

●●●●●●● SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA MALÁRIA NO BRASIL, ANO DE 2007

●●●● Apresentação

Dados do Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), da Secretaria de Vigilância em Saúde, apontam para uma queda expressiva no número de casos de malária nos últimos dois anos. Em 2005 foram notificados 607.827 casos, enquanto que em 2007, 457.659 casos, o que representa menos 150.168 pessoas doentes, uma redução de 24,7%. O avanço no controle da malária só é possível devido à consolidação da parceria entre os órgãos governamentais e outras instituições das três esferas de governo, aprimorando a estratégia de controle integrado da doença.

As ações englobam o diagnóstico precoce e pronto tratamento dos casos; o planejamento e a implementação de medidas seletivas e sustentáveis de controle, ajustados às características particulares da transmissão existentes em cada localidade; a detecção oportuna, a prevenção e a contenção de epidemias; e o monitoramento regular da situação da malária, em particular os seus determinantes ecológicos, sociais e econômicos. Em várias dessas ações só foram possíveis de serem desenvolvidas graças a profícuo parceria entre o PNCM e o Departamento de Atenção Básica.

Resalta-se também a expansão dos serviços de saúde que possibilita a focalização de medidas de controle mais eficientes e efetivas a partir da análise da situação epidemiológica. Soma-se a essa iniciativa a Rede Amazônica de Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas (Ravreda), em desenvolvimento nos países amazônicos por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e apoiada com recursos da United States Agency for International Development (USAID) e dos Ministérios da Saúde dos países envolvidos. A Ravreda vêm constituindo-se em importante ferramenta para o fortalecimento da capacidade de gestão dos programas de malária nesses países.

Os indicadores malariométricos observados neste informe demonstram um claro avanço no controle da malária na Amazônia Legal, onde a dinâmica de transmissão da doença concentra-se, a cada ano, em número menor de municípios. Este fato confirma o maior envolvimento dos gestores municipais e a inserção cada vez maior das ações de controle da malária na atenção básica de saúde. Assim, constatam-se os benefícios do processo de descentralização em muitos municípios amazônicos, o que pode garantir a sustentabilidade das ações de controle da doença.

Outro fato bastante positivo foi a redução acentuada de casos de malária por *P. falciparum*, responsável pela forma mais grave da doença, com a introdução do novo tratamento terapêutico com combinação à base de artemisinina. Estudos demonstram que essa medida repercute positivamente nos indicadores de gravidade da doença, pois se observa, também, a redução das internações hospitalares e de óbitos.

A Secretaria de Vigilância em Saúde publica mais esta edição do informe malária com o compromisso de manter a sociedade atualizada sobre a situação da malária, que afeta, principalmente, a população amazônica.

	Gerson Penna
	Secretário de Vigilância em Saúde

●●●● Introdução

No Brasil, 99,8% da transmissão da malária concentra-se na Amazônia Legal, composta pelos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, com 807 municípios. Por ser a doença de maior magnitude da região, a malária, de certa forma, tem contribuído para a melhoria dos serviços de saúde, com a ampliação do atendimento aos portadores de malária e consequentemente de outras doenças.

A partir do ano de 2000 o Ministério da Saúde (MS) desencadeou o processo de descentralização das ações de vigilância em saúde, que instituiu o repasse de recursos para estados e municípios certificados na modalidade fundo a fundo, por intermédio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS). Este processo vem se efetivando anualmente com o fortalecimento da estrutura dos serviços e da capacidade de gestão dos estados e municípios. O Ministério da Saúde tem procurado suprir as dificuldades operacionais na Amazônia com o reforço de recursos financeiros, materiais e de conhecimento aos técnicos que desenvolvem os serviços.

No decorrer da análise deste informe poderá se constatar que muitos municípios saíram da fase crítica da alta transmissão da malária, graças aos esforços enviados pelos gestores das três esferas de governo para o controle da malária. Entretanto, a intensa e desordenada ocupação das periferias das cidades tem levado a concentração de casos, fato que pode ser constatado com a concentração de 50% dos casos de malária em 19 municípios.

