

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária - PNCM

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília – DF
2003

© 2003. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1.500 exemplares

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária

Setor de Autarquias Sul, quadra 4, bloco N, 7.º andar, sala 713

CEP: 70070-040, Brasília - DF

Tels.: (61) 314 6355 / 314 6481 / 321 1410 / 321 2203

Faxes: (61) 321 1410 / 321 2203

E-mail: malaria@funasa.gov.br

Edição:

FUNASA - Presidência

Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde - Ascom

Núcleo de Editoração e Mídias de Rede

Setor de Autarquias Sul, quadra 4, bloco N, 5.º andar, sala 517

CEP: 70070-040, Brasília - DF

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária PNCM / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

132 p.: il. color. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-0676-2

1. Malária - prevenção e controle. 2. Malária - epidemiologia. 3. Vigilância epidemiológica. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WC 765

Catálogo na fonte - Editora MS

Sumário

Apresentação.....	5
I - Introdução.....	7
1. Determinantes e fatores colaboradores da alta incidência da malária.....	9
2. Evidências relativas à possibilidade de controle da malária.....	12
3. Situação atual do controle da malária no Brasil.....	14
II - Objetivos.....	18
III - Metas.....	18
IV - O Programa Nacional de Controle da Malária.....	18
V - Aceitabilidade e viabilidade financeira.....	19
VI - Objetivos de processos.....	20
1. Apoio à estruturação dos serviços locais de saúde.....	20
2. Diagnóstico e tratamento.....	23
3. Fortalecimento da vigilância em saúde.....	25
4. Capacitação de recursos humanos.....	29
5. Educação em saúde, comunicação e mobilização social (ESMS).....	32
6. Controle seletivo de vetores.....	35
7. Pesquisa.....	36
8. Monitoramento do PNCM.....	37
9. Sustentabilidade política.....	39
VII - Atribuições e competências.....	40
1. À Funasa.....	40
2. Ao estado.....	40
3. Ao município.....	43
4. À Secretaria de Políticas de Saúde.....	44
5. Ao Instituto Nacional de Reforma Agrária (Incra).....	44
VIII - Indicadores de avaliação.....	44
1. Indicadores de resultados.....	45
2. Indicadores de processos.....	45
IX - Problemas potenciais ao PNCM.....	50
X - Atividades e cronograma.....	51
XI - Orçamento.....	51
XII - Anexos.....	53
XIII - Referências bibliográficas.....	127
Equipe técnica.....	131

Apresentação

A malária é reconhecida como um grave problema de saúde pública no mundo, estimando-se que 40% da população está exposta ao risco de contrair a doença, em mais de 100 países. Ainda de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem cerca de 300 a 500 milhões de novos casos e um milhão de mortes por ano.

No Brasil, a doença ainda apresenta elevado risco de transmissão na região da Amazônia Legal. Nos últimos anos, com a implantação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (Piacm), na região Amazônica têm sido alcançados resultados positivos, com a redução do dano produzido por essa doença. Ao final do ano de 2002, comparando-se com 1999, houve diminuição de 45% no número de casos de malária; o número de municípios de alto risco (IPA >50 casos por 1.000 habitantes) passou de 160 para 76 municípios; o número de internações reduziu-se em 69,2%; e o número de óbitos por malária diminuiu em 36,5%.

A despeito dos bons resultados obtidos com Piacm, a redução observada no período de 1999 a 2002 não ocorreu de forma homogênea. O maior percentual de decréscimo registrou-se no estado de Roraima (78%), seguido do Maranhão (71%). Os demais estados da Amazônia Legal apresentaram percentuais de redução que variaram de 35% a 58%. O estado de Rondônia foi o único em que houve um aumento no número de casos, de 12%, nesse mesmo período.

Apesar da redução obtida, a incidência da doença na região Amazônica ainda é muito elevada (IPA 15,9/1.000) e precisa ser reduzida de forma sustentável para melhorar a saúde e possibilitar o desenvolvimento socioeconômico daquela região. O enfrentamento adequado dessa endemia também é fundamental para consolidar o processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle da doença para os estados e municípios, bem como a integração com as atividades da atenção básica, particularmente com o Programa de Saúde da Família.

Com o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), o Ministério da Saúde estabelece uma política permanente para a prevenção e o controle

dessa endemia, dando continuidade aos avanços já proporcionados pelo Piacm e agregando as sugestões emanadas do processo contínuo de avaliação realizado pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e pelo Comitê Técnico de Acompanhamento do Piacm. Dessa maneira, o Sistema Único de Saúde (SUS) fortalece sua capacidade de responder, com mais eficiência, a esse desafio para a saúde pública que ainda representa a malária.

Jarbas Barbosa
Secretário da Secretaria de Vigilância em Saúde

I - Introdução

A malária é reconhecida como grave problema de saúde pública no mundo, atingindo 40% da população de mais de 100 países. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que ocorrem no mundo cerca de 300 a 500 milhões de novos casos e 1 milhão de mortes ao ano.

No Brasil, existem três espécies de *Plasmodium* causadores da malária: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax* e *Plasmodium malariae*. Aproximadamente 99% dos casos se concentram na região amazônica, onde as condições socioeconômicas e ambientais favorecem a proliferação do mosquito do gênero *Anopheles*, vetor da doença, e, conseqüentemente, a exposição de grandes contingentes populacionais. A doença causa óbitos, sofrimento e perdas sociais. Existe elevada perda econômica, em virtude dos dias em que os doentes deixam de trabalhar. Investimentos empresariais são prejudicados em função da doença. A exploração do potencial turístico da região também é afetada.

A região amazônica é composta pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. O risco de contrair a doença não é uniforme nesta região. Este risco é medido pela Incidência Parasitária Anual (IPA), que corresponde à quantidade de lâminas positivas dividido pela população sob risco e multiplicado por uma constante, geralmente 1.000. As áreas endêmicas são classificadas como de transmissão alta, média e de baixo risco, de acordo com a IPA (anexo 1).

A doença tem apresentado elevado risco de transmissão, mantendo-se em níveis muito superiores a 1.970, quando foram observados 3,9 casos por mil habitantes, na região amazônica. Nos anos de 1999, 2000 e 2001 a IPA na região foi de 31,9, 30,3 e 18,8 casos por mil habitantes, respectivamente (anexo 2).

A maioria dos casos ocorre em áreas rurais, mas há registro da doença, também, em áreas urbanas. Em 2001, do total de casos registrados na região amazônica, 11,9% corresponderam a infecções adquiridas na área urbana.

A malária em áreas indígenas continua sendo um sério problema a ser resolvido. Ao final do ano de 2001 foram registrados 13.313 casos, em uma

população de 358.493 habitantes indígenas, o que representou uma incidência parasitária anual de 37,1 casos por mil habitantes, bem superior à média da região amazônica (18,8).

Na região extra-amazônica são notificados apenas 1% do total de casos de malária do Brasil. Destes, 92% são importados dos estados da área endêmica e países da África. Casos autóctones esporádicos ocorrem em áreas focais restritas desta região. Essas áreas de risco são determinadas por meio da avaliação do potencial malarígeno, que está relacionado com a receptividade e vulnerabilidade da área. A receptividade se mantém pela presença, densidade e longevidade do mosquito *Anopheles*, transmissor da doença, e a vulnerabilidade é causada pela chegada de portadores de malária oriundos da região amazônica e de outros países. A falta de efetividade no controle desses dois fatores, pode causar a reintrodução da malária. Nestas áreas, outra grande preocupação diz respeito à alta letalidade por malária. No ano de 2000, o coeficiente de letalidade por malária ficou em 16,45 óbitos por 1.000 casos, enquanto que na região amazônica foi de 0,37/1.000. Isto significa que na região extra-amazônica este indicador é 45 vezes maior (anexo 3). O óbito nesta região ocorre, geralmente, em pessoas que vindo infectadas de países africanos e estados da Amazônia, não recebem o diagnóstico e tratamento precoce conforme preconizado.

A mais recente intervenção para controle da malária no Brasil foi o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Região Amazônica (Piacm). Este Plano, previsto para durar até dezembro de 2002, foi lançado, pelo Ministério da Saúde, no mês de julho de 2000, em parceria com estados e municípios, diante da grave situação da doença no país, em 1999. A principal meta do Piacm era reduzir em 50% os casos da doença até o final do ano de 2001. A estratégia estava centrada na mobilização política, estruturação dos sistemas locais de saúde, diagnóstico e tratamento precoce, educação em saúde e mobilização social, capacitação de recursos humanos e ações interinstitucionais.

O Piacm registrou resultados de impacto ao final do ano de 2001, comparado com 1999, tais como: diminuição de 38,9% no número de casos de malária; redução 41,1% no IPA; redução de 69,2% no número de internações; redução de 36,5% no número de óbitos por malária.

A despeito dos bons resultados obtidos com Piacm, a redução observada no período de 1999 a 2001 não ocorreu de forma homogênea. O maior percentual de decréscimo registrou-se no estado do Amazonas (71%), seguido de Acre (67%). Estados como Rondônia e Amapá não responderam da mesma forma, atingindo percentuais de redução de 9% e 15%, respectivamente. Ainda se registra 98 municípios considerados de alto risco (IPA \geq 50 casos por mil habitantes). Destes 49 (50%) registraram IPA acima de 100 casos por 1.000 habitantes, chegando a situações extremas como nos exemplos de Cujubim-RO, Buritis-RO e Anajás-PA, onde a IPA atingiu 667, 727 e 923 casos por 1.000 habitantes, respectivamente. A incidência da doença na região amazônica (IPA 18,8/1.000) ainda é muito elevada e precisa ser reduzida a números que possam dar sustentabilidade ao processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle da doença para estados e municípios, e também, ao desenvolvimento socioeconômico da região amazônica. Deve-se lembrar que o Piacm não contemplou a intensificação do controle da malária na região extra-amazônica.

Na perspectiva de manter a malária em números aceitáveis no Brasil, como os observados na década de 1970 (IPA 3,9/1.000), e consolidar o processo de descentralização, inclusive na região extra-amazônica, o presente Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) se propõe a fornecer as diretrizes para os governos federal, estadual e municipal, em parceria com a sociedade organizada, desenvolverem as atividades necessárias ao controle da doença.

1. Determinantes e fatores colaboradores da alta incidência da malária

Como fatores determinantes da malária podemos citar: a população suscetível, o agente etiológico e a presença do vetor.

Considera-se que a população da Amazônia apresenta um alto nível de suscetibilidade a infecção malárica podendo levar a quadros clínicos de moderados a graves. A presença de imunidade adquirida passiva e naturalmente à infecção está relacionada com o grau de transmissão e apresenta uma relação com as características clínicas da infecção. Em áreas endêmicas, como na África, onde os indivíduos apresentam um alto grau de imunidade adquirida, o processo de tal aquisição é lento e envolve mecanismos imunológicos

complexos, assim como um constante estímulo antigênico. Nessas áreas, a malária causada pelo *Plasmodium falciparum* apresenta uma alta mortalidade em crianças em idade pré-escolar enquanto que a densidade parasitária e a intensidade das manifestações clínicas diminuem progressivamente com a idade (Cohen, 1977). Em regiões como a Amazônia Brasileira, onde a transmissão e endemicidade são de média a baixa intensidade, o grau de imunidade adquirida naturalmente é variável e, em geral, não chega a ser protetor.

A migração de populações, sem contato prévio com malária, para as áreas endêmicas aumenta o contingente de suscetíveis e o risco de infecções graves, mais especificamente das pessoas com precárias condições de moradias e trabalho. Há uma grande movimentação de pessoas da área não endêmicas para áreas endêmicas, bem como da área urbana para a rural e vice-versa. Isto é motivo de grande preocupação devido ao aumento de risco de contrair a doença e da reintrodução da malária para áreas não endêmicas.

Dezenas de antígenos plasmodiais têm sido identificados nas últimas décadas, constituindo uma fonte de potenciais candidatos ao desenvolvimento de vacinas contra a malária. No entanto, uma vacina eficaz não se encontra disponível ainda.

A interação entre os fatores colaboradores diretos e indiretos para suscetibilidade da população, pode ser melhor observada no anexo 4.

Entre os fatores colaboradores para alta incidência da malária encontram-se também os relacionados com o determinante agente etiológico. Destacam-se a resistência às drogas, o atraso no diagnóstico e no tratamento, e a fragilidade da vigilância epidemiológica (anexo 5).

Durante as décadas de 1980 e 1990 o problema da resistência do agente etiológico a algumas drogas se intensificou causando problemas no controle da doença, destacando-se a resistência de *Plasmodium falciparum* à cloroquina e outros antimaláricos. Entre os fatores envolvidos no surgimento de resistência encontra-se o tratamento inadequado e esquemas terapêuticos de difícil aderência.

A resistência de variedades de *Plasmodium falciparum* às drogas seguras para uso em campo, como as 4-aminoquinoleínas, reduz a possibilidade de cura dos doentes e da diminuição das fontes de infecção para os vetores. Outras regiões do país encontram-se em risco, na medida em que o vetor está presente em várias

áreas do território nacional, inclusive na região extra-amazônica, e o parasito é introduzido quando do retorno de pessoas infectadas na Amazônia.

O atraso no diagnóstico e no tratamento, por razões diversas, tem sido decisivo para disseminação das espécies de plasmódio e manutenção da transmissão, bem como, para aumentar o risco de quadros graves e de óbitos por malária. Vários fatores são responsáveis pelo atraso no diagnóstico e no tratamento da malária e variam segundo o contexto populacional, características de transmissão e o nível de estruturação dos serviços de saúde, tais como: insuficiência de estrutura dos serviços locais de saúde e de laboratórios ou até mesmo a falta dessas estruturas em áreas de difícil acesso da população; insuficiência de recursos humanos capacitados no diagnóstico e tratamento da malária; baixo controle de qualidade do diagnóstico laboratorial; falta de métodos diagnósticos rápidos para populações de difícil acesso; interrupção no abastecimento de medicamentos na instância local: presença de portadores assintomáticos; pouco esclarecimento da população sobre a doença; e diversas espécies de plasmódio circulantes.

Não é infrequente que o atraso no tratamento se deva a erro de diagnóstico. Estudos demonstram que a letalidade foi significativamente maior entre os pacientes com diagnóstico incorreto. Enfatizam ainda que há um elevado índice de erro no diagnóstico e na condução terapêutica específica na malária grave. Causa preocupação a modificação da fórmula parasitária, com crescimento relativo da proporção do *Plasmodium falciparum*, principal causador das formas graves e óbitos por malária.

A fragilidade das ações de vigilância epidemiológica, também, tem sido fundamental para circulação do parasito da malária. Uma avaliação do sistema de vigilância da malária no Brasil, demonstrou que o sistema é útil para o monitoramento e acompanhamento das ações de controle, porém o mesmo não se observa em relação ao controle de epidemias.

A presença do vetor constitui um outro determinante direto para a elevada incidência da malária e dentre os fatores colaboradores encontram-se: a existência de criadouros, baixa efetividade dos inseticidas, exposição ao vetor e pouca integração entre medidas de controle e de prevenção (anexo 6).

Somente em algumas situações epidemiológicas é enfatizado o controle químico ou biológico dos criadouros de formas imaturas do

mosquito transmissor da doença. Com relação aos inseticidas, alguns estudos demonstraram que a grande maioria não possui efeito residual após seis meses de aplicação, contribuindo para a longevidade dos vetores.

2. Evidências relativas à possibilidade de controle da malária

O conhecimento técnico sobre o controle da malária vem se acumulando desde a antigüidade, passando pela descoberta do agente etiológico por Laveran, em 1880 e do mecanismo natural de transmissão por meio da identificação do mosquito do gênero *Anopheles* como vetor da doença, por Ross, em 1897. A partir de 1944 foi introduzido o uso do diclorodifeniltricloroetano (DDT) como principal medida de controle do vetor, com objetivo de erradicar a doença. Este inseticida com potente ação residual passou a ser substituído por outros produtos químicos a partir de 1997. A estratégia de erradicação da malária, fortemente calcada nos ciclos semestrais de borrifação dos domicílios com o DDT e na administração de tratamento supressivo, não foi suficiente para interromper a transmissão em áreas como a região amazônica. As condições climáticas, o padrão de ocupação do espaço, as características das habitações e o grau de desenvolvimento socioeconômico representaram obstáculos para efetividade dessa estratégia. Já na década de 1990 iniciou-se a mudança de estratégia de erradicação para controle integrado, a partir da Conferência Interministerial, realizada em Amsterdã, em 1992. A nova estratégia consistiu na adoção do diagnóstico e tratamento dos casos como prática geral do controle, e na escolha seletiva de objetivos, estratégias e métodos específicos de controle, ajustados às características particulares da transmissão, existentes em cada localidade.

Existe no país, grande número de pessoas capacitadas para o controle da malária. Diversos profissionais malariologistas são oriundos da Campanha de Erradicação da Malária (CEM). Por intermédio dos cursos de especialização em epidemiologia e controle de doenças, patrocinados pela FUNASA e ministrados por universidades, foram formados mais de 100 especialistas. Um grande contingente de pesquisadores está distribuído entre as universidades e institutos de pesquisas. Com o processo de inclusão das ações de epidemiologia e controle de doenças na atenção básica de saúde, por meio da Portaria do Ministério da

Saúde nº 44, foram capacitados mais de 13 mil técnicos com ênfase no controle da malária.

Os métodos de diagnósticos empregados no controle da malária possuem adequada sensibilidade e especificidade, como o da Gota Espessa, oficialmente utilizado no Brasil. É simples, eficaz e de baixo custo. O Quantitative Buffy Coat (QBC) é um teste específico e sensível, recomendado para triagens em bancos de sangue. O Ministério da Saúde está avaliando outros métodos de imunodiagnóstico rápidos para o controle da malária, em situações especiais.

O tratamento adequado e oportuno da malária, previne o óbito, o sofrimento humano e elimina as fontes de infecção. A decisão de como tratar o paciente deve estar de acordo com os onze esquemas de tratamento constantes no Manual de Terapêutica da Malária, Ministério da Saúde. Estes esquemas consideram peso, idade, estado gestacional da mulher, espécie parasitária e evolução da doença. A escolha do esquema de tratamento é recomendada no referido Manual. A padronização dos esquemas de tratamento é fundamental no controle do desenvolvimento da resistência dos parasitas aos medicamentos.

Para combate ao mosquito vetor da malária destacam-se o controle químico, com os inseticidas do grupo piretróides, aplicados em domicílios e em espaços abertos. A utilização dessas alternativas é de grande importância no controle da malária, e é indicada em situações específicas onde seu uso é efetivo, devendo ser precedida de rigorosas avaliações entomoepidemiológicas. A aplicação dos inseticidas é efetuada utilizando-se bombas aspersoras motorizadas ou manuais, costais ou sobre veículos.

Medidas de proteção para impedir o contato do homem com o vetor têm-se mostrado eficazes, como, por exemplo, a telagem de portas e janelas das casas, uso de mosquiteiros, repelentes, entre outras.

Esforços anteriores para o controle da malária no Brasil registraram resultados positivos, indicando que é possível reduzir a doença a um padrão que não interfira na qualidade de vida das comunidades. Pode-se citar experiências como o Serviço de Malária do Nordeste (SMN) que erradicou o mosquito *Anopheles gambiae* no nordeste do Brasil e inspirou a Organização Mundial de Saúde a reproduzir a campanha de erradicação da malária em todo mundo. A Campanha Mundial de Erradicação da Malária eliminou a transmissão da

doença em diversos países da Europa, Ásia e América do Norte e Central. A Campanha de Erradicação da Malária (CEM), no Brasil, eliminou a transmissão da doença em alguns estados das regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. O programa de Controle da Malária na Bacia Amazônica (PCMAN) melhorou a estrutura das unidades de saúde, para o controle de doenças.

3. Situação atual do controle da malária no Brasil

Na região amazônica, no período de 1960 a 1976, foram registrados menos de 100 mil casos de malária por ano. Neste período o IPA foi menor que 7,7 casos por mil habitantes. A partir daquele ano, houve uma forte tendência na elevação da doença (anexo 2) em função da ocupação da região, que não considerou a precária estrutura de saúde existente. Este incremento deveu-se também à implantação de projetos de colonização e mineração. Em 1999 o número de casos notificados foi de 635.644 (IPA 31,9), no ano seguinte a doença apresentou nova queda, quando foram registrados 613.239 casos (IPA 30,3).

No ano de 2001, foi observado o maior declínio na ocorrência da malária, nos últimos 40 anos. Neste ano, registrou-se 388.277 casos (IPA 18,8), o que representou 38,4% de queda no número de casos, em relação a 2000. No período de 1997 a 2001, houve redução nas internações e óbitos por malária. O percentual de internações reduziu de 4,7% para 3,8%. O coeficiente de mortalidade por cem mil habitantes caiu de 0,7 para 0,6.

O declínio da malária, a partir do ano 2000, deveu-se principalmente à implantação do Piacm. Após 18 meses do lançamento do Plano, constatou-se os seguintes avanços:

- aceleração do reordenamento institucional, com a incorporação de 7.698 servidores da FUNASA às secretarias estaduais e municipais de saúde e estruturação das áreas de vigilância epidemiológica e controle de doenças nas referidas secretarias;
- contratação de 2.602 agentes de controle de endemias, aumentando consideravelmente a força de trabalho para o controle da malária de 2.960 para 5.562 agentes, portanto, um acréscimo de 88%;

- recomposição da infra-estrutura, com a aquisição de 158 veículos utilitários, 786 embarcações, 359 motocicletas e 912 bicicletas, para transporte das equipes de campo;
- expansão da rede de diagnóstico laboratorial, com a aquisição de 1.052 microscópios, possibilitando agilidade no diagnóstico e tratamento dos casos e quebra da cadeia de transmissão da malária, principalmente nas regiões de difícil acesso;
- aquisição de 262 computadores para estados e municípios e desenvolvimento do novo sistema de informações para malária, para possibilitar maior rapidez no processamento e análise dos dados, divulgação dos resultados e monitoramento das ações previstas no plano;
- capacitação de 19.434 profissionais de saúde para o desenvolvimento das ações de controle da malária;
- implantação das ações de prevenção e controle da malária na rotina de trabalho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa de Saúde da Família (PSF);
- regularização na distribuição de medicamentos e de inseticidas;
- instituição da Portaria Interministerial nº 279, de 8 março de 2001, que estabelece ações integradas da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), Ministério do Desenvolvimento Agrário, para o controle da malária nos assentamentos;
- instituição da Resolução do Conama, n.º 286, de 30 de agosto de 2001, que dispõe sobre o licenciamento ambiental de empreendimentos nas regiões endêmicas de malária;
- controle seletivo de vetores, realizando a borrifação somente em situações específicas, evitando desperdício de inseticidas e impactos negativos sobre o meio ambiente;
- execução de obras de drenagem e manejo ambiental em áreas endêmicas, para evitar a proliferação do vetor transmissor da malária;
- implementação das ações de prevenção e controle da malária em áreas indígenas;

- definição das atividades de Educação em Saúde e Mobilização Social no controle da malária, nos estados e municípios;
- supervisões conjuntas e periódicas aos estados por técnicos da FUNASA e da Secretaria de Política de Saúde do Ministério da Saúde;
- estímulo à intensificação de supervisões das secretarias estaduais de saúde aos municípios, para assegurar a qualidade das ações de controle da malária e o fortalecimento dos serviços locais de saúde, para manter a malária sob controle;
- realização de 10 reuniões nacionais para avaliação do Plano, com a participação de técnicos da FUNASA, do Ministério da Saúde, do Comitê Técnico Consultivo e coordenadores estaduais do Plano e da Atenção Básica.

Apesar dos avanços, diversos problemas ainda não foram solucionados e a incidência da malária continua alta. O Comitê Técnico Assessor do Piacm, no seu relatório referente à 9ª reunião de avaliação do Plano, listou os principais fatores que estão colaborando para a manutenção dos altos índices da malária na região amazônica, conforme se observa a seguir:

- estagnação na situação de transmissão no estado do Amazonas e deterioração das condições de controle no Acre e em Rondônia;
- crescimento relativo da proporção de casos por *Plasmodium falciparum* em quatro estados e crescimento absoluto em outros dois;
- permanência da transmissão em áreas urbanas;
- não equacionamento, pelos métodos rotineiros, dos casos de malária ocorridos em brasileiros que vivem na Bolívia, próximo à fronteira com o estado do Acre;
- ocorrência de epidemias em municípios como Buritis (RO) e Anajás (PA);
- rotatividade dos secretários estaduais e municipais de saúde colocando em risco a continuidade das ações;
- fragilidade da articulação entre as esferas estadual e municipal para a execução do programa, principalmente em decorrência dos entraves políticos, tornando necessário o exercício permanente da negociação;

- escassa capacidade de análise epidemiológica por parte das gerências estaduais e municipais de endemias, tornando difícil a avaliação objetiva das diferentes situações de produção da doença e a adoção de propostas de intervenção ajustadas às necessidades locais;
- pouca iniciativa, por parte das equipes estaduais em buscar soluções intersetoriais para problemas específicos;
- demora excessiva na realização de estudos entomológicos de resistência vetorial e de ação residual de inseticidas impedindo assim a melhor orientação das ações de campo;
- inexistência de equipes treinadas em entomologia médica, em número suficiente para fazer face às demandas por avaliação do potencial malarígeno em áreas de assentamento bem como para o desenvolvimento regular das ações de rotina;
- baixa disponibilidade financeira para investimento a partir do segundo ano de implantação do plano;
- insuficiência do teto financeiro em situações de crescimento rápido da população, populações flutuantes e crescimento acelerado dos preços dos insumos;
- má distribuição do teto financeiro em decorrência de problemas no processo de pactuação entre estados e municípios;
- enfraquecimento do envolvimento político com a realização do programa, nos períodos de transição eleitoral;
- precariedade da rede de serviços da atenção básica em boa parte da região dificultando o processo de integração das ações de diagnóstico e tratamento;
- inserção precária ou instável de recursos humanos para a execução das ações de controle.

