chave, ou Representante de uma agência multilateral;
- O CCI reunir-se-á duas vezes por ano; Contudo, as reuniões podem ser convocadas com maior frequência, conforme necessário;
- O CCI acordará uma data para a reunião do Fórum Nacional de DTNs.

## **Fórum Nacional de DTNs**

O Fórum Nacional (FN) de DTNs será uma plataforma para todas as partes interessadas, incluindo o Governo, a OMS e outras agências das Nações Unidas, ONGs, doadores, empresas farmacêuticas, instituições de investigação e formação, a sociedade civil e as pessoas afectadas pelas DTNs.

Isso permitirá ao programa de controlo das DTNs, assegurar o compromisso político, fortalecer a mobilização de recursos e aproveitar os pontos fortes dos parceiros, de forma sinérgica para a implementação efectiva das intervenções.

O objectivo nacional da reunião do Fórum Nacional de Parceiros para DTNs inclui:

1. Analisar o progresso do Programa Nacional de Controlo de das DTNs;
2. Informar as partes interessadas sobre o estado e desempenho do programa das DTNs;
3. Apoiar a mobilização de recursos e sustentabilidade financeira para o programa das DTNs;
4. Manter a visibilidade do programa das DTNs, e reconhecer o comprometimento individual dos parceiros.

Os participantes esperados na reunião do Fórum Nacional de DTNs incluem os seguintes:

1. O Ministro da Saúde (presidente);
2. Os Ministros da Saúde, Educação, Meio Ambiente, Água e Saneamento, Agricultura, Finanças e orçamento, Assuntos da Mulher e Assistência Social;
3. Representante do Parlamento;
4. OMS e outras agências da ONU;
5. Representante do Grupo Consultivo Técnico Nacional de DTN;
6. Representantes de agências doadoras;
7. Representantes de Organizações Não Governamentais e Organizações Comunitárias;
8. Representantes de Empresas Doadoras de Medicamentos e Estruturas de Aquisição;
9. Representantes da sociedade civil;
10. Representantes de pessoas afectadas por DTNs;
11. Representantes do sector privado;
12. Personalidades proeminentes e embaixadores de boa vontade;
13. Meios de comunicação também devem ser convidados.

## **Modus Operandi**

O FN de DTNs funcionará da seguinte forma:

1. O Fórum Nacional de DTNs se reúne uma vez por ano;
2. O Ministro da Saúde deverá presidir o Fórum Nacional de DTNs sempre que possível ou o Vice-Ministro;
3. A reunião do Fórum Nacional de DTN deverá ser organizada pelo Secretariado Nacional de DTNs.

A tabela 16 apresenta as actividades definidas para a Prioridade Estratégica 1.



**Tabela 16- Actividades para implementar a Prioridade Estratégica 1: Reforço da apropriação pelo Governo, advocacia, coordenação e parcerias**

<b>Prioridade Estratégica 1: Reforço da apropriação pelo Governo, advocacia, coordenação e parcerias</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Subactividades</b>	<b>Calendário</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<i>Objectivo Estratégico 1: Reforçar os mecanismos de coordenação de luta contra as DTNs a todos níveis</i>			
<b>Criar e operacionalizar o Grupo Técnico Consultivo de DTNs</b>	Elaborar e submeter a aprovação os Termos de Referencia do GTCDTN	Julho de 2017	Técnicos da SNCDTNs e parceiros
	Propor e levar a aprovação a composição e membros do GTCDTN	Julho 2017	Director Nacional de Saúde Pública
	Reunião do GTCDTN	3 vezes por ano e extraordinariamente sempre que necessário	Sala Pausa Café x13 RH
<b>Criar e operacionalizar o Fórum Nacional e Fóruns Provinciais de Parceiros para a advocacia e mobilização de recursos na luta contra as DTNs</b>	Preparar memorando e Termos de Referencia do Fórum Nacional e Provincial de Parceiros	Julho 2017	Técnicos da SNCDTNs e parceiros
	Identificar e convidar parceiros e potenciais doadores	A partir de Agosto 2017	Equipamento/Material/ Transporte/RH Cópia dos planos estratégicos e outros documentos
	Oficializar o Fórum Nacional de Parceiros	Setembro 2017	Equipamento/Material/ Transporte
	Reunião anual do Fórum Nacional de Parceiros	Anualmente a partir de Novembro de 2017	Sala Pausa Café x30
	Oficializar o Fórum Provincial de Parceiros	Dezembro de 2017	
	Realização de reunião anual do Fórum Provincial de Parceiros	Anualmente em Fevereiro a partir de 2018	Sala Per Diem interprovincial x18 x3 RH da SNCDTNs e parceiros



<b>Actividades</b>	<b>Subactividades</b>	<b>Calendário</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Estabelecer e operacionalizar o Comité Interagências de Coordenação de DTNs</b>	Definir os Termos de Referencia e composição desejável do comité	Setembro 2017	Técnicos da SNCDTNs e parceiros
	Consultar a liderança do MINSA sobre a opção mais apropriada, para operacionalização deste órgão, i.e., formação de um novo órgão ou integração dos termos de referência num órgão semelhante já existente	Setembro 2017	RH da SNCDTNs
	Reunião do Comité Interagências de Coordenação de DTNs	Anualmente em Outubro a partir de 2017	Sala Pausa Café x 16
<b>Objectivo estratégico 2: Fortalecer e promover parcerias para as DTNs a todos os níveis</b>			
<b>Promover colaboração com parceiros internacionais e nacionais, que possam auxiliar na luta contra as DTNs</b>	Em colaboração com as DPS, realizar um levantamento dos potenciais actores no sector privado, com potencial de apoiar a luta contra as DTNs	Atividade continua a partir de Setembro 2017	RH DPS RH SNCDTNs
	Desenvolver pacotes de informação sobre DTNs incluindo o progresso na luta, peso de doença e necessidades de apoio para cada tipo de parceiro	Anualment e a partir de Outubro 2017	RH DPS, RH SNCDTNs Reprografica x 12 x 20 x 18 (cor)



Actividades	Subactividades	Calendário	Recursos Necessários
	Realizar workshops para discutir os progressos, desafios, potenciais modalidades de apoio e contrapartidas com os diferentes actores do sector privado	Anual	Sala Pausa Café x 15
<b>Reforçar a parceria intersectorial com outros ministerios relevantes para reforçar a luta contra as DTNs</b>	Elaborar e implementar planos de advocacia	Anual a partir de Setembro 2017	RH SNCDTNs
	Realização de pacotes de intervenção conjunta na luta contra as DTNs em crianças de idade escolar, com o Ministério da Educação.	Anual	Equipamento/Material/ Transporte
	Workshop de concertação com o Ministério de Energia e Águas, o Ministério de Agricultura, o Ministério de Ambiente, o Ministério de Educação, e o Ministério de Administração de Território	Anual a partir de 2018	Sala Refeições x 20



Objectivo Estratégico 3: Promover revisões de alto nível do desempenho do programa de DTNs, e uso de lições aprendidas para advocacia, compreensão e implementação efectiva de intervenções			
<b>Realizar Balanço da Implementação do Plano de Acção Anual com envolvimento dos parceiros</b>	Realização de uma avaliação conjunta com parceiros, com referência as fraquezas identificadas, as lições aprendidas e os recursos mobilizados	Anual (antes de elaboração do relatório)	
	Elaborar um relatório anual do programa com ênfase no balanço da implementação do plano de acção anual	Anual	RH SNCDTNs Contratação do grafico Reprografia x40 x10 x18
	Realizar encontro de discussão do relatório anual no Fórum Nacional de DTNs	Anual	
	Identificar, analisar e documentar as histórias de sucesso para expansão efectiva de intervenções	Anual	
Objectivo Estratégico 4: Reforçar a advocacia, a visibilidade e o perfil do programa das DTNs			
<b>Estabelecer parcerias com órgãos de informação para divulgação das acções e o impacto das intervenções na luta contra as DTNs</b>	Garantir a cobertura de imprensa escrita, falada e televisiva da implementação de intervenções na luta contra as DTNs	Durante as campanhas, os Foruns, os Dias Internacionais	Equipamento/Material/ Transporte
	Workshop para a rede dos jornalistas das DTNs	Anual	RH SNCDTNs
	Formar jornalistas em matérias relacionadas com DTNs específicas do país, necessidades de intervenção e sobre o papel da média na mobilização social	Anual	RH SNCDTNs RH DPS
	Conjuntamente com os meios de informação, identificar e promover histórias de sucesso sobre a luta contra as DTNs	Contínuo	RH PF DPS
	Identificar e promover embaixadores das DTNs que possam mobilizar as comunidades para adesão às intervenções	Contínuo	RH SNCDTNs RH PF DPS



Actividades	Subactividades	Calendário	Recursos Necessários
	Criar um mecanismo electrónico através das redes sociais de partilha de informação sobre as DTNs com os órgãos de informação	Primeiro trimestre de 2018	RH SNCDTNs
<b>Realizar advocacia com as autoridades politico-administrativas, tradicionais, religiosas, e comunidades</b>	Reuniões de advocacia com as autoridades politico-administrativas, concentrando-se sobre as actividades das DTNs	Anual	RH SNCDTNs RH DPS/PF
	Reuniões de advocacia com as autoridades tradicionais, concentrando-se sobre as actividades das DTNs	Anual	RH DPS/RMS/RME
	Reuniões de advocacia com as autoridades religiosas, concentrando-se sobre as actividades das DTNs	Anual	RH SNCDTNs RH DPS
	Participar e conduzir debates rádio-televisivos para difusão das DTNs	Mensal ou Trimestral	RH SNCDTNs RH DPS
	Organizar um Evento sobre as DTNs: Gala de Beneficência	Anual a partir de Outubro 2018	RH SNCDTNs



### 3.3 MELHORAR A PLANIFICAÇÃO PARA RESULTADOS, MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

O sucesso a longo prazo do programa de Controlo das DTNs depende da disponibilidade estável de recursos, para a implementação das actividades planificadas. Por sua vez, a atracção dos recursos depende de resultados alcançados, a existência de planos operacionais elaborados, e orçamentos de forma participativa e transparente, que tornem a mobilização de recursos mais fácil, e com perspectivas de sustentabilidade mais clara.

A Tabela 17 apresenta as actividades nessa área.

**Tabela 17- Actividades e Recursos necessários para melhorar a planificação, para resultados, mobilização de Recursos e Sustentabilidade Financeira do Programa**

Planificação, Mobilização de Recursos e Sustentabilidade Financeira do Programa.			
Actividades	Subactividades	Calendário	Recursos Necessários
<i>Objectivo Estratégico 1: Desenvolver um plano anual integrado para o controlo e/ou eliminação das DTNs</i>			
<b>Traduzir o Plano Estratégico Plurianual em Plano de Acção Anual com actividades específicas e recursos necessários definidos</b>	Realizar encontro anual de avaliação, orientação e planificação das acções a implementar	Outubro de cada ano	RH SNCDTNs RH parceiros
	Definir o orçamento anual necessário para implementação do plano anual de acção	Novembro de cada ano	RH SNCDTNs
	Submeter plano e orçamento esperado do governo, com clara especificação das actividades a serem implementadas	Dezembro de cada ano	
<i>Objectivo Estratégico 2: Melhorar as abordagens e estratégias para a mobilização de recursos a nível Internacional, Nacional, Provincial e Municipal (Distrito)</i>			
<b>Reforçar a mobilização de recursos financeiros e materiais para a implementação do programa</b>	Preparar instrumento de análise e caracterização dos potenciais parceiros de suporte ao programa como o governo, os parceiros internacionais, e outras entidades	Setembro 2017	RH SNCDTNs
	Realizar um mapeamento dos potenciais parceiros de apoio ao programa com devida caracterização e potencial área de enfoque	Outubro 2017	RH SNCDTNs
	Preparar materiais de comunicação relevantes para apresentação das necessidades e lacunas de recursos	Primeiro trimestre de 2018	RH SNCDTNs
	Realizar encontros ou visitas exploratórias a potenciais parceiros	Primeiro trimestre de 2018	RH SNCDTNs





<i>Objectivo Estratégico 3: Reforçar a integração e conexão do Programa das DTNs com os planos financeiros sectoriais, do Orçamento Geral do Estado e com os mecanismos de financiamento</i>			
<b>Integrar a planificação e orçamentação do Programa de DTNs no âmbito da planificação geral no país</b>	Participar nos encontros de planificação geral do MINSA	Anual	RH SNCDTNs
	Garantir uma alocação orçamental específica para as DTNs no orçamento anual do MINSA	Anual	RH SNCDTNs
	Estabelecer mecanismos de gestão integrada do orçamento das DTNs no orçamento geral do MINSA	Contínuo	RH SNCDTNs
<i>Objectivo Estratégico 4: Promover a integração das estratégias de controlo e eliminação das DTNs no âmbito de política nacional da saúde</i>			
<b>Integrar as estratégias de controlo e eliminação das DTNs dentro da política nacional da saúde</b>	Elaborar um documento que providencia a evidência sobre o peso das doenças necessitadas de intervenção	Segundo trimestre de 2018	
	Elaborar um documento de conceito de integração das estratégias de controlo e eliminação das DTNs dentro da política nacional da saúde	Segundo trimestre de 2018	

### **3.4 EXPANDIR AS INTERVENÇÕES PARA CONTROLO OU ELIMINAÇÃO DAS DTNS E DA CAPACIDADE DE PROVISÃO DE SERVIÇOS**

Angola possui um perfil epidemiológico de doenças tropicais negligenciadas que inclui doenças preveníveis por quimioterapia e doenças controláveis por manejo integrado de casos. Estes dois grupos de doenças requerem abordagem e intervenções diferentes.