Na análise dos indicadores selecionados para este informe poderá se constatar os avanços e as dificuldades ainda persistentes ao controle da malária.

●●●● O Programa Nacional de Controle da Malária

O PNCM tem como principal objetivo reduzir a morbimortalidade por malária com estratégias de intervenção de forma integrada. A principal destas estratégias é a realização de diagnóstico e tratamento adequados e oportunos.

●●●● A rede de diagnóstico de malária

No Brasil, a rede de diagnóstico de malária realizou, em 2007, cerca de 3,4 milhões de exames para diagnóstico de malária. Na Amazônia Legal estão localizados mais de três mil laboratórios, dos quais 25% estão no estado do Amazonas (tabela 1).

Tabela 1. Número de laboratórios e exames de diagnóstico de malária, por UF. Amazônia Legal, 2007

UF	População	Nº de laboratório	Nº exame
AC	703.432	183	696.829
AM	3.389.072	823	1.303.231
AP	636.654	148	109.293
MA	6.265.077	393	152.060
MT	2.910.264	249	33.497
PA	7.249.160	669	512.827
RO	1.590.001	323	454.949
RR	415.281	242	166.193
TO	1.358.922	187	2.602
Total	24.517.863	3.217	3.431.481

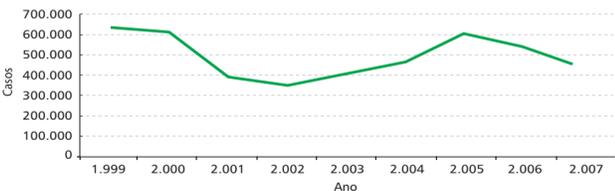
Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

●●●● Registro de casos de Malária na Amazônia Legal

A malária é endêmica na Amazônia Legal, com média de 500 mil casos por ano. No período de 2000 a 2002 houve redução na notificação de casos. No entanto, essa queda não foi mantida e no período de 2003 a 2005 observou-se crescimento no registro da doença. Porém, nos dois últimos anos, 2006 e 2007, houve uma reversão desta tendência de crescimento, com uma importante redução de 9% em 2006, quando comparado com 2005, e de 17% em 2007 em relação a 2006 (figura 1).

O êxito pode ser atribuído a uma série de fatores, dentre os quais: maior investimento de recursos pelas três esferas de governo; mudança no esquema de primeira escolha para tratamento da malária por *Plasmodium falciparum*; aprimoramento do trabalho intersetorial e interinstitucional; capacitação dos profissionais de saúde em análise de dados para focalização do problema e tomada de decisão e mobilização do setor político.

Figura 1. Número de casos de malária. Amazônia Legal, 1999 a 2007



Fonte: Sismal e Sivep-Malária/SVS/MS

Em 2007, apenas três estados, Amazonas, Rondônia e Pará foram registrados cerca de 354 mil casos, o que corresponde a 78% das ocorrências. Nos municípios da Amazônia Legal, 641 (79%) apresentaram lâminas positivas para malária. A maioria dos estados da Amazônia Legal apresentou redução, em 2007, na frequência de casos em relação ao ano anterior, exceto Amazonas e Mato Grosso (figura 2).