Estas pendências demonstram a necessidade de se adotar novas medidas para equalização da situação da malária no Brasil. Estratégias permanentes, que contemplem todas as áreas, endêmicas e não endêmicas, devem ser priorizadas em detrimento de soluções temporárias.

II - Objetivos

- reduzir a incidência da malária;
- reduzir a mortalidade por malária;
- reduzir as formas graves da doença;
- eliminar a transmissão da malária em áreas urbanas nas capitais;
- manter a ausência da transmissão da doença nos locais onde ela tiver sido interrompida.

III - Metas

- reduzir a Incidência Parasitária Anual por malária (IPA) em 15% em 2003 e em 15% nos anos subseqüentes em relação ao ano anterior;
- reduzir o coeficiente de mortalidade por malária em 15% em 2003 e em 15% nos anos subseqüentes em relação ao ano anterior;
- reduzir o percentual de internações por malária em 15% em 2003 e em 15% nos anos subseqüentes em relação ao ano anterior;
- eliminar a transmissão da malária em áreas urbanas nas capitais até 2006.
- evitar a ocorrência de casos autóctones nos locais onde a transmissão da malária tiver sido interrompida, nos últimos cinco anos.

IV - O Programa Nacional de Controle da Malária

Com o PNCM pretende-se uma política permanente para controle da endemia, que dê continuidade aos avanços proporcionados pelo Piacm, adicionando-se progressivas melhorias nos pontos que ficaram pendentes, de forma a dar sustentabilidade ao processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças. Pretende-se também, fortalecer a vigilância da endemia na região extra-amazônica.

O Programa é alicerçado nos componentes abaixo, que correspondem às estratégias de intervenção, a serem implementadas e/ou fortalecidas de forma integrada, de acordo com as características da malária em cada área. Os dois últimos componentes, se referem a importantes elementos para sustentação do controle da doença:

- apoio à estruturação dos serviços locais de saúde;
- diagnóstico e tratamento;
- fortalecimento da vigilância da malária;
- capacitação de recursos humanos;
- Educação em saúde, Comunicação e Mobilização social (ESMS);
- controle seletivo de vetores;
- pesquisa;
- monitoramento do PNCM;
- sustentabilidade política.

Com a interação desses componentes se interferirá nos fatores colaboradores diretos e indiretos da elevada incidência da malária (anexos 4 e 6). Espera-se alcançar os objetivos e metas por meio das atividades definidas a seguir.

V - Aceitabilidade e viabilidade financeira

Por intermédio da Portaria nº 1.399, pactuou-se as responsabilidades de cada esfera de governo e também as fontes financiadoras das atividades, tais como, o Teto Financeiro para Epidemiologia e Controle de Doenças do Ministério da Saúde (TFECD) e a respectiva contrapartida dos estados e municípios ao Teto.

Recursos orçamentários da FUNASA e Recursos do Projeto de Apoio à Organização e Implementação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus), também são disponibilizados para o controle da malária.

As Resoluções nº 286, 289 e Portaria Interministerial nº 279, definem a participação dos Ministérios do Meio Ambiente e do Desenvolvimento Agrário no controle da malária, o que possibilita a disponibilização adicional de recursos financeiros desses ministérios, para combate à doença.

Os recursos financeiros para o controle da malária serão pactuados anualmente na Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), de forma que os estados e municípios disponibilizem pelo menos 40% do TFECED, nos locais onde o IPA seja igual ou superior a 50 casos por mil habitantes (alto risco); 30% do TFECED, onde o IPA for menor que 50 e igual ou maior que 10 casos por mil habitantes (médio risco); 10% do TFECED, onde o IPA for menor que 10 e maior que zero casos por mil habitantes (baixo risco). Nos locais que tenham só atividades de vigilância da malária (IPA=0), inclusive na região extra-amazônica, os recursos deverão ser definidos em função da receptividade (presença do vetor) e vulnerabilidade (chegada de doentes com malária, avaliada por meio do número de casos importados) de forma a garantir as atividades de diagnóstico e tratamento dos casos, controle seletivo do vetor e controle de surtos.

VI - Objetivos de processos

Para alcance do objetivo geral e das metas serão definidos diversos objetivos de processos de modo a contemplar todos os componentes do PNCM: apoio à estruturação dos sistemas locais de saúde; diagnóstico e tratamento; fortalecimento da vigilância da malária; capacitação de recursos humanos; educação em saúde, comunicação e mobilização social (ESMS); controle seletivo de vetores; pesquisa; monitorização do PNCM e sustentabilidade política. Estes deverão direcionar as atividades a serem desenvolvidas de forma a interferir diretamente nos fatores colaboradores diretos e indiretos (anexos 4 a 6), neutralizando os efeitos dos determinantes da alta incidência da malária, para redução deste problema.

1. Apoio à estruturação dos serviços locais de saúde

O objetivo deste componente é apoiar a estruturação dos sistemas estaduais e locais de saúde para que eles possam desenvolver, de forma sustentável, as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD). Com a descentralização das ações de ECD e respectivos recursos financeiros, os estados e municípios assumem a responsabilidade na organização e gestão

dos problemas de saúde. Assim, os sistemas estaduais e locais devem estar aparelhados, adequadamente, com recursos humanos e equipamentos para o cumprimento dessas novas atribuições, no sentido de eliminar os seguintes problemas: insuficiência de estrutura dos serviços locais e de recursos humanos capacitados; baixa integração entre as ações de controle da doença; insuficiência de recursos financeiros; baixa oportunidade na informação e insuficiência de diretrizes técnicas atualizadas.

Do mesmo modo, é importante apoiar a estruturação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) por intermédio das coordenações regionais da FUNASA, para que possam exercer o controle da saúde indígena, em parceria com as secretarias de saúde.

1.1. Objetivos de processos

- estruturar e/ou fortalecer as equipes de vigilância em saúde, entomologia e educação em saúde, com técnicos capacitados em epidemiologia e controle de doenças, com enfoque na malária, em todas as secretarias estaduais de saúde;
- estruturar equipes de vigilância em saúde, entomologia e educação em saúde, com técnicos capacitados em epidemiologia e controle de doenças, com enfoque na malária, em todas as secretarias municipais de saúde dos municípios com registro de casos autóctones de malária (anexos 7-9);
- incrementar a capacidade de infra-estrutura das equipes de vigilância em saúde por meio da renovação da frota de transportes e ampliação de equipamentos usados no controle da malária, em todas as SES, secretarias municipais de saúde dos municípios com registro de casos autóctones de malária e nos Dsei (anexos 7-9);
- integrar as ações de controle da malária, nas ações básicas de saúde, em todos os municípios com registro de casos de malária (anexos 7-11);
- integrar as ações de controle da malária, nas ações básicas de saúde, em todos os municípios com receptividade e vulnerabilidade, na região extra-amazônica;

- padronizar o método de reconhecimento geográfico de localidades em todos os municípios com registro de casos de malária (anexos 7-11);
- manter a articulação intersetorial com as entidades públicas e privadas envolvidas no desenvolvimento da região amazônica;

1.2. Atividades

- realizar levantamento das necessidades de profissionais a serem capacitados, para comporem as equipes de vigilância da malária, entomologia e educação em saúde, até dezembro de 2003;
- realizar levantamento das necessidades de veículos novos para o programa, até dezembro de 2003;
- adquirir veículos novos para substituir toda frota de carros com mais de 10 anos de uso, envolvida no controle da malária, até dezembro de 2004;
- realizar levantamento das necessidades de embarcações, microscópios e outros equipamentos, para ampliar a capacidade operativa de controle da malária, das SES, SMS e Dsei, até dezembro de 2003;
- adquirir embarcações, microscópios e equipamentos, para ampliar, de acordo com plano pactuado, por intermédio da FUNASA, o número de motocicletas, lanchas de madeira, barcos de alumínio, microscópios, computadores e impressora para incremento das atividades de ECD nas SES, SMS e DSEI, até dezembro de 2004;
- realizar levantamento, juntamente com o Departamento de Atenção Básica de Saúde/MS (DAB), da necessidade de equipes do Pacs, PSF e Programa de Interiorização de Trabalhadores da Saúde (Pits), para atuarem em área de risco para transmissão da malária, até dezembro de 2003;
- ampliar as equipes do Pacs, PSF e Pits, conforme planejamento conjunto com DAB, objetivando atuação nas localidades com transmissão de malária, até dezembro de 2004;
- padronizar o método de reconhecimento geográfico das localidades, entre as equipes de controle de endemias, do Pacs, do PSF, do Pits e dos Dsei, até dezembro de 2004;

- elaborar os planos de controle da malária nos estados e municípios, incluindo a parceria com entidades como o Incra, Ibama, empresas de energia elétrica, construção de estradas e outros que atuam no desenvolvimento da região amazônica.

2. Diagnóstico e tratamento

Este componente tem como objetivo detectar, precocemente, a pessoa portadora de malária, identificando por meio de exame laboratorial a presença de parasito no sangue, sua espécie e parasitemia, para direcionamento do esquema de tratamento a ser ministrado, de forma imediata. A quimioterapia específica tem um papel fundamental no que se refere à assistência às pessoas diagnosticadas como portadores da infecção pelo plasmódio. O tratamento adequado e oportuno tanto previne a ocorrência de casos graves e, conseqüentemente, a morte por malária, como elimina fontes de infecção para o mosquito, contribuindo para a redução da transmissão da doença

2.1. Objetivos de processos

- implementar o diagnóstico rápido e tratamento oportuno, em todas as unidades básicas de saúde (UBS) e hospitais de emergência, em todos os municípios com registros de casos de malária (anexos 7-11);
- implementar o controle de qualidade dos exames de malária, em todos os municípios com notificação de exames de malária (anexos 7-12);
- definir condutas apropriadas para eliminação das fontes de infecção, principalmente com relação aos portadores de plasmódio, assintomáticos;
- ampliar a atenção à saúde do paciente com resultado negativo de exame para malária.

2.2. Atividades

- realizar levantamento das UBS e hospitais de emergências, existentes nos municípios com notificação de casos de malária, que não dispõem de diagnóstico e tratamento da doença, até dezembro de 2003;
- implementar o diagnóstico rápido e tratamento oportuno, em todas as unidades básicas de saúde (UBS) e hospitais de emergência, dos municípios com IPA maior ou igual a 10 casos por mil habitantes, até dezembro de 2004;
- implantar diagnóstico laboratorial de malária, em pelo menos uma Unidade de Saúde (US), de todos os municípios com notificação de casos de malária, com IPA menor que 10 casos por mil habitantes, até dezembro de 2004;
- implantar diagnóstico laboratorial de malária, em pelo menos uma unidade de emergência, de todas as capitais das 18 unidades federadas da região extra-amazônica, até dezembro de 2004;
- implantar diagnóstico de malária, em pelo menos um laboratório, de todos os municípios da região extra-amazônica, com registro, consecutivo, de casos de malária, autóctones, nos últimos cinco anos, até dezembro de 2004;
- diagnosticar e iniciar o tratamento de todos os pacientes com exame positivo para malária, no prazo máximo de 24 horas, a partir da data da coleta do sangue para exame;
- esclarecer e recomendar a todos os pacientes com resultado de exame positivo para malária, sobre a necessidade de realizar a lâmina de verificação de cura (LVC);
- implantar *kit* de lâminas para treinamento de laboratoristas, nos municípios com IPA menor que 10 casos por mil habitantes, até dezembro de 2004;
- revisar 100% das lâminas positivas e 10% das lâminas negativas para malária, para avaliação da qualidade do exame e retornar o resultado em prazo máximo de 30 dias ao laboratório de diagnóstico;
- realizar inquérito hemoscópico, mediante protocolo, para eliminação

ou redução das fontes de infecção, principalmente com relação aos portadores assintomáticos, nos municípios, com transmissão, onde a malária estiver em vias de eliminação (IPA menor que um caso por 1.000 habitantes nos últimos cinco anos);

- realizar busca ativa de infectados a partir da notificação de caso autóctone em áreas onde a transmissão foi interrompida; nas situações de surto fora da área endêmica; e nas áreas indígenas;
- encaminhar para realização de diagnóstico diferencial, todos os pacientes que apresentarem exames negativos para malária.

3. Fortalecimento da vigilância em saúde

Um sistema de saúde descentralizado deve apresentar desempenho que lhe permita auto-sustentação técnica, assim a vigilância da malária deve contemplar dois subcomponentes: a) Sistema de informações para agilização das ações de controle; e b) Sistema de normatização técnica, capaz de manter atualizadas as normas de funcionamento do Programa, com base nas análises do comportamento da doença.

Fazem parte do fortalecimento da vigilância em saúde as ações de vigilância epidemiológica propriamente dita. Esta é uma das tecnologias que integram os programas de controle de doenças e agravos à saúde visando explicitamente a interrupção da cadeia de transmissão, isto é, a partir da identificação de um caso novo, uma série de medidas devem ser tomadas para impedir que outros casos se produzam. No programa de controle da malária as ações de vigilância epidemiológica incluem: estimar a magnitude de morbidade e mortalidade da malária; identificar tendências, grupos e fatores de risco; detectar surtos e epidemias; evitar o restabelecimento da endemia, nas áreas onde a transmissão se interrompeu; recomendar as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência da doença; avaliar o impacto das medidas de controle. Os procedimentos para execução destas atividades devem obedecer as definições do Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde que é parte integrante do PNCM, no que se refere ao capítulo da vigilância epidemiológica da malária.

3.1. Sistema de informações

O objetivo principal deste subcomponente é identificar, de forma ágil, o comportamento da malária, possibilitando a adoção de medidas oportunas, para o controle da doença. As informações tratadas serão imprescindíveis para o planejamento, a avaliação, monitoramento e demais ações da vigilância da endemia, de acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica.

As principais ferramentas utilizadas para o monitoramento serão os seguintes sistemas informatizados: Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica – módulo malária (Sivep-Malária), Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), Sistema de Informações das Ações Básicas de Saúde (Siab), Sistema de Controle de Qualidade de Diagnóstico, Rede de Informação da Saúde (Ripsa), Sistema de Informação de Controle Seletivo de Vetores.

Será fomentado o uso de programas para análise epidemiológica como o Sistema de Informações Geográficas para Epidemiologia (Sigepi) e o Programa para Estatística de Saúde Pública (EpiInfo).

a) Objetivos de processos

- dotar as SES e SMS de ferramentas que possibilitem o planejamento, a avaliação e o monitoramento do comportamento da malária, em todos os municípios que notificam a doença (anexos 7-12);
- manter a qualidade e oportunidade dos dados existentes nas bases dos sistemas de informação da malária, em todos os municípios que notificam a endemia (anexos 7-12);
- possibilitar a análise espacial do comportamento da malária, em todos os municípios com transmissão da doença (anexos 7-9).

b) Atividades

- realizar levantamento das necessidades de sistemas de informação a serem implantados nos municípios e estados, até dezembro de 2003;

- implantar o Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica (Sivep-Malária) em todos os municípios que notificam casos de malária autóctone ou importada, até dezembro de 2004;
- implantar o Sistema de Informações Geográficas para Epidemiologia (Sigepi) nas secretarias estaduais e municipais de saúde das nove capitais dos estados da Amazônia, priorizando os municípios com maior IPA, até dezembro de 2004;
- implantar o do Programa para Estatística de Saúde Pública (EpiInfo) nas secretarias estaduais e municipais de saúde das nove capitais dos estados da Amazônia e nos municípios, priorizando os de maior IPA, até dezembro de 2004;
- desenvolver Sistema de Controle de Qualidade de Diagnóstico de Malária e implantar o referido sistema em todos os laboratórios centrais de saúde pública das 27 unidades federadas, até dezembro de 2005;
- desenvolver Sistema de Controle Seletivo de Vetores da Malária e implantar o referido sistema em todos os municípios com registro de casos autóctones de malária, até dezembro de 2004;
- desenvolver Sistema de Capacitação de RH, e implantar nas SES, SMS e Core/FUNASA, até dezembro de 2004;
- efetuar, quadrimestralmente, análise de consistência dos dados existentes nas bases dos sistemas utilizados pelo PNCM;
- realizar levantamento das localidades com transmissão de malária, até dezembro de 2003;
- realizar o reconhecimento geográfico de todas as localidades com transmissão de malária, priorizando os de maior risco;
- georreferenciar todas as localidades com transmissão de malária, por meio de GPS, até dezembro de 2006.

3.2. Sistema de normatização técnica

O objetivo deste subcomponente é elaborar as bases técnicas do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária, a partir de análises sistemáticas do comportamento da doença, com fundamento no conhecimento

científico e tecnológico disponível. Este subcomponente atende ao dispositivo contido no inciso V do artigo 1º da Portaria nº 1.339, que trata das competências da FUNASA no Sistema Único de Saúde.

a) Objetivos de processos

- realizar análise mensal do comportamento da doença na esfera central, quinzenal na esfera estadual e semanal na esfera municipal;
- elaborar e/ou revisar bases técnicas do PNCM sempre que se fizerem necessárias, e disponibilizá-las para os atores que realizam o controle da malária.

b) Atividades

- revisar e publicar o Manual de Terapêutica da Malária. Enviar exemplares para as SES e SMS dos municípios com notificação de casos de malária, até dezembro de 2006;
- revisar e publicar o Manual de Malária Grave e Complicada. Enviar exemplares para as SES e SMS dos municípios com notificação de casos de malária, até dezembro de 2006;
- revisar e publicar o Manual de Diretrizes Técnicas de Epidemiologia e Controle da Malária. Enviar exemplares para as SES e SMS, dos municípios com notificação de casos de malária, até dezembro de 2006;
- revisar e publicar o Manual de Diagnóstico Laboratorial da Malária e Controle de Qualidade do Diagnóstico. Enviar exemplar para as SES, Laboratórios Centrais e SMS, dos municípios com notificação de casos de malária, até dezembro de 2003;
- revisar e publicar o Manual de Controle Seletivo de Vetores da Malária. Enviar exemplares para as SES e SMS, dos municípios com notificação de casos de malária, até dezembro de 2003;
- elaborar e publicar o Manual de Licenciamento Ambiental em Áreas Endêmicas de Malária. Enviar exemplares para SES, Core/FUNASA, representações dos Ministérios do Meio Ambiente e do

Desenvolvimento Agrário dos municípios com notificação de casos de malária, até dezembro de 2003;

- elaborar e publicar o Manual de Educação em Saúde e Mobilização Social – Ações de controle da malária. Enviar exemplares para as SES, Core/FUNASA e SMS dos municípios com notificação de malária, até dezembro de 2003;
- elaborar e publicar o Manual de Preenchimento da Ficha de Notificação de Caso de Malária e Análise de Relatórios do Sivep-Malária. Enviar exemplares para as SES, Core/FUNASA e SMS dos municípios com notificação de casos de malária, até dezembro de 2003;
- elaborar modelos de cartazes e folderes para orientação aos técnicos das unidades de saúde e população, sobre tratamento, prevenção e controle da malária, até dezembro de 2004;
- produzir modelos de fita de vídeo e DVD sobre educação em saúde, para orientação aos técnicos das unidades de saúde e população, sobre tratamento, prevenção e controle da malária, até dezembro de 2004;
- manter atualizadas as orientações gerais sobre a malária, voltadas para o público, e divulgar na página da FUNASA, na Internet (www.funasa.gov.br);

4. Capacitação de recursos humanos

O objetivo deste componente é manter as equipes de trabalho bem preparadas profissionalmente e motivadas, com condições organizacionais para desenvolvimento pleno dos recursos humanos, no sentido de alcançar, de forma eficiente e efetiva, os objetivos e metas do PNCM. A capacitação de recursos humanos, se propõe a qualificar todos os profissionais que atuam nos demais componentes.

4.1. Objetivos de processos

- manter todas as equipes de trabalho bem preparadas profissionalmente e motivadas, para execução das ações de controle da malária, em todas as esferas.

4.2. Atividades

- capacitar todos os profissionais que atuam nas ações básicas de saúde, inclusive do Pacs, PSF e Pits, para desenvolvimento de atividades para controle de endemias, com ênfase no controle da malária e nas ações de educação em saúde e mobilização social, em todos os municípios em que ocorre transmissão de malária, até dezembro de 2006;
- capacitar profissionais para diagnóstico e tratamento de malária, para atuarem em: (1) todas as unidades básicas de saúde (UBS) e hospitais de emergências, dos municípios com IPA maior ou igual a 10 casos por mil habitantes; (2) pelo menos um laboratório de todos os municípios com notificação de malária na região amazônica; (3) pelo menos um laboratório de todas as capitais das 18 unidade federadas da região extra-amazônica; (4) pelo menos um laboratório, de todos os municípios da região extra-amazônica, com registro de malária autóctones, nos últimos cinco anos, até dezembro de 2006;
- capacitar profissionais para revisão de lâminas de exame de malária e controle de qualidade do diagnóstico, nos laboratórios centrais de todas as SES, até dezembro de 2006;
- capacitar todos os supervisores de endemias e técnicos de entomologia para georreferenciar as localidades com transmissão de malária e os criadouros potenciais do mosquito vetor da malária, dos municípios com transmissão da doença, até dezembro de 2006;
- capacitar técnicos de entomologia para realização de pesquisas entomológicas objetivando a elaboração da carta anofélica, nos municípios da região extra-amazônica, que tiveram pelo menos um caso de malária autóctone, nos últimos cinco anos, até dezembro de 2004;
- capacitar todos os agentes de endemias que realizam o controle químico residual, até dezembro de 2006;
- capacitar todos os agentes de endemias que realizam o controle químico espacial, até dezembro de 2006;

- capacitar, em epidemiologia e controle de doenças, com enfoque na malária, todos os técnicos responsáveis pela coordenação das atividades de vigilância em saúde, de controle de doenças e de monitorização, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde dos municípios com registro de casos autóctones de malária, até dezembro de 2006;
- capacitar, em ações integradas de saúde, todos os agentes contratados para compor equipes do Pacs, objetivando atuação nas localidades com transmissão de malária, dos municípios com IPA maior ou igual a 10 casos de malária por 1.000 habitantes, até dezembro de 2006;
- capacitar, para operação do Sivep-Malária, todos os técnicos operadores, dos municípios que implantarem o referido sistema, até dezembro de 2006;
- capacitar, para operação do Sigepi e do EpiInfo, todos os técnicos das equipes de vigilância de malária e monitorização, das secretarias estaduais e municipais de saúde das nove capitais dos estados da Amazônia, e dos municípios com IPA maior ou igual a 50 casos por 1.000 habitantes, até dezembro de 2006;
- capacitar, para ações de controle de qualidade de diagnóstico de malária, todos os técnicos dos Lacens, que atuam no controle da doença, nas 27 unidades federadas, até dezembro de 2006;
- capacitar, para operação do Sistema de Controle Seletivo de Vetores da Malária, todos os técnicos operadores, dos municípios com registro de casos autóctones de malária, até dezembro de 2006;
- capacitar todos os profissionais envolvidos no controle integrado da malária, para as ações de Educação em Saúde e Mobilização Social, até dezembro de 2006;
- capacitar, em epidemiologia e controle de doenças, todos os supervisores de endemias e do Pacs/PSF/Pits, que atuam no controle da malária, dos municípios em que ocorre transmissão da doença, até dezembro de 2006;
- capacitar, em diagnóstico e terapêutica da doença, todos os médicos, enfermeiros, bioquímicos e biomédicos, que atuam no controle da

malária, nos municípios em que haja sua notificação, até dezembro de 2006;

- capacitar, em vigilância ambiental para controle de malária em área indígena, todos os agentes de saúde, que atuam no controle dessa enfermidade em área indígena, dos municípios com transmissão de malária, até dezembro de 2006;
- capacitar, em vigilância ambiental para controle da malária, todos os técnicos que atuam na entomologia para controle da doença, nos municípios em que ocorre sua transmissão, até dezembro de 2006;
- capacitar, em vigilância em saúde e em epidemiologia e controle de doenças, com ênfase em malária, todos os gerentes municipais de endemias, dos municípios em que ocorre a transmissão, até dezembro de 2006;
- realizar curso de especialização em Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase em malária, para 240 técnicos de nível superior, das instituições de saúde que atuam no controle da doença (do Brasil, de países fronteiriços com o Brasil e de países africanos de língua portuguesa). Esse curso será realizado duas vezes ao ano, com 30 alunos em cada um deles, até dezembro de 2006;
- realizar convênio com a Universidade de São Paulo (USP), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ou outras, visando a participação de técnicos do SUS, em Cursos de Especialização em Entomologia, com ênfase em malária, priorizando os estados e municípios com transmissão, até dezembro de 2006.

5. Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social (ESMS)

O objetivo deste componente é promover uma consciência crítica, na sociedade, a respeito do problema da malária no Brasil, principalmente nas regiões endêmicas, possibilitando a elaboração e desenvolvimento de estratégias de ação, de acordo com a realidade local. Quanto mais informada estiver

a polulação, sobre as manifestações clínicas das doenças, sua gravidade e tratamento, os fatores determinantes e colaboradores da sua incidência e as medidas disponíveis para redução da influência desses fatores, provavelmente, participará mais ativamente de seu controle.

5.1. Objetivos de processos

- elaborar instrumentos técnicos didáticos e pedagógicos para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e mobilização social, voltados para os diversos públicos, como gestores, técnicos, instituições de controle social e população;
- desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social em parcerias com instituições militares, públicas e religiosas, que executam missões especiais em áreas endêmicas de malária, para esclarecimento sobre riscos e cuidados em relação à doença;
- desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social em parcerias com as empresas de viagens e ecoturismo, que atuam em áreas endêmicas de malária, para esclarecimento sobre riscos e cuidados em relação à doença;
- desenvolver ações educativas, com ênfase nas ações de controle da malária, na população escolar da rede de ensino do país, por intermédio do Parâmetro Curricular Nacional (PCN);
- divulgar informações aos governadores, prefeitos e secretários de saúde, sobre as ações estaduais e municipais a serem adotadas na prevenção e controle da malária;
- veicular campanha publicitária sobre as ações de prevenção e controle da malária, durante todo o ano, observando a sazonalidade da doença;
- promover entrevistas coletivas com gestores da área da saúde para divulgar o PNCM;
- inserir conteúdos de educação em saúde, prevenção e controle da malária, nos programas de grande audiência, formadores de opinião pública;

- adotar mecanismos de divulgação (imprensa, “Voz do Brasil”, cartas aos órgãos legislativos e conselhos estaduais e municipais) do PNCM;
- manter a mídia permanentemente informada, por meio de comunicados ou notas técnicas, quanto à situação do controle da malária.

5.2. Atividades

- pactuar entre gestores, por meio da PPI-ECD, o compromisso para desenvolver as ações de ESMS para o controle da malária, em todos os municípios;
- desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social, com ênfase na malária, junto às comunidades indígenas, por intermédio de parcerias entre SES, SMS, Core/FUNASA e ONG, em todos os municípios com transmissão de malária;
- pactuar com instituições representativas das áreas da indústria, do comércio, da agricultura e de serviços, para que desenvolvam as ações de prevenção e controle da malária junto a seus funcionários, em todos os municípios com transmissão;
- desenvolver, anualmente, em todos os municípios com transmissão de malária, pelo menos duas campanhas de mobilização social na televisão ou no rádio, para orientação da população quanto aos seguintes assuntos: diagnóstico, tratamento e prevenção;
- realizar pelo menos duas audiências públicas, por ano, nas Assembléias Legislativas, nos Conselhos Estaduais de Saúde, nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), Ministérios Públicos e nos Conselhos Distritais Indígenas, para esclarecer a importância de integrar as ações de controle da malária, na formulação de políticas de desenvolvimento, em todos os estados com transmissão de malária;
- realizar pelo menos duas audiências públicas, por ano, nas Câmaras de Vereadores, conselhos municipais de saúde e conselhos locais indígenas, para esclarecer a importância de integrar as ações de

controle da malária, na formulação de políticas de desenvolvimento, em todos os municípios com transmissão de malária.

6. Controle seletivo de vetores

O objetivo deste componente é selecionar as medidas de controle de vetores que sejam mais efetivas, mais seguras, que causem menor impacto ambiental e, que sejam mais adaptadas à realidade do local onde ocorre o controle da malária.

6.1. Objetivos de processos

- identificar as principais espécies vetoras em cada área de transmissão e seus respectivos comportamentos;
- realizar o controle seletivo de vetores em todos os municípios com transmissão de malária e receptividade (anexos 7-12).

6.2. Atividades

- identificar e georreferenciar todos os criadouros positivos para anofelinos, em áreas urbanas das cidades, vilas, povoados, assentamentos, acampamentos e aldeias indígenas e outros aglomerados urbanos, até dezembro de 2006;
- concluir a carta anofélica e georeferenciar todos os criadouros positivos para anofelinos, nos municípios da região extra-amazônica, que tiveram pelo menos um caso autóctone de malária, nos últimos cinco anos, até dezembro de 2005;
- implantar obras de ordenamento do meio, para eliminação de criadouros do mosquito vetor da malária, em todos os municípios com transmissão da doença em área urbana, e que atendam aos critérios de prioridades, estabelecidos em portaria específica, emitida pela FUNASA;
- realizar o controle químico residual, seletivo, de acordo com recomendações epidemiológicas e entomológicas;

- realizar o controle químico espacial, seletivo, de acordo com recomendações epidemiológicas e entomológicas.

7. Pesquisa

Este componente tem como objetivo desenvolver ou contribuir para novos conhecimentos científicos e tecnológicos que venham aprimorar as medidas de controle da malária. Em especial devem ser desenvolvidas pesquisas estratégicas visando à solução de problemas detectados na condução do Programa. Estes conhecimentos consistem em teorias, princípios ou no acúmulo de informações, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

7.1. Objetivos de processos

- desenvolver estudos e pesquisas para direcionamento das medidas de controle da malária

7.2. Atividades

- estimar a magnitude e avaliar a distribuição da farmaco-resistência dos parasitas da malária aos antimaláricos preconizados pelo PNCM, em populações de riscos residentes em áreas endêmicas;
- avaliar a efetividade e o custo-benefício de testes de diagnóstico rápido da doença;
- avaliar a eficácia de esquemas terapêuticos, utilizados no tratamento da malária;
- avaliar as crenças, atitudes e práticas da população sobre o tratamento da malária e o uso de medidas de proteção contra a doença;
- avaliar a resistência do *Anopheles sp.* aos inseticidas empregados no controle da enfermidade;
- avaliar a efetividade de mosquiteiros impregnados com inseticidas, ou não, no controle da doença;

- avaliar métodos alternativos para captura de anofelinos com armadilhas e atrativos que possam substituir a isca humana;
- avaliar a efetividade dos inseticidas de efeito residual, usados no controle da malária;
- caracterizar a ocorrência da malária de bromélias;
- avaliar as causas da modificação da proporcionalidade entre as espécies parasitárias *Plasmodium falciparum* e *Plasmodium vivax*;
- analisar o custo-efetividade das obras de drenagens para controle da malária;
- avaliar os fatores determinantes e colaboradores para transmissão da malária;
- desenvolver estudos para eliminação da malária em áreas de baixa transmissão;
- desenvolver estudos de viabilidade da eliminação da malária nos estados de Mato Grosso e Tocantins;
- avaliar a importância epidemiológica dos portadores assintomáticos estabelecendo as intervenções apropriadas para eliminação dessas fontes de transmissão.

8. Monitoramento do PNCM

O processo de avaliação das ações do PNCM, consistirá em análises do comportamento epidemiológico da malária, nos estados e nos municípios, por meio dos indicadores de resultados e de processos. Para tanto, serão realizadas reuniões nas três esferas, com emissão de relatórios e envio dos mesmos aos gestores, demais parceiros e instituições de controle social.

8.1. Objetivos de processos

- instituir comitês de avaliação técnica do PNCM, na esfera nacional e estadual;
- realizar reuniões periódicas de avaliação do PNCM, em todas as esferas;

- manter informadas as autoridades de saúde e instituições de controle social, sobre a situação da malária, em todas as esferas de governo;
- manter atualizada as diretrizes dos PNCM.

8.2. Atividades

- realizar reuniões nacionais, quadrimestrais, para avaliação do PNCM, com participação de representantes do Comitê de Avaliação, das SES e Core/FUNASA dos estados com transmissão de malária; das SMS das capitais dos estados da região amazônica; do Cenepi; do Densp/FUNASA; Desai/FUNASA; Ascom/FUNASA, do DAB/MS; do Incra e do Ibama;
- realizar reuniões estaduais, semestrais, para avaliação do PNCM, com participação de representantes SES (setores de ECD, entomologia, Lacen, pólo de capacitação, Pacs/PSF/Pits); do Conselho Estadual de Saúde; das SMS; da Core/FUNASA (Divep, Dsei e Densp); Incra e Ibama;
- realizar reuniões municipais, semestrais, para avaliação do PNCM, com participação de representantes da Gerência Municipal de ECD; supervisores de ECD; supervisores do Pacs/PSF/Pits; do Conselho Municipal de Saúde; do Incra e do Ibama, quando houver;
- constituir o Comitê Nacional de Acompanhamento e Assessoramento do PNCM, com os seguintes representantes: FUNASA/Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Departamento de Ações Básicas do Ministério da Saúde (DAB), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass); Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Universidades, Instituições de Pesquisas, Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (Ibama);

- constituir comitês estaduais de avaliação do PNCM, com os seguintes representantes: SES, SMS da Capital, Setor de Ações Básicas de Saúde da SES, Conselho Estadual de Saúde; Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde; Universidades, Instituições de Pesquisas, Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) e Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (Ibama);
- enviar as deliberações das reuniões de avaliação do PNCM para os responsáveis pelas instituições envolvidas no controle da malária, conselhos de saúde, assembleias legislativas e câmara de vereadores;
- elaborar relatório quadrimestral de avaliação do PNCM com a situação da malária em cada estado, e enviá-lo ao Ministro da Saúde, ao Presidente da FUNASA, aos conselhos nacional e estaduais de saúde, às comissões intergestores bipartite e tripartite, às Assembleias Legislativas, bem como, prover sua disponibilização na página da FUNASA na internet (www.funasa.gov.br);
- realizar, quadrienalmente, estudo de custo-benefício e custo-efetividade do PNCM;
- realizar revisão quadrienal do PNCM, no ano correspondente ao início do mandato dos governos federal, estadual e do Distrito Federal;
- divulgar o relatório de avaliação do PNCM no boletim eletrônico do SUS e outros informes disponíveis nas instituições de saúde.

9. Sustentabilidade política

A mobilização do setor político é fundamental para assegurar o apoio financeiro e a articulação intersetorial necessária à implantação e execução do PNCM.

O programa considera que a malária é um problema dos governos federal, estadual e municipal, atingidos direta ou indiretamente pela endemia. Cabe a cada organização, governamental ou não, e à população, em particular, assumir as responsabilidades que lhes cabem no cumprimento de seus papéis, no controle da doença.

Considera, também, que esse controle só pode ser alcançado pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais, nas esferas locais, municipais, estaduais e nacional, capazes de dar sustentabilidade ao combate seletivo da endemia, nas comunidades onde ela ocorra.

9.1. Objetivos de processos

- manter a mobilização política junto às autoridades governamentais e gestores da saúde, no sentido de priorizar o controle da malária, em todas as esferas.

9.2. Atividades

- elaborar os Programas Estaduais de Prevenção e Controle da Malária, até junho de 2003;
- realizar reunião com os governadores das unidades federadas para apresentação do PNCM e obtenção da prioridade política necessária à execução das ações de controle da malária, até julho de 2003;
- realizar reuniões com os secretários estaduais de saúde para discutir a implantação e manutenção do PNCM, até julho de 2003;
- elaborar e implantar os programas municipais de prevenção e controle da malária, segundo as diretrizes do PNCM, até dezembro de 2003.

VII - Atribuições e competências

As atribuições e competências para implementação do presente programa, nas três instâncias, estão alicerçadas nas Portarias n^{os} 1.399, 279, 44, 1.147, e na Resolução n^o 286, de acordo com o que se segue:

1. À FUNASA

- coordenação nacional do PNCM;

- execução das ações de epidemiologia e controle da malária de forma complementar aos estados ou integral em caráter excepcional, quando constatada a insuficiência da ação estadual;
- normatização técnica das ações de vigilância e controle da malária;
- assistência técnica aos estados e excepcionalmente aos municípios para implantação e acompanhamento das ações previstas no Programa;
- provimento de medicamentos, inseticidas, e meios de diagnóstico (kit diagnóstico), para controle da malária;
- normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos de informações, do estado para o gestor federal;
- consolidação dos dados de malária provenientes dos estados provendo sua retroalimentação;
- divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- coordenação e execução das atividades de educação em saúde e mobilização social sobre malária, de abrangência regional ou nacional;
- promoção, coordenação e execução de pesquisas epidemiológicas e operacionais para o controle da malária;
- execução direta ou indireta do controle da malária, direcionado às populações indígenas, em articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde;
- definição dos centros de referências de diagnóstico e tratamento da malária;
- coordenação técnica da cooperação internacional para o controle da malária em áreas de fronteira;
- fomento e execução de programa de capacitação de recursos humanos alocados para o PNCM;
- coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública de Diagnóstico da malária, por meio do estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais;
- apresentação quadrimestral dos resultados do programa à Comissão Intergestores Tripartite e ao Conselho Nacional de Saúde;

- definição dos municípios pertencentes às áreas de risco para malária, cuja relação será atualizada a cada 12 meses e encaminhada aos órgãos ambientais competentes;
- avaliação e recomendação do impacto sobre os fatores de riscos para ocorrência dos casos de malária, para fins de licenciamento ambiental previsto na Resolução Conama nº 286.

2. Ao estado

- coordenação estadual do PNCM;
- gestão da vigilância epidemiológica e entomológica da malária;
- execução de ações de Vigilância Epidemiológica e Controle da Malária, de forma complementar à atuação dos municípios;
- execução de ações de epidemiologia e controle da malária de forma suplementar quando constatada a insuficiência de ação municipal;
- assistência técnica aos municípios;
- supervisão, monitoramento e avaliação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária aos municípios;
- gestão dos estoques estaduais de medicamentos, inseticidas para combate ao vetor, e meios de diagnóstico da malária (*kit* diagnóstico);
- provimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), óleo de soja e equipamentos de aspersão de inseticidas;
- gestão do sistema de informação da malária no âmbito estadual, consolidação e envio regular à instância federal dentro dos prazos estabelecidos pelo gestor federal;
- análise e retroalimentação dos dados da malária aos municípios;
- divulgação de informações e análises epidemiológicas da situação da malária;
- execução das atividades de educação em saúde e mobilização social da malária de abrangência estadual;

- coordenação do processo de capacitação dos recursos humanos;
- definição e estruturação de centros de referência para tratamento das formas graves da malária;
- fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de epidemiologia e controle da malária realizados pelos municípios;
- estruturação do Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) para provimento do diagnóstico de malária e controle da qualidade do diagnóstico;
- apresentação quadrimestral dos resultados do programa ao Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e FUNASA.

3. Ao município

- coordenação municipal do PNCM;
- notificação de casos de malária;
- investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por malária;
- diagnóstico e início do tratamento de todos os pacientes com exame positivo para malária, no prazo máximo de 24 horas, a partir da data da coleta do sangue;
- execução de busca ativa de casos de malária nas unidades de saúde, laboratórios e domicílios;
- execução de ações de controle, químico e biológico do mosquito vetor da malária e eliminação de criadouros;
- envio regular dos dados da malária à instância estadual, dentro dos prazos estabelecidos pelo gestor estadual;
- análise e retroalimentação dos dados às unidades notificantes;
- divulgação de informações e análises epidemiológicas da malária;
- gestão dos estoques municipais de medicamentos, inseticidas e meios de diagnóstico (*kit* diagnóstico) para controle da malária;

- coordenação e execução das atividades de educação em saúde e mobilização social de abrangência municipal;
- capacitação de recursos humanos para execução das atividades de controle da malária;
- estruturação dos núcleos de epidemiologia municipais agregando as ações de vigilância de casos, entomológica, laboratorial e as operações de campo;
- apresentação quadrimestral dos resultados do programa ao Conselho Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores e SES.

4. À Secretaria de Políticas de Saúde

- viabilização da implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e/ou Programa de Saúde da Família (PSF), em áreas endêmicas de malária, particularmente, nos projetos de assentamentos do Incra.

5. Ao Instituto Nacional de Reforma Agrária (Incra)

- promoção de ações articuladas com a FUNASA para implementação das ações de controle de malária nos assentamentos;
- mobilização dos municípios para promover junto ao IBGE a atualização do número de habitantes, em face de inserção de novas famílias em assentamentos de sua jurisdição;

VIII - Indicadores de avaliação

Os indicadores do PNCM estão de acordo com a estratégia do controle integrado da malária, aprovada na conferência interministerial de Amsterdã, em 1992. Estes indicadores se propõem a medir o alcance dos objetivos gerais (resultados) e os objetivos de processos.

1. Indicadores de resultados

- Incidência Parasitária Anual (IPA) em relação à população;
- Incidência Parasitária Mensal (IPM) em relação à população;
- números de casos mensais (série histórica de cinco anos);
- coeficiente de mortalidade em relação à população;
- coeficiente de letalidade em relação ao total de casos;
- proporção de *Plasmodium falciparum* em relação ao total de casos;
- proporção de casos de malária internados em relação ao total de casos;
- taxa de internação por malária em relação à população;
- proporção de municípios com transmissão de malária em áreas urbanas, em relação ao total de municípios com transmissão;
- proporção de municípios com reintrodução da transmissão da malária, em relação aos municípios em que a transmissão foi interrompida.

2. Indicadores de processos

2.1. Apoio à estruturação dos serviços locais de saúde

- percentual de equipes de vigilância em saúde (malária), estruturadas nas SES, em relação às 27 SES existentes;
- percentual de profissionais atuantes nas equipes de vigilância em saúde em relação ao número de profissionais necessários;
- percentual de equipes de entomologia (malária), estruturadas nas SES, em relação às 27 SES existentes;
- percentual de equipes de educação em saúde (malária), estruturadas nas SES, em relação às 27 SES existentes;
- percentual de viaturas, embarcações e equipamentos adquiridos em relação ao programado;

- percentual de viaturas, embarcações e equipamentos em uso em relação ao necessário;
- percentual de municípios com atividades de controle da malária integradas às ações básicas de saúde, em relação ao total de municípios com registro de casos de malária na região amazônica;
- percentual de municípios com atividades de controle da malária integradas às ações básicas de saúde, em relação ao total de municípios com receptividade e vulnerabilidade na região extra-amazônica;
- percentual de municípios com método de reconhecimento geográfico padronizado, entre as equipes de controle de endemias (malária), do Pacs, PSF, Pits e Dsei, em relação ao total de municípios com registro de casos de malária;
- percentual de participação do Incra e Ibama nos Planos Estaduais e Municipais de Controle da Malária, em relação aos planos elaborados e aprovados.

2.2. Diagnóstico e tratamento

- percentual de diagnóstico realizado em até 24 horas após a coleta da lâmina;
- percentual de tratamento iniciado em até 24 horas após a coleta da lâmina;
- percentual de lâminas positivas revisadas;
- percentual de lâminas negativas revisadas;
- percentual de lâminas discordantes (positivo/negativo), em relação ao total de exames realizados;
- percentual de lâminas discordantes (espécie de plasmódio), em relação ao total de exames positivos realizados;
- percentual de lâminas discordantes (presença de gametócitos), em relação ao total de exames positivos realizados;
- percentual de portadores de plasmódio, assintomáticos, em relação ao total de exames positivos realizados;

- percentual de pacientes com resultados negativos que realizaram diagnóstico diferencial;
- percentual de lâminas de verificação de cura (LVC), em relação ao total de exames positivos realizados;
- Índice de Lâminas Positivas (ILP), em relação ao total de exames realizados.

2.3. Fortalecimento da vigilância em saúde

a) Subsistema de informações

- percentual de municípios com Sivep-Malária implantado, em relação ao total de municípios com notificação de malária;
- percentual de SES com Sigepi implantado, em relação às nove SES das capitais da região amazônica;
- percentual de SMS com Sigepi implantado, em relação às nove SMS das capitais da região amazônica;
- percentual de SES com EpiInfo implantado, em relação às nove SES das capitais da região amazônica;
- percentual de SMS com EpiInfo implantado, em relação às nove SMS das capitais da região amazônica;
- percentual de SES com Sistema de Controle de Qualidade de Diagnóstico da Malária implantado, em relação às 27 SES existentes;
- percentual de SMS com Sistema de Controle Seletivo de Vetores implantado, em relação ao total de município com registro de casos autóctones de malária;
- percentual de SMS com Sistema de Controle de RH, em relação ao total de municípios com notificação de malária;
- percentual de localidades com transmissão de malária, georreferenciadas.

b) Subsistema de normatização técnica

- percentual de manuais de normas técnicas elaborados e/ou revisados, em relação ao total programado;
- percentual de relatórios de análise mensal da malária emitidos na esfera federal, em relação ao total de meses do ano;
- percentual de relatórios de análise quinzenal da malária emitidos na esfera estadual, em relação ao total de quinzenas do ano;
- percentual de relatórios de análise semanal da malária emitidos na esfera municipal, em relação ao total de semanas do ano;
- percentual de cartazes, folderes, DVD e fitas de vídeo elaborados, em relação ao total programado.

2.4. Capacitação de recursos humanos

- percentual de profissionais capacitados ou atualizados, em relação ao total programado;
- percentual de profissionais engajados no serviço para o qual foram capacitados e/ou atualizados em relação ao total de profissionais capacitados e/ou atualizados.

2.5. Educação em saúde, comunicação e mobilização social

- percentual de instrumentos técnicos para ESMS elaborados, em relação ao programado;
- percentual de ações de ESMS realizadas em parcerias com instituições militares, religiosas, públicas, empresas de viagens e de ecoturismo, em relação ao total programado;
- percentual de ações educativas realizadas na população escolar, em relação ao total de população escolar existente;
- percentual de informações de controle da malária, divulgadas junto aos governadores, prefeitos e secretários de saúde, em relação ao total programado;

- percentual de campanhas publicitárias sobre prevenção e controle da malária veiculadas por ano, em relação ao total programado;
- percentual de comunicados ou notas técnicas informados à mídia, em relação ao total programado.

2.6. Controle seletivo de vetores

- percentual de criadouros de anofelinos e respectivas espécies identificados em áreas urbanas e aglomerados populacionais, em relação ao total de coleções hídricas existentes nestas áreas;
- percentual de criadouros de anofelinos georreferenciados, em relação ao total de criadouros de anofelinos identificados;
- percentual de municípios com a carta anofélica concluída, em relação ao total de municípios com casos autóctones de malária nos últimos cinco anos, na região extra-amazônica;
- percentual de obras de drenagem para eliminação de criadouros de anofelinos realizadas, em relação ao total programado;
- percentual de borrifações realizadas em relação ao total programado.

2.7. Pesquisa

- percentual de estudos e pesquisas realizadas em relação ao total programado.

2.8. Monitoramento do PNCM

- percentual de comitês de avaliação técnica do PNCM instituídos, em relação ao total programado nas esferas federal e estadual;
- percentual de reuniões de avaliação do PNCM realizadas nas esferas federal, estadual e municipal, em relação ao total de reuniões anuais previstas no Plano;

- percentual de relatórios de avaliação do PNCM enviados ao governadores, prefeitos e secretários de saúde, em relação ao total de reuniões de avaliações realizadas;
- percentual de relatórios de avaliação do PNCM enviados aos conselhos de saúde, comissões intergestoras, assembleias legislativas, câmaras de vereadores e ministérios públicos, em relação ao total de reuniões de avaliações realizadas.

2.9. Sustentabilidade política

- percentual de programas estaduais de controle da malária elaborados e aprovados pelos governadores e secretários estaduais de saúde, em relação aos 26 estados e Distrito Federal;
- percentual de programas municipais de controle da malária elaborados e aprovados pelos prefeitos e secretários municipais de saúde, em relação ao total de municípios com notificação de exames de malária;
- percentual de recursos do TEFCD aplicados no controle da malária por estados e municípios, em relação ao total do teto recebido.

IX - Problemas potenciais ao PNCM

A estruturação das secretarias municipais de saúde e a conclusão da descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, para estas instituições, potencializará o desempenho das atividades previstas no PNCM.

Ao contrário, o rendimento do Programa poderá ser afetado, caso haja alterações nas prioridades políticas que venham afetar o aporte de recursos financeiros para realização das atividades nas esferas federal, estadual e municipal. Estes recursos devem estar patentes na Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD).

A rotatividade de pessoal, em função das condições precárias de vínculo empregatício, é outro aspecto a ser considerado para o insucesso do alcance

dos objetivos e metas propostos. Este fato pode interferir na consolidação do processo de integração do controle de endemias com as ações básicas de saúde.