As primeiras, requerem uma abordagem baseada na administração massiva de medicamentos a toda a população em risco, como forma de eliminar os reservatórios de infecção na comunidade e assim impedir o resurgimento de novos casos, na perspectiva de que os casos de infecção existentes irão extinguir-se com o tempo. Este grupo de doenças necessita, concomitantemente, de uma componente de manejo dos casos de doença existente de forma a aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida. Entre estas doenças encontram-se a Filaríase Linfática, a Oncocercose, o Tracoma, e ainda a Schistosomíase e as Helmintíases Transmitidas pelo Solo (HTS).

O segundo grupo de doenças é abordado através da detecção e manejo de casos individuais através da busca activa ou passiva. A presunção é de que o tratamento de todos os casos de doença irá resultar também na eliminação das fontes de infecção. Entre estas, são reconhecidas como endémicas em Angola a Tripanossomíase Humana Africana, a Lepra, a Raiva e a Leishmaníase.



No geral são recomendados três pacotes para controlo ou eliminação de DTNs:

- Quimioterapia Preventiva com objectivo de eliminar as fontes de infecção, e assim impedir a transmissão da doença;
- Maneio Integrado de Casos, por detecção e tratamento, para reduzir a morbilidade e também impedir a transmissão;
- Controlo de transmissão, que inclui controlo vectorial e controlo de reservatórios, bem como saneamento do meio e provisão de água potável.

O pré-requisito de controlo ou eliminação de DTNs é o mapeamento epidemiológico exaustivo. A Tabela 18 apresenta as actividades necessárias.

**Tabela 18- Actividades e Recursos necessários para expansão das intervenções para controlo ou eliminação das DTNs**

<b>Expansão das intervenções para controlo ou eliminação das DTNs e da capacidade de provisão de serviços a todos os níveis</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Subactividades</b>	<b>Calendário</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Objectivo Estratégico 1: Desenvolver a capacidade de gestão e implementação do Programa das DTNs, e acelerar a conclusão do mapeamento das DTNs</b>			
<b>Reforço de recursos humanos na Secção Nacional de Controlo das DTNs</b>	Recrutamento de um Técnico de Finanças e Logística	2018	Salários
	Recrutamento de Gestor de Monitoria e Avaliação	2018	Salários
<b>Treino e capacitação na implementação, monitoria e avaliação de intervenções DTNs</b>	Workshop anual para os Pontos Focais Provinciais das DTNs	Março de cada ano	Passagem aérea e perdiem por 3 dias por 18 PFs
	Advocacia junto das Faculdades de Medicina e Escolas de Saúde a nível nacional para integração das DTNs nos currículos de formação	Contínuo	RH SNCDTNs
<b>Reforço da capacidade de gestão e armazenamento de dados da Secção</b>	Estabelecimento de um servidor central para gestão e armazenamento de dados	Primeiro trimestre de 2019	Aquisição de um servidor central para acomodar a base de dados integrada de DTNs, e arquivo de documentos relevantes do programa
	Desenvolvimento de uma Base de Dados uniformizada e treino no uso do mesmo	Primeiro trimestre de 2019	RH SNCDTNs RH parceiros
	Reforço da rede informática na Secção de DTNs	2019	Aquisição de 4 computadores portáteis
	Treino de capacitação técnica para a transmissão electrónica de dados da periferia ao nível central, e vice-versa	2019	Consultoria de curto prazo para capacitação do pessoal 19 Smartphones



<b>Completar o Mapeamento de FL</b>	Treino técnico das equipas no uso do teste de FTS e os procedimentos do mapeamento	Abril 2017	RH SNCDTNs
	Realizar os inquéritos de mapeamento no terreno de 8 províncias	Maio 2017	Per diem Gasóleo Carros RH
<b>Implementar reavaliação de nível municipal de prevalência de Schistosomíase e HTS nas 15 províncias onde as prevalências foram extrapoladas</b>	Submissão de pedido de kits de Kato Katz, CCA, de filtração de urina e consumíveis à OMS	Primeiro trimestre de 2018	
	Realizar os inquéritos de reavaliação nas áreas seleccionadas	Segundo trimestre de 2018	Per diem Gasóleo Carros RH
<b>Realizar o mapeamento de Tracoma a nível nacional</b>	Realizar o mapeamento rápido da ocorrência de tracoma baseado na opinião de peritos, com uso do cartão de gradação do tracoma, integrado no mapeamento de SCH e HTS	Segundo trimestre de 2018	Reprodução dos cartões
	Seleção dos municípios para mapeamento detalhado do tracoma após análise dos resultados do mapeamento rápido	Terceiro trimestre de 2018	RH SNCDTNs
	Seleção e treino das equipas de terreno para realização dos inquéritos nos municípios seleccionados	Terceiro trimestre de 2018	RH SNCDTNs Sala
	Realização do inquérito de terreno para mapeamento do tracoma a nível dos municípios seleccionados	Ultimo trimestre de 2018	Per diem Gasóleo Carros RH
<b>Objectivo Estratégico 2: Seleccionar e implementar os pacotes integrados de quimioterapia preventiva</b>			
<b>Planificar as intervenções de quimioterapia preventiva</b>	Planificação de nível nacional para o cronograma de intervenções	Fevereiro de cada ano	RH SNCDTNs
	Reuniões Provinciais de micro-planificação da campanha	Um mês antes de campanha	Transporte de técnicos dos municípios para a capital provincial Per diem para os técnicos (x2 x2 xNº de municípios)
	Mobilização dos parceiros, sensibilização das comunidades e entidades comunitárias	Contínuo	RH DPS, DPE, Igrejas



<b>Implementação das intervenções de quimioterapia preventiva</b>	Transporte de medicamentos, equipamentos e consumíveis até aos municípios e escolas	Anual	Transporte de Luanda até a província
	Preparação de equipamentos e consumíveis, incluindo fichas de recolha de dados	<b>Anual</b>	Reprografia
	Distribuição Massiva de Medicamentos a nível das escolas ou comunidade	Anual	Pagamento de perdiem aos supervisores
	Envio dos dados sobre tratamento e consumo de medicamentos na campanha para o nível central	2 semanas depois de campanha	RH DPS
	Capacitação dos distribuidores comunitários e trabalhadores de saúde envolvidos nas campanhas de QP no reconhecimento e maneiço de eventuais casos de efeitos secundários da toma dos medicamentos	Uma semana antes da campanha	Formadores (DPS) Per diem (1 x 2 x N <sup>o</sup> municípios)
	Integração da notificação de Efeitos Secundários de medicamentos nas campanhas de QP no sistema nacional de farmacovigilância	Contínuo	
<b>Objectivo Estratégico 3: Fortalecer o controlo integrado de vectores e a prevenção da transmissão das DTNs</b>			
<b>Melhorar acesso à água potável e saneamento básico para controlo das DTNs na comunidade</b>	Advocacia ao sector governamental responsável para aumentar a cobertura de provisão de água potável e saneamento na comunidade	Contínuo	RH SNC DTNs
	Encontros intersectoriais para a definição de prioridades geográficas tendo em vista indicadores de ocorrência de doenças transmissíveis pela água	Anual no Forum Nacional	
	Realização de encontros de coordenação com o departamento de controlo de doença para planificação de intervenções tendo em conta a co-endemicidade com DTNs	Abril de cada ano	RH SNC DTNs Sala
<b>Controlo integrado de vectores com outros programas nacionais</b>	Coordenar com o MINSA para apoiar programas de disponibilização às comunidades de meios de protecção pessoal para interrupção do contacto com vectores	Contínuo	Redes mosquiteiras, equipamento, transporte, perdiem e consumíveis
	Compartilhar informação dos vectores das DTNs com outras secções, instituições e organizações de controlo de vectores, promovendo o controlo integrado	Contínuo	RH SNC DTNs



<b>Promoção de Programa ASHE (WASH) dentro de Saúde Escolar</b>	Advocacia ao Ministério de Educação para inclusão do programa ASHE (WASH) dentro de currículo de Saúde Escolar	Contínuo, com início em Fevereiro de 2018	RH SNCDTNs
	Inclusão de dados ASHE dentro dos relatórios anuais de SNCDTNs	Dezembro de cada ano	RH SNCDTNs
<b>Objectivo estratégico 4: Intervir à escala da gestão integrada de doenças baseada no maneo de casos, especialmente para a Lepra, Verme da Guiné, Ulcera de Buruli, Leishmaniose, Filariose Linfática e prevenção da raiva humana</b>			
<b>Detectar e manejar casos de morbilidade relacionada com as DTN e providenciar o seu maneo</b>	Identificar 5 Unidades sanitarias de referência para inclusão das DTNs, realizar um Workshop e definir os Termos de Referência para a colaboração com a SNC DTNs	Agosto 2018	RH SNCDTNs Transporte Área Per diem 3 Representates de cada clínica, 3 dias
	Elaborar e reproduzir guiões de identificação de DTNs e maneo de morbilidade para trabalhadores de saúde e agentes de saúde comunitária	Fevereiro 2019	Grupo de trabalho (5 x 15) Per diem Sala Reprografia
	Treinar profissionais de saúde em cada província para organizar formações em cascata sobre DTNs – maneo de casos	Abril 2018	Per diem Sala Reprografia Transporte
	Treinar representantes de DPS em cada província para formar trabalhadores comunitários de saúde no maneo sustentado de casos de linfedema por FL	Abril 2019	Integrado com o Workshop Anual dos PF
	Colaborar com os centros de referência clinica para treinar pessoal clínico no uso de técnicas específicas para cirurgia de hidrocele e triquíase	Julho 2019	Consultor x 2 semanas



### **3.4.1 Reforço das capacidades a nível Nacional para a gestão e implementação do programa de DTNs**

O Programa Nacional de Controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas conta actualmente com um quadro de pessoal insuficiente, para fazer face aos desafios a enfrentar num futuro imediato, no que diz respeito à expansão dos esforços para controlo e eliminação de DTNs no país.

Inserido na recentemente criada Secção de doenças tropicais negligenciadas na estrutura do MINSA, o programa conta actualmente com quatro funcionárias, entre as quais a Chefe da Secção, uma médica e uma técnica de gestão de dados para além de uma secretária. Este quadro de pessoal, para um programa desta dimensão, precisa claramente de um reforço urgente de pessoal técnico, que deverá ser urgentemente treinado para guiar a implementação das medidas de intervenção definidas.

A estrutura a nível nacional deverá ser complementada por estruturas a nível provincial e municipal, para garantir um bom funcionamento da cascata de implementação de intervenções. Há necessidade de clarificar a situação dos pontos focais de DTNs a nível provincial, e definir que tipo de integração pode ser conseguido a nível provincial, para que a nível da DPS possa ser possível mimizar a estrutura existente a nível nacional, com recurso a pessoal já existente no nível provincial.

De uma forma geral, há necessidade de prover todo o pessoal técnico a trabalhar na área de DTNs de uma actualização de conhecimento sobre DTNs em geral, mas também sobre os mais recentes guiões sobre intervenções, monitoria e avaliação específicos para cada doença e estratégias de controlo integrado.

Para além disso, há que prover a gestão a nível central do programa de recursos de equipamento e tecnologia que permitam uma gestão dos processos e fluxos de informação e dados à altura das exigências actuais.

### **3.4.2 Expansão de Intervenções de Quimioterapia Preventiva**

O plano de expansão geográfica e temporal da cobertura de intervenções, para controlo e eliminação das DTNs passíveis de quimioterapia preventiva, requer mapeamento exaustivo. Portanto, para garantir a expansão das intervenções em Angola é necessário definir as actividades e prazos para completar o processo de mapeamento.