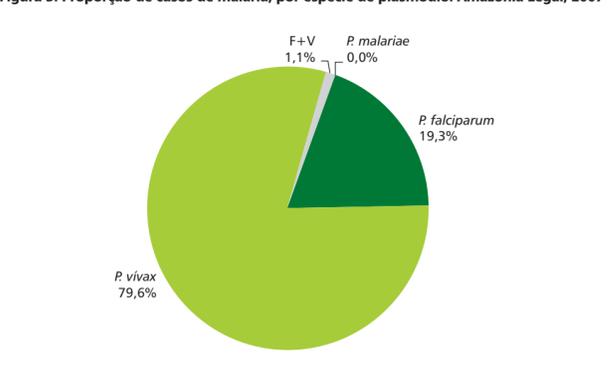
No Brasil, há transmissão de três espécies de malária, *Plasmodium vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*. No entanto, as infecções causadas por *P. vivax* predominam. Houve redução nos casos de malária por *P. falciparum* em praticamente todos os estados (figura 2), na Amazônia Legal este percentual passou de 25% em 2006, para 19% em 2007 (figura 3). Esta redução pode em parte ser atribuída à mudança no tratamento de primeira escolha da malária por *P. falciparum*, passando do esquema terapêutico com quinina e doxiciclina para combinações com derivados da artemisinina.

Figura 2. Número de casos de malária e variação, por UF de notificação, Amazônia Legal, 2006 e 2007

<i>P. vivax</i>			<i>P. falciparum</i>		
2006	146.568		47.053		
2007	165.168	12,7%	36.517	-22,4%	
AM	76.574		26.165		
2007	59.051	-22,9%	16.066	-38,6%	
PA	72.353		23.677		
2007	59.723	-17,5%	16.375	-30,8%	
RO	57.111		30.824		
2007	39.168	-31,4%	9.263	-69,9%	
AC	17.927		6.092		
2007	13.067	-27,1%	3.965	-34,9%	
AP	15.399		4.384		
2007	10.632	-31,0%	3.061	-30,2%	
RR	6.639		1.505		
2007	5.506	-17,1%	2.169		44,1%
MT	5.011		2.314		
2007	3.278	-34,6%	1.657	-28,4%	
MA	90		14		
2006	36	-60,0%	22	57,1%	
TO					
2006					
2007					

Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS. Dados sujeitos a atualizações.

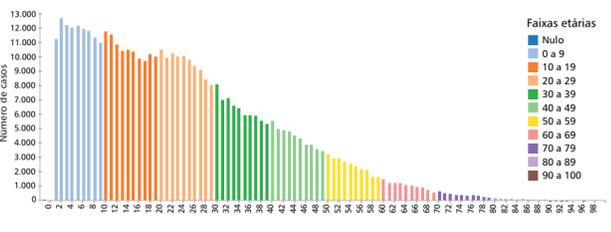
●●●● Proporção de casos de malária, por espécie de plasmódio. Amazônia Legal, 2007



Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

O maior número de casos, em 2007, foi registrado nas crianças de 0 a 9 anos (24%), seguido de indivíduos de 10 a 19 anos (figura 4).

Figura 4. Número de casos de malária por idade. Amazônia Legal, 2007

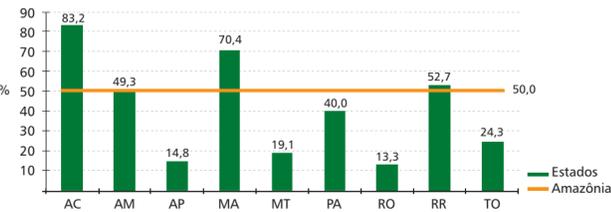


Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

●●●● Detecção de casos

A detecção de casos de malária é realizada por meio da busca de casos em seus domicílios e áreas de risco ou de forma passiva, por meio dos atendimentos da demanda dos pacientes. Em 2007, o percentual de exames realizados por meio da busca de casos, na Amazônia Legal, foi de 50%. Este percentual vem aumentando a cada ano, em decorrência da inserção da coleta de lâminas nas ações da atenção básica. Os estados do Acre, Maranhão e Roraima apresentaram proporções de exames realizados por busca de casos acima do encontrado na Amazônia Legal (figura 5). A detecção de casos, por meio da busca de doentes, pode reduzir o tempo entre o início dos sintomas, o diagnóstico e o tratamento da doença.