Por fim, deve-se contemplar que, na realização das atividades, será fundamental a harmonização com os hábitos culturais e socioeconômicos das comunidades que são afetadas pela malária.

X - Atividades e cronograma

As atividades do Programa Nacional de Controle da Malária, deverão estar voltadas para os objetivos de processos, conforme cronograma (anexo 15). Estas serão definidas e pactuadas em programas estaduais e municipais de Controle da Malária, e inseridas, anualmente, nos parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), de acordo com o artigo 1º da Portaria nº 1.399. Deve-se considerar a participação de todos os atores envolvidos no financiamento e execução das atividades.

XI - Orçamento

Os recursos orçamentários para o controle da malária serão pactuados, anualmente, na Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD). Provirão, também, de convênios internacionais com instituições como a Opas e Vigisus, entre outros (tabela 1).

Para compensar o aumento inesperado da população em alguns municípios, em consequência do fluxo migratório, é recomendável que a Comissão Intergestores Bipartite revise, anualmente, o TFEC dos municípios, por meio da recontagem da população, conforme Portaria nº 279.

Tabela - 1 Recursos orçamentários anuais para execução do PNCM

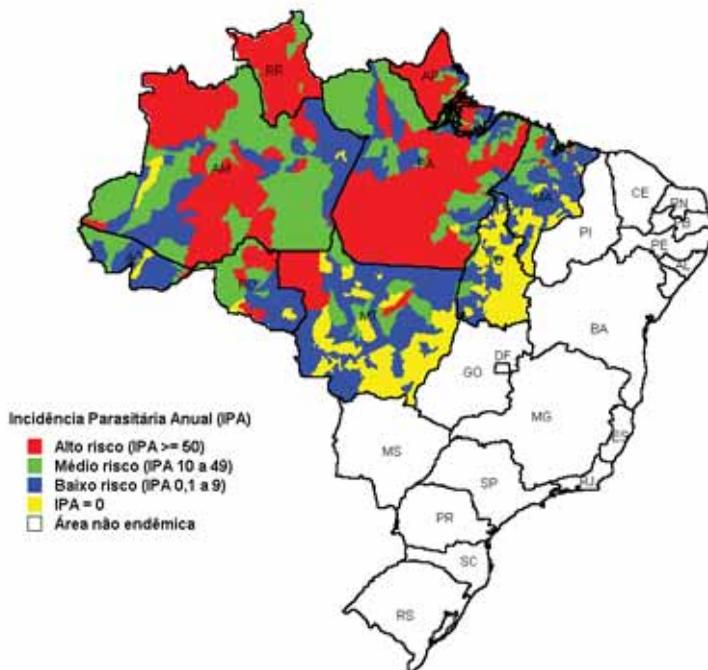
Despesas	Instituições financiadoras						Total (R\$ 1.000)
	FUNASA ¹	Vigisus ²	SPS/Dabs ¹	SES/SMS ¹	Incra	Opas ³	
Pessoal FUNASA	40.794,00	-	-	-	-	-	40.794,00
Medicamentos	8.000,00	-	-	-	-	-	8.000,00
Insetifidas	4.000,00	-	-	-	-	-	4.000,00
Drenagem	15.000,00	-	-	-	-	-	15.000,00
Pacs/PSF	-	-	12.000,00	-	-	-	12.000,00
Capacitação	5.000,00	-	-	-	-	-	5.000,00
Pesquisa	1.500,00	-	-	-	-	1.500,00	3.000,00
Estruturação em assentamento	-	-	-	-	a definir	-	-
Manuais	300,00	-	-	-	-	-	300,00
Equipamentos	11.500,00	10.000,00	-	-	-	-	21.500,00
Sistemas de informação	650,00	-	-	-	-	-	650,00
Custo operacional	-	-	-	-	-	-	40.000,00
Total	86.744,00	10.000,00	12.000,00	40.000,00	-	-	150.244,00

Observações:

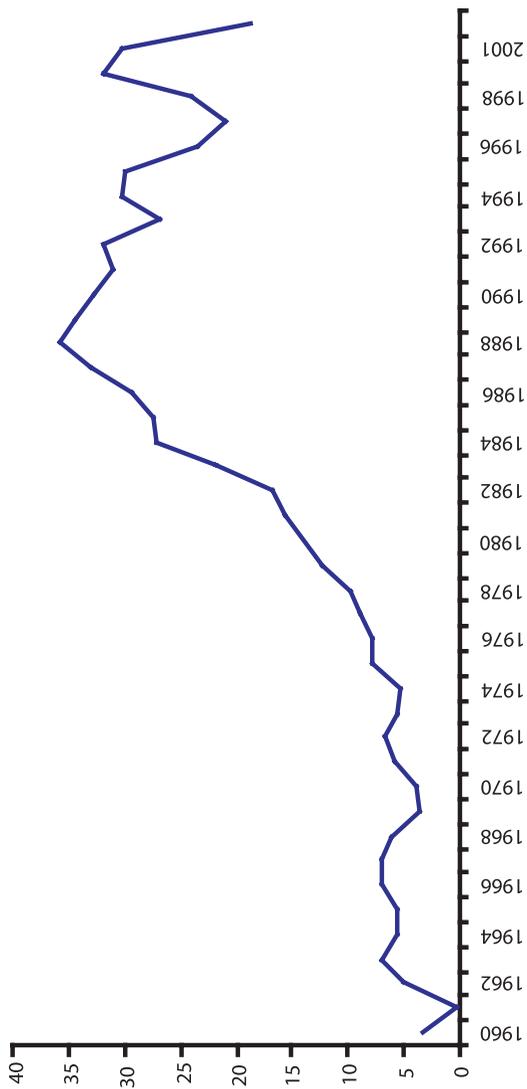
1. Valores adaptados do orçamento do Piacm.
2. Valores previstos para aquisição de equipamento em 2002.
3. Recursos (média anual) previstos para o projeto Ravreda.
4. Todos os valores serão pactuados com SES, SMS, Dabs e Incra, nos planos estaduais e municipais de controle da malária e na PPI-ECD.

XII - Anexos

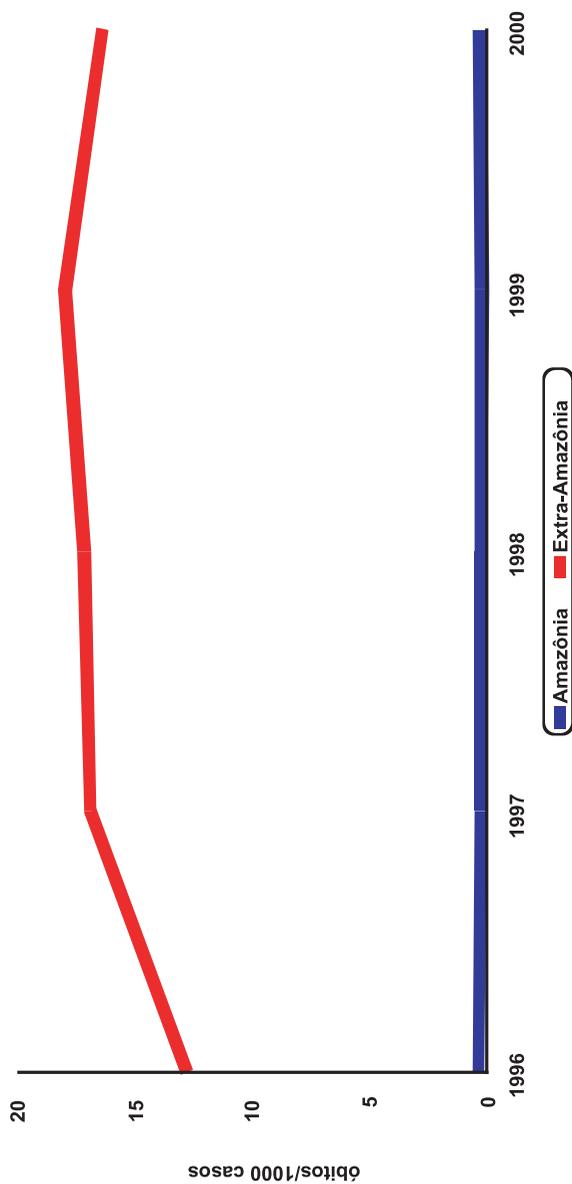
Anexo 1 - Classificação das áreas de risco para malária, segundo a Incidência Parasitária Anual (IPA), Brasil, 2001



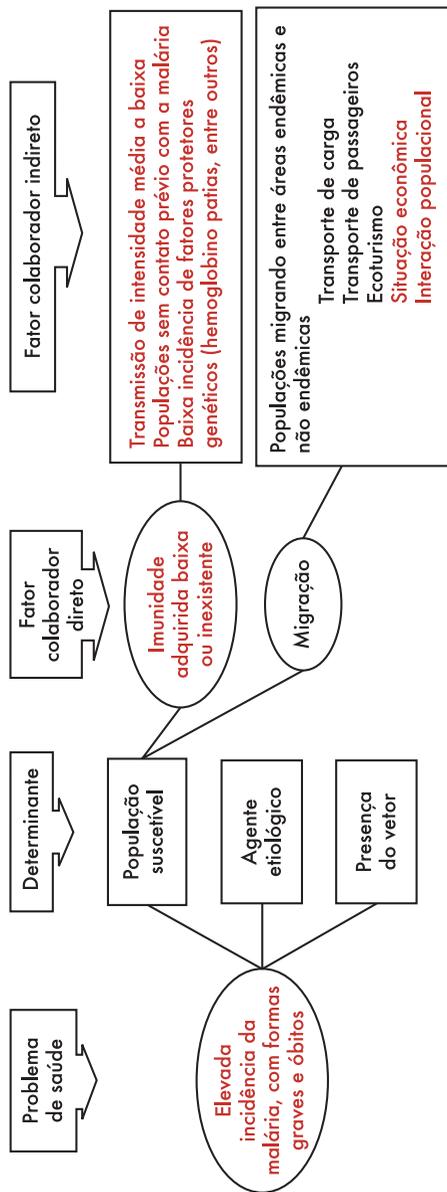
Anexo 2 - Distribuição da Incidência Parasitária Anual (IPA). Amazônia, 1960 a 2001



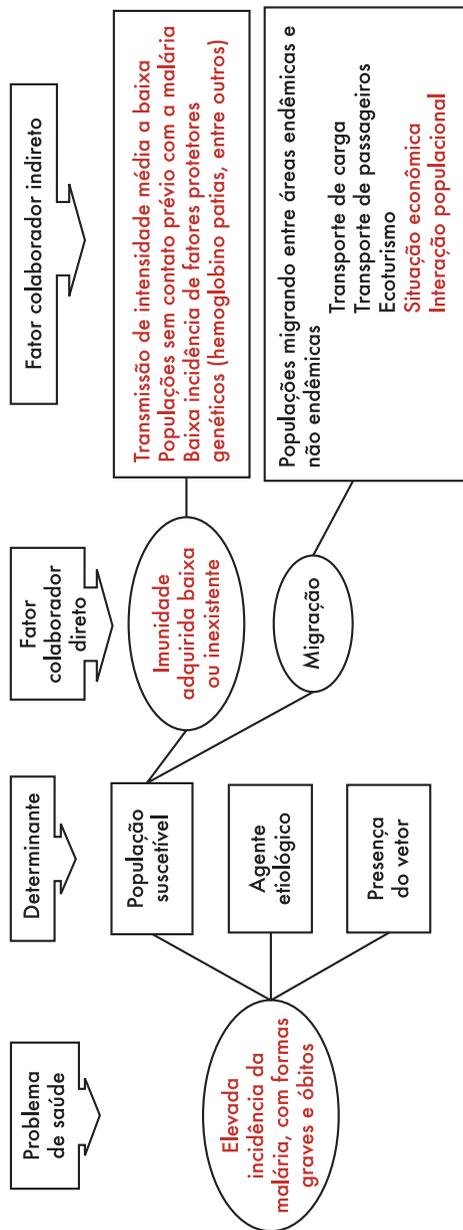
Anexo 3 - Evolução do coeficiente de letalidade por malária, segundo as regiões amazônica e extra-amazônica. Brasil, 1996 a 2000.



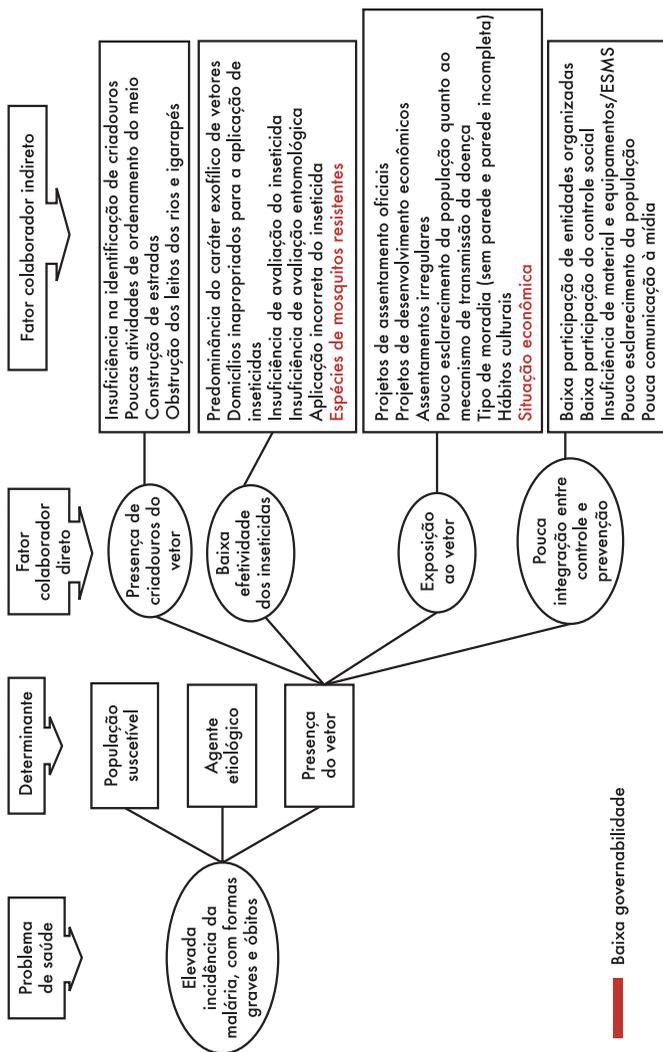
Anexo 4 - Determinantes (população suscetível) e alguns fatores colaboradores da elevada incidência de malária.



Anexo 5 - Determinantes (agente etiológico) e alguns fatores colaboradores da elevada incidência de malária



Anexo 6 - Determinantes (presença do vetor) e alguns fatores colaboradores da elevada incidência de malária



Anexo 7 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior ou igual a 50 casos por mil habitantes. Brasil, 2001

Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	%Pf
1	Acrelândia	AC	1	1.060	128,7	20,6
2	Presidente Figueiredo	AM	1	3.614	175,7	19,0
3	Santa Isabel do Rio Negro	AM	1	1.299	130,6	28,5
4	Coari	AM	1	6.152	87,1	23,5
5	Labrea	AM	1	2.334	82,1	8,4
6	São Gabriel da Cachoeira	AM	1	2.169	70,5	11,1
7	Caapiranga	AM	1	605	66,9	20,2
8	Alvaraes	AM	1	791	62,8	11,9
9	Autazes	AM	1	1.460	58,0	12,4
10	Ferreira Gomes	AP	1	784	213,3	2,9
11	Calcoene	AP	1	1.425	206,1	25,7
12	Mazagão	AP	1	2.080	167,6	26,1
13	Tartarugalzinho	AP	1	1.174	159,0	17,9
14	Oiapoque	AP	1	1.788	132,0	14,9
15	Pedra Branca do Amapari	AP	1	556	129,2	12,4
16	Serra do Navio	AP	1	408	117,6	25,5
17	Porto Grande	AP	1	1.186	101,0	37,9
18	Itaubal	AP	1	209	67,7	12,4
19	Conceição do Lago-açu	MA	1	2.074	196,7	0,4
20	Presidente Sarney	MA	1	1.465	105,4	0,6
21	Boa Vista do Gurupi	MA	1	400	74,8	17,5
22	Turilândia	MA	1	1.022	59,1	3,8
23	Monção	MA	1	1.518	58,2	14,6
24	Humberto de Campos	MA	1	1.108	51,8	0,5
25	Santa Helena	MA	1	1.624	51,7	1,4
26	Aripuana	MT	1	1.244	83,3	21,1
27	Feliz Natal	MT	1	552	76,4	7,3
28	Anajás	PA	1	14.696	781,2	30,8
29	Novo Repartimento	PA	1	12.077	278,0	25,4

Anexo 7 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior ou igual a 50 casos por mil habitantes. Brasil, 2001
 Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
30	Anapu	PA	1	2.135	239,7	16,7
31	Prainha	PA	1	6.077	205,1	7,6
32	Santana do Araguaia	PA	1	5.931	180,8	27,9
33	Pacaia	PA	1	5.070	174,1	31,4
34	Santa Maria das Barreiras	PA	1	1.878	161,2	34,6
35	Porto de Moz	PA	1	3.522	150,6	25,0
36	Nova Esperança do Piria	PA	1	3.050	149,6	24,0
37	Cachoeira do Piria	PA	1	2.330	142,7	29,4
38	Jacareacanga	PA	1	2.988	115,6	32,9
39	São João do Araguaia	PA	1	1.298	100,0	30,5
40	Bagre	PA	1	1.328	97,3	1,5
41	Santarém Novo	PA	1	515	92,8	1,2
42	Curralinho	PA	1	1.898	92,5	0,4
43	Chaves	PA	1	1.581	89,9	32,8
44	Ipixuna do Pará	PA	1	2.358	87,1	14,6
45	Viseu	PA	1	4.323	84,0	7,5
46	Itupiranga	PA	1	4.313	82,6	38,3
47	São Felix do Xingu	PA	1	2.627	73,6	23,9
48	Oeiras do Pará	PA	1	1.657	69,6	0,8
49	Alenquer	PA	1	2.756	66,5	30,6
50	Vitória do Xingu	PA	1	703	63,9	5,4
51	Itaituba	PA	1	6.069	63,9	54,8
52	Augusto Correa	PA	1	2.042	61,3	0,2
53	Portel	PA	1	2.353	60,3	24,3
54	Senador José Porfírio	PA	1	893	60,3	6,3
55	Breu Branco	PA	1	2.110	59,9	11,9
56	Tailândia	PA	1	2.427	59,6	21,3
57	Paragominas	PA	1	4.423	56,6	18,7
58	Ulianópolis	PA	1	1.119	54,6	14,4
59	Novo Progresso	PA	1	1.485	54,3	45,1

Anexo 7 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior ou igual a 50 casos por mil habitantes. Brasil, 2001
 Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
60	Tucuruí	PA	1	4.014	52,8	15,1
61	Cujubim	RO	1	3.033	434,8	34,0
62	Buritis	RO	1	9.167	325,9	32,7
63	Machadinho D' oeste	RO	1	7.066	296,0	32,5
64	Alto Paraíso	RO	1	2.850	208,1	38,0
65	Campo Novo de Rondônia	RO	1	2.145	169,8	19,3
66	Itapoa do Oeste	RO	1	904	126,8	21,7
67	São Francisco do Guaporé	RO	1	1.386	115,9	4,7
68	Candeias do Jamari	RO	1	1.377	99,7	21,4
69	Rio Crespo	RO	1	281	92,0	31,0
70	Vale do Anari	RO	1	528	64,1	22,7
71	Amajari	RR	1	1.476	270,5	22,6
72	Rorainópolis	RR	1	2.847	150,6	12,5
73	Caracarái	RR	1	2.108	141,4	27,0
74	Canta	RR	1	1.036	116,1	20,1
75	Mucajai	RR	1	1.060	94,0	16,8
76	São João da Baliza	RR	1	408	79,3	20,8
77	Pacaraíma	RR	1	501	69,3	29,5
78	Bonfim	RR	1	665	66,6	42,9
79	Alto Alegre	RR	1	1.134	60,6	16,3
80	Iracema	RR	1	278	55,3	7,2
Total				192.397	113,3	23,2

Anexo 8 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior ou igual a 10 e menor que 50 casos por habitantes. Brasil, 2001 Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% Pf
1	Caseara	TO	1	101	26,8	6,9
2	Araguacema	TO	1	94	17,0	0,0
3	Lagoa da Confusão	TO	1	85	12,8	8,2
4	Caroebe	RR	1	256	44,3	29,3
5	São Luiz	RR	1	173	31,2	25,4
6	Uiramuta	RR	1	167	28,2	29,9
7	Normandia	RR	1	88	14,8	26,1
8	Nova Mamoré	RO	1	781	49,8	16,7
9	Porto Velho	RO	1	13.018	38,0	21,2
10	Monte Negro	RO	1	459	34,7	36,8
11	Costa Marques	RO	1	327	30,6	2,1
12	Ariquemes	RO	1	1.448	19,0	27,8
13	Theobroma	RO	1	213	18,3	5,6
14	Guajará-mirim	RO	1	671	17,4	17,7
15	Cacaulândia	RO	1	87	16,2	42,5
16	Seringueiras	RO	1	40	11,3	42,1
17	Alvorada D'Oeste	RO	1	212	10,7	28,8
18	São João de Pirabas	PA	1	879	49,9	0,1
19	Altamira	PA	1	3.484	44,2	12,3
20	Marabá	PA	1	7.259	41,9	34,5
21	Parauapebas	PA	1	3.160	41,8	32,3
22	Goianésia do Pará	PA	1	959	39,9	24,4
23	Aurora do Pará	PA	1	798	38,8	9,0
24	Gurupa	PA	1	88	37,7	0,7
25	Eldorado dos Carajás	PA	1	1.151	36,2	35,4
26	Concórdia do Pará	PA	1	766	35,1	1,7
27	Maracanã	PA	1	916	32,9	0,7
28	Palestina do Pará	PA	1	248	31,9	25,0
29	Conceição do Araguaia	PA	1	1.389	31,8	1,3

Anexo 8 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior ou igual a 10 e menor que 50 casos por habitantes. Brasil, 2001 Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% Pf
30	Cumaru do Norte	PA	1	185	31,7	39,5
31	Ponta de Pedras	PA	1	571	30,1	22,1
32	Trairão	PA	1	426	28,5	14,8
33	Quatipuru	PA	1	308	27,8	0,0
34	Jacunda	PA	1	1.116	26,5	12,3
35	Curionópolis	PA	1	482	26,0	35,1
36	Almeirim	PA	1	840	24,7	39,2
37	Afua	PA	1	752	24,5	29,4
38	Nova Ipixuna	PA	1	291	23,7	15,1
39	Baião	PA	1	503	23,7	17,5
40	Oriximina	PA	1	1.150	23,4	19,0
41	Garrafão do Norte	PA	1	541	21,9	5,6
42	Salinópolis	PA	1	697	20,1	0,6
43	Brasil Novo	PA	1	339	18,9	36,0
44	Breves	PA	1	1.417	17,4	4,0
45	Magalhães Barata	PA	1	122	16,0	0,0
46	Faro	PA	1	166	15,4	10,2
47	Medicilândia	PA	1	325	15,0	26,8
48	Bragança	PA	1	1.353	14,2	0,2
49	Primavera	PA	1	131	13,4	0,0
50	Bom Jesus do Tocantins	PA	1	173	13,1	57,2
51	Mocajuba	PA	1	272	13,1	0,4
52	Marapanim	PA	1	328	13,0	0,9
53	Santa Isabel do Pará	PA	1	570	12,9	4,2
54	Rondon do Pará	PA	1	494	12,1	28,1
55	Moju	PA	1	647	11,9	23,5
56	Santarém	PA	1	2.861	10,8	27,1
57	Placas	PA	1	146	10,6	2,1
58	Igarapé-miri	PA	1	553	10,3	1,5
59	Brasnorte	MT	1	482	47,2	7,9

Anexo 8 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior ou igual a 10 e menor que 50 casos por habitantes. Brasil, 2001 Cont.