A Tabela 19 apresenta o número de municípios por província com resultados positivos para Oncocercose, e necessidade de re-avaliar ou mapear. Evidentemente o número de pessoas requerendo tratamento mudará a depender dos resultados de mapeamento e re-avaliação. A Tabela 20 apresenta a projecção da população requerendo tratamento para Oncocercose, baseado nos resultados mais actualizados. O mapeamento e/ou reavaliação da situação é essencial para a gestão de programa, sendo que actualmente a projecção de tratamento para 2021 excede 12 milhões de pessoas, com a possibilidade de ser ainda mais que 18 milhões de pessoas.



Tabela 19- Resultados de Oncocercose e Necessidades de Re-Avaliação ou Mapeamento

Província	Nº Municípios	Nº de Municípios Positivos por Oncocercose	Reavaliar (em tratamento)	Reavaliar (Resultados de REMO e Biopsia em conflito)	Reavaliar/Mapear (com testes mais actualizados)
Bengo	6	6	3	0	3
Benguela	10	10	0	1	9
Bié	9	9	0	0	9
Cabinda	4	4	0	0	4
Cunene	6	6	0	6	0
Huambo	11	11	0	6	5
Huila	14	14	5	4	5
Quando Cubango	9	8	0	0	9
Cuanza Norte	10	10	5	0	5
Cuanza Sul	12	11	0	5	7
Luanda	9	3	0	0	9
Lunda Norte	10	10	7	0	3
Lunda Sul	4	4	0	0	4
Malange	14	14	0	0	14
Moxico	9	9	4	0	5
Namibe	5	5	0	5	0
Uíge	16	16	5	0	11
Zaire	6	6	0	0	6
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>164</b>	<b>156</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>108</b>

Tabela 20- Projecção da População Requerendo Tratamento para Oncocercose

Doença	Necessidade de Tratamento	Províncias	Municípios	População				
				2017	2018	2019	2020	2021
Onco	Prevalência >5%	16	117	11.102.811	11.402.587	11.710.457	12.026.639	12.351.358
	Prevalência Desconhecida	2	7	5.276.541	5.419.008	5.565.321	5.715.584	5.869.905
	<b>Possível Total Geral</b>	<b>18</b>	<b>124</b>	<b>16.379.352</b>	<b>16.821.595</b>	<b>17.275.778</b>	<b>17.742.224</b>	<b>18.221.264</b>

A necessidade de mapeamento e/ou reavaliação da situação epidemiológica repete-se para as seguintes doenças tropicais negligenciadas: filaríase linfática, schistosomiase, e helmintos transmitidos pelo solo (ver Tabela 21). As projecções das populações requerendo tratamento seria ou maior ou menor a depender dos resultados dos inquéritos de mapeamento e avaliação. As Tabelas 22, 23 e 24 apresentam as projecções actuais das populações que requer tratamento para filaríase linfática, schistosomiase, e helmintos transmitidos pelo solo (em ordem).



**Tabela 21- Resultados de Filariase Linfática, Schistosomiase e Helmintos transmitidos pelo solo, e Necessidades de Re-Avaliação ou Mapeamento**

Província	Nº de Municípios	FL		SCH		HTS	
		Requer Tratamento	Requer Mapeamento/ Re-avaliação	Requer Tratamento	Requer Re-avaliação	Requer Tratamento	Requer Re-avaliação
Bengo	6	5	0	6	6	6	6
Benguela	10	1	0	10	10	10	10
Bié	9	0	0	9	9	9	9
Cabinda	4	4	0	4	4	4	4
Cunene	6	0	0	6	6	6	6
Huambo	11	0	0	11	0	2	0
Huila	14	0	0	14	14	14	14
Quando Cubango	9	1	0	9	9	9	9
Cuanza Norte	10	9	0	10	10	10	10
Cuanza Sul	12	3	0	12	12	12	12
Luanda	9	1	0	9	9	9	9
Lunda Norte	10	6	0	10	10	10	10
Lunda Sul	4	2	0	4	4	4	4
Malange	14	5	0	14	14	14	14
Moxico	9	1	0	9	9	9	9
Namibe	5	0	0	5	5	5	5
Uíge	16	2	0	16	0	16	0
Zaire	6	0	0	6	0	6	0
<b>Total Geral</b>	<b>164</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>151</b>	<b>131</b>	<b>152</b>	<b>131</b>

FL: Dentro dos quarenta municípios positivos, dois (2) municípios do Uíge são confirmados, e os outros aguardam confirmação dos DBS.

SCH e HTS: os números dos municípios estão contemplados com base na metodologia anterior (subdivisão do território em zonas Ecológicas homogêneas)

**Tabela 22- Projecção da População Requerendo Tratamento para Filariase Linfática**

Doença	Necessidade de Tratamento	Províncias	Municípios	População				
				2017	2018	2019	2020	2021
FL	Endémico	1	2	678.204	696.516	734.635	795.762	885.248
	Resultados Pendentes	11	38	1.557.347	1.599.395	1.686.929	1.827.292	2.032.777
	<b>Possível Total Geral</b>	<b>12</b>	<b>40</b>	<b>2.235.551</b>	<b>2.295.911</b>	<b>2.421.564</b>	<b>2.623.054</b>	<b>2.918.025</b>

A projecção da população requerendo tratamento para Schistosomiase basea-se nas recomendações da OMS. Estas recomendações foram apresentadas no livro «Preventive Chemotherapy in Human Helminthiasis» publicado pela OMS em 2006, e estão apresentadas na Tabela 23 em baixo. As projecções da Tabela 24 refletem as recomendações de OMS e a





prevalência de Schistosomiase em Angola. Para mais detalhes de prevalência por município, pode ser consultado o Anexo 5, onde têm as prevalências das dezoito províncias extrapoladas do mapeamento de 2005, e o Anexo 6 onde há os resultados das três províncias mapeadas por município em 2014.

**Tabela 23- Estratégia de Tratamento Recomendada para Quimioterapia Preventiva das DTNs**

<b>DOENÇA</b>	<b>LIMIAR DE PREVALÊNCIA</b>	<b>ALVO PARA TRATAMENTO</b>	<b>FREQUÊNCIA DE TRATAMENTO</b>
FILARÍASE LINFÁTICA	Prevalência $\geq 1\%$	População total	Uma vez por ano
ONCOCERCOSE	Prevalência $\geq 40\%$ Ou nódulos palpáveis $\geq 20\%$	População total	Uma vez por ano
SCHISTOSOMIASE	Prevalência $\geq 50\%$ por métodos parasitológicos (schistosomiase intestinal e urinária) ou $\geq 30\%$ para hematuria	Crianças em idade escolar e adultos em risco	Uma vez por ano
	Prevalência $\geq 10\%$ mas $< 50\%$ por métodos parasitológicos (schistosomiase intestinal e urinária) ou $\geq 30\%$ para hematuria	Crianças em idade escolar e adultos em risco	Uma vez em cada 2 anos
	Se prevalência $< 10\%$	Crianças em idade escolar	Uma vez em cada 5 anos
VERMES INTESTINAIS	Prevalência $\geq 50\%$	Crianças em idade pré-escolar e escolar; Mulheres em idade fértil incluindo Gestantes no 2º e 3º trimestres, mulheres lactantes e adultos em alto risco em certas profissões (P.e mineiros)	Duas vezes por ano
	Prevalência $\geq 20\%$ , mas $< 50\%$	Crianças em idade pré-escolar e escolar; Mulheres em idade fértil incluindo Gestantes no 2º e 3º trimestres, mulheres lactantes e adultos em alto risco em certas profissões (P.e mineiros)	Uma vez por ano



Um dos desafios para o tratamento de Schistosomiase é a decisão de tratar só as crianças de idade escolar (SAC) ou as crianças e adultos em áreas de risco. A Tabela 24 apresenta a projecção da população se o alvo de tratamento for crianças em idade escolar e adultos, e também apresenta uma projecção da população se o alvo for só as crianças em idade escolar. Em termos de número de pessoas a requer tratamento, apresenta uma diferença de mais que 14,6 milhões de pessoas.

**Tabela 24- Projecção da População Requerendo Tratamento para Schistosomiase**

Provincia	População que Requer Tratamento para Schistosomiase Baseado nas Recomendações da OMS							
		2018 CIE* + Adultos	2018 CIE	2019 CIE + Adultos	2019 CIE	2020 CIE + Adultos	2020 CIE	2021 CIE + Adultos
BENGO		321.365	111.090	0	0	338.953	117.169	0
BENGUELA		2.010.672	695.046	0	0	2.120.714	733.085	0
BIE		1.311.311	453.293	0	0	1.383.077	478.101	0
CABINDA		645.248	223.049	0	0	680.561	235.256	0
CUANDO CUBANGO		481.184	166.336	0	0	507.519	175.439	0
CUANZA NORTE		399.529	138.109	0	0	421.394	145.667	0
CUANZA SUL		1.695.733	586.179	0	0	1.788.539	618.260	0
CUNENE		892.155	308.399	0	0	940.982	325.277	0
HUAMBO		1.819.797	629.065	0	0	1.919.392	663.493	0
HUILA		2.250.396	777.915	0	0	2.373.558	820.489	0
LUANDA		6.258.398	2.163.398	0	0	6.600.914	2.281.799	0
LUNDA NORTE		777.248	268.678	0	0	819.786	283.382	0
LUNDA SUL		484.412	167.450	0	0	510.924	176.615	0
MALANGE		888.799	307.239	0	0	937.442	324.054	0
MOXICO		683.533	236.282	0	0	720.942	249.213	0
NAMIBE		446.332	154.287	0	0	470.759	162.731	0
UIGE		730.074	252.371	60.008	20.743	770.030	266.183	63.292
ZAIRE		288.747	99.813	0	0	304.550	105.276	0
Total geral		<b>22.384.933</b>	<b>7.737.998</b>	<b>60.008</b>	<b>20.743</b>	<b>23.610.038</b>	<b>8.161.491</b>	<b>63.292</b>

\*CIE (SAC) = Crianças em Idade Escolar



A tabela 25 apresenta a população requerendo tratamento de quimioterapia preventiva para Helmintos transmitidos pelo solo baseado nas recomendações da OMS. Para mais detalhes de prevalência por município, pode consultar o Anexo 5 onde tem as prevalências das 18 províncias extrapoladas de mapeamento de 2005, e o Anexo 7 onde há os resultados das três províncias mapeadas por município em 2014.

**Tabela 25- Projecção da População Requerendo Tratamento para Helmintos Transmitidos Pelo Solo**

Provincia	População de Crianças em Idade Escolar CIE (SAC)			
	2018	2019	2020	2021
<b>BENGO*</b>	222.179	228.178	234.339	240.666
<b>BENGUELA</b>	695.046	713.812	733.085	752.878
<b>BIE</b>	453.293	465.532	478.101	491.010
<b>CABINDA*</b>	446.098	458.143	470.512	483.216
<b>CUANDO CUBANGO</b>	166.336	170.827	175.439	180.176
<b>CUANZA NORTE*</b>	276.218	283.676	291.335	299.201
<b>CUANZA SUL*</b>	1.172.357	1.204.011	1.236.519	1.269.905
<b>CUNENE</b>	308.399	316.726	325.277	334.060
<b>HUAMBO*</b>	249.605	256.345	263.266	270.374
<b>HUILA</b>	777.915	798.918	820.489	842.642
<b>LUANDA</b>	2.163.398	2.221.810	2.281.799	2.343.407
<b>LUNDA NORTE*</b>	537.355	551.864	566.764	582.067
<b>LUNDA SUL</b>	167.450	171.971	176.615	181.383
<b>MALANGE*</b>	614.479	631.070	648.109	665.607
<b>MOXICO</b>	236.282	242.662	249.213	255.942
<b>NAMIBE</b>	154.287	158.453	162.731	167.125
<b>UIGE*</b>	923.943	948.889	974.509	1.000.821
<b>ZAIRE</b>	185.187	190.187	195.322	200.595
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>9.749.827</b>	<b>10.013.072</b>	<b>10.283.425</b>	<b>10.561.077</b>

\*Províncias onde requer duas rondas de tratamento por ano, calculado na projecção da população

\* Província onde só dois municípios requer tratamento anual



### **3.4.3 Expansão de Intervenções de Maneio Integrado de Morbilidade**

A expansão de intervenções de maneio de casos visa proteger a população contra as doenças tropicais negligenciadas, e ajudar no manuseamento de morbilidade das DTNs, para as quais não existe a possibilidade de quimioterapia preventiva. A intensificação da gestão de casos envolve cuidar de indivíduos afetados e daqueles que correm risco de infecção. Consoante a OMS, os processos principais para a maneio integrado de casos são: (i) fazer o diagnóstico o mais cedo possível; (ii) oferecer tratamento para reduzir a infecção e a morbilidade; e (iii) Manusear as complicações.