Figura 5. Proporção de lâminas coletadas por meio da busca de casos, por UF. Amazônia Legal, 2007



Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

A ocorrência de casos de malária, em 2007, em áreas especiais (assentamento, acampamento, reserva indígena e garimpo), representou 19% dos casos da Amazônia Legal. Dos casos de malária registrados em garimpo 53% ocorreu no estado do Pará, enquanto a maior parte da malária em assentamento/acampamento e área indígena, ocorreu no Amazonas, 38% e 68% respectivamente (tabela 2).

Tabela 2. Número de casos de malária, por área especial, Amazônia Legal, 2007

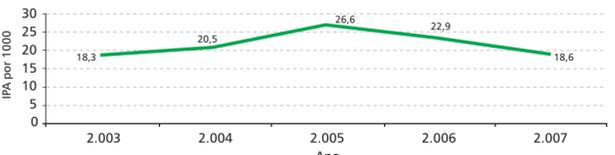
UF	Garimpo		Assentamento/acampamento		Indígena		Total
	casos	%	casos	%	casos	%	
AC	0	0	8.595	22	815	2	9.410
AM	1.471	11	14.761	38	22.955	68	39.187
AP	2.912	21	582	1	1.709	5	5.203
MA	10	0	314	1	89	0	413
MT	1.034	8	352	1	222	1	1.608
PA	7.230	53	9.576	25	4.686	14	21.492
RO	949	7	1.962	5	969	3	3.880
RR	3	0	2.723	7	2.215	7	4.941
TO	0	0	0	0	0	0	0
Total	13.609	100	38.865	100	33.660	100	86.134

Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

●●●● O risco de adoecer de malária

No Brasil, os graus de risco são classificados de acordo com a Incidência Parasitária Anual (IPA), em alto risco (IPA≥50/1.000 hab.), médio risco (IPA entre 10-49/1.000 hab.) e baixo risco (IPA<10/1.000 hab.). Entre 2003 e 2007 observou-se maior incidência em 2006 (26,6/1.000 hab.) (Figura 6). Em 2007, a IPA retornou ao nível de 2003 (18,6/1.000 hab.).

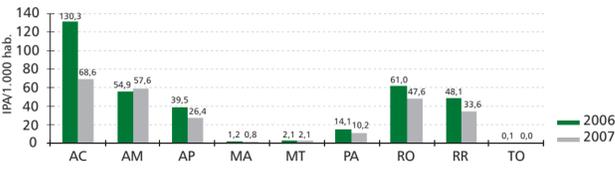
Figura 6. Incidência Parasitária Anual (IPA) da malária. Amazônia Legal. 2003 a 2007



Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

Na Amazônia Legal o risco de adoecer por malária é considerado médio (18,6), no entanto, há estados em que a população está submetida a alto risco como o Acre, Amazonas e Roraima. Em 2007, quando comparado com 2006, houve redução na incidência em quase todos os estados, exceto Amazonas. Essa redução foi mais intensa no estado do Acre. (figura 7).

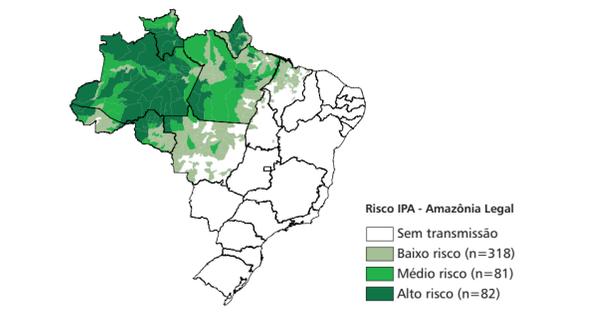
Figura 7. Incidência Parasitária Anual (IPA) da malária, por Unidade da Federação. Amazônia Legal. 2006 e 2007



Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

Na região amazônica, 79 municípios foram classificados como de alto risco, dos quais 11 apresentaram incidência acima de 300/1.000 hab. (Rodrigues Alves, Mâncio Lima e Cruzeiro do Sul, no Acre; Santa Isabel do Rio Negro, Careiro, Atalaia do Norte e Novo Airão, no Amazonas; Oiapoque e Calçoene, no Amapá; Anajás, no Pará e, em Rondônia, o município de Cujubim) (figura 8). Estes municípios são considerados prioritários pelo PNCM e as estratégias são diferenciadas e definidas de acordo com as características locais.