Quantt.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
60	Juina	MT	1	1.709	44,7	19,7
61	Querência	MT	1	172	22,1	0,0
62	Tapurah	MT	1	190	15,8	2,1
63	Marcelândia	MT	1	165	11,0	0,0
64	Nova Ibirata	MT	1	61	10,2	3,3
65	Tacuru	MS	2	124	13,9	0,0
66	Nova Olinda do Maranhão	MA	1	720	47,6	14,4
67	Apicum-açu	MA	1	522	45,7	0,0
68	Primeira Cruz	MA	1	444	39,8	0,5
69	Turiaçu	MA	1	1.243	38,9	0,2
70	Cândido Mendes	MA	1	596	35,4	21,5
71	Presidente Médici	MA	1	175	34,0	16,0
72	Bom Jardim	MA	1	1.089	31,2	9,5
73	Maracacume	MA	1	471	31,0	14,0
74	Pindaré Mirim	MA	1	809	29,2	14,3
75	Carutapera	MA	1	544	28,7	1,1
76	Cachoeira Grande	MA	1	207	27,3	0,0
77	Alcântara	MA	1	576	26,9	0,5
78	Tufilândia	MA	1	147	26,6	0,7
79	Pedro do Rosário	MA	1	473	24,9	17,8
80	São Mateus do Maranhão	MA	1	873	24,7	0,3
81	Serrano do Maranhão	MA	1	191	23,3	0,0
82	Icatu	MA	1	444	20,5	0,0
83	Arame	MA	1	567	19,4	12,2
84	Santa Luzia do Parua	MA	1	416	19,3	6,0
85	Penalva	MA	1	587	19,3	2,2
86	Vitória do Mearim	MA	1	581	18,9	1,2
87	Ze Doca	MA	1	875	18,6	7,9
88	Centro Novo do Maranhão	MA	1	273	18,4	20,2
89	Godofredo Viana	MA	1	122	17,5	0,8

Anexo 8 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior ou igual a 10 e menor que 50 casos por habitantes. Brasil, 2001 Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% Pf
90	Governador Nunes Freire	MA	1	472	17,4	18,0
91	Araguana	MA	1	156	17,2	12,8
92	Presidente Vargas	MA	1	179	16,8	0,6
93	Centro do Guilherme	MA	1	106	16,7	4,7
94	Cajari	MA	1	216	16,5	6,0
95	Alto Alegre do Pindaré	MA	1	492	15,8	26,4
96	Lago Verde	MA	1	196	14,0	1,5
97	Nina Rodrigues	MA	1	113	13,5	0,0
98	Bacabal	MA	1	1.240	13,4	1,9
99	Bom Jesus das Selvas	MA	1	220	12,9	20,5
100	Peritoró	MA	1	220	12,4	12,3
101	Amapá do Maranhão	MA	1	64	11,4	18,8
102	Jenipapo dos Vieiras	MA	1	104	10,3	0,0
103	Alto Alegre do Maranhão	MA	1	211	10,2	4,7
104	Pracuuba	AP	1	97	40,3	1,0
105	Vitória do Jari	AP	1	275	30,4	18,2
106	Santana	AP	1	1.789	21,2	31,5
107	Laranjal do Jari	AP	1	601	20,3	50,3
108	Macapá	AP	1	4.378	14,8	23,9
109	Cutias	AP	1	40	11,5	15,0
110	Tapaua	AM	1	961	45,3	21,5
111	Borba	AM	1	1.336	44,5	22,5
112	Careiro	AM	1	1.186	43,9	8,3
113	Tefé	AM	1	2.836	43,2	11,7
114	Nova Olinda do Norte	AM	1	961	38,4	1,3
115	Novo Airão	AM	1	347	38,1	28,8
116	Uarini	AM	1	396	36,4	14,1
117	Maraá	AM	1	599	33,9	3,3
118	Guajará	AM	1	448	33,5	37,1
119	Juruá	AM	1	253	32,1	4,7

Anexo 8 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior ou igual a 10 e menor que 50 casos por habitantes. Brasil, 2001 Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% Pf
120	Japurá	AM	1	325	31,8	9,9
121	Humaitá	AM	1	985	30,7	13,4
122	Careiro da Várzea	AM	1	487	28,4	10,1
123	Atalaia do Norte	AM	1	270	27,1	30,4
124	Novo Aripuana	AM	1	405	22,8	6,9
125	Manacapuru	AM	1	1.479	19,6	5,9
126	Santo Antonio do Ica	AM	1	540	18,3	10,2
127	Canutama	AM	1	184	16,8	14,7
128	Jutaí	AM	1	362	15,5	24,3
129	Rio Preto da Eva	AM	1	301	15,3	3,7
130	Boca do Acre	AM	1	400	14,7	11,5
131	Beruri	AM	1	159	13,9	34,6
132	Manicore	AM	1	527	13,9	14,4
133	Eirunepe	AM	1	345	12,9	11,6
134	Apui	AM	1	181	12,2	15,5
135	Barcelos	AM	1	307	11,9	22,5
136	Iranduba	AM	1	398	11,8	12,1
137	Manaquiri	AM	1	141	10,9	5,7
138	Jordão	AC	1	116	25,9	0,9
139	Tarauaca	AC	1	395	15,0	13,2
140	Cruzeiro do Sul	AC	1	1.024	14,7	18,3
141	Porto Acre	AC	1	152	13,0	24,3
142	Mâncio Lima	AC	1	149	13,0	4,0
143	Senador Guimard	AC	1	263	12,9	18,3
144	Rodrigues Alves	AC	1	103	12,5	28,2
Total				104.314	24,0	17,2

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001 Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	%Pf
1	Capixaba	AC	1	46	8,3	39,1
2	Marechal Thaumaturgo	AC	1	43	5,2	34,9
3	Plácido de Castro	AC	1	66	4,3	13,6
4	Assis Brasil	AC	1	15	4,2	0,0
5	Rio Branco	AC	1	936	3,6	31,9
6	Bujari	AC	1	20	3,3	25,0
7	Porto Walter	AC	1	15	2,8	46,7
8	Xapuri	AC	1	18	1,5	16,7
9	Sena Madureira	AC	1	29	1,0	17,2
10	Feijó	AC	1	19	0,7	0,0
11	Brasília	AC	1	11	0,6	36,4
12	Epitaciolândia	AC	1	1	0,1	100,0
13	Anama	AM	1	55	8,3	34,6
14	Itapiranga	AM	1	43	5,7	2,3
15	Itamarati	AM	1	47	5,6	2,1
16	Codajás	AM	1	90	5,0	37,8
17	Pauini	AM	1	73	4,3	2,7
18	Itacoatiara	AM	1	264	3,6	7,2
19	Manaus	AM	1	4.920	3,4	18,5
20	Urucara	AM	1	62	3,2	3,2
21	São Sebastião do Uatuma	AM	1	24	3,2	4,2
22	Caravari	AM	1	69	2,9	8,7
23	Nhamunda	AM	1	44	2,8	4,6
24	Anori	AM	1	31	2,7	0,0
25	Ipixuna	AM	1	38	2,5	26,3
26	Maues	AM	1	94	2,3	28,7
27	Silves	AM	1	18	2,3	0,0
28	Amatura	AM	1	14	1,9	0,0
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001 Cont.

29	Tonantins	AM	1	19	1,2	10,5
30	Fonte Boa	AM	1	33	1,0	0,0
31	Benjamin Constant	AM	1	18	0,8	38,9
32	Tabatinga	AM	1	16	0,4	6,3
33	Envira	AM	1	7	0,4	0,0
34	Parintins	AM	1	17	0,2	0,0
35	Urucurituba	AM	1	2	0,2	0,0
36	Amapá	AP	1	11	1,5	18,2
37	Porto Seguro	BA	2	64	0,6	1,6
38	Eunápolis	BA	2	8	0,1	0,0
39	Santa Teresa	ES	2	4	0,2	0,0
40	Domingos Martins	ES	2	5	0,2	0,0
41	Alfredo Chaves	ES	2	2	0,2	0,0
42	João Neiva	ES	2	1	0,1	0,0
43	Igarapé do Meio	MA	1	100	9,9	1,0
44	São Luís Gonzaga do Maranhão	MA	1	219	9,8	0,9
45	Luís Domingues	MA	1	55	9,6	1,8
46	Guimarães	MA	1	118	9,3	0,9
47	Pio XII	MA	1	222	9,0	2,3
48	Maranhãozinho	MA	1	67	8,6	7,5
49	São João do Caru	MA	1	117	8,5	15,4
50	Timbiras	MA	1	197	7,4	1,0
51	Arari	MA	1	192	7,2	1,6
52	Raposa	MA	1	125	7,1	2,4
53	Itinga do Maranhão	MA	1	163	6,8	2,5
54	Amarante do Maranhão	MA	1	206	6,4	5,3
55	Bela Vista do Maranhão	MA	1	62	6,0	16,1
56	Pirapemas	MA	1	90	5,8	2,2
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	%PF
57	Governador Newton Bello	MA	1	67	5,6	10,5

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001 Cont.

58	Buriticupu	MA	1	267	5,0	2,3
59	Presidente Juscelino	MA	1	51	4,7	0,0
60	Cantanhede	MA	1	78	4,5	0,0
61	Satubinha	MA	1	36	4,3	2,8
62	Matões do Norte	MA	1	32	4,3	0,0
63	Junco do Maranhão	MA	1	24	4,2	8,3
64	Viana	MA	1	170	3,8	1,8
65	Santa Luzia	MA	1	273	3,6	7,3
66	Vitorino Freire	MA	1	111	3,5	2,7
67	Tutóia	MA	1	127	3,3	0,0
68	Bacuri	MA	1	52	3,3	0,0
69	Cururupu	MA	1	112	3,2	0,9
70	Codó	MA	1	336	3,0	1,8
71	São José de Ribamar	MA	1	333	3,0	0,6
72	Rosário	MA	1	99	2,9	0,0
73	Santa Inês	MA	1	194	2,8	11,9
74	Coroatá	MA	1	145	2,6	0,7
75	Itapecuru Mirim	MA	1	108	2,5	0,0
76	São Pedro da Água Branca	MA	1	27	2,5	33,3
77	Axixá	MA	1	23	2,3	0,0
78	Mirinzal	MA	1	28	2,1	0,0
79	São Benedito do Rio Preto	MA	1	34	2,0	5,9
80	Brejo de Areia	MA	1	10	1,8	10,0
81	Vargem Grande	MA	1	53	1,5	3,8
82	Pinheiro	MA	1	79	1,2	2,5
83	Pedreiras	MA	1	46	1,1	2,2
84	Lima Campos	MA	1	12	1,1	25,0
85	Morros	MA	1	14	1,0	0,0
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
86	Açailândia	MA	1	86	0,9	23,3
87	Central do Maranhão	MA	1	7	0,9	0,0

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001

Cont.

88	Altamira do Maranhão	MA	1	10	0,9	0,0
89	Lago da Pedra	MA	1	37	0,9	10,8
90	Belágua	MA	1	5	0,9	0,0
91	Cedral	MA	1	9	0,9	22,2
92	Olho D'água das Cunhãs	MA	1	15	0,9	0,0
93	Vila Nova dos Martírios	MA	1	6	0,9	50,0
94	Grajaú	MA	1	39	0,8	0,0
95	Governador Archer	MA	1	7	0,8	0,0
96	Tuntum	MA	1	28	0,8	7,1
97	Bequimão	MA	1	14	0,7	7,1
98	Igarapé Grande	MA	1	7	0,7	14,3
99	Buritirana	MA	1	10	0,7	0,0
100	Urbano Santos	MA	1	12	0,7	0,0
101	Barra do Corda	MA	1	51	0,7	0,0
102	Trizidela do Vale	MA	1	10	0,6	0,0
103	João Lisboa	MA	1	14	0,6	7,1
104	Bacabeira	MA	1	6	0,6	0,0
105	Senador La Rocque	MA	1	9	0,6	11,1
106	Gonçalves Dias	MA	1	9	0,5	22,2
107	São João do Soter	MA	1	8	0,5	62,5
108	Chapadinha	MA	1	30	0,5	0,0
109	Davinópolis	MA	1	6	0,5	33,3
110	Governador Eugênio Barros	MA	1	7	0,5	100,0
111	Lagoa dos Rodrigues	MA	1	4	0,5	0,0
112	Paço do Lumiar	MA	1	35	0,4	2,9
113	Santa Rita	MA	1	11	0,4	0,0
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
114	Caxias	MA	1	59	0,4	52,5
115	Joselândia	MA	1	6	0,4	0,0
116	São Luís	MA	1	339	0,4	0,3

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001
Cont.

117	Governador Édison Lobão	MA	1	4	0,4	0,0
118	Miranda do Norte	MA	1	5	0,3	0,0
119	Olinda Nova do Maranhão	MA	1	3	0,3	0,0
120	Presidente Dutra	MA	1	12	0,3	25,0
121	Montes Altos	MA	1	3	0,3	33,3
122	Cidelândia	MA	1	3	0,3	0,0
123	Santa Filomena do Maranhão	MA	1	1	0,2	0,0
124	Santo Antonio dos Lopes	MA	1	3	0,2	0,0
125	São Bernardo	MA	1	5	0,2	20,0
126	Anapurus	MA	1	2	0,2	0,0
127	Matinha	MA	1	4	0,2	25,0
128	Milagres do Maranhão	MA	1	1	0,2	0,0
129	Bernardo do Mearim	MA	1	1	0,2	0,0
130	Poçoão de Pedras	MA	1	4	0,2	50,0
131	Bom Lugar	MA	1	2	0,2	0,0
132	Lajeado Novo	MA	1	1	0,2	0,0
133	Graça Aranha	MA	1	1	0,2	0,0
134	Matões	MA	1	4	0,2	0,0
135	Parnarama	MA	1	5	0,2	100,0
136	Esperantinópolis	MA	1	3	0,1	0,0
137	Imperatriz	MA	1	32	0,1	21,9
138	Marajá do Sena	MA	1	1	0,1	0,0
139	São Francisco do Brejão	MA	1	1	0,1	0,0
140	Estreito	MA	1	3	0,1	66,7
141	Senador Alexandre Costa	MA	1	1	0,1	100,0
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
142	Paulo Ramos	MA	1	2	0,1	0,0
143	São Bento	MA	1	4	0,1	0,0
144	São Domingos do Maranhão	MA	1	4	0,1	0,0
145	Cajapió	MA	1	1	0,1	0,0

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001 Cont.

146	Lago do Junco	MA	1	1	0,1	0,0
147	Santa Quitéria do Maranhão	MA	1	3	0,1	0,0
148	Santo Amaro do Maranhão	MA	1	1	0,1	0,0
149	Capinzal do Norte	MA	1	1	0,1	0,0
150	Coelho Neto	MA	1	4	0,1	0,0
151	Paulino Neves	MA	1	1	0,1	0,0
152	Santana do Maranhão	MA	1	1	0,1	0,0
153	Balsas	MA	1	5	0,1	40,0
154	Magalhães de Almeida	MA	1	1	0,1	0,0
155	Sítio Novo	MA	1	1	0,1	0,0
156	Porto Franco	MA	1	1	0,1	0,0
157	Aldeias Altas	MA	1	1	0,1	0,0
158	São Vicente Férrer	MA	1	1	0,1	0,0
159	Timon	MA	1	7	0,1	57,1
160	Japora	MS	2	3	0,5	0,0
161	Sete Quedas	MS	2	4	0,4	0,0
162	Naviraí	MS	2	2	0,1	0,0
163	Vera	MT	1	80	8,5	12,5
164	São José do Rio Claro	MT	1	108	8,3	0,0
165	Apiacas	MT	1	50	7,6	22,0
166	Santa Terezinha	MT	1	27	4,3	7,4
167	Juruena	MT	1	22	3,9	18,2
168	Diamantino	MT	1	60	3,2	0,0
169	Castanheira	MT	1	19	2,5	26,3
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
170	São José do Xingu	MT	1	13	2,5	23,1
171	Peixoto de Azevedo	MT	1	61	2,5	72,1
172	Cláudia	MT	1	19	1,9	5,3
173	Itaúba	MT	1	11	1,9	0,0
174	Paranatinga	MT	1	23	1,5	4,4

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001 Cont.

175	Nova Maringá	MT	1	5	1,3	0,0
176	Nova Bandeirantes	MT	1	9	1,2	0,0
177	Novo Mundo	MT	1	6	1,2	83,3
178	Canabrava do Norte	MT	1	5	1,0	0,0
179	Vila Rica	MT	1	12	0,7	16,7
180	Confresa	MT	1	13	0,7	15,4
181	Sinop	MT	1	51	0,6	9,8
182	Porto Alegre do Norte	MT	1	5	0,6	0,0
183	Porto dos Gaúchos	MT	1	3	0,5	0,0
184	Nova Lacerda	MT	1	2	0,5	100,0
185	Colider	MT	1	12	0,4	8,3
186	Luciara	MT	1	1	0,4	0,0
187	Juara	MT	1	10	0,3	20,0
188	Guaranta do Norte	MT	1	9	0,3	66,7
189	Vila Bela da Santíssima Trindade	MT	1	4	0,3	25,0
190	Sorriso	MT	1	10	0,3	20,0
191	Canarana	MT	1	4	0,3	0,0
192	Alta Floresta	MT	1	7	0,2	71,4
193	Terra Nova do Norte	MT	1	2	0,2	50,0
194	Nobres	MT	1	2	0,1	0,0
195	Matupa	MT	1	1	0,1	0,0
196	Nova Canaã do Norte	MT	1	1	0,1	0,0
197	Carlinda	MT	1	1	0,1	0,0
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
198	Mãe do Rio	PA	1	237	9,5	4,2
199	Bujaru	PA	1	206	9,4	0,0
200	São Miguel do Guama	PA	1	371	8,8	0,8
201	Capitão Poco	PA	1	406	8,1	2,2
202	Uruara	PA	1	374	7,9	13,6
203	Muana	PA	1	201	7,8	8,0

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001 Cont.

204	Tomé-açu	PA	1	367	7,6	13,4
205	Cachoeira do Arari	PA	1	121	7,5	6,6
206	Irituia	PA	1	214	7,0	3,3
207	São Sebastião da Boa Vista	PA	1	126	7,0	4,8
208	Nova Timboteua	PA	1	78	6,7	1,3
209	Peixe-boi	PA	1	53	6,6	0,0
210	São Geraldo do Araguaia	PA	1	180	6,5	32,8
211	Tracuateua	PA	1	148	6,3	0,7
212	Curua	PA	1	56	6,0	8,9
213	Redenção	PA	1	372	5,8	13,4
214	São Caetano de Odivelas	PA	1	80	5,2	3,8
215	Dom Eliseu	PA	1	204	4,9	15,2
216	São Domingos do Araguaia	PA	1	88	4,3	46,6
217	Melgaço	PA	1	92	4,2	1,1
218	Piçarra	PA	1	54	4,2	20,4
219	Monte Alegre	PA	1	250	4,1	0,0
220	Brejo Grande do Araguaia	PA	1	27	3,6	14,8
221	Igarapé-açu	PA	1	114	3,5	0,0
222	Ourilândia do Norte	PA	1	67	3,4	43,3
223	Ourem	PA	1	47	3,2	14,9
224	Colares	PA	1	33	3,0	0,0
225	Aveiro	PA	1	48	3,0	4,2
226	Santa Luzia do Pará	PA	1	53	2,7	5,7
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
227	Curuca	PA	1	66	2,5	4,6
228	Água Azul do Norte	PA	1	51	2,2	17,7
229	Acara	PA	1	108	2,0	1,9
230	Salvaterra	PA	1	27	1,7	0,0
231	São Domingos do Capim	PA	1	49	1,7	2,0
232	Vigia	PA	1	66	1,6	3,0
233	Capanema	PA	1	85	1,5	9,4
234	Obidos	PA	1	62	1,3	11,3

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001 Cont.

235	Floresta do Araguaia	PA	1	17	1,2	5,9
236	Belterra	PA	1	17	1,1	5,9
237	Santa Maria do Pará	PA	1	24	1,1	4,2
238	Canaã dos Carajás	PA	1	12	1,1	8,3
239	Abel Figueiredo	PA	1	6	1,0	50,0
240	Tucumã	PA	1	21	0,8	4,8
241	Rurópolis	PA	1	20	0,8	0,0
242	São João da Ponta	PA	1	3	0,8	0,0
243	Santo Antonio do Taua	PA	1	15	0,7	13,3
244	Belém	PA	1	927	0,7	1,2
245	Cameta	PA	1	63	0,6	0,0
246	Soure	PA	1	11	0,5	0,0
247	Terra Santa	PA	1	8	0,5	12,5
248	Limoeiro do Ajuru	PA	1	9	0,5	0,0
249	Rio Maria	PA	1	7	0,4	28,6
250	Abaetetuba	PA	1	48	0,4	33,3
251	Pau D'arco	PA	1	3	0,4	33,3
252	Sapucaia	PA	1	1	0,3	0,0
253	Barcarena	PA	1	17	0,3	11,8
254	Ananindeua	PA	1	81	0,2	3,7
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
255	Santa Cruz do Arari	PA	1	1	0,2	0,0
256	Inhangapi	PA	1	1	0,1	0,0
257	Xinguara	PA	1	4	0,1	0,0
258	Bonito	PA	1	1	0,1	0,0
259	Castanhal	PA	1	14	0,1	7,1
260	Marituba	PA	1	6	0,1	0,0
261	Benevides	PA	1	2	0,1	0,0
262	Monsenhor Gil	PI	2	3	0,3	0,0
263	Madeiro	PI	2	1	0,2	0,0

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001 Cont.

264	Barras	PI	2	3	0,1	0,0
265	Altos	PI	2	2	0,1	0,0
266	Serranópolis do Iguaçu	PR	2	3	0,6	0,0
267	São Miguel do Iguaçu	PR	2	11	0,4	0,0
268	Itaipulândia	PR	2	3	0,4	0,0
269	Santa Helena	PR	2	6	0,3	0,0
270	Missal	PR	2	1	0,1	0,0
271	Teixeirópolis	RO	1	26	4,6	23,1
272	São Miguel do Guaporé	RO	1	103	4,1	77,7
273	Presidente Médici	RO	1	107	4,1	9,4
274	Castanheiras	RO	1	11	2,6	36,4
275	Vale do Paraíso	RO	1	22	2,2	50,0
276	Santa Luzia D' oeste	RO	1	25	2,2	12,0
277	Urupa	RO	1	33	2,2	57,6
278	Alta Floresta D' oeste	RO	1	49	1,8	26,5
279	Governador Jorge Teixeira	RO	1	24	1,7	20,8
280	Primavera de Rondônia	RO	1	7	1,6	0,0
281	Nova Brasilândia D' oeste	RO	1	26	1,5	46,2
282	Ministro Andreazza	RO	1	16	1,4	93,8
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
283	Parecis	RO	1	5	1,4	0,0
284	Jaru	RO	1	58	1,1	17,2
285	Mirante da Serra	RO	1	13	1,0	53,9
286	Pimenteiras do Oeste	RO	1	2	0,8	100,0
287	Nova União	RO	1	6	0,7	50,0
288	Cabixi	RO	1	4	0,5	75,0
289	Espigão D' oeste	RO	1	9	0,4	22,2
290	Vilhena	RO	1	17	0,3	41,2
291	Cacoal	RO	1	17	0,2	58,8
292	Ouro Preto do Oeste	RO	1	8	0,2	12,5

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001 Cont.

293	Ji-Paraná	RO	1	18	0,2	27,8
294	Novo Horizonte do Oeste	RO	1	2	0,2	50,0
295	Alto Alegre do Parecis	RO	1	2	0,2	0,0
296	Corumbiara	RO	1	1	0,1	0,0
297	Rolim de Moura	RO	1	4	0,1	0,0
298	Pimenta Bueno	RO	1	2	0,1	50,0
299	Colorado do Oeste	RO	1	1	0,1	0,0
300	Boa Vista	RR	1	539	2,6	30,2
301	Pium	TO	1	41	7,7	7,3
302	Araguatins	TO	1	163	6,1	16,6
303	Marianópolis do Tocantins	TO	1	11	3,2	0,0
304	Cristalândia	TO	1	20	2,8	10,0
305	São Sebastião do Tocantins	TO	1	8	2,1	62,5
306	São Bento do Tocantins	TO	1	6	1,7	0,0
307	Chapada de Areia	TO	1	2	1,6	0,0
308	Ananás	TO	1	11	1,0	9,1
309	Esperantina	TO	1	8	1,0	62,5
310	Talismã	TO	1	2	0,8	100,0
Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	% PF
311	Maurilândia do Tocantins	TO	1	2	0,7	50,0
312	Riachinho	TO	1	2	0,5	50,0
313	Carmolândia	TO	1	1	0,5	100,0
314	Alvorada	TO	1	4	0,5	0,0
315	Aragominas	TO	1	3	0,5	66,7
316	Monte do Carmo	TO	1	2	0,4	0,0
317	Santa Terezinha do Tocantins	TO	1	1	0,4	0,0
318	Figueirópolis	TO	1	2	0,4	0,0
319	Xambioá	TO	1	4	0,3	25,0
320	Nova Rosalândia	TO	1	1	0,3	0,0
321	Araguaína	TO	1	28	0,2	64,3

Anexo 9 - Municípios com transmissão de malária e com IPA maior que zero e menor que 10 casos por mil habitantes. Brasil, 2001

Cont.