Para as DTNs este requer uma integração com o sistema de saúde e um reforço de recursos materiais e capacidade dos técnicos.

O objectivo de Plano Estratégico Nacional é de criar uma plataforma para esta integração. Uma das chaves para realizar a expansão de maneio integrado de casos é de identificar unidade de Saúde de referência para inclusão das DTNs, e elaborar Termos de Referencia entre a SCDTN e as unidades sanitárias.

Com a colaboração dos profissionais da saúde das Unidades de referência e peritos da área das DTNs, será elaborado um guia de formação para os profissionais de saúde e a implementação de formação em cascata (ver Tabela 18).

### **3.4.4 Expansão de Intervenções de Controlo de Transmissão de DTNs**

Doenças mediadas por vetores representam 17% do ônus global de doenças transmissíveis.<sup>4</sup> A maioria das DTNs envolve transmissão por vetores: insetos transmitem os agentes infecciosos da dengue e de outras doenças induzidas por vírus, doença de Chagas, tripanossomíase humana africana, leishmaniose, filariose linfática e oncocercose; caracóis são essenciais para a transmissão de agentes de Schistosomíase e trematodíases alimentares; crustáceos são essenciais para a transmissão dos agentes de dracunculose e paragonimose. A compreensão sobre a biologia dos vetores é um componente essencial da explicação e da predição da epidemiologia de doenças mediadas por vetores. A promoção de gestão integrada de vectores é um dos componentes do Plano global de combate a doenças tropicais negligenciadas 2008-2015.<sup>5</sup> Essa abordagem ao controlo de vetores requer um processo racional de tomada de decisões para otimizar a utilização de recursos. A gestão integrada eficaz de vectores é fortalecida por meio da estreita colaboração entre setores responsáveis por saúde, agricultura, irrigação e meio ambiente. Diversos países onde as DTNs são endémicas, realizaram avaliações para o controlo de vetores, e desenvolveram planos nacionais para a gestão integrada de vectores.

Alinhado com este reforço de pessoal a nível central, e clarificação sobre o uso integrado de recursos humanos a nível provincial e municipal, será possível cumprir um plano de expansão geográfica de intervenções conforme apresentado na Tabela 24. Note-se que devido ao facto de o mapeamento de DTNs não estar ainda concluído a nível nacional o plano de expansão apresentado baseia-se somente no conhecimento existente sendo necessário uma actualização do mesmo logo que o exercício tiver sido concluído, até ao final do primeiro trimestre de 2018.

<sup>4</sup> The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.

<sup>5</sup> Global plan to combat neglected tropical diseases 2008–2015. Geneva, World Health Organization, 2007 (WHO/CDS/NTD/2007.3).



Tabela 26- Faseamento por Província da Expansão do Programa de DTNs a Nível Nacional

Actividade	Total de Províncias Alvo	Ano de Atingir Cobertura Geográfica de 100%				
		2017	2018	2019	2020	2021
Mapeamento de FL	8 Províncias	X				
Mapeamento/ Reavaliação de Oncocercose	17 Províncias		X			
Reavaliação de Schistosomíase e HTS	15 Províncias	X	X			
Mapeamento de Tracoma	18 Províncias		X			
Intervenções de QP	18 Províncias			X		
Maneio Integrado de Casos	18 Províncias				X	
Programa ASHE (WASH)	18 Províncias				X	
Controlo Integrado dos Vectores	18 Províncias					X

### 3.5 REFORÇO DA MONITORIA E A AVALIAÇÃO, A VIGILÂNCIA E A PESQUISA OPERACIONAL DAS DTNS

O programa nacional de controlo e eliminação das DTNs carece de um reforço da monitoria e avaliação. Dados de qualidade sobre a prevalência das DTNs, os resultados e tendências das intervenções, e performance são necessários para informar as decisões de programa, e para assegurar continuação de financiamento. Evidências sólidas são essenciais para atrair os recursos necessários, para combater as DTNs e reduzir o peso da doença. Neste contexto, a vigilância das DTNs deve ser reforçada para apoiar a expansão das actividades de prevenção e controlo das DTNs. Pesquisas operacionais oferecem oportunidade de fortalecimento de programa, identificação e resolução de problemas, a transparência de quadro operacional.

À medida que repetidas rondas de quimioterapia preventiva são implementadas, o número de casos de doença e infecção tendem a diminuir até que a transmissão da doença é considerada eliminada ou controlada. Para doenças passíveis de eliminação, a definição de casos tende a ser alterada para contemplar detecção de sinais precoces de ressurgimento de transmissão da doença. Por essa razão, os programas de controlo das doenças tropicais negligenciadas devem precocemente iniciar a integração da sua vigilância epidemiológica, no sistema nacional de vigilância epidemiológica global do sistema de saúde nacional. Há que garantir que haja recursos humanos treinados, e capacidade de infraestrutura e recursos materiais para detecção de novos casos. Para cada doença, devem ser definidos protocolos sustentáveis de vigilância que possam ser adequadamente integrados em outras actividades de vigilância epidemiológica em implementação contínua, especialmente no âmbito do sistema nacional integrado de vigilância e resposta a doenças.



**Tabela 27- Actividades e Recursos Necessários para Fortalecer a Monitoria e Avaliação e Pesquisa Operacional das DTNs**

<b>Fortalecer a Monitoria &amp; Avaliação e Pesquisa Operacional das DTNs</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Subactividades</b>	<b>Calendário</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Objectivo Estratégico 1: Fortalecer a monitoria de desempenho e os resultados do controlo das DTNs a todos os níveis</b>			
<b>Estabelecer um sistema funcional de M&amp;A com componentes específicos para cada uma das quatro prioridades estratégicas da Secção de DTNs</b>	Workshop de M&A para definição dos indicadores das intervenções	Fevereiro 2018	RH SNCDTNs RH parceiros
	Elaborar guiões de M&A para o nível periférico, com a definição dos indicadores e regularidade de colheita, e envio de dados de monitoria das actividades da secção nos vários níveis	Março 2018	RH SNCDTNs RH parceiros (Integrado com o Workshop dos PF)
	Adaptar e aplicar instrumentos de avaliação da qualidade dos dados reportados da periferia (DQA)	Junho a Dezembro de 2018	RH SNCDTNs RH parceiros
	Implementação de inquéritos de avaliação de cobertura das intervenções	Anualmente a partir de 2019	Recursos humanos
<b>Elaborar um calendário de relatórios de M&amp;A</b>	Elaborar um calendário de relatórios de M&A de nível nacional, para parceiros de governo e parceiros não governmentais	Dezembro 2017, e com mudanças quando necessário	RH SNCDTNs
	Implementar sistema de relatórios	2018	RH SNCDTNs RH parceiros
<b>Objectivo Estratégico 2: Reforçar a vigilância e a natureza de resposta a epidemia das DTNs</b>			
<b>Definir indicadores e fontes de dados de monitoria para DTNs</b>	Definir a fonte de dados para os indicadores de M&A	Fevereiro 2018	RH SNCDTNs
	Reunião com os técnicos da rede sanitária nacional e os centros de referência para partilhar informação sobre indicadores e gestão de dados	Março de cada ano, a partir de 2019	RH SNCDTNs Sala Pausa Cafe
	Estabelecer padrão de análise de dados das intervenções sobre as DTNs	Contínuo a partir de 2018	RH SNCDTNs RH parceiros
<b>Realizar a integração de vigilância de DTNs no Sistema Integrado de Vigilância e Resposta a Doenças</b>	Advocacia intersectorial para promover a integração de DTN no Sistema Integrado de Vigilância	Contínuo a partir de Julho 2017	RH SNCDTNs
<b>Estabelecer para cada DTN a definição de caso e meios de detecção após a certificação de eliminação das DTNs específicas</b>	Estabelecer a definição de caso com o departamento de epidemiologia do MINSA	Setembro 2018	RH SNCDTNs RH MINSA
	Definir os métodos de vigilância e fluxo de informação para garantir resposta precoce	Outubro 2018	RH SNCDTNs RH DPS PF RH SIS
	Providenciar os recursos de diagnóstico, e treino para as unidades sanitárias	Fevereiro 2020 (integrado no Workshop PF)	Testes Rápidos Materiais didácticos



Tabela 27 - Actividades e Recursos Necessários para Fortalecer a Monitoria e Avaliação e Pesquisa Operacional das DTNs (continuação)

<b>Fortalecer a Monitoria &amp; Avaliação e Pesquisa Operacional das DTNs</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Subactividades</b>	<b>Calendário</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Objectivo Estratégico 3: Apoiar a investigação operacional, documentação e utilização de evidências</b>			
<b>Implementar processos de investigação operacional</b>	Estabelecer um sistema estável de fluxo de dados	Primeiro trimestre de 2018	RH SNCDTNs RH DPS RH parceiros
	Desenhar um plano de análise regular de dados para produção de indicadores relevantes para a Secção	Primeiro trimestre de 2018	RH SNCDTNs RH parceiros
	Realizar reuniões internas para discutir resultados de investigação operacional	Duas vezes por ano, a partir de Setembro 2018	RH SNCDTNs
<b>Introduzir e analisar dados incorporados na Base de Dados Integrada das DTNs</b>	Desenvolver um sistema de base de dados das DTNs funcional e organizado	Fevereiro e Março 2018	RH SNCDTNs RH parceiros
	Implementar e manter sistema de inserção e análise de dados na base de dados das DTNs	A partir de Abril 2018	RH SNCDTNs RH parceiros
<b>Utilização de evidências</b>	Implementar supervisões e pesquisas localizadas baseadas na análise de dados das intervenções	Contínuo a partir de 2019	RH SNCDTNs Per diem Transporte
	Compartilhar relatório anual dos resultados, sucessos, e desafios com os parceiros	Dezembro de cada ano	RH SNCDTNs Reprografia
	Elaborar relatório de retro-informação para as Províncias	No último trimestre de cada ano	RH SNCDTNs Reprografia
	Realizar inquéritos independentes de cobertura de QP numa amostra de municípios com altas e baixas coberturas reportadas	Bianual, a começar em 2019	RH SNCDTNs Auditoria externa



Tabela 27 - Actividades e Recursos Necessários para Fortalecer a Monitoria e Avaliação e Pesquisa Operacional das DTNs (continuação 2)

<b>Fortalecer a Monitoria &amp; Avaliação e Pesquisa Operacional das DTNs</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Subactividades</b>	<b>Calendário</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Objectivo estratégico 4: Estabelecer uma gestão integrada de dados e análise do impacto das intervenções de DTNs</b>			
<b>Implementar inquéritos preconizados para certificar interrupção da transmissão das DTNs</b>	Treino das equipas de vigilância da Secção de DTN	Setembro 2019	RH SNCDTNs RH Técnicos Per diem
	Preparação do material de diagnóstico para a realização dos inquéritos	Agosto 2020	Testes de análise
	Realizar inquéritos de impacto de meio-termo	Outubro - Novembro 2019 Abril - Maio 2020	RH Per diem Transporte





### **3.6 CONCLUSÃO**

O Plano Estratégico Nacional das Doenças Tropicais Negligenciadas 2017-2021 estabelece uma visão e acções que nos guiarão na luta contra as DTNs em Angola até 2021. É um plano abrangente que precede uma consulta extensa, e o trabalho anterior do nosso povo e nosso governo. Baseia-se no progresso notável que temos feito, enquanto nação, durante o processo de estabelecimento da paz e da construção do estado nos anos pós-guerra.

A formulação da presente estratégia reflecte a importância que o Governo Angolano atribuiu ao controlo, eliminação e erradicação das DTNs no país. É necessário um forte empenho e liderança, com uma advocacia robusta, para manter a actual dinâmica e mobilizar os recursos necessários para acelerar a implementação da estratégia.

O Plano apresenta uma estrutura para identificar e avaliar as prioridades, e um guia para a implementação de estratégias e acções recomendadas. No entanto, o sucesso da implementação do Plano exigirá a participação, a boa vontade e a determinação de todos os níveis do governo e do povo Angolano. Temos de juntar os nossos verdadeiros pontos fortes - a tenacidade, o engenho e a determinação, de modo a combater as doenças que nos afectam e fortalecer a nossa saúde.