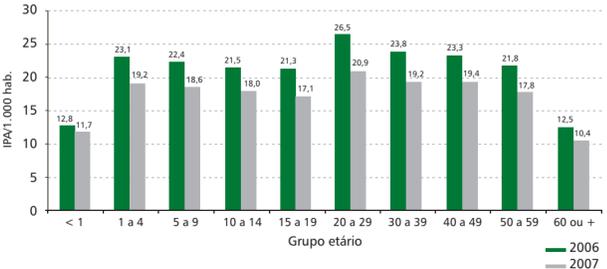
Figura 8. Mapa de risco da malária por município de infecção, Amazônia Legal, 2007. Baixo risco: IPA < 10; médio risco IPA 10-49; alto risco IPA ≥ 50.



Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

A incidência de malária é semelhante nos diversos grupos etários, sendo menor apenas nos maiores de 60 anos e menores de 1 ano. Em 2007, observou-se diminuição da incidência em todos os grupos etários quando comparado a 2006 (figura 9).

Figura 9. Incidência Parasitária Anual da malária, por grupo etário. Amazônia Legal. 2006 e 2007

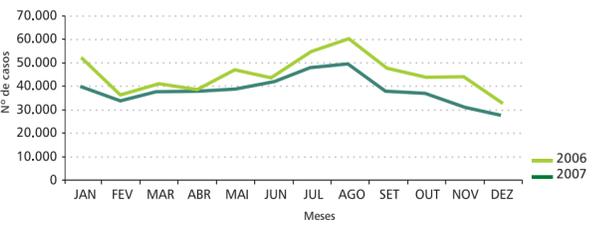


Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

●●●● A transmissão mensal da malária

A maior transmissão da doença coincide com o período após as chuvas quando existem condições propícias à proliferação do vetor. Na Amazônia Legal a transmissão da malária aumenta no segundo semestre do ano, em 2007 o pico ocorreu no mês de agosto (figura 10), havendo certa variação de acordo com o estado. Houve redução de casos em todos os meses de 2007.

Figura 10. Registro mensal de casos de malária. Amazônia Legal 2006 e 2007



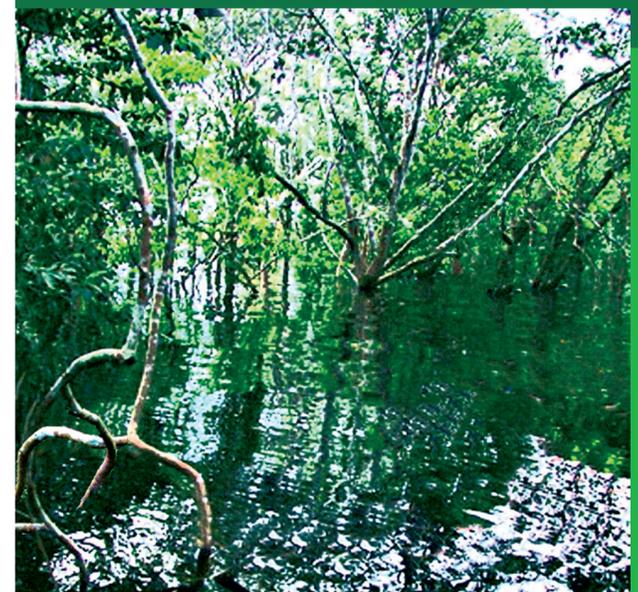
Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

●●●● A urbanização da transmissão da malária

A ocupação desordenada dos espaços peri-urbanos tem sido relatada como um importante fator no aumento da malária em cidades, como Manaus, Porto Velho e Cruzeiro do Sul. Em 2007, 24% dos casos foram notificados nesses três municípios. Gestores dessas áreas estão concentrando esforços, no sentido de obter resultados sustentáveis na redução da transmissão da doença, por meio do aprimoramento do trabalho inter-setorial e interinstitucional.