322	Augustinópolis	TO	1	3	0,2	66,7
323	Duere	TO	1	1	0,2	0,0
324	Colméia	TO	1	2	0,2	0,0
325	Pequizeiro	TO	1	1	0,2	100,0
326	Goiatins	TO	1	2	0,2	0,0
327	Divinópolis do Tocantins	TO	1	1	0,2	0,0
328	Itaguatins	TO	1	1	0,2	0,0
329	Guaraí	TO	1	3	0,2	33,3
330	Buriti do Tocantins	TO	1	1	0,1	0,0
331	Pedro Afonso	TO	1	1	0,1	0,0
332	Formoso do Araguaia	TO	1	2	0,1	0,0
333	Sítio Novo do Tocantins	TO	1	1	0,1	0,0
334	Miracema do Tocantins	TO	1	2	0,1	50,0
335	Palmas	TO	1	8	0,1	12,5
Total				21.965	1,7	12,6

Anexo 10 - Municípios com transmissão de malária e com IPA igual a zero. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Positivo	IPA	%PF
1	Santa Maria de Jetiba	ES	2	1	0,0	0,0
2	Viana	ES	2	1	0,0	0,0
3	Anajatuba	MA	1	1	0,0	0,0
4	Araioses	MA	1	1	0,0	0,0
5	Brejo	MA	1	1	0,0	0,0
6	Buriti	MA	1	1	0,0	0,0
7	Carolina	MA	1	1	0,0	0,0
8	Colinas	MA	1	1	0,0	100,0
9	Belo Horizonte	MG	2	2	0,0	0,0
10	Barra do Bugres	MT	1	1	0,0	0,0
11	Cuiabá	MT	1	2	0,0	0,0
12	Mirassol D'oeste	MT	1	1	0,0	100,0
13	Pocone	MT	1	1	0,0	0,0
14	Pontes e Lacerda	MT	1	1	0,0	0,0
15	Juruti	PA	1	1	0,0	0,0
16	Piracuruca	PI	2	1	0,0	0,0
17	Teresina	PI	2	3	0,0	33,3
18	Foz do Iguacu	PR	2	3	0,0	0,0
19	Gurupi	TO	1	2	0,0	0,0
20	Porto Nacional	TO	1	1	0,0	0,0
Total						
				27	0,0	11,1

Anexo 11 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de casos. Brasil, 2001

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
1	Santa Rosa do Purus	AC	1	2001	105	1
2	Barreirinha	AM	1	2001	198	3
3	Bom Jesus da Lapa	BA	2	2001	60	2
4	Ilhéus	BA	2	2001	4	1
5	Jaborandi	BA	2	2001	14	1
6	Juazeiro	BA	2	2001	241	3
7	Poções	BA	2	2001	7	2
8	Presidente Tancredo Neves	BA	2	2001	14	1
9	Remanso	BA	2	2001	150	1
10	Salvador	BA	2	2001	353	8
11	Teixeira de Freitas	BA	2	2001	191	3
12	Acarau	CE	2	2001	1	1
13	Camocim	CE	2	2001	80	4
14	Crato	CE	2	2001	38	20
15	Fortaleza	CE	2	2001	231	29
16	Itapipoca	CE	2	2001	111	1
17	Redenção	CE	2	2001	5	1
18	São Gonçalo do Amarante	CE	2	2001	60	1
19	Sobral	CE	2	2001	57	4
20	Tianguá	CE	2	2001	3	1
21	Uruoca	CE	2	2001	115	1
22	Viçosa do Ceará	CE	2	2001	19	1
23	Brasília	DF	2	2001	349	59
24	Água doce do Norte	ES	2	2001	108	2
25	Aracruz	ES	2	2001	104	1
26	Barra de São Francisco	ES	2	2001	251	1
27	Cachoeiro de Itapemirim	ES	2	2001	15	3
28	Cariacica	ES	2	2001	112	8
Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo

Anexo 11 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de casos. Brasil, 2001

Cont.

29	Colatina	ES	2	2001	66	1
30	Conceição da Barra	ES	2	2001	174	1
31	Ibiraçu	ES	2	2001	98	2
32	Iconha	ES	2	2001	14	1
33	Itarana	ES	2	2001	7	1
34	Jaguaré	ES	2	2001	3	1
35	Linhares	ES	2	2001	193	4
36	Nova Venécia	ES	2	2001	86	3
37	Pedro Canário	ES	2	2001	100	1
38	São Gabriel da Palha	ES	2	2001	112	1
39	São Mateus	ES	2	2001	133	1
40	Serra	ES	2	2001	530	3
41	Sooretama	ES	2	2001	95	1
42	Vila Pavão	ES	2	2001	259	1
43	Vila Velha	ES	2	2001	151	6
44	Vitória	ES	2	2001	202	13
45	Acreúna	GO	2	2001	16	7
46	Cachoeira de Goiás	GO	2	2001	2	2
47	Campos Verdes	GO	2	2001	2	1
48	Ceres	GO	2	2001	151	6
49	Goianésia	GO	2	2001	24	3
50	Itapaci	GO	2	2001	26	3
51	Jataí	GO	2	2001	83	8
52	Mineiros	GO	2	2001	19	2
53	Mozarlândia	GO	2	2001	5	2
54	Nova Crixás	GO	2	2001	23	2
55	Nova Glória	GO	2	2001	19	1
56	Perolândia	GO	2	2001	1	1
Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
57	Porangatu	GO	2	2001	23	3

Anexo 11 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de casos. Brasil, 2001

Cont.

58	Quirinópolis	GO	2	2001	6	4
59	Rialma	GO	2	2001	1	1
60	Rio Verde	GO	2	2001	34	4
61	Rubiataba	GO	2	2001	8	1
62	Valparaíso de Goiás	GO	2	2001	1	1
63	Barreirinhas	MA	1	2001	276	12
64	Fernando Falcão	MA	1	2001	28	1
65	Jatobá	MA	1	2001	101	1
66	Lagoa G. do Maranhão	MA	1	2001	58	3
67	Loreto	MA	1	2001	53	1
68	Mirador	MA	1	2001	266	4
69	Palmeirândia	MA	1	2001	175	3
70	Paraibano	MA	1	2001	200	3
71	Pastos Bons	MA	1	2001	121	2
72	Peri Mirim	MA	1	2001	178	2
73	Porto Rico do Maranhão	MA	1	2001	169	2
74	São João Batista	MA	1	2001	381	2
75	São João dos Patos	MA	1	2001	138	5
76	São R. do Doca Bezerra	MA	1	2001	9	1
77	Barbacena	MG	2	2001	1	1
78	Campos Altos	MG	2	2001	1	1
79	Caratinga	MG	2	2001	33	8
80	Coronel Fabriciano	MG	2	2001	9	4
81	Divinópolis	MG	2	2001	37	13
82	Frutal	MG	2	2001	1	1
83	Ituiutaba	MG	2	2001	2	1
84	João Pinheiro	MG	2	2001	9	1
Quant.	Município	UF	REG	ano	Exame	Positivo
85	Juiz de Fora	MG	2	2001	4	2
86	Montes Claros	MG	2	2001	7	3

Anexo 11 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de casos. Brasil, 2001

Cont.

87	Patos de Minas	MG	2	2001	10	4
88	Patrocínio	MG	2	2001	1	1
89	Pirapora	MG	2	2001	55	2
90	Ponte Nova	MG	2	2001	1	1
91	Pouso Alegre	MG	2	2001	3	2
92	Santa Vitória	MG	2	2001	5	5
93	Sete Lagoas	MG	2	2001	14	12
94	Teófilo Otoni	MG	2	2001	52	2
95	Uberaba	MG	2	2001	53	10
96	Uberlândia	MG	2	2001	19	9
97	Unaí	MG	2	2001	1	1
98	Amambai	MS	2	2001	31	1
99	Aral Moreira	MS	2	2001	14	3
100	Bataipora	MS	2	2001	20	1
101	Caarapo	MS	2	2001	20	3
102	Campo Grande	MS	2	2001	98	24
103	Coronel Sapucaia	MS	2	2001	22	8
104	Dourados	MS	2	2001	38	5
105	Fátima do Sul	MS	2	2001	5	1
106	Iguatemi	MS	2	2001	9	3
107	Itaquirai	MS	2	2001	7	1
108	Ivinhema	MS	2	2001	33	3
109	Mundo Novo	MS	2	2001	18	3
110	Nioaque	MS	2	2001	8	1
111	Nova Andradina	MS	2	2001	30	1
112	Novo Horizonte do Sul	MS	2	2001	3	1
113	Paranaíba	MS	2	2001	7	4
Quantt.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
114	Paranhos	MS	2	2001	85	21
115	Ponta Porã	MS	2	2001	2	2
116	Ribas do Rio Pardo	MS	2	2001	3	1
117	Rio Brillhante	MS	2	2001	2	1

Anexo 11 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de casos. Brasil, 2001

Cont.

118	São Gabriel do Oeste	MS	2	2001	2	2
119	Sonora	MS	2	2001	3	2
120	Alto Boa Vista	MT	1	2001	30	1
121	Alto Garças	MT	1	2001	1	1
122	Araputanga	MT	1	2001	5	1
123	Barra do Garças	MT	1	2001	18	2
124	Cáceres	MT	1	2001	90	5
125	Campo Novo do Parecis	MT	1	2001	2	2
126	Comodoro	MT	1	2001	261	6
127	Gaúcha do Norte	MT	1	2001	2	1
128	Nortelândia	MT	1	2001	25	5
129	Nova Xavantina	MT	1	2001	24	14
130	Paranaita	MT	1	2001	727	1
131	Poxoréo	MT	1	2001	2	2
132	Primavera do Leste	MT	1	2001	3	3
133	Rondonópolis	MT	1	2001	40	8
134	Rosário Oeste	MT	1	2001	33	7
135	Salto do Céu	MT	1	2001	28	2
136	São Félix do Araguaia	MT	1	2001	103	4
137	São J. dos Quatro Marcos	MT	1	2001	19	1
138	Tangará da Serra	MT	1	2001	4	1
139	Santa Bárbara do Pará	PA	1	2001	80	5
140	São Francisco do Pará	PA	1	2001	52	3
141	Terra Alta	PA	1	2001	100	2
Quant.	Município	UF	Reg	Ano	Exame	Positivo
142	Sousa	PB	2	2001	1	1
143	Tavares	PB	2	2001	1	1
144	Caruaru	PE	2	2001	110	1
145	Salgueiro	PE	2	2001	703	5
146	Vitória de Santo Antão	PE	2	2001	226	13

Anexo 11 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de casos. Brasil, 2001

Cont.

147	Água Branca	PI	2	2001	5	1
148	Alto Longa	PI	2	2001	1	1
149	Batalha	PI	2	2001	31	1
150	Bertolínia	PI	2	2001	11	1
151	Buriti dos Lopes	PI	2	2001	15	1
152	Caxingó	PI	2	2001	2	1
153	Cocal	PI	2	2001	1	1
154	Esperantina	PI	2	2001	120	5
155	Floriano	PI	2	2001	20	1
156	Joca Marques	PI	2	2001	75	3
157	Luzilândia	PI	2	2001	302	6
158	Matias Olímpio	PI	2	2001	205	1
159	Miguel Alves	PI	2	2001	67	2
160	Nazaré do Piauí	PI	2	2001	7	1
161	Parnaíba	PI	2	2001	212	5
162	Picos	PI	2	2001	89	5
163	Simplicio Mendes	PI	2	2001	3	1
164	União	PI	2	2001	118	1
165	Valença do Piauí	PI	2	2001	9	1
166	Campo Mourão	PR	2	2001	2	2
167	Cascável	PR	2	2001	101	33
168	Clevelândia	PR	2	2001	1	1
169	Curitiba	PR	2	2001	73	11
Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
170	Floresta	PR	2	2001	1	1
171	Guaira	PR	2	2001	178	12
172	Jacarezinho	PR	2	2001	9	2
173	Londrina	PR	2	2001	20	2
174	Marechal Cândido Rondon	PR	2	2001	3	1
175	Marialva	PR	2	2001	3	3

Anexo 11 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de casos. Brasil, 2001

Cont.

176	Maringá	PR	2	2001	2	2
177	Medianeira	PR	2	2001	1	1
178	Paiçandu	PR	2	2001	1	1
179	Paranaguá	PR	2	2001	53	1
180	Paranavaí	PR	2	2001	4	2
181	Pato Branco	PR	2	2001	1	1
182	Ponta Grossa	PR	2	2001	1	1
183	Sarandi	PR	2	2001	1	1
184	União da Vitória	PR	2	2001	1	1
185	Angra dos Reis	RJ	2	2001	6	3
186	Campos dos Goytacazes	RJ	2	2001	24	1
187	Conceição de Macabu	RJ	2	2001	3	1
188	Duque de Caxias	RJ	2	2001	2	2
189	Itaguaí	RJ	2	2001	2	1
190	Itatiaia	RJ	2	2001	1	1
191	Macaé	RJ	2	2001	19	6
192	Niterói	RJ	2	2001	2	1
193	Nova Iguaçu	RJ	2	2001	10	4
194	Rio de Janeiro	RJ	2	2001	206	47
195	Sapucaia	RJ	2	2001	2	1
196	Teresópolis	RJ	2	2001	5	1
197	Volta Redonda	RJ	2	2001	2	1
Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
198	Açu	RN	2	2001	4	2
199	Areia Branca	RN	2	2001	52	3
200	Ceará-mirim	RN	2	2001	3	1
201	Coronel João Pessoa	RN	2	2001	6	1
202	Currais Novos	RN	2	2001	3	1
203	Mossoró	RN	2	2001	11	4
204	Natal	RN	2	2001	43	7

Anexo 11 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de casos. Brasil, 2001

Cont.

205	Santo Antônio	RN	2	2001	2	1
206	São Paulo do Potengi	RN	2	2001	5	1
207	São Tomé	RN	2	2001	5	1
208	Cerejeiras	RO	1	2001	70	10
209	São Felipe D' oeste	RO	1	2001	16	2
210	Caxias do Sul	RS	2	2001	6	1
211	Erechim	RS	2	2001	2	1
212	Esteio	RS	2	2001	1	1
213	Farroupilha	RS	2	2001	1	1
214	Garibaldi	RS	2	2001	1	1
215	Independência	RS	2	2001	2	1
216	Osório	RS	2	2001	2	2
217	Palmeira das Missões	RS	2	2001	2	1
218	Palmitinho	RS	2	2001	1	1
219	Panambi	RS	2	2001	2	1
220	Porto Alegre	RS	2	2001	26	5
221	Santa Maria	RS	2	2001	2	1
222	Santiago	RS	2	2001	1	1
223	Tramandaí	RS	2	2001	1	1
224	Anchieta	SC	2	2001	1	1
225	Balneário Camboriu	SC	2	2001	4	4
Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
226	Blumenau	SC	2	2001	3	3
227	Campo Alegre	SC	2	2001	1	1
228	Canoinhas	SC	2	2001	2	2
229	Chapecó	SC	2	2001	3	3
230	Cordilheira Alta	SC	2	2001	1	1
231	Curitibanos	SC	2	2001	3	3
232	Florianópolis	SC	2	2001	2	2
233	Guaraciaba	SC	2	2001	2	2

Anexo 11 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de casos. Brasil, 2001

Cont.

234	Guarujá do Sul	SC	2	2001	1	1
235	Itapoá	SC	2	2001	1	1
236	Joinville	SC	2	2001	7	7
237	Maravilha	SC	2	2001	1	1
238	Palma Sola	SC	2	2001	1	1
239	Palmitos	SC	2	2001	1	1
240	Pinhalzinho	SC	2	2001	2	2
241	Ponte Serrada	SC	2	2001	1	1
242	Rodeio	SC	2	2001	1	1
243	São Bento do Sul	SC	2	2001	1	1
244	São Miguel D'oeste	SC	2	2001	1	1
245	Vargeão	SC	2	2001	1	1
246	Xanxere	SC	2	2001	1	1
247	Aracaju	SE	2	2001	13	4
248	Canhoba	SE	2	2001	1	1
249	Aracatuba	SP	2	2001	56	14
250	Campinas	SP	2	2001	51	21
251	Marília	SP	2	2001	80	19
252	Presidente Prudente	SP	2	2001	74	14
253	Ribeirão Preto	SP	2	2001	79	25
Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
254	São José do Rio Preto	SP	2	2001	106	40
255	São Paulo	SP	2	2001	634	81
256	São Vicente	SP	2	2001	445	30
257	Sorocaba	SP	2	2001	66	11
258	Taubaté	SP	2	2001	59	14
259	Araguaçu	TO	1	2001	1	1
260	Brejinho de Nazaré	TO	1	2001	6	1
261	Paraíso do Tocantins	TO	1	2001	516	123
262	Tocantinópolis	TO	1	2001	93	7

Anexo 11 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de casos. Brasil, 2001

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
254	São José do Rio Preto	SP	2	2001	106	40
255	São Paulo	SP	2	2001	634	81
256	São Vicente	SP	2	2001	445	30
257	Sorocaba	SP	2	2001	66	11
258	Taubaté	SP	2	2001	59	14
259	Araguaçu	TO	1	2001	1	1
260	Brejinho de Nazaré	TO	1	2001	6	1
261	Paraíso do Tocantins	TO	1	2001	516	123
262	Tocantinópolis	TO	1	2001	93	7

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
1	Ilhéus	29	BA	1997	36	4
1	Ilhéus	29	BA	1998	66	1
1	Ilhéus	29	BA	1999	70	6
1	Ilhéus	29	BA	2000	20	5
1	Ilhéus	29	BA	2001	4	1
2	Juazeiro	29	BA	1997	367	1
2	Juazeiro	29	BA	1998	195	1
2	Juazeiro	29	BA	1999	93	1
2	Juazeiro	29	BA	2000	131	3
2	Juazeiro	29	BA	2001	241	3
3	Salvador	29	BA	1997	210	2
3	Salvador	29	BA	1998	331	10
3	Salvador	29	BA	1999	222	4
3	Salvador	29	BA	2000	836	12
3	Salvador	29	BA	2001	353	8
4	Teixeira de Freitas	29	BA	1997	232	1
4	Teixeira de Freitas	29	BA	1998	313	1
4	Teixeira de Freitas	29	BA	1999	98	4
4	Teixeira de Freitas	29	BA	2000	193	3
4	Teixeira de Freitas	29	BA	2001	191	3
5	Camocim	23	CE	1997	1.012	4
5	Camocim	23	CE	1998	720	5
5	Camocim	23	CE	1999	445	2
5	Camocim	23	CE	2000	174	8
5	Camocim	23	CE	2001	80	4
6	Crato	23	CE	1997	28	7
6	Crato	23	CE	1998	27	8
6	Crato	23	CE	1999	29	6
6	Crato	23	CE	2000	49	20
6	Crato	23	CE	2001	38	20

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
7	Fortaleza	23	CE	1997	2.000	48
7	Fortaleza	23	CE	1998	1.595	42
7	Fortaleza	23	CE	1999	1.576	61
7	Fortaleza	23	CE	2000	363	49
7	Fortaleza	23	CE	2001	231	29
8	Sobral	23	CE	1997	163	5
8	Sobral	23	CE	1998	123	6
8	Sobral	23	CE	1999	94	10
8	Sobral	23	CE	2000	189	13
8	Sobral	23	CE	2001	57	4
9	Brasília	53	DF	1997	419	97
9	Brasília	53	DF	1998	452	109
9	Brasília	53	DF	1999	284	76
9	Brasília	53	DF	2000	383	90
9	Brasília	53	DF	2001	349	59
10	Água Doce do Norte	32	ES	1997	59	2
10	Água Doce do Norte	32	ES	1998	32	1
10	Água Doce do Norte	32	ES	1999	38	2
10	Água Doce do Norte	32	ES	2000	80	1
10	Água Doce do Norte	32	ES	2001	108	2
11	Barra de São Francisco	32	ES	1997	805	4
11	Barra de São Francisco	32	ES	1998	490	4
11	Barra de São Francisco	32	ES	1999	226	4
11	Barra de São Francisco	32	ES	2000	202	6
11	Barra de São Francisco	32	ES	2001	251	1
11	Cachoeiro de Itapemirim	32	ES	1997	34	1
11	Cachoeiro de Itapemirim	32	ES	1998	15	3
11	Cachoeiro de Itapemirim	32	ES	1999	11	2
11	Cachoeiro de Itapemirim	32	ES	2000	21	7

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
11	Cachoeiro de Itapemirim	32	ES	2001	15	3
12	Cariacica	32	ES	1997	1.571	6
12	Cariacica	32	ES	1998	1.000	4
12	Cariacica	32	ES	1999	521	5
12	Cariacica	32	ES	2000	402	3
12	Cariacica	32	ES	2001	112	8
13	Colatina	32	ES	1997	447	3
13	Colatina	32	ES	1998	154	6
13	Colatina	32	ES	1999	229	2
13	Colatina	32	ES	2000	202	2
13	Colatina	32	ES	2001	66	1
14	Domingos Martins	32	ES	1997	71	4
14	Domingos Martins	32	ES	1998	16	4
14	Domingos Martins	32	ES	1999	136	5
14	Domingos Martins	32	ES	2000	37	1
14	Domingos Martins	32	ES	2001	16	5
15	Linhares	32	ES	1997	1.490	12
15	Linhares	32	ES	1998	607	7
15	Linhares	32	ES	1999	186	4
15	Linhares	32	ES	2000	440	7
15	Linhares	32	ES	2001	193	4
16	Nova Venécia	32	ES	1997	683	6
16	Nova Venécia	32	ES	1998	386	4
16	Nova Venécia	32	ES	1999	276	6
16	Nova Venécia	32	ES	2000	128	3
16	Nova Venécia	32	ES	2001	86	3
17	Santa Teresa	32	ES	1997	43	4
17	Santa Teresa	32	ES	1998	32	2
17	Santa Teresa	32	ES	1999	156	5
17	Santa Teresa	32	ES	2000	26	2

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
17	Santa Teresa	32	ES	2001	20	5
18	São Gabriel da Palha	32	ES	1997	581	17
18	São Gabriel da Palha	32	ES	1998	241	3
18	São Gabriel da Palha	32	ES	1999	221	2
18	São Gabriel da Palha	32	ES	2000	166	2
18	São Gabriel da Palha	32	ES	2001	112	1
19	São Mateus	32	ES	1997	493	1
19	São Mateus	32	ES	1998	238	1
19	São Mateus	32	ES	1999	178	4
19	São Mateus	32	ES	2000	272	5
19	São Mateus	32	ES	2001	133	1
20	Serra	32	ES	1997	2.910	6
20	Serra	32	ES	1998	1.721	6
20	Serra	32	ES	1999	1.310	11
20	Serra	32	ES	2000	1.291	10
20	Serra	32	ES	2001	530	3
21	Vila Velha	32	ES	1997	648	1
21	Vila Velha	32	ES	1998	472	8
21	Vila Velha	32	ES	1999	294	4
21	Vila Velha	32	ES	2000	303	2
21	Vila Velha	32	ES	2001	151	6
22	Vitória	32	ES	1997	190	24
22	Vitória	32	ES	1998	200	25
22	Vitória	32	ES	1999	164	17
22	Vitória	32	ES	2000	244	27
22	Vitória	32	ES	2001	202	13
23	Ceres	52	GO	1997	51	1
23	Ceres	52	GO	1998	51	6
23	Ceres	52	GO	1999	58	6

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
23	Ceres	52	GO	2000	73	3
23	Ceres	52	GO	2001	151	6
24	Goianésia	52	GO	1997	47	1
24	Goianésia	52	GO	1998	58	4
24	Goianésia	52	GO	1999	22	6
24	Goianésia	52	GO	2000	43	5
24	Goianésia	52	GO	2001	24	3
25	Itapaci	52	GO	1997	55	4
25	Itapaci	52	GO	1998	52	5
25	Itapaci	52	GO	1999	16	1
25	Itapaci	52	GO	2000	10	2
25	Itapaci	52	GO	2001	26	3
26	Mineiros	52	GO	1997	30	5
26	Mineiros	52	GO	1998	9	1
26	Mineiros	52	GO	1999	41	1
26	Mineiros	52	GO	2000	6	2
26	Mineiros	52	GO	2001	19	2
27	Porangatu	52	GO	1997	241	9
27	Porangatu	52	GO	1998	198	12
27	Porangatu	52	GO	1999	130	22
27	Porangatu	52	GO	2000	146	24
27	Porangatu	52	GO	2001	23	3
28	Rio Verde	52	GO	1997	21	4
28	Rio Verde	52	GO	1998	10	1
28	Rio Verde	52	GO	1999	16	1
28	Rio Verde	52	GO	2000	13	4
28	Rio Verde	52	GO	2001	34	4
29	Belo Horizonte	31	MG	1997	205	69
29	Belo Horizonte	31	MG	1998	143	49
29	Belo Horizonte	31	MG	1999	183	62