## ANEXOS

### Anexo 1 – Tabela de população nos diversos municípios de Angola, segundo os resultados definitivos do censo 2014

Província	Município	População 2017				
		Total	0-1 ano (4%)	1-4 ano (15%)	5-14 ano (28%)	>=15 ano (53%)
Bengo	AMBRIZ	23960	958	3594	6709	12699
	BULA ATUMBA	17632	705	2645	4937	9345
	DANDE	239461	9578	35919	67049	126914
	DEMBOS	30988	1240	4648	8677	16424
	NAMBUANGONGO	67053	2682	10058	18775	35538
	PANGO ALUQUEM	7220	289	1083	2022	3827
Benguela	BAIA FARTA	122224	4889	18334	34223	64779
	BALOMBO	117871	4715	17681	33004	62472
	BENGUELA	609337	24373	91401	170614	322949
	BOCOIO	183292	7332	27494	51322	97145
	CAIMBAMBO	95790	3832	14369	26821	50769
	CATUMBELA	198932	7957	29840	55701	105434
	CHONGOROI	96693	3868	14504	27074	51247
	CUBAL	341708	13668	51256	95678	181105
	GANDA	266629	10665	39994	74656	141314
	LOBITO	384573	15383	57686	107680	203824
Bié	ANDULO	276424	11057	41464	77399	146505
	CAMACUPA	166897	6676	25035	46731	88455
	CATABOLA	139259	5570	20889	38993	73807
	CHINGUAR	138300	5532	20745	38724	73299
	CHITEMBO	80742	3230	12111	22608	42793
	CUEMBA	60017	2401	9003	16805	31809
	CUNHINGA	81515	3261	12227	22824	43203
	KUITO	499383	19975	74907	139827	264673
	NHAREA	133804	5352	20071	37465	70916
Cabinda	BELIZE	21924	877	3289	6139	11619
	BUCO ZAU	38139	1526	5721	10679	20214
	CABINDA	674149	26966	101122	188762	357299
	CACONGO	41447	1658	6217	11605	21967



**Anexo 1 – Tabela de população nos diversos municípios de Angola, segundo os resultados definitivos do censo 2014 (2)**

Província	Município	População 2017				
		Total	0-1 ano (4%)	1-4 ano (15%)	5-14 ano (28%)	>=15 ano (53%)
Cunene	CAHAMA	76766	3071	11515	21494	40686
	CUANHAMA	400518	16021	60078	112145	212275
	CUROCA	46386	1855	6958	12988	24584
	CUVELAI	66814	2673	10022	18708	35412
	NAMACUNDE	159699	6388	23955	44716	84641
	OMBADJA	322286	12891	48343	90240	170811
Huambo	BAILUNDO	325518	13021	48828	91145	172525
	CAALA	299367	11975	44905	83823	158665
	EKUNHA	90967	3639	13645	25471	48213
	HUAMBO	767876	30715	115181	215005	406975
	CACHIUNGO	133394	5336	20009	37350	70699
	LONDUIMBALI	143576	5743	21536	40201	76095
	LONGONJO	100136	4005	15020	28038	53072
	MUNGO	127403	5096	19110	35673	67523
	TCHICALA TCHOLOHANGA	117579	4703	17637	32922	62317
	TCHINDJENJE	32531	1301	4880	9109	17241
	UKUMA	49248	1970	7387	13790	26102
Huila	CACONDA	183736	7349	27560	51446	97380
	CACULA	147545	5902	22132	41313	78199
	CALUQUEMBE	194665	7787	29200	54506	103172
	CHIBIA	208466	8339	31270	58370	110487
	CHICOMBA	146238	5850	21936	40947	77506
	CHIPINDO	70532	2821	10580	19749	37382
	GAMBOS	87311	3492	13097	24447	46275
	HUMPATA	95090	3804	14263	26625	50398
	JAMBA	115946	4638	17392	32465	61452
	KUVANGO	87101	3484	13065	24388	46163
	LUBANGO	840586	33623	126088	235364	445511
	MATALA	280287	11211	42043	78480	148552
	QUILENGUES	78916	3157	11837	22097	41826
QUIPUNGO	168805	6752	25321	47266	89467	



**Anexo 1 – Tabela de população nos diversos municípios de Angola, segundo os resultados definitivos do censo 2014 (3)**

Província	Município	População 2017				
		Total	0-1 ano (4%)	1-4 ano (15%)	5-14 ano (28%)	>=15 ano (53%)
Cuando Cubango	CALAI	22938	918	3441	6423	12157
	CUANGAR	30981	1239	4647	8675	16420
	CUCHI	48620	1945	7293	13614	25769
	DIRICO	16548	662	2482	4634	8771
	KUITO KUANAVALÉ	44015	1761	6602	12324	23328
	MAVINGA	29491	1180	4424	8258	15630
	MENONGUE	347515	13901	52127	97304	184183
	NANKOVA	3911	156	587	1095	2073
	RIVUNGO	34415	1377	5162	9636	18240
Cuanza Norte	AMBACA	68270	2731	10241	19116	36183
	BANGA	10653	426	1598	2983	5646
	BOLONGONGO	14179	567	2127	3970	7515
	CAMBAMBE	99823	3993	14973	27950	52906
	CAZENGO	186108	7444	27916	52110	98637
	GOLUNGO ALTO	32835	1313	4925	9194	17403
	GONGUEMBO	7704	308	1156	2157	4083
	KICULUNGO	11290	452	1693	3161	5983
	LUCALA	22611	904	3392	6331	11984
	SAMBA CAJU	26805	1072	4021	7506	14207
Cuanza Sul	AMBOIM	266933	10677	40040	74741	141475
	CASSONGUE	159763	6391	23964	44734	84674
	CELA (Vacu Kungo)	248309	9932	37246	69526	131604
	CONDA	101915	4077	15287	28536	54015
	EBO	179609	7184	26941	50291	95193
	KIBALA	154434	6177	23165	43242	81850
	KILENDA	104962	4198	15744	29389	55630
	LIBOLO	96714	3869	14507	27080	51259
	MUSSENDE	86689	3468	13003	24273	45945
	PORTO AMBOIM	136075	5443	20411	38101	72120
	SELES	198848	7954	29827	55677	105390
	SUMBE	304206	12168	45631	85178	161229



**Anexo 1 – Tabela de população nos diversos municípios de Angola, segundo os resultados definitivos do censo 2014 (4)**

Província	Município	População 2017				
		Total	0-1 ano (4%)	1-4 ano (15%)	5-14 ano (28%)	>=15 ano (53%)
Luanda	BELAS	1224693	48988	183704	342914	649087
	CACUACO	1014610	40584	152191	284091	537743
	CAZENGA	991559	39662	148734	277637	525526
	ICOLO E BENGO	85828	3433	12874	24032	45489
	LUANDA	2423442	96938	363516	678564	1284424
	QUISSAMA	28845	1154	4327	8077	15288
	VIANA	1754312	70172	263147	491207	929785
Lunda Norte	CAMBULO	131837	5273	19776	36914	69874
	CAPENDA CAMULEMBA	62800	2512	9420	17584	33284
	CAUNGULA	31651	1266	4748	8862	16775
	CHITATO	228536	9141	34280	63990	121124
	CUANGO	202486	8099	30373	56696	107318
	CUILO	23033	921	3455	6449	12207
	LUBALO	21375	855	3206	5985	11329
	LUCAPA	171367	6855	25705	47983	90825
	XA MUTEBA	61252	2450	9188	17151	32464
Lunda Sul	CACOLO	34442	1378	5166	9644	18254
	DALA	30187	1207	4528	8452	15999
	MUCONDA	39777	1591	5967	11137	21082
	SAURIMO	477912	19116	71687	133815	253294
Malange	CACULAMA (Mukari)	32045	1282	4807	8973	16984
	CACUSO	78953	3158	11843	22107	41845
	CAMBUNDI CATEMBO	48800	1952	7320	13664	25864
	CANGANDALA	48398	1936	7260	13552	25651
	KAHOMBO	24406	976	3661	6834	12935
	KALANDULA	96032	3841	14405	26889	50897
	KIWABA NZOGI	15894	636	2384	4450	8424
	KUNDA DIA BASE	15065	603	2260	4218	7985
	LUQUEMBO	56998	2280	8550	15959	30209
	MALANGE	537310	21492	80597	150447	284774
	MARIMBA	29879	1195	4482	8366	15836
	MASSANGO	35988	1440	5398	10077	19074
	QUELA	24110	964	3617	6751	12778
QUIRIMA	24555	982	3683	6875	13014	



**Anexo 1 – Tabela de população nos diversos municípios de Angola, segundo os resultados definitivos do censo 2014 (5)**

Província	Município	População 2017				
		Total	0-1 ano (4%)	1-4 ano (15%)	5-14 ano (28%)	>=15 ano (53%)
Moxico	ALTO ZAMBEZE	113469	4539	17020	31771	60139
	CAMANONGUE	36801	1472	5520	10304	19505
	LEUA	34723	1389	5208	9722	18403
	LUACANO	24221	969	3633	6782	12837
	LUAU	95402	3816	14310	26712	50563
	LUCHAZES	15414	617	2312	4316	8169
	LUMBALA NGUIMBO	74269	2971	11140	20795	39362
	LUMEJE (Cameia)	31219	1249	4683	8741	16546
	MOXICO / LUENA	396169	15847	59425	110927	209969
Namibe	BIBALA	63026	2521	9454	17647	33404
	CAMUCUIO	56099	2244	8415	15708	29732
	NAMIBE	320887	12835	48133	89848	170070
	TOMBUA	62427	2497	9364	17480	33087
	VIREI	34102	1364	5115	9548	18074
Uige	AMBUILA	18758	750	2814	5252	9942
	BEMBE	36199	1448	5430	10136	19185
	BUENGAS	65724	2629	9859	18403	34834
	BUNGO	43960	1758	6594	12309	23299
	CANGOLA	58573	2343	8786	16400	31044
	DAMBA	71611	2864	10742	20051	37954
	MAQUELA DO ZOMBO	137771	5511	20666	38576	73019
	MILUNGA	54241	2170	8136	15187	28748
	MUCABA	46188	1848	6928	12933	24480
	NEGAGE	152603	6104	22890	42729	80880
	PURI	39975	1599	5996	11193	21187
	QUIMBELE	145741	5830	21861	40807	77243
	QUITEXE	36963	1479	5545	10350	19591
	SANZA POMBO	72109	2884	10816	20190	38218
	SONGO	70239	2810	10536	19667	37227
UIGE	555869	22235	83380	155643	294611	



**Anexo 1 – Tabela de população nos diversos municípios de Angola, segundo os resultados definitivos do censo 2014 (6)**

Província	Município	População 2017				
		Total	0-1 ano (4%)	1-4 ano (15%)	5-14 ano (28%)	>=15 ano (53%)
Zaire	CUIMBA	73358	2934	11004	20540	38880
	MBANZA CONGO	197380	7895	29607	55266	104611
	NOQUI	25915	1037	3887	7256	13735
	NZETO	50455	2018	7568	14127	26741
	SOYO	247725	9909	37159	69363	131294
	TOMBOCO	49164	1967	7375	13766	26057
<b>Total</b>		27934951	1117398	4190243	7821786	14805524



## Anexo 2- Situação de Mapeamento e Endemicidade de Filaríase Linfática em Angola, Maio de 2017

Província	Município	Aldeia/Bairro	FL			Endemicidade	Observações
			%	Teste	Ano		
<b>BENGO</b>	AMBRIZ	Knkakala	7,8	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	BULA ATUMBA	Quizenza	4,5	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	DANDE	Quipetele	3,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	DEMBOS	Kimbamba	2,5	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	NAMBUANGONGO	Kimussanga	2,4	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	PANGO ALUQUEM	Banza Sede/Gombe Ya Muquiama	0,0	FTS	2017	Não endémico	
<b>BENGUELA</b>	BAIA FARTA	Dombe Grande	0,0	FTS	2017	Não endémico	
	BALOMBO	Comuna do Chindumbo	0,0	FTS	2017	Não endémico	
	BENGUELA	Zona D	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	BOCOIO	Passe	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	CAIMBAMBO	Canhamela	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	CATUMBELA	Gama	0,0	FTS	2017	Não endémico	
	CHONGOROI	Comuna Homja	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	CUBAL	Kapupa	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	GANDA	Comuna -Sede- M. Ndunde	0,0	FTS	2017	Não endémico	Pendente ELISA Wb123
LOBITO	Hanha do Norte	3,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123	
<b>BIE</b>	ANDULO	Buanga	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CAMACUPA	Kuanza	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CATABOLA	Muquinda	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CHINGUAR	Cangala	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CHITEMBO	Xana Kuele	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CUEMBA	Chindumba	4,5	FTS	2015	Não Endémico	Negativo ELISA WB123
	CUNHINGA	Capeio	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	KUITO	Ekovongo	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	NHAREA	Imbocole	0,0	FTS	2015	Não Endémico	





Anexo 2- Situação de Mapeamento e Endemicidade de Filaríase Linfática em Angola, Maio de 2017 (2)

Província	Município	Aldeia/Bairro	FL			Endemicidade	Observações
			%	Teste	Ano		
<b>CABINDA</b>	BELIZE	Zala De Baixo	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	BUCO ZAU	Micuma/ Kissamano	12,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CABINDA	Tchinfimbo	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CACONGO	Mpuela	2,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
<b>CUNENE</b>	CAHAMA	Otchidjau	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CUANHAMA	Onduwe	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CUROCA	Tapela	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CUVELAI					Desconhecido	Considerada Zona Vermelha para a OMS
	NAMACUNDE	Chiede	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	OMBADJA	Calueque	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
<b>HUAMBO</b>	BAILUNDO	Chingolo	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CAALA	Calenga	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	EKUNHA	Calessi	1,2	FTS	2015	Não Endémico	Não confirmado por ELISA WB123
	HUAMBO	Sawilala	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CACHIUNGO	Cachilengue	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	LONDUIMBALI	Chicala	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	LONGONJO	Emanha	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	MUNGO	Bata	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	C CHOLOHANGA	Kaputu	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	TCHINDJENJE	Lossole	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
<b>HUILA</b>	UKUMA	Jongolo	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CACONDA	Cavava	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CACULA	Viti-Vivale	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CALUQUEMBE	Massalale	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CHIBIA	Quihita	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CHICOMBA	Vihopio	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CHIPINDO	Candongui	2,0	FTS	2015	Não Endémico	Não confirmado por ELISA WB123
	GAMBOS	Nonkhokho	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
HUMPATA	Tamana	0,0	FTS	2015	Não Endémico		
JAMBA	D Rodrigues	1,1	FTS	2015	Não Endémico	Não confirmado por ELISA WB123	



Anexo 2- Situação de Mapeamento e Endemicidade de Filaríase Linfática em Angola, Maio de 2017 (3)

Província	Município	Aldeia/Bairro	FL			Endemicidade	Observações
			%	Teste	Ano		
<b>Huila</b> (continuação)	KUVANGO	C Cassangué	2,0	FTS	2015	Não Endémico	Não confirmado por ELISA WB123
	LUBANGO	Embala	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	MATALA	Candjanguiti	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	QUILENGUES	C Tchimbeu	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	QUIPUNGO	Ndongua	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
<b>CUANDO CUBANGO</b>	CALAI	Cuito	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	CUANGAR	Cateva	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	CUCHI	Malenga	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	DIRICO	Sambio	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	KUITO KUANAVALÉ	Lupir 1	1,0	FTS	2016	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	MAVINGA	Missão	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	MENONGUE	Caiundo Sede	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	NANKOVA	Tchimbunde	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
RIVUNGO	Mainha	0,0	FTS	2016	Não Endémico		
<b>CUANZA NORTE</b>	AMBACA	Gombe ya Calamba	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	BANGA	Caculo Cabaça	4,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	BOLONGONGO	Kivota	3,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CAMBAMBE	Mucoso	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	CAZENGO	Pedreira	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	GOLUNGO ALTO	Cambondo	5,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	GONGUEMBO	Kissamba	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	KICULUNGO	Zala	2,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	LUCALA	Pambas	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	SAMBA CAJU	Cangambo	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
<b>CUANZA SUL</b>	AMBOIM	Quipela	0,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CASSONGUE	Cahumbi	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CELA (Waku Kungo)	Tengue	0,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CONDA	Anga II	0,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	EBO	Banga Ebo	0,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	KIBALA	Catofe	0,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123



Anexo 2- Situação de Mapeamento e Endemicidade de Filaríase Linfática em Angola, Maio de 2017 (4)

Província	Município	Aldeia/Bairro	FL			Endemicidade	Observações
			%	Teste	Ano		
<b>CUANZA SUL (continuação)</b>	KILENDA	Cagiri	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	LIBOLO	Munenga	0,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	MUSSENDE	Serração	0,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	PORTO AMBOIM	Hongina	3,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	SELES	São Tomé	0,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	SUMBE	Cassonga	0,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
<b>LUANDA</b>	BELAS	Kididi	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	CACUACO	Funda Sede	1,0	FTS	2016	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CAZENGA	Sonefe	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	ICOLO E BENGO	Macesso	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	LUANDA	Chicala	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	QUISSAMA	Candange	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	VIANA	Calumbo	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
<b>LUNDA NORTE</b>	CAMBULO	Caximo Sede	3,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CAPENDA CAMULEMBA	Xinge	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CAUNGULA	Cassemene	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	CHITATO	Mucolonge	1,7	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CUANGO	Curva Calucango	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	CUILO	Salucunda	2,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	LUBALO	B.Campo	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	LUCAPA	Sawatxa	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	XA MUTEBA	Domingos Vaz	4,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
<b>LUNDA SUL</b>	CACOLO	Samuquixi	6,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	DALA	Samuhinhi	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	MUCONDA	Chiena	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	SAURIMO	Chipamba/Txi p	3,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123



### Anexo 2- Situação de Mapeamento e Endemicidade de Filaríase Linfática em Angola, Maio de 2017 (5)

Província	Município	Aldeia/Bairro	FL			Endemicidade	Observações
			%	Teste	Ano		
<b>MALANGE</b>	CACULAMA (Mukari)	Landa	2,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	CACUSO	Matete	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	CAMBUNDI CATEMBO	Cungui	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	CANGANDALA	Quipacassa	8,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	KAHOMBO	Buxa	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	KALANDULA	Vula Bongo	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	KIWABA NZOGI	Ngonga Nhungo	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	KUNDA DIA BASE	Maquina	2,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	LUQUEMBO	Xinendele	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	MALANGE	Camoma	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	MARIMBA	Caviço	3,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	MASSANGO	Ginga-Muinga	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	QUELA	Ngola Cabila I	3,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	QUIRIMA	Xiriri	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
<b>MOXICO</b>	ALTO ZAMBEZE	Lumachi	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	CAMANONGUE	Calundungo	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	LEUA	Capalo	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	LUACANO	Caifuxi	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	LUAU	Chitazo	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	LUHAZES	Cassamba	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	LUMBALA NGUIMBO	Ceramica-Bundas	1,0	FTS	2017	Desconhecido	Pendente ELISA Wb123
	LUMEJE	Sacambando	0,0	FTS	2017	Não Endémico	
	MOXICO / LUENA	Lumeje-Cajamba	0,0	FTS	2017	Não Endémico	



### Anexo 2- Situação de Mapeamento e Endemicidade de Filaríase Linfática em Angola, Maio de 2017 (6)

Província	Município	Aldeia/Bairro	FL			Endemicidade	Observações
			%	Teste	Ano		
<b>NAMIBE</b>	BIBALA	Cacimbas	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	CAMUCUIO	Chingo	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	NAMIBE	Giraul de Baixo	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	TOMBUA	Pinda Paiva	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
	VIREI	Cavalecamue	0,0	FTS	2015	Não Endémico	
<b>UIGE</b>	AMBUILA	Kissinge	3,0	FTS	2016	Não Endémico	Negativo ELISA WB123
	BEMBE	Toto Bembe	1,0	FTS	2016	Não Endémico	Negativo ELISA WB123
	BUENGAS	Bairro Opérario	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	BUNGO	Quiongo	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	CANGOLA	Caiongo	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	DAMBA	Solabongo	1,0	FTS	2016	Não Endémico	Negativo ELISA WB123
	M DO ZOMBO	Béu 2	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	MILUNGA	Quinzevo	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	MUCABA	Mucongue	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	NEGAGE	Pumba	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	PURI	Caxinga	2,0	FTS	2016	Não Endémico	Negativo ELISA WB123
	QUIMBELE	Quimalungu	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	QUITEXE	Catulo	2,0	FTS	2016	Não Endémico	Negativo ELISA WB123
	SANZA POMBO	Quibuquila	1,7	FTS	2016	Não Endémico	Negativo ELISA Wb123
	SONGO	Quimussungo	4,0	FTS	2016	Endémico	Positivo ELISA Wb123
UIGE	Gunga Cruz	1,3	FTS	2016	Endémico	Positivo ELISA Wb123	
<b>ZAIRE</b>	CUIMBA	Kinkuvura	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	MBANZA CONGO	Nkoko	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	NOQUI	Sandulula	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	NZETO	Loge Pequeno	0,0	FTS	2016	Não Endémico	
	SOYO	Sumba	1,0	FTS	2016	Não Endémico	Negativo ELISA Wb123
	TOMBOCO	Vuma	5,7	FTS	2016	Não Endémico	Negativo ELISA Wb123



### Anexo 3. Situação de Endemicidade de Oncocercose em Angola

Província	Município	Aldeia	Oncocercose				Endemicidade
			REMO		Biopsia Cutânea		
			%	Ano	%	Ano	
<b>Bengo</b>	Ambriz	Capulo	16,7	2002			Reavaliar
	Bula Atumba						Não mapeado
	Dande						Não mapeado
	Dembos						Não mapeado
	Nambuanguo						Não mapeado
	Pango Aluquem						Não mapeado
<b>Benguela</b>	Baia Farta						Não mapeado
	Balombo				0	2015	Reavaliar
	Benguela						Não mapeado
	Bocoio						Não mapeado
	Caimbambo						Não mapeado
	Catumbela						Não mapeado
	Chongoroi						Não mapeado
	Cubal						Não mapeado
	Ganda						Não mapeado
	Lobito						Não mapeado
<b>Bie</b>	Andulo	Taca	17	2011	32,3	2015	Endémico
	Camacupa	Kwanza	19,1	2003	16,4	2015	Endémico
	Catabola	Ngango	4,9	2003	32,4	2015	Endémico
	Chinguar	Cachipa	15,4	2003	16	2015	Endémico
	Chitembo	Cachinque	4	2003	0,6	2015	Endémico
	Cuamba				10,9	2015	Endémico
	Cunhinga	Chivandi	7	2011	10,8	2015	Endémico
	Kuito	Gimbassil	57	2003	18,4	2015	Endémico
	Nharea	Cangolongolo	44	2011	41,7	2015	Endémico
<b>Cabinda</b>	Belize						Não mapeado
	Buco Zau	Necuto	5,3	2006			Endémico
	Cabinda	Tchinzaze	9,1	2006			Endémico
	Cacongo	Mongo Tana	6,7	2006			Endémico



### Anexo 3. Situação de Endemicidade de Oncocercose em Angola (2)

Província	Município	Aldeia	Oncocercose				Endemicidade	
			REMO		Biopsia Cutânea			
			%	Ano	%	Ano		
<b>Cunene</b>	Cahama	Categuero	10	2003	0	2015	Reavaliar	
	Cuanhama				0	2015	Reavaliar	
	Curoca	Otchinjau	13,3	2003	0	2015	Reavaliar	
	Cuvelai				0	2015	Reavaliar	
	Namacunde				0	2015	Reavaliar	
	Ombadja	Cabanjonc	13,3	2003	0	2015	Reavaliar	
<b>Huambo</b>	Bailundo	Cajabão	13	2011	1,4	2015	Endémico	
	Caala	Cuima	14,7	2003	0	2015	Reavaliar	
	Ekunha				0,8	2015	Reavaliar	
	Huambo	Calima	10	2011	0	2015	Reavaliar	
	Cachiungo	Missão Do Ndoni	10	2011	3,1	2015	Reavaliar	
	Londuimbali	Alto Chiu	6	2003	0,5	2015	Reavaliar	
	Longonjo	Chilata	13	2011	0	2015	Reavaliar	
	Mungo	Cambuengo	13	2011	27,4	2015	Reavaliar	
	C Cholohanga	Samboto	20	2011	0	2015	Reavaliar	
	Tchindjenje				0	2015	Reavaliar	
	Ukuma	Katali	7	2011	0	2015	Reavaliar	
<b>Huila</b>	Caconda						Não mapeado	
	Cacula						Não mapeado	
	Caluquembe						Não mapeado	
	Chibia						Não mapeado	
	Chicomba						Não mapeado	
	Chipindo					0,2	2015	Reavaliar
	Gambos	Dondo	12	2003	0	2015	Reavaliar	
	Humpata	Nene	3,1	2003	0	2015	Reavaliar	
	Jamba	Chitango	6,1	2003	0	2015	Reavaliar	
	Kuvango	Yissonga	7,7	2003	0	2015	Reavaliar	
	Lubango							Não mapeado
	Matala							Não mapeado
	Quilengues							Não mapeado
Quipungo							Não mapeado	