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

29	Belo Horizonte	31	MG	2000	202	85
29	Belo Horizonte	31	MG	2001	173	70
30	Caratinga	31	MG	1997	29	12
30	Caratinga	31	MG	1998	8	3
30	Caratinga	31	MG	1999	15	4
30	Caratinga	31	MG	2000	4	1
30	Caratinga	31	MG	2001	33	8
31	Divinópolis	31	MG	1997	36	17
31	Divinópolis	31	MG	1998	23	8
31	Divinópolis	31	MG	1999	22	5
31	Divinópolis	31	MG	2000	16	5
31	Divinópolis	31	MG	2001	37	13
31	Divinópolis	31	MG	1997	1	1
32	Frutal	31	MG	1997	9	1
32	Frutal	31	MG	1998	8	2
32	Frutal	31	MG	1999	2	2
32	Frutal	31	MG	2000	8	2
32	Frutal	31	MG	2001	1	1
33	Juiz de Fora	31	MG	1997	15	10
33	Juiz de Fora	31	MG	1998	4	4
33	Juiz de Fora	31	MG	1999	15	8
33	Juiz de Fora	31	MG	2000	16	8
33	Juiz de Fora	31	MG	2001	4	2
34	Patos de Minas	31	MG	1997	9	1
34	Patos de Minas	31	MG	1998	26	5
34	Patos de Minas	31	MG	1999	10	1
34	Patos de Minas	31	MG	2000	8	1
34	Patos de Minas	31	MG	2001	10	4
35	Sete Lagoas	31	MG	1997	7	5
35	Sete Lagoas	31	MG	1998	5	3

Anexo 12 - Municípios da região extra amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
35	Sete Lagoas	31	MG	1999	10	8
35	Sete Lagoas	31	MG	2000	22	9
35	Sete Lagoas	31	MG	2001	14	12
36	Uberaba	31	MG	1997	27	4
36	Uberaba	31	MG	1998	30	7
36	Uberaba	31	MG	1999	35	13
36	Uberaba	31	MG	2000	38	13
36	Uberaba	31	MG	2001	53	10
37	Uberlândia	31	MG	1997	186	22
37	Uberlândia	31	MG	1998	62	20
37	Uberlândia	31	MG	1999	62	24
37	Uberlândia	31	MG	2000	38	7
37	Uberlândia	31	MG	2001	19	9
38	Unai	31	MG	1997	50	1
38	Unai	31	MG	1998	27	3
38	Unai	31	MG	1999	33	7
38	Unai	31	MG	2000	39	3
38	Unai	31	MG	2001	1	1
39	Campo Grande	50	MS	1997	147	30
39	Campo Grande	50	MS	1998	146	43
39	Campo Grande	50	MS	1999	143	31
39	Campo Grande	50	MS	2000	116	22
39	Campo Grande	50	MS	2001	98	24
40	Dourados	50	MS	1997	106	10
40	Dourados	50	MS	1998	71	8
40	Dourados	50	MS	1999	52	4
40	Dourados	50	MS	2000	40	6
40	Dourados	50	MS	2001	38	5
41	Itaquiraí	50	MS	1997	44	2

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
41	Itaquiraí	50	MS	1998	17	1
41	Itaquiraí	50	MS	1999	17	1
41	Itaquiraí	50	MS	2000	23	1
41	Itaquiraí	50	MS	2001	7	1
42	Mundo Novo	50	MS	1997	32	1
42	Mundo Novo	50	MS	1998	25	1
42	Mundo Novo	50	MS	1999	14	1
42	Mundo Novo	50	MS	2000	26	1
42	Mundo Novo	50	MS	2001	18	3
43	Nova Andradina	50	MS	1997	178	5
43	Nova Andradina	50	MS	1998	97	1
43	Nova Andradina	50	MS	1999	53	1
43	Nova Andradina	50	MS	2000	32	1
43	Nova Andradina	50	MS	2001	30	1
44	São Gabriel do Oeste	50	MS	1997	4	4
44	São Gabriel do Oeste	50	MS	1998	3	2
44	São Gabriel do Oeste	50	MS	1999	1	1
44	São Gabriel do Oeste	50	MS	2000	4	4
44	São Gabriel do Oeste	50	MS	2001	2	2
45	Altos	22	PI	1997	86	1
45	Altos	22	PI	1998	30	3
45	Altos	22	PI	1999	18	1
45	Altos	22	PI	2000	11	1
45	Altos	22	PI	2001	19	3
46	Barras	22	PI	1997	1.767	11
46	Barras	22	PI	1998	821	4
46	Barras	22	PI	1999	310	5
46	Barras	22	PI	2000	309	59
46	Barras	22	PI	2001	286	34

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	Cd UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
47	Floriano	22	PI	1997	114	1
47	Floriano	22	PI	1998	142	4
47	Floriano	22	PI	1999	75	5
47	Floriano	22	PI	2000	70	3
47	Floriano	22	PI	2001	20	1
48	Luzilândia	22	PI	1997	1.110	8
48	Luzilândia	22	PI	1998	504	6
48	Luzilândia	22	PI	1999	426	5
48	Luzilândia	22	PI	2000	410	19
48	Luzilândia	22	PI	2001	302	6
49	Picos	22	PI	1997	612	2
49	Picos	22	PI	1998	362	5
49	Picos	22	PI	1999	164	7
49	Picos	22	PI	2000	105	2
49	Picos	22	PI	2001	89	5
50	Teresina	22	PI	1997	869	76
50	Teresina	22	PI	1998	1.013	77
50	Teresina	22	PI	1999	1.259	82
50	Teresina	22	PI	2000	783	118
50	Teresina	22	PI	2001	758	48
52	União	22	PI	1997	1.213	1
52	União	22	PI	1998	976	4
52	União	22	PI	2000	192	1
52	União	22	PI	2001	118	1
53	Cascável	41	PR	1997	147	45
53	Cascável	41	PR	1998	105	29
53	Cascável	41	PR	1999	110	33
53	Cascável	41	PR	2000	81	30
53	Cascável	41	PR	2001	101	33

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
54	Curitiba	41	PR	1997	123	20
54	Curitiba	41	PR	1998	144	36
54	Curitiba	41	PR	1999	63	13
54	Curitiba	41	PR	2000	85	22
54	Curitiba	41	PR	2001	73	11
54	Curitiba	41	PR	1999	1	1
55	Foz do Iguaçu	41	PR	1997	732	115
55	Foz do Iguaçu	41	PR	1998	454	67
55	Foz do Iguaçu	41	PR	1999	920	196
55	Foz do Iguaçu	41	PR	2000	573	68
55	Foz do Iguaçu	41	PR	2001	639	33
56	Guaira	41	PR	1997	220	31
56	Guaira	41	PR	1998	183	24
56	Guaira	41	PR	1999	413	26
56	Guaira	41	PR	2000	242	18
56	Guaira	41	PR	2001	178	12
57	Londrina	41	PR	1997	107	34
57	Londrina	41	PR	1998	136	31
57	Londrina	41	PR	1999	30	7
57	Londrina	41	PR	2000	16	7
57	Londrina	41	PR	2001	20	2
58	Maringá	41	PR	1997	28	10
58	Maringá	41	PR	1998	19	5
58	Maringá	41	PR	1999	19	17
58	Maringá	41	PR	2000	28	21
58	Maringá	41	PR	2001	2	2
59	Paranaguá	41	PR	1997	76	7
59	Paranaguá	41	PR	1998	112	1
59	Paranaguá	41	PR	1999	35	2

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
59	Paranaguá	41	PR	2000	78	10
59	Paranaguá	41	PR	2001	53	1
60	Santa Helena	41	PR	1997	394	84
60	Santa Helena	41	PR	1998	217	39
60	Santa Helena	41	PR	1999	129	20
60	Santa Helena	41	PR	2000	76	5
60	Santa Helena	41	PR	2001	118	10
61	Niterói	33	RJ	1997	20	6
61	Niterói	33	RJ	1998	27	3
61	Niterói	33	RJ	1999	7	1
61	Niterói	33	RJ	2000	10	2
61	Niterói	33	RJ	2001	2	1
62	Rio de Janeiro	33	RJ	1997	151	34
62	Rio de Janeiro	33	RJ	1998	148	50
62	Rio de Janeiro	33	RJ	1999	117	30
62	Rio de Janeiro	33	RJ	2000	252	45
62	Rio de Janeiro	33	RJ	2001	206	47
63	Mossoró	24	RN	1997	7	1
63	Mossoró	24	RN	1998	20	3
63	Mossoró	24	RN	1999	11	4
63	Mossoró	24	RN	2000	13	2
63	Mossoró	24	RN	2001	11	4
64	Natal	24	RN	1997	82	9
64	Natal	24	RN	1998	65	5
64	Natal	24	RN	1999	99	8
64	Natal	24	RN	2000	71	10
64	Natal	24	RN	2001	43	7
65	Farroupilha	43	RS	1997	2	1
65	Farroupilha	43	RS	1998	2	2

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
65	Farroupilha	43	RS	1999	1	1
65	Farroupilha	43	RS	2000	1	1
65	Farroupilha	43	RS	2001	1	1
66	Porto Alegre	43	RS	1997	7	4
66	Porto Alegre	43	RS	1998	4	4
66	Porto Alegre	43	RS	1999	11	4
66	Porto Alegre	43	RS	2000	17	12
66	Porto Alegre	43	RS	2001	26	5
67	Santa Maria	43	RS	1997	2	2
67	Santa Maria	43	RS	1998	3	3
67	Santa Maria	43	RS	1999	1	1
67	Santa Maria	43	RS	2000	1	1
67	Santa Maria	43	RS	2001	2	1
67	Santa Rosa	43	RS	1998	3	1
68	Blumenau	42	SC	1997	34	5
68	Blumenau	42	SC	1998	40	2
68	Blumenau	42	SC	1999	27	2
68	Blumenau	42	SC	2000	27	3
68	Blumenau	42	SC	2001	3	3
69	Florianópolis	42	SC	1997	14	2
69	Florianópolis	42	SC	1998	22	3
69	Florianópolis	42	SC	1999	14	1
69	Florianópolis	42	SC	2000	7	1
69	Florianópolis	42	SC	2001	2	2
70	Joinville	42	SC	1997	75	2
70	Joinville	42	SC	1998	87	2
70	Joinville	42	SC	1999	55	5
70	Joinville	42	SC	2000	45	3
70	Joinville	42	SC	2001	7	7

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
71	Aracaju	28	SE	1997	44	3
71	Aracaju	28	SE	1998	28	1
71	Aracaju	28	SE	1999	16	5
71	Aracaju	28	SE	2000	21	6
71	Aracaju	28	SE	2001	13	4
72	Araçatuba	35	SP	1997	67	10
72	Araçatuba	35	SP	1998	89	19
72	Araçatuba	35	SP	1999	65	10
72	Araçatuba	35	SP	2000	42	10
72	Araçatuba	35	SP	2001	56	14
73	Campinas	35	SP	1997	884	45
73	Campinas	35	SP	1998	220	57
73	Campinas	35	SP	1999	200	48
73	Campinas	35	SP	2000	167	44
73	Campinas	35	SP	2001	51	21
74	Marília	35	SP	1997	171	19
74	Marília	35	SP	1998	84	22
74	Marília	35	SP	1999	74	21
74	Marília	35	SP	2000	97	20
74	Marília	35	SP	2001	80	19
75	Presidente Prudente	35	SP	1997	140	11
75	Presidente Prudente	35	SP	1998	140	8
75	Presidente Prudente	35	SP	1999	62	11
75	Presidente Prudente	35	SP	2000	86	14
75	Presidente Prudente	35	SP	2001	74	14
76	Ribeirão Preto	35	SP	1997	216	25
76	Ribeirão Preto	35	SP	1998	126	28
76	Ribeirão Preto	35	SP	1999	93	20
76	Ribeirão Preto	35	SP	2000	118	29

Anexo 12 - Municípios da região extra-amazônica com notificação de casos de malária, nos últimos cinco anos consecutivos. Brasil, 2001 Cont.

Ordem	Município	CD UF	Sigla	Ano	Exames	Positivas
76	Ribeirão Preto	35	SP	2001	79	25
77	São José do Rio Preto	35	SP	1997	1.440	41
77	São José do Rio Preto	35	SP	1998	200	35
77	São José do Rio Preto	35	SP	1999	124	25
77	São José do Rio Preto	35	SP	2000	117	25
77	São José do Rio Preto	35	SP	2001	106	40
78	São Paulo	35	SP	1997	11.655	124
78	São Paulo	35	SP	1998	614	154
78	São Paulo	35	SP	1999	516	122
78	São Paulo	35	SP	2000	426	105
78	São Paulo	35	SP	2001	634	81
79	São Vicente	35	SP	1997	2.568	28
79	São Vicente	35	SP	1998	476	22
79	São Vicente	35	SP	1999	547	16
79	São Vicente	35	SP	2000	732	24
79	São Vicente	35	SP	2001	445	30
80	Sorocaba	35	SP	1997	234	13
80	Sorocaba	35	SP	1998	77	11
80	Sorocaba	35	SP	1999	55	11
80	Sorocaba	35	SP	2000	53	13
80	Sorocaba	35	SP	2001	66	11
81	Taubaté	35	SP	1997	49	7
81	Taubaté	35	SP	1998	72	7
81	Taubaté	35	SP	1999	53	8
81	Taubaté	35	SP	2000	42	9
81	Taubaté	35	SP	2001	59	14

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
1	Manoel Urbano	AC	1	2001	141	-
2	Maceió	AL	2	2001	5	-
3	Boa Vista do Ramos	AM	1	2001	138	-
4	Alagoinhas	BA	2	2001	83	-
5	Alcobaça	BA	2	2001	23	-
6	Amélia Rodrigues	BA	2	2001	17	-
7	Andaraí	BA	2	2001	25	-
8	Anguera	BA	2	2001	3	-
9	Antonio Cardoso	BA	2	2001	2	-
10	Araças	BA	2	2001	25	-
11	Aramari	BA	2	2001	7	-
12	Barra	BA	2	2001	52	-
13	Belmonte	BA	2	2001	41	-
14	Buritirama	BA	2	2001	10	-
15	Cairu	BA	2	2001	2	-
16	Camacan	BA	2	2001	8	-
17	Camaçari	BA	2	2001	21	-
18	Camamu	BA	2	2001	2	-
19	Canavieiras	BA	2	2001	8	-
20	Candeias	BA	2	2001	296	-
21	Caravelas	BA	2	2001	8	-
22	Cardeal da Silva	BA	2	2001	36	-
23	Casa Nova	BA	2	2001	23	-
24	Catu	BA	2	2001	6	-
25	Conceição da Feira	BA	2	2001	1	-
26	Conceição do Jacuípe	BA	2	2001	3	-
27	Conde	BA	2	2001	64	-
28	Coração de Maria	BA	2	2001	5	-
29	Correntina	BA	2	2001	1	-
30	Curaça	BA	2	2001	154	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG.	Ano	Exame	Positivo
31	Dias D'ávila	BA	2	2001	24	-
32	Entre Rios	BA	2	2001	236	-
33	Esplanada	BA	2	2001	296	-
34	Feira de Santana	BA	2	2001	96	-
35	Gandu	BA	2	2001	10	-
36	Guaratinga	BA	2	2001	6	-
37	Ibiquera	BA	2	2001	3	-
38	Ibirapuã	BA	2	2001	9	-
39	Ibotirama	BA	2	2001	22	-
40	Igrapiúna	BA	2	2001	2	-
41	Inhambupe	BA	2	2001	92	-
42	Itabela	BA	2	2001	20	-
43	Itaberaba	BA	2	2001	1	-
44	Itagimirim	BA	2	2001	5	-
45	Itamaraju	BA	2	2001	21	-
46	Itamarí	BA	2	2001	2	-
47	Itanhém	BA	2	2001	3	-
48	Itaparica	BA	2	2001	6	-
49	Iuiu	BA	2	2001	2	-
50	Jandaira	BA	2	2001	48	-
51	Jucuruçu	BA	2	2001	2	-
52	Lauro de Freitas	BA	2	2001	121	-
53	Madre de Deus	BA	2	2001	85	-
54	Marcionílio Souza	BA	2	2001	1	-
55	Mascote	BA	2	2001	2	-
56	Medeiros Neto	BA	2	2001	9	-
57	Morpara	BA	2	2001	9	-
58	Mucuri	BA	2	2001	9	-
59	Muquém de São Francisco	BA	2	2001	5	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
60	Nilo Peçanha	BA	2	2001	3	-
61	Nova Ibia	BA	2	2001	3	-
62	Nova Redenção	BA	2	2001	19	-
63	Nova Viçosa	BA	2	2001	4	-
64	Oliveira dos Brejinhos	BA	2	2001	16	-
65	Paratinga	BA	2	2001	10	-
66	Pilão Arcado	BA	2	2001	67	-
67	Pirai do Norte	BA	2	2001	8	-
68	Prado	BA	2	2001	4	-
69	Rafael Jambeiro	BA	2	2001	4	-
70	Rio Real	BA	2	2001	158	-
71	Santa Bárbara	BA	2	2001	19	-
72	Santa Cruz Cabralia	BA	2	2001	74	-
73	Santa Cruz da Vitória	BA	2	2001	1	-
74	Santa Luzia	BA	2	2001	2	-
75	Santa Maria da Vitória	BA	2	2001	3	-
76	Santo Amaro	BA	2	2001	21	-
77	Santo Estevão	BA	2	2001	1	-
78	São Francisco do Conde	BA	2	2001	37	-
79	São Gonçalo dos Campos	BA	2	2001	3	-
80	São Sebastião do Passe	BA	2	2001	14	-
81	Sento Se	BA	2	2001	8	-
82	Simões Filho	BA	2	2001	34	-
83	Sítio do Mato	BA	2	2001	1	-
84	Sobradinho	BA	2	2001	1	-
85	Taperoa	BA	2	2001	3	-
86	Teodoro Sampaio	BA	2	2001	6	-
87	Teolândia	BA	2	2001	12	-
88	Terra Nova	BA	2	2001	2	-
89	Uaua	BA	2	2001	2	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
90	Una	BA	2	2001	15	-
91	Valença	BA	2	2001	9	-
92	Vera Cruz	BA	2	2001	2	-
93	Vereda	BA	2	2001	6	-
94	Wenceslau Guimarães	BA	2	2001	6	-
95	Acarapé	CE	2	2001	7	-
96	Amontada	CE	2	2001	202	-
97	Aquiraz	CE	2	2001	3	-
98	Aracati	CE	2	2001	1	-
99	Aracoiaba	CE	2	2001	4	-
100	Barreira	CE	2	2001	66	-
101	Barroquinha	CE	2	2001	7	-
102	Baturite	CE	2	2001	2	-
103	Beberibe	CE	2	2001	5	-
104	Capistrano	CE	2	2001	35	-
105	Carire	CE	2	2001	1	-
106	Cascável	CE	2	2001	12	-
107	Caucaia	CE	2	2001	64	-
108	Chaval	CE	2	2001	26	-
109	Coreau	CE	2	2001	37	-
110	Crateús	CE	2	2001	7	-
111	Eusébio	CE	2	2001	1	-
112	Fortim	CE	2	2001	2	-
113	Frecheirinha	CE	2	2001	5	-
114	Granja	CE	2	2001	168	-
115	Icapuí	CE	2	2001	3	-
116	Martinópolis	CE	2	2001	2	-
117	Massape	CE	2	2001	15	-
118	Moraujo	CE	2	2001	30	-
119	Pacajus	CE	2	2001	8	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
120	Paracuru	CE	2	2001	61	-
121	Paraipaba	CE	2	2001	42	-
122	Pindoretama	CE	2	2001	2	-
123	Senador Sá	CE	2	2001	167	-
124	Trairi	CE	2	2001	204	-
125	Afonso Claudio	ES	2	2001	1	-
126	Águia Branca	ES	2	2001	9	-
127	Alto Rio Novo	ES	2	2001	24	-
128	Anchieta	ES	2	2001	43	-
129	Baixo Guandu	ES	2	2001	17	-
130	Boa Esperança	ES	2	2001	77	-
131	Brejetuba	ES	2	2001	5	-
132	Castelo	ES	2	2001	1	-
133	Ecoporanga	ES	2	2001	525	-
134	Fundão	ES	2	2001	28	-
135	Guarapari	ES	2	2001	5	-
136	Laranja da Terra	ES	2	2001	2	-
137	Mantênópolis	ES	2	2001	34	-
138	Marechal Floriano	ES	2	2001	4	-
139	Marilândia	ES	2	2001	44	-
140	Mimoso do Sul	ES	2	2001	14	-
141	Montanha	ES	2	2001	21	-
142	Mucurici	ES	2	2001	30	-
143	Pancas	ES	2	2001	47	-
144	Pinheiros	ES	2	2001	57	-
145	Piúma	ES	2	2001	3	-
146	Ponto Belo	ES	2	2001	16	-
147	Presidente Kennedy	ES	2	2001	9	-
148	Rio Bananal	ES	2	2001	223	-
149	Santa Leopoldina	ES	2	2001	7	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positiva
150	São Roque do Canaã	ES	2	2001	3	-
151	Vila Valério	ES	2	2001	69	-
152	Apore	GO	2	2001	9	-
153	Barro Alto	GO	2	2001	4	-
154	Bom Jardim de Goiás	GO	2	2001	20	-
155	Cachoeira Alta	GO	2	2001	1	-
156	Cacu	GO	2	2001	6	-
157	Caiapônia	GO	2	2001	8	-
158	Campinaçu	GO	2	2001	5	-
159	Campinorte	GO	2	2001	6	-
160	Carmo do Rio Verde	GO	2	2001	8	-
161	Cavalcante	GO	2	2001	1	-
162	Chapadão do Céu	GO	2	2001	6	-
163	Colinas do Sul	GO	2	2001	4	-
164	Crixás	GO	2	2001	15	-
165	Diorama	GO	2	2001	4	-
166	Doverlândia	GO	2	2001	10	-
167	Faina	GO	2	2001	1	-
168	Fazenda Nova	GO	2	2001	1	-
169	Formosa	GO	2	2001	7	-
170	Goiás	GO	2	2001	12	-
171	Guarinos	GO	2	2001	2	-
172	Iporá	GO	2	2001	4	-
173	Itaberaí	GO	2	2001	1	-
174	Itapuranga	GO	2	2001	2	-
175	Jaraguá	GO	2	2001	4	-
176	Jaupaci	GO	2	2001	25	-
177	Jussara	GO	2	2001	1	-
178	Matrincha	GO	2	2001	3	-
179	Minacu	GO	2	2001	38	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
180	Montes Claros de Goiás	GO	2	2001	8	-
181	Morro Agudo de Goiás	GO	2	2001	3	-
182	Mundo Novo	GO	2	2001	1	-
183	Padre Bernardo	GO	2	2001	1	-
184	Paranaiguara	GO	2	2001	1	-
185	Parauna	GO	2	2001	1	-
186	Pilar de Goiás	GO	2	2001	6	-
187	Piranhas	GO	2	2001	4	-
188	Santa Helena de Goiás	GO	2	2001	17	-
189	Santa Isabel	GO	2	2001	1	-
190	Santa Rita do Araguaia	GO	2	2001	3	-
191	Santa Rita do Novo Destino	GO	2	2001	2	-
192	São Luís de Montes Belos	GO	2	2001	9	-
193	São Patrício	GO	2	2001	1	-
194	São Simão	GO	2	2001	4	-
195	Serranópolis	GO	2	2001	8	-
196	Uirapuru	GO	2	2001	1	-
197	Uruaçu	GO	2	2001	17	-
198	Uruana	GO	2	2001	8	-
199	Afonso Cunha	MA	1	2001	103	-
200	Água doce do Maranhão	MA	1	2001	104	-
201	Alto Parnaíba	MA	1	2001	3	-
202	Barão de Grajaú	MA	1	2001	180	-
203	Benedito Leite	MA	1	2001	102	-
204	Burití Bravo	MA	1	2001	77	-
205	Campestre do Maranhão	MA	1	2001	29	-
206	Dom Pedro	MA	1	2001	172	-
207	Duque Bacelar	MA	1	2001	228	-
208	Feira Nova do Maranhão	MA	1	2001	137	-
209	Formosa da Serra Negra	MA	1	2001	74	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
210	Fortaleza dos Nogueiras	MA	1	2001	6	-
211	Fortuna	MA	1	2001	286	-
212	Governador Luiz Rocha	MA	1	2001	97	-
213	Itaipava do Grajaú	MA	1	2001	397	-
214	Lagoa do Mato	MA	1	2001	145	-
215	Mata Roma	MA	1	2001	125	-
216	Nova Colinas	MA	1	2001	3	-
217	Nova Iorque	MA	1	2001	80	-
218	Passagem Franca	MA	1	2001	338	-
219	Riachão	MA	1	2001	178	-
220	Ribamar Fiquene	MA	1	2001	40	-
221	São Domingos do Azeitão	MA	1	2001	32	-
222	São Félix de Balsas	MA	1	2001	154	-
223	São Francisco do Maranhão	MA	1	2001	69	-
224	São José dos Basílios	MA	1	2001	45	-
225	S. Raimundo das Mangabeiras	MA	1	2001	2	-
226	São Roberto	MA	1	2001	2	-
227	Sucupira do Norte	MA	1	2001	205	-
228	Sucupira do Riachão	MA	1	2001	187	-
229	Tasso Fragoso	MA	1	2001	92	-
230	Curvelo	MG	2	2001	1	-
231	Governador Valadares	MG	2	2001	2	-
232	Januária	MG	2	2001	5	-
233	Varginha	MG	2	2001	19	-
234	Alcinópolis	MS	2	2001	1	-
235	Anastácio	MS	2	2001	2	-
236	Angélica	MS	2	2001	3	-
237	Antônio João	MS	2	2001	1	-
238	Aparecida do Taboado	MS	2	2001	2	-
239	Bataguassu	MS	2	2001	1	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
240	Cassilândia	MS	2	2001	7	-
241	Costa Rica	MS	2	2001	1	-
242	Coxim	MS	2	2001	4	-
243	Deodópolis	MS	2	2001	1	-
244	Eldorado	MS	2	2001	7	-
245	Guia Lopes da Laguna	MS	2	2001	2	-
246	Itaporã	MS	2	2001	2	-
247	Jaraguari	MS	2	2001	1	-
248	Jateí	MS	2	2001	2	-
249	Juti	MS	2	2001	1	-
250	Nova Alvorada do Sul	MS	2	2001	4	-
251	Santa Rita do Pardo	MS	2	2001	1	-
252	Taquarussu	MS	2	2001	99	-
253	Três Lagoas	MS	2	2001	4	-
254	Alto Paraguai	MT	1	2001	3	-
255	Cotriguaçu	MT	1	2001	64	-
256	Gloria D' oeste	MT	1	2001	2	-
257	Lucas do Rio Verde	MT	1	2001	6	-
258	Nossa Senhora do Livramento	MT	1	2001	1	-
259	Nova Guarita	MT	1	2001	10	-
260	Nova Monte Verde	MT	1	2001	38	-
261	Porto Esperidião	MT	1	2001	1	-
262	Ribeirão Cascalheira	MT	1	2001	4	-
263	Santo Antonio do Leverger	MT	1	2001	1	-
264	Bannach	PA	1	2001	2	-
265	Alagoa Grande	PB	2	2001	64	-
266	Alhandra	PB	2	2001	176	-
267	Baía da Traição	PB	2	2001	6	-
268	Barra de Santa Rosa	PB	2	2001	1	-
269	Barra de Santana	PB	2	2001	4	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
270	Bayeux	PB	2	2001	142	-
271	Caapora	PB	2	2001	165	-
272	Cabedelo	PB	2	2001	6	-
273	Caldas Brandão	PB	2	2001	6	-
274	Campina Grande	PB	2	2001	11	-
275	Conde	PB	2	2001	212	-
276	Cruz do Espírito Santo	PB	2	2001	2	-
277	Cuite	PB	2	2001	1	-
278	Fagundes	PB	2	2001	11	-
279	Guarabira	PB	2	2001	2	-
280	Gurinhem	PB	2	2001	3	-
281	Ingá	PB	2	2001	11	-
282	Itabaiana	PB	2	2001	9	-
283	Itapororoca	PB	2	2001	2	-
284	Itatuba	PB	2	2001	1	-
285	João Pessoa	PB	2	2001	413	-
286	Lucena	PB	2	2001	3	-
287	Mamanguape	PB	2	2001	3	-
288	Marcação	PB	2	2001	4	-
289	Mari	PB	2	2001	5	-
290	Massaranduba	PB	2	2001	8	-
291	Mataraca	PB	2	2001	6	-
292	Mogeiro	PB	2	2001	22	-
293	Mulungu	PB	2	2001	1	-
294	Patos	PB	2	2001	3	-
295	Picuí	PB	2	2001	3	-
296	Pilar	PB	2	2001	2	-
297	Pitimbu	PB	2	2001	150	-
298	Rio Tinto	PB	2	2001	22	-
299	Salgado de São Félix	PB	2	2001	2	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
300	Santa Cecília	PB	2	2001	6	-
301	Santa Rita	PB	2	2001	2	-
302	São Bento	PB	2	2001	1	-
303	São José de Piranhas	PB	2	2001	1	-
304	São José dos Ramos	PB	2	2001	1	-
305	São Miguel de Taipu	PB	2	2001	1	-
306	Sapé	PB	2	2001	7	-
307	Sertãozinho	PB	2	2001	1	-
308	Sobrado	PB	2	2001	5	-
309	Garanhuns	PE	2	2001	19	-
310	Alegrete do Piauí	PI	2	2001	1	-
311	Amarante	PI	2	2001	5	-
312	Angical do Piauí	PI	2	2001	1	-
313	Barra D'alcântara	PI	2	2001	5	-
314	Barro Duro	PI	2	2001	6	-
315	Benedictinos	PI	2	2001	15	-
316	Bocaina	PI	2	2001	14	-
317	Bom Princípio do Piauí	PI	2	2001	90	-
318	Brejo do Piauí	PI	2	2001	5	-
319	Cabeceiras do Piauí	PI	2	2001	1	-
320	Cajazeiras do Piauí	PI	2	2001	5	-
321	Cajueiro da Praia	PI	2	2001	7	-
322	Campo Alegre do Fidalgo	PI	2	2001	19	-
323	Campo Grande do Piauí	PI	2	2001	5	-
324	Campo Largo do Piauí	PI	2	2001	2	-
325	Campo Maior	PI	2	2001	33	-
326	Canto do Buriti	PI	2	2001	3	-
327	Capitão de Campos	PI	2	2001	8	-
328	Capitão Gervásio de Oliveira	PI	2	2001	9	-
329	Castelo do Piauí	PI	2	2001	7	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
330	Coivaras	PI	2	2001	1	-
331	Colônia do Piauí	PI	2	2001	27	-
332	Corrente	PI	2	2001	14	-
333	Cristalândia do Piauí	PI	2	2001	4	-
334	Cristino Castro	PI	2	2001	1	-
335	Dom Expedito Lopes	PI	2	2001	5	-
336	Domingos Mourão	PI	2	2001	3	-
337	Elesbão Veloso	PI	2	2001	2	-
338	Eliseu Martins	PI	2	2001	1	-
339	Flores do Piauí	PI	2	2001	2	-
340	Francisco Santos	PI	2	2001	17	-
341	Geminiano	PI	2	2001	10	-
342	Guadalupe	PI	2	2001	10	-
343	Ilha Grande	PI	2	2001	45	-
344	Inhuma	PI	2	2001	10	-
345	Ipiranga do Piauí	PI	2	2001	17	-
346	Isaías Coelho	PI	2	2001	2	-
347	Itainópolis	PI	2	2001	48	-
348	Itaueira	PI	2	2001	4	-
349	Jaicos	PI	2	2001	9	-
350	Jatobá do Piauí	PI	2	2001	2	-
351	João Costa	PI	2	2001	11	-
352	Joaquim Pires	PI	2	2001	63	-
353	Lagoa de São Francisco	PI	2	2001	2	-
354	Lagoa do Barro do Piauí	PI	2	2001	3	-
355	Luís Correia	PI	2	2001	67	-
356	Miguel Leão	PI	2	2001	4	-
357	Milton Brandão	PI	2	2001	9	-
358	Monsenhor Hipólito	PI	2	2001	25	-
359	Morro do Chapéu do Piauí	PI	2	2001	7	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
360	Murici dos Portelas	PI	2	2001	24	-
361	Nossa Senhora do Nazaré	PI	2	2001	1	-
362	Nova Santa Rita	PI	2	2001	33	-
363	Oeiras	PI	2	2001	47	-
364	Pajeú do Piauí	PI	2	2001	4	-
365	Palmeirais	PI	2	2001	5	-
366	Paqueta	PI	2	2001	19	-
367	Parnagua	PI	2	2001	2	-
368	Paulistana	PI	2	2001	1	-
369	Pedro II	PI	2	2001	13	-
370	Pedro Laurentino	PI	2	2001	1	-
371	Piripiri	PI	2	2001	4	-
372	Porto	PI	2	2001	64	-
373	Prata do Piauí	PI	2	2001	2	-
374	Queimada Nova	PI	2	2001	2	-
375	Redenção do Gurguéia	PI	2	2001	2	-
376	Regeneração	PI	2	2001	3	-
377	Ribeira do Piauí	PI	2	2001	15	-
378	Ribeiro Gonçalves	PI	2	2001	14	-
379	Santa Cruz do Piauí	PI	2	2001	1	-
380	Santa Cruz dos Milagres	PI	2	2001	2	-
381	Santa Luz	PI	2	2001	1	-
382	Santa Rosa do Piauí	PI	2	2001	9	-
383	Santana do Piauí	PI	2	2001	8	-
384	Santo Antonio de Lisboa	PI	2	2001	5	-
385	São Francisco do Piauí	PI	2	2001	351	-
386	São João da Canabrava	PI	2	2001	9	-
387	São João da Fronteira	PI	2	2001	1	-
388	São João da Varjota	PI	2	2001	2	-
389	São João do Arraial	PI	2	2001	78	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
390	São João do Piauí	PI	2	2001	25	-
391	São José do Divino	PI	2	2001	4	-
392	São José do Piauí	PI	2	2001	10	-
393	São Luís do Piauí	PI	2	2001	11	-
394	São Miguel do Fidalgo	PI	2	2001	8	-
395	São Pedro do Piauí	PI	2	2001	1	-
396	São Raimundo Nonato	PI	2	2001	2	-
397	Sebastião Leal	PI	2	2001	1	-
398	Sussuapara	PI	2	2001	9	-
399	Tamboril do Piauí	PI	2	2001	5	-
400	Tanque do Piauí	PI	2	2001	3	-
401	Urucuí	PI	2	2001	7	-
402	Vera Mendes	PI	2	2001	3	-
403	Wall Ferraz	PI	2	2001	6	-
404	Entre Rios do Oeste	PR	2	2001	1	-
405	Guaratuba	PR	2	2001	1	-
406	Marilena	PR	2	2001	10	-
407	Mercedes	PR	2	2001	3	-
408	Porto Rico	PR	2	2001	3	-
409	Querência do Norte	PR	2	2001	15	-
410	Rolândia	PR	2	2001	1	-
411	São Pedro do Paraná	PR	2	2001	21	-
412	Terra Roxa	PR	2	2001	11	-
413	Cabo Frio	RJ	2	2001	2	-
414	Cachoeiras de Macacu	RJ	2	2001	5	-
415	Guapimirim	RJ	2	2001	1	-
416	Itaboraí	RJ	2	2001	2	-
417	Mage	RJ	2	2001	3	-
418	Nova Friburgo	RJ	2	2001	1	-
419	Resende	RJ	2	2001	1	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
420	São Gonçalo	RJ	2	2001	14	-
421	São João de Meriti	RJ	2	2001	22	-
422	Silva Jardim	RJ	2	2001	2	-
423	Ares	RN	2	2001	3	-
424	Caico	RN	2	2001	3	-
425	Carnaúba dos Dantas	RN	2	2001	1	-
426	Cruzeta	RN	2	2001	1	-
427	Parnamirim	RN	2	2001	5	-
428	Pedra Preta	RN	2	2001	2	-
429	Rodolfo Fernandes	RN	2	2001	1	-
430	Santa Cruz	RN	2	2001	1	-
431	Santa Maria	RN	2	2001	4	-
432	São Miguel	RN	2	2001	1	-
433	Serra de São Bento	RN	2	2001	1	-
434	Touros	RN	2	2001	4	-
435	Anta Gorda	RS	2	2001	1	-
436	Bento Gonçalves	RS	2	2001	2	-
437	Canoas	RS	2	2001	1	-
438	Carazinho	RS	2	2001	3	-
439	Cristal do Sul	RS	2	2001	1	-
440	Cruz Alta	RS	2	2001	2	-
441	Estância Velha	RS	2	2001	1	-
442	Frederico Westphalen	RS	2	2001	4	-
443	Girua	RS	2	2001	1	-
444	Ivoti	RS	2	2001	1	-
445	Nova Boa Vista	RS	2	2001	1	-
446	Novo Hamburgo	RS	2	2001	1	-
447	Passo Fundo	RS	2	2001	1	-
448	Pejuçara	RS	2	2001	1	-
449	Santa Cruz do Sul	RS	2	2001	1	-