### Anexo 3. Situação de Endemicidade de Oncocercose em Angola (3)

Província	Município	Aldeia	Oncocercose				Endemicidade
			REMO		Biopsia Cutânea		
			%	Ano	%	Ano	
<b>Cuando Cubango</b>	Calai	Sofe	40	2011			Reavaliar
	Cuanger						Não mapeado
	Cuchi						Não mapeado
	Dirico	Tuni	23	2011			Reavaliar
	Kuito Kuanavale						Não mapeado
	Mavinga						Não mapeado
	Menongue						Não mapeado
	Nankova						Não mapeado
	Rivungo						Não mapeado
<b>Cuanza Norte</b>	Ambaca						Não mapeado
	Banga						Não mapeado
	Bolongongo						Não mapeado
	Cambambe	Cassaca	7,5	2003			Reavaliar
	Cazengo	Dambi-la-	10	2003			Reavaliar
	Golungo Alto						Não mapeado
	Gonguembo						Não mapeado
	Kiculungo						Não mapeado
	Lucala	Canulo	12,9	2002			Reavaliar
	Samba Caju	Samba Luc	10	2002			Reavaliar
<b>Cuanza Sul</b>	Amboim						Não mapeado
	Cassongue	Quindo	8,3	2002	0	2015	Reavaliar
	Cela (Waku Kungo)				0	2015	Reavaliar
	Conda	Massango	13,3	2002	0,6		Reavaliar
	Ebo						
	Kibala	Guiege	6,7	2002	0	2015	Não mapeado
	Kilenda	Massango	10	2002	0	2015	Não mapeado
	Libolo	Vumba	10	2002	0	2015	Não mapeado
	Mussende				8,4	2015	Endémico
	Porto Amboim	Caana	10	2002	7,5	2015	Endemico
	Seles	Pedra De	11	2002	0	2015	Reavaliar
Sumbe						Não mapeado	





Anexo 3. Situação de Endemicidade de Oncocercose em Angola (4)

Província	Município	Aldeia	Oncocercose				Endemicidade
			REMO		Biopsia Cutânea		
			%	Ano	%	Ano	
<b>Luanda</b>	Belas						Não mapeado
	Cacuaco						Não mapeado
	Cazenga						Não mapeado
	Icolo E Bengo						Não mapeado
	Luanda						Não mapeado
	Quissama						Não mapeado
	Viana						Não mapeado
<b>Lunda Norte</b>	Cambulo						Não mapeado
	C Camulemba						Não mapeado
	Caungula						Não mapeado
	Chitato						Não mapeado
	Cuango	Cassulo C	16,7	2003			Reavaliar
	Cuilo						Não mapeado
	Lubalo						Não mapeado
	Lucapa						Não mapeado
	Xa Muteba	Samuquixe	30	2004			Reavaliar
<b>Lunda Sul</b>	Cacolo	Xassengue	4	2002			Reavaliar
	Dala						Não mapeado
	Muconda						Não mapeado
	Saurimo						Não mapeado
<b>Malange</b>	Caculama (Mukari)	Muquixe	3,3	2002			Reavaliar
	Cacuso	Caxitocam	3,3	2002			Reavaliar
	CCatembo	Tala Mung	6,7	2002			Reavaliar
	Cangandala	Caezo	8,6	2002			Reavaliar
	Kahombo	Mola	6,5	2002			Reavaliar
	Kalandula	Cateco Ca	6,7	2002			Reavaliar
	Kiwaba Nzogi	Meneles	9,4	2002			Reavaliar
	Kunda Dia Base	Demena	25	2003			Reavaliar
	Luquembo	Ganacavel	10	2002			Reavaliar
	Malange	Camburi	3,1	2002			Reavaliar
	Marimba	Quibale	6,7	2002			Reavaliar
	Massango						Não mapeado
	Quela	Camabala	6,7	2002			Reavaliar



### Anexo 3. Situação de Endemicidade de Oncocercose em Angola (5)

Província	Município	Aldeia	Oncocercose				Endemicidade
			REMO		Biopsia Cutânea		
			%	Ano	%	Ano	
<b>Malange</b> (continuação)	Quirima	Combe	6,7	2002			Reavaliar
<b>Moxico</b>	Alto Zambeze	Saluze	40	2003			Reavaliar
	Camanongue						Não mapeado
	Leua						Não mapeado
	Luacano						Não mapeado
	Luau	Chipopa	10	2003			Reavaliar
	Luchazes						Não mapeado
	Lumbala Nguimbo						Não mapeado
	Lumeje						Não mapeado
	Moxico / Luena						Não mapeado
<b>Namibe</b>	Bibala	Monquera	63,3	2003	0	2015	Reavaliar
	Camucuiu				0	2015	Reavaliar
	Namibe	Munhino	10	2003	0	2015	Reavaliar
	Tombua	Moinha	3,3	2003	0	2015	Reavaliar
	Virei	Brutoci	10	2003	0	2015	Reavaliar
<b>Uige</b>	Ambuila						Não mapeado
	Bembe						Não mapeado
	Buengas						Não mapeado
	Bungo						Não mapeado
	Cangola	Buenge Su	26,7	2004			Reavaliar
	Damba						Não mapeado
	M Do Zombo						Não mapeado
	Milunga						Não mapeado
	Mucaba						Não mapeado
	Negage						Não mapeado
	Puri						Não mapeado
	Quimbele	Quimalungo	9,4	2008			Reavaliar
	Quitexe						Não mapeado
	Sanza Pombo						Não mapeado
	Songo						Não mapeado
Uige						Não mapeado	



### Anexo 3. Situação de Endemicidade de Oncocercose em Angola (6)

Província	Município	Aldeia	Oncocercose				Endemicidade
			REMO		Biopsia Cutânea		
			%	Ano	%	Ano	
<b>Zaire</b>	Cuimba	Cuimba	5,3	2002			Reavaliar
	Mbanza Congo	Madimba	11,4	2002			Reavaliar
	Noqui						Não mapeado
	Nzeto						Não mapeado
	Soyo	Buco	11,8	2002			Reavaliar
	Tomboco	Quiximba	10	2002			Reavaliar



## ANEXO 4

### Anexo 4. Prevalência e densidade de microfilaremia de *Loa loa* no mapeamento de 2015

Província	Município	Aldeia	Examinados	% Positivos	MF/ul
<b>Uige</b>	Ambuila	Kissenge	98	7	260-5280
	Bembe	Toto Bembe	95	0	0
	Puri	Caxinga	97	0	0
	Quitexe	Catulo	100	11	20-6820
	Songo	Quimussungo	100	0	0
	Uige	Gunga Cruz	85	0	0
<b>Huambo</b>	Bailundo	Cajabao	147	0	0
		St Raphael	100	0	0
	Caala	Jamba	50	0	0
		Chicala	100	0	0
	Huambo	Vila brava	49	0	0
	Jamba	M'beu	100	0	0
	Londuimbali	Luvili	149	0	0
		Bonga	100	0	0
	Longonjo	Camboula	97	0	0
	Mungo	Cambuengo	150	1	20
	Tchicala-Tcholoanga	Ulundo	145	0	0
	Ucuma	Yuvo	100	0	0
<b>Bie</b>	Andulo	Tchomba	199	1	20
		Essualambanda	97	1	20
		Taka	100	0	0
	Catabola	Cassamba	101	1	20
	Chinguar	Alegre	100	0	0
	Kuito	Chicava II	100	0	0
	Kunhiga	Salomanda	99	0	0
<b>Luanda</b>	Icolo Bengo	Mabuia	99	0	0
	Icolo Bengo	Cabala	100	0	0
<b>Zaire</b>	Soyo	Sumba	91	1	380
<b>Huila</b>	Humpata	Tamana	1	0	0
<b>Kwanza Sul</b>	Wako-Cungo	Cariango	86	0	0
	Cassongué	Gonga	48	0	0
	Conda	Assango II	82	10	0



## ANEXO 5

### Anexo 5. Prevalencia extrapolada de Schistosomiase Urinaria e Helminthas Transmitidas pelo Solo por município, 2005

Província	Município	Schisto Urinária	HTS	Ano
		Hemastix (%)	Kato Katz (%)	
<b>BENGO</b>	Ambriz	39,6	75,9	2005
	Bula Atumba			
	Dande			
	Dembos			
	Nambuagongo			
	Pango Aluquem			
<b>BENGUELA</b>	Baia Farta	33,1	26,5	2005
	Balombo			
	Benguela			
	Bocoio			
	Caimbambo			
	Catumbela			
	Chongoroi			
	Cubal			
	Ganda			
	Lobito			
	<b>BIE</b>			
Camacupa				
Catabola				
Chinguar				
Chitembo				
Cuamba				
Cunhinga				
Kuito				
Nharea				
<b>CABINDA</b>	Belize	39,6	75,9	2005
	Buco Zau			
	Cabinda			
	Cacongo			



Anexo 5. Prevalencia extrapolada de Schistosomiase Urinaria e Helmintas Transmitidas pelo Solo por município, 2005 (2)

Província	Município	Schisto Urinária	HTS	Ano
		Hemastix (%)	Kato Katz (%)	
<b>CUNENE</b>	Cahama	40,6	28,6	2005
	Cuanhama			
	Curoca			
	Cuvelai			
	Namacunde			
	Ombadja			
<b>HUAMBO</b>	Bailundo	33,1	26,5	2005
	Caala			
	Ekunha			
	Huambo			
	Cachiungo			
	Londuibali			
	Longonjo			
	Mungo			
	Tchicala Tcholohanga			
	Tchindjenje			
	Ukuma			
<b>HUILA</b>	Caconda	33,1	26,5	2005
	Cacula			
	Caluquembe			
	Chibia			
	Chicomba			
	Chipindo			
	Gambos			
	Humpata			
	Jamba			
	Kuvango			
	Lubango			
	Matala			
	Quilengues			
	Quipungo			



Anexo 5. Prevalencia extrapolada de Schistosomiase Urinaria e Helmintas Transmitidas pelo Solo por município, 2005 (3)

Província	Município	Schisto Urinária	HTS	Ano
		Hemastix (%)	Kato Katz (%)	
<b>CUANDO CUBANGO</b>	Calai	40,6	28,6	2005
	Cuangar			
	Cuchi			
	Dirico			
	Kuito Kuanavale			
	Mavinga			
	Menongue			
	Nankova			
	Rivungo			
<b>CUANZA NORTE</b>	Ambaca	39,6	75,9	2005
	Banga			
	Bolongongo			
	Cambambe			
	Cazengo			
	Golungo Alto			
	Gonguembo			
	Kiculungo			
	Lucala			
	Samba Caju			
	<b>CUANZA SUL</b>			
Cassongue				
Cela (Waku Kungo)				
Conda				
Ebo				
Kibala				
Kilenda				
Libolo				
Mussende				
Porto Amboim				
Seles				
Sumbe				



Anexo 5. Prevalencia extrapolada de Schistosomiase Urinaria e Helmintas Transmitidas pelo Solo por município, 2005 (4)

Província	Município	Schisto Urinária	HTS	Ano
		Hemastix (%)	Kato Katz (%)	
<b>LUANDA</b>	Belas	21,3	35,9	2005
	Cacuaco			
	Cazenga			
	Icolo E Bengo			
	Luanda			
	Quissama			
	Viana			
<b>LUNDA NORTE</b>	Cambulo	20,8	56,9	2005
	Capenda Camulemba			
	Caungula			
	Chitato			
	Cuango			
	Cuilo			
	Lubalo			
	Lucapa			
	Xa Muteba			
<b>LUNDA SUL</b>	Cacolo	11,8	30,2	2005
	Dala			
	Muconda			
	Saurimo			
<b>MALANGE</b>	Caculama (Mukari)	20,8	56,9	2005
	Cacuso			
	Cambundi Catembo			
	Cangandala			
	Kahombo			
	Kalandula			
	Kiwaba Nzogi			
	Kunda Dia Base			
	Luquembo			
	Malange			
	Marimba			
	Massango			
	Quela			





Anexo 5. Prevalencia extrapolada de Schistosomiase Urinaria e Helmintas Transmitidas pelo Solo por município, 2005 (5)

Província	Município	Schisto Urinária	HTS	Ano
		Hemastix (%)	Kato Katz (%)	
<b>Malange (continuação)</b>	Quirima			
<b>MOXICO</b>	Alto Zambeze	11,8	30,2	2005
	Camanongue			
	Leua			
	Luacano			
	Luau			
	Luchazes			
	Lumbala Nguimbo			
	Lumeje			
	Moxico / Luena			
<b>NAMIBE</b>	Bibala	40,6	28,6	2005
	Camucuio			
	Namibe			
	Tombua			
	Virei			
<b>UIGE</b>	Ambuila	39,6	75,9	2005
	Bembe			
	Buengas			
	Bungo			
	Cangola			
	Damba			
	Maquela Do Zombo			
	Milunga			
	Mucaba			
	Negage			
	Puri			
	Quimbele			
	Quitexe			
	Sanza Pombo			
	Songo			
Uige				



Anexo 5. Prevalencia extrapolada de Schistosomiase Urinaria e Helmintas Transmitidas pelo Solo por município, 2005 (6)