Anexo 13 - Municípios sem transmissão de malária, porém, com notificação de exames negativos. Brasil, 2001

Cont.

Quant.	Município	UF	REG	Ano	Exame	Positivo
450	Três de Maio	RS	2	2001	1	-
451	Três Passos	RS	2	2001	1	-
452	Tucunduva	RS	2	2001	1	-
453	Canindé de São Francisco	SE	2	2001	3	-
454	São Cristovão	SE	2	2001	1	-
455	Telha	SE	2	2001	1	-
456	Abreulândia	TO	1	2001	1	-
457	Araguana	TO	1	2001	12	-
458	Arraias	TO	1	2001	3	-
459	Bom Jesus do Tocantins	TO	1	2001	1	-
460	Darcinópolis	TO	1	2001	2	-
461	Dianópolis	TO	1	2001	1	-
462	Natividade	TO	1	2001	21	-
463	Ponte Alta do Tocantins	TO	1	2001	1	-
464	Santa Rosa do Tocantins	TO	1	2001	6	-
465	São Miguel do Tocantins	TO	1	2001	2	-
466	Silvanópolis	TO	1	2001	1	-
467	Taguatinga	TO	1	2001	3	-

Anexo 14 - Capitais dos estados da região amazônica e municípios com população maior ou igual a 100 mil habitantes, com transmissão de malária em área urbana. Brasil, 2001

Quant.	Município	UF	População	Malária urbana
1	Manaus	AM	1.451.958	5
2	Macapá	AP	295.897	28
3	Caxias	MA	140.449	2
4	Codó	MA	111.588	131
5	Imperatriz	MA	230.770	43
6	São José de Ribamar	MA	111.885	150
7	São Luís	MA	889.130	1
8	Timon	MA	131.822	31
9	Abaetetuba	PA	121.413	1990
10	Ananindeua	PA	410.236	488
11	Marabá	PA	173.303	2680
12	Santarém	PA	264.989	36
13	Porto Velho	RO	342.261	40
14	Boa Vista	RR	208.512	17
15	Itaituba	PA	103.653	379
Total			4.987.866	6.021

Anexo 15 - Cronograma de atividades do PNCM

Atividades	Período								
	2003		2004		2005		2006		
	1º semestre	2º semestre							
Estruturar e/ou fortalecer as equipes de: vigilância em saúde, entomologia e educação em saúde, com técnicos capacitados, em epidemiologia e controle de doenças, com enfoque na malária, em todas as secretarias estaduais de saúde.									
Estruturar equipes de: vigilância em saúde, entomologia e educação em saúde, com técnicos capacitados, em epidemiologia e controle de doenças, com enfoque na malária, em todas as secretarias municipais de saúde dos municípios com registro de casos autóctones de malária.									
Incrementar a capacidade de infra-estrutura das equipes de vigilância em saúde por meio da renovação da frota de transportes e ampliação de equipamentos usados no controle da malária, em todas as SES, secretarias municipais de saúde dos municípios com registro de casos autóctones de malária e nos Dseis.									

Anexo 15 - Cronograma de atividades do PNCM

(cont.)

Atividades	Período								
	2003		2004		2005		2006		
	1º semestre	2º semestre							
Integrar as ações de controle da malária, nas ações básicas de saúde, em todos os municípios com registro de casos de malária na Região Amazônica.									
Integrar as ações de controle da malária, nas ações básicas de saúde, em todos os municípios com receptividade e vulnerabilidade, na região extra-amazônica.									
Implementar o diagnóstico rápido e tratamento oportuno, em todas as unidades básicas de saúde (UBS) e hospitais de emergência, em todos os municípios com notificação de casos de malária.									
Implementar o controle de qualidade dos exames de malária, em todos os municípios com notificação de exames de malária.									
Investigar condutas apropriadas para eliminação das fontes de infecção, principalmente com relação aos portadores de plasmódio, assintomáticos.									

Anexo 15 - Cronograma de atividades do PNCM

(cont.)

Atividades	Período								
	2003		2004		2005		2006		
	1º semestre	2º semestre							
Dotar as SES e SMS de ferramentas que possibilitem o planejamento, a avaliação e o monitoramento da malária (Sivep-malária, Sigepi, Epilinfo, e outros).									
Realizar análise mensal do comportamento da doença na esfera central, quinzenal na esfera estadual e semanal na esfera municipal.									
Elaborar e/ou revisar bases técnicas (guias, manuais e outros) do PNCM, sempre que se fizerem necessárias, e disponibilizá-las para os atores que atuam no controle da malária.									
Manter todas as equipes de trabalho bem preparadas profissionalmente e motivadas, para execução das ações de controle da malária, em todas as esferas (capacitação).									
Desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social em parcerias com instituições militares, públicas e religiosas, que executam missões especiais em áreas endêmicas de malária, para esclarecimento sobre riscos e cuidados em relação à doença.									

Anexo 15 - Cronograma de atividades do PNCM

(cont.)

Atividades	Período								
	2003		2004		2005		2006		
	1º semestre	2º semestre							
Desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social em parcerias com as empresas de viagens e ecoturismo, que atuam em áreas endêmicas de malária, para esclarecimento sobre riscos e cuidados em relação à doença.									
Desenvolver ações educativas, com ênfase nas ações de controle da malária, na população escolar da rede de ensino do País, por intermédio dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN).									
Divulgar informações aos governadores, prefeitos e secretários de saúde, sobre as ações de prevenção e controle da malária.									
Veicular campanha publicitária, sobre as ações de prevenção e controle da malária, observando a sazonalidade da doença.									
Manter a mídia permanentemente informada, por meio de comunicados ou notas técnicas, quanto à situação do controle da malária.									

Anexo 15 - Cronograma de atividades do PNCM

(cont.)

Atividades	Período								
	2003		2004		2005		2006		
	1º semestre	2º semestre							
Identificar e georreferenciar todos os criadouros positivos para anofelinos, em áreas urbanas das cidades, vilas, povoados, acampamentos, acampamentos e aldeias indígenas e outros aglomerados urbanos.									
Concluir a carta anofélica e georreferenciar todos os criadouros positivos para anofelinos, nos municípios da região extra-amazônica, que tiveram pelo menos um caso autóctone de malária, nos últimos cinco anos.									
Desenvolver estudos e pesquisas para direcionamento das medidas de controle da malária.									
Instituir comitês de avaliação técnica do PNCM, nas esferas nacional e estadual.									
Realizar reuniões periódicas de avaliação do PNCM, em todas as esferas.									
Manter informadas, as autoridades de saúde e instituições de controle social, sobre a situação da malária, em todas as esferas de governo.									

Anexo 15 - Cronograma de atividades do PNCM

(cont.)

Atividades	Período								
	2003		2004		2005		2006		
	1º semestre	2º semestre							
Realizar reunião com os governadores e secretários de saúde das unidades federadas para apresentação do PNCM e obtenção da prioridade política necessária à execução das ações de controle da malária.									
Elaborar e implantar os planos municipais de controle da malária, segundo as diretrizes do PNCM, por meio de discussão com representantes das SMS, dos municípios com notificação de malária.									

XIII - Referências bibliográficas

AKAVAN, D. *Análise de custo-efetividade do Projeto de Controle da Malária na Bacia Amazônica (PCMAM)*. Brasília: OPAS, 2000.

ALMEIDA NETO, J. C. et al. Malária grave por *P. Falciparum*: avaliação das falhas no diagnóstico e na conduta terapêutica em pacientes antes de sua internação em Hospitais de Referência. *Rev. Patol. Trop.*, v. 4, n. 1, p. 1-9, jan./jun. 1985.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Avaliação do custo efetividade do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal*. Brasília: Funasa, 2002.

_____. *Controle da malária: diretrizes técnicas*. 2. ed. Brasília: FNS, 1996.

_____. *Controle de vetores procedimentos de segurança*. Brasília: Funasa, 2001.

_____. *Controle seletivo de vetores da malária*. Brasília: FNS, 1999.

_____. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: Funasa, 2002.

_____. *Manual de terapêutica da malária*. Brasília: Funasa, 2001.

_____. *Ofício-Circular n.º 164 CCDTV/DEOPE, de 21 de março de 1997*. [S. l. : s. n.], [1997?].

_____. *Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal: relatório executivo - abril 2002*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

_____. *Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal*. Brasília: Funasa, 2000.

_____. *Rede Amazônica de Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas no Brasil*. Brasília: Funasa, 2001.

_____. *Relatório da 9.ª Reunião Técnica sobre Malária*. Macapá: Funasa, set. 2002. (Mimeo).

_____. *Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)*. Brasília: Funasa, 2002. (Mimeo).

_____. *Sistema de Informação do Programa de Controle da Malária (SISMAL): relatório resumo epidemiológico, 2001*. Brasília: Funasa, 2002. (Mimeo).

_____. *Sistema Série Histórica de Malária (SHM): relatório Brasil por região*

malárica - Amazônia, 1959 a 2001. Brasília: Funasa, 2002. (Mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Memorando n.º 48, de 26 de março de 2001*. [S. l. : s. n.], [2001?].

_____. Portaria Interministerial n.º 279, de 8 de março de 2001. Estabelece ação integrada do Ministério da Saúde – MS e o Ministério do Desenvolvimento Agrário – MDA, no Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal – PIACM. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 89, n. 48, seção 1, p. 30, 9 mar. 2002.

_____. Portaria n.º 1.147, de 20 de junho de 2002. Altera a Portaria n.º 1.399, de 14 de dezembro de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 139, n. 118, seção 1, p. 159, 21 jun. 2002.

_____. Portaria n.º 1.399 de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 87, n. 240, seção 1, p. 21, 16 dez. 1999.

_____. Portaria n.º 44, de 3 de janeiro de 2002. Defini as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS na prevenção e no controle da malária e da dengue. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 89, n. 5, seção 1, p. 77, 8 jan. 2002.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. *Resolução Conama n.º 286, de 30 de agosto de 2001*. Dispõe sobre o Licenciamento Ambiental de Empreendimentos nas Regiões Endêmicas de Malária. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br>>.

_____. *Resolução Conama n.º 289, de 25 de outubro de 2001*. Estabelece diretrizes para o Licenciamento Ambiental de Projetos de Assentamento de Reforma Agrária. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br>>.

BRITO, N. M. B. et al. Endemia da malária no município de Belém do Pará. *Rev Para Méd*, v. 16, n. 1, p. 39-42, jan./abr. 2002.

DATASUS. *Sistema de Informação de Internações Hospitalares (SIH/SUS)*. Disponível em: <<http://www.dataus.gov.br>>.

MARQUEZ, A. C. O Controle das grandes endemias em 1984. *Rev Bras Malariol Doenças Trop*, v. 37, p. 78-92, 1985.

MURICY, C. L. et al. Avaliação do Sistema de Vigilância de Malária (SVM). *Rev Bras Epid*, mar. 2002. Suplemento especial 71.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *La salud em las Américas*. Washington: OPS, 2002. v. 1

_____. *Hacia la Conquista de la Salud*. Washington: OPS, 1972.

REYES, S. Infecções maláricas por plasmodium falciparum resistente ao tratamento com cloroquina: situação no Brasil (1960-1981). *Rev Bras Malariol Doenças Trop*, v. 33, p. 109-30, 1981.

URDANETA, M. et al. Safety evaluation of SPf66 malaria vaccine in Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*, v. 29, n. 5, p. 487-501, sept./oct. 1996.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 3, p. 7-26, jul./set. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Malaria. Fact Sheet 94 [online]*. Washington: WHO, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/inf-fs/en/fact094.html>>. Acesso em: 31 out. 2002.

Equipe técnica

Elaboração:

Rui Moreira Braz – Cenepi/FUNASA

Maria da Paz Luna Pereira – Cenepi/FUNASA

Teresinha Sousa de Oliveira Paiva – Cenepi/FUNASA

Orientação:

Margarita Urdaneta – Cenepi/FUNASA

Margareth Portela – ENSP/Fiocruz

Revisão técnica:

Romeo Rodrigues Fialho – Cenepi/FUNASA

José Lázaro de Brito Ladislau – Presidência/FUNASA

Carmen Lucia Muricy – Cenepi/FUNASA

Roseli La Corte dos Santos – Cenepi/FUNASA

Colaboradores:

Carlos José Mangabeira – Cenepi/FUNASA

Wladmary Medonça de Azevedo – Desai/FUNASA

Lubélia Sá Freire da Silva – Cenepi/FUNASA

Maria Fernanda Bittencourt – Densp/FUNASA

Onivaldo Ferreira Coutinho – Ascom/FUNASA

Wagner Cosme Morhy Terrazas – Core/AM/FUNASA

Rita de Cássia Barradas Barata – Comitê Assessor do Piacm

Pedro Luiz Tauil – Comitê Assessor do Piacm

Cor Jésus Fontes – Comitê Assessor do Piacm

Projeto gráfico:

Fabiano Camilo e Silva – Nemir/Codec/Ascom/Pre/FUNASA

Revisão ortográfica e gramatical:

Olinda Myrtes Bayma S. Melo – Nemir/Codec/Ascom/Pre/FUNASA

Diagramação:

Maria Célia de Souza – Nemir/Codec/Ascom/Pre/FUNASA

Normalização bibliográfica:

Raquel Machado Santos – Comub/Ascom/Pre/FUNASA



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Criação da capa, normalização, impressão e acabamento)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, agosto de 2003

OS 1019/2003