Província	Município	Schisto Urinária	HTS	Ano
		Hemastix (%)	Kato Katz (%)	
<b>ZAIRE</b>	Cuimba	39,6	75,9	2005
	Mbanza Congo			
	Noqui			
	Nzeto			
	Soyo			
	Tomboco			



## ANEXO 6

### Anexo 6. Prevalencia de Schistosomiase em três províncias com mapeamento de 2014

SCH Endemicidade %				
Província	Município	CCA/Helmatix 2005	Kato-Katz/Filtração Urinaria 2014	
HUAMBO	BAILUNDO	33.1	19	
	CAALA		31	
	EKUNHA		17	
	HUAMBO		19	
	CACHIUNGO		23	
	LONDUIMBALI		23	
	LONGONJO		24	
	MUNGO		10	
	TCHICALA		23	
	TCHOLOHANGA			
	TCHINDJENJE			32
	UKUMA			32
UIGE	AMBUILA	39.6	17	
	BEMBE		28	
	BUENGAS		5	
	BUNGO		11	
	CANGOLA		7	
	DAMBA		6	
	MAQUELA DO ZOMBO		7	
	MILUNGA		6	
	MUCABA		9	
	NEGAGE		15	
	PURI		9	
	QUIMBELE		5	
	QUITEXE		8	
	SANZA POMBO		8	
	SONGO		60	
UIGE	35			
ZAIRE	CUIMBA	39.6	20	
	MBANZA CONGO		28	
	NOQUI		16	
	NZETO		26	
	SOYO		9	
	TOMBOCO		2	



## ANEXO 7

### Anexo 7. Prevalencia de helmintos transmitidos pelo solo em três províncias com mapeamento de 2014

HTS Endemicidade %			
Província	Município	CCA/Helmatix 2005	Kato-Katz 2014
HUAMBO	BAILUNDO	26,5	3
	CAALA		9
	EKUNHA		17
	HUAMBO		29
	CACHIUNGO		5
	LONDUIMBALI		1
	LONGONJO		20
	MUNGO		3
	TCHICALA		3
	TCHOLOHANGA		
	TCHINDJENJE		3
UKUMA	9		
UIGE	AMBUILA	75,9	35
	BEMBE		7
	BUENGAS		77
	BUNGO		72
	CANGOLA		66
	DAMBA		74
	MAQUELA DO ZOMBO		75
	MILUNGA		55
	MUCABA		77
	NEGAGE		71
	PURI		58
	QUIMBELE		85
	QUITEXE		92
	SANZA POMBO		49
	SONGO		62
UIGE	27		
ZAIRE	CUIMBA	75,9	20
	MBANZA CONGO		12
	NOQUI		25
	NZETO		7
	SOYO		39
	TOMBOCO		20



## ANEXO 8

### Anexo 8. Necessidades de reavaliação da endemicidade de DTNs por município em Angola

Província	Município	Filaríase Linfática	Oncocercose	Schisto	HTS
<b>BENGO</b>	AMBRIZ	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	BULA ATUMBA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	DANDE	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	DEMBOS	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	NAMBUANGONGO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	PANGO ALUQUEM	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
<b>BENGUELA</b>	BAIA FARTA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	BALOMBO	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	BENGUELA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	BOCOIO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CAIMBAMBO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CATUMBELA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CHONGOROI	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CUBAL	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	GANDA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	LOBITO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
<b>BIÉ</b>	ANDULO	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CAMACUPA	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CATABOLA	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CHINGUAR	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CHITEMBO	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CUEMBA	Reavaliar	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CUNHINGA	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	KUITO	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	NHAREA	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar



### Anexo 8. Necessidades de reavaliação da endemicidade de DTNs por município em Angola (2)

Província	Município	Filaríase Linfática	Oncocercose	Schisto	HTS
<b>CABINDA</b>	BELIZE	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	BUCO ZAU	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CABINDA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CACONGO	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
<b>CUNENE</b>	CAHAMA	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CUANHAMA	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CUROCA	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CUVELAI	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	NAMACUNDE	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	OMBADJA	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
<b>HUAMBO</b>	BAILUNDO	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CAALA	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	EKUNHA	Reavaliar	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	HUAMBO	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CACHIUNGO	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	LONDUIMBALI	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	LONGONJO	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	MUNGO	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	C CHOLOHANGA	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	TCHINDJENJE	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	UKUMA	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
<b>HUILA</b>	CACONDA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CACULA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CALUQUEMBE	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CHIBIA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CHICOMBA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CHIPINDO	Reavaliar	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	GAMBOS	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	HUMPATA	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	JAMBA	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	KUVANGO	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	LUBANGO	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar



### Anexo 8. Necessidades de reavaliação da endemicidade de DTNs por município em Angola (3)

Província	Município	Filaríase Linfática	Oncocercose	Schisto	HTS
<b>HUILA (continuação)</b>	MATALA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	QUILENGUES	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	QUIPUNGO	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
<b>CUANDO CUBANGO</b>	CALAI	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CUANGAR	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CUCHI	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	DIRICO	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	KUITO KUANAVALÉ	Reavaliar	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	MAVINGA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	MENONGUE	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	NANKOVA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	RIVUNGO	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	<b>CUANZA NORTE</b>	AMBACA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar
BANGA		Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
BOLONGONGO		Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
CAMBAMBE		Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
CAZENGO		Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
GOLUNGO ALTO		Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
GONGUEMBO		Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
KICULUNGO		Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
LUCALA		Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
SAMBA CAJU		Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
<b>CUANZA SUL</b>	AMBOIM	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CASSONGUE	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CELA (Vacu Kungo)	Resultados Pendentes	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CONDA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar



### Anexo 8. Necessidades de reavaliação da endemicidade de DTNs por município em Angola (4)

Província	Município	Filariase Linfática	Oncocercose	Schisto	HTS
<b>CUANZA SUL (continuação)</b>	EBO	Resultados Pendentes		Reavaliar	Reavaliar
	KIBALA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	KILENDA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	LIBOLO	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	MUSSENDE	Resultados Pendentes	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	PORTO AMBOIM	Resultados Pendentes	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	SELES	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	SUMBE	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
<b>LUANDA</b>	BELAS	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CACUACO	Reavaliar	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CAZENGA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	ICOLA E BENGO	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	LUANDA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	QUISSAMA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	VIANA	Mapeado	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
<b>LUNDA NORTE</b>	CAMBULO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	C CAMULEMBA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CAUNGULA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CHITATO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	CUANGO	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CUILO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	LUBALO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	LUCAPA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	XA MUTEBA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar





### Anexo 8. Necessidades de reavaliação da endemicidade de DTNs por município em Angola (5)

Província	Município	Filariase Linfática	Oncocercose	Schisto	HTS
<b>LUNDA SUL</b>	CACOLO	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	DALA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	MUCONDA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	SAURIMO	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
<b>MALANGE</b>	CACULAMA (Mukari)	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CACUSO	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CCATEMBO	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CANGANDALA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	KAHOMBO	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	KALANDULA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	KIWABA NZOGI	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	KUNDA DIA BASE	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	LUQUEMBO	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	MALANGE	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	MARIMBA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	MASSANGO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	QUELA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	QUIRIMA	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
<b>MOXICO</b>	ALTO ZAMBEZE	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CAMANONGUE	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	LEUA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar



### Anexo 8. Necessidades de reavaliação da endemicidade de DTNs por município em Angola (6)

Província	Município	Filariase Linfática	Oncocercose	Schisto	HTS
<b>MOXICO (continuação)</b>	LUACANO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	LUAU	Resultados Pendentes	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	LUCHAZES	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	LUMBALA NGUIMBO	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	LUMEJE	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	MOXICO / LUENA	Resultados Pendentes	Não mapeado	Reavaliar	Reavaliar
<b>NAMIBE</b>	BIBALA	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	CAMUCUIO	Mapeado	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar
	NAMIBE	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	TOMBUA	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
	VIREI	Mapeado	Reavaliar	Reavaliar	Reavaliar
<b>UIGE</b>	AMBUILA	Reavaliar	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	BEMBE	Reavaliar	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	BUENGAS	Mapeado	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	BUNGO	Mapeado	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	CANGOLA	Mapeado	Reavaliar	Mapeado	Mapeado
	DAMBA	Reavaliar	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	M DO ZOMBO	Mapeado	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	MILUNGA	Mapeado	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	MUCABA	Mapeado	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	NEGAGE	Mapeado	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	PURI	Reavaliar	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	QUIMBELE	Mapeado	Reavaliar	Mapeado	Mapeado
	QUITEXE	Reavaliar	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	SANZA POMBO	Reavaliar	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	SONGO	Reavaliar	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
UIGE	Reavaliar	Não mapeado	Mapeado	Mapeado	



Anexo 8. Necessidades de reavaliação da endemicidade de DTNs por município em Angola (7)

Província	Município	Filaríase Linfática	Oncocercose	Schisto	HTS
<b>ZAIRE</b>	CUIMBA	Mapeado	Reavaliar	Mapeado	Mapeado
	MBANZA CONGO	Mapeado	Reavaliar	Mapeado	Mapeado
	NOQUI	Mapeado	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	NZETO	Mapeado	Não mapeado	Mapeado	Mapeado
	SOYO	Reavaliar	Reavaliar	Mapeado	Mapeado
	TOMBOCO	Reavaliar	Reavaliar	Mapeado	Mapeado



## Anexo 9- ORÇAMENTO PROVISÓRIO

### RESUMO: Necessidades financeiros e déficit

Prioridade Estratégica	2017		2018		2019		2020		2021		Total 5 anos	
	Custo	Déficit	Custo	Déficit	Custo	Déficit	Custo	Déficit	Custo	Déficit	Custo	Déficit
Custos de desfalecimento e stockagem dos medicamentos	1.233.629.917,26	1.233.629.917,26	1.669.476.576,38	1.669.476.576,38	-	-	-	-	-	-	2.903.106.493,64	2.903.106.493,64
Custos de medicamentos	88.157.077.817,98	88.157.077.817,98	126.118.917.928,24	126.118.917.928,24	1.589.836.377,02	1.589.836.377,02	1.628.832.525,60	1.628.832.525,60	1.703.039.043,26	1.703.039.043,26	219.197.703.692,11	219.197.703.692,11
1 Coordenação, Parceria e Advocacia	254.431,00	254.431,00	6.750.909,00	6.750.909,00	-	-	-	-	-	-	7.005.340,00	7.005.340,00
2 Mobilização de Recursos	1.471.171,00	1.471.171,00	4.082.171,00	4.082.171,00	-	-	-	-	-	-	5.553.342,00	5.553.342,00
3 Acesso às intervenções	83.259.342,67	83.259.342,67	213.474.179,67	213.474.179,67	70.286.500,00	70.286.500,00	-	-	-	-	367.020.022,33	367.020.022,33
4 Avaliação/Monitoramento, Pesquisa	-	-	10.767.308,00	10.767.308,00	2,00	2,00	-	-	-	-	10.767.310,00	10.767.310,00
<b>Total</b>	<b>89.475.692.679,91</b>	<b>89.475.692.679,91</b>	<b>128.023.469.072,29</b>	<b>128.023.469.072,29</b>	<b>1.660.122.879,02</b>	<b>1.660.122.879,02</b>	<b>1.628.832.525,60</b>	<b>1.628.832.525,60</b>	<b>1.703.039.043,26</b>	<b>1.703.039.043,26</b>	<b>222.491.156.200,08</b>	<b>222.491.156.200,08</b>

### RESUMO: Necessidades em medicamentos e déficit (Unidade: Comprimidos)

Medicament	2017		2018		2019		2020		2021		Total 5 anos	
	Necessidade	Déficit	Necessidade	Déficit	Necessidade	Déficit	Necessidade	Déficit	Necessidade	Déficit	Necessidade	Déficit
Ivermectina (3mg)	963.313.589	963.313.589	1.391.861.708	1.391.861.708	14.770.447	14.770.447	15.169.249	15.169.249	15.578.819	15.578.819	2.400.693.813	2.400.693.813
DEC (100mg)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praziquantel (600mg)	219.595.072	219.595.072	225.524.139	225.524.139	17.816.407	17.816.407	17.995.186	17.995.186	20.651.698	20.651.698	501.582.502	501.582.502
Albendazole (400mg)/Mebendazole (500mg)	50.721.256	50.721.256	52.090.729	52.090.729	17.539.649	17.539.649	18.013.220	18.013.220	19.169.475	19.169.475	157.534.329	157.534.329
TEO (5g tubes)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Azithromycin POS (frascos)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Azithromycin (250mg)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota: A unidade/moeda utilizada é Akz; Taxa/câmbio \$1=AKz166,78.