●●●● A transmissão da malária em região extra-amazônica

A região extra-amazônica não é área endêmica para malária. Os estados do Paraná, São Paulo e Espírito Santo foram responsáveis por 88% dos casos, exigindo um sistema de vigilância constante nos estados dessa região com o objetivo de detectar e tratar rapidamente estes casos, evitando o aumento da transmissão autóctone. Estes estados, por serem receptivos, estão constantemente sujeitos a ocorrência de surtos em decorrência do fluxo constante de pessoas vindas de áreas endêmicas dentro e fora do país.



Situação Epidemiológica da Malária no Brasil

2008

Ministério da Saúde

•••• Sistema de informação

A informação em saúde é imprescindível para a gestão dos serviços. Especificamente, para a vigilância em saúde, desencadeia o processo "informação-decisão-ação". Para que esta tríade ocorra harmoniosamente, a informação deve se respaldar na qualidade, na oportunidade, na representatividade e deve estar disponível para aqueles que dela necessitem. Outro atributo da informação é servir como importante ferramenta para o controle social, quando divulgada de forma democrática para livre acesso por parte da comunidade.

Para apoiar os estados e municípios, o MS por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), desenvolveu e implantou o Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica - módulo malária (Sivep-Malária), destinado à notificação de casos da enfermidade, para processamento e análise, principalmente no âmbito local. O sistema representa grande avanço por utilizar tecnologia da internet, e mesmo assim, a versão local do sistema poder ser utilizada em municípios que não dispõem desta tecnologia.

Para facilitar as atividades e universalizar o acesso às informações sobre a malária a SVS, por meio do Datasus desenvolveu outro software denominado Sistema de Informações Gerenciais e Divulgação (SIG-Malária), a partir dos dados do Sivep-Malária. Este sistema está disponível ao público no endereço eletrônico <http://dw.saude.gov.br/malaria>. O sistema de informação gerencial serve para apoiar as ações que permitam aos gestores, pesquisadores, órgãos controladores, imprensa, viajantes e demais interessados, a analisar diversos cenários para subsidiar a tomada de decisão estratégica.

Com relação às notificações de malária na extra-Amazônia o MS disponibiliza essas informações por meio do endereço eletrônico <http://saude.gov.br/sinanweb>.

•••• Projeto Ravreda

A Rede Amazônica de Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas (Ravreda) foi criada em 2001 com o objetivo de monitorar a resistência do plasmódio às drogas antimaláricas. Nesta rede participam Brasil, Bolívia, Equador, Colômbia, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela. O projeto é coordenado regionalmente pela Organização Panamericana da Saúde e, além dos recursos dos próprios países, conta com o apoio da USAID por meio do projeto Amazon Malaria Initiative (AMI). Os estudos são conduzidos pelas Secretarias de Estado de Saúde e Instituições de Pesquisa, que atuam como centros colaboradores.

No decorrer dos anos, a Ravreda participou de diversos estudos que produziram evidências para subsidiar a tomada de decisão no PNCM, tanto na área de resistência aos antimaláricos, quanto em relação aos outros componentes com ênfase cada vez maior em estudos relacionados à sistematização de processos. As atividades da Ravreda em 2007 estão resumidas a seguir:

- Estudo sobre a eficácia do tratamento de primeira escolha, cloroquina e primaquina, no tratamento da malária não complicada por *P. vivax*.
- Avaliação da resistência in vitro do *Plasmodium falciparum* às drogas antimaláricas.
- Avaliação do impacto do uso de tratamento combinado com derivado de artemisinina na transmissão da malária.
- Gestão de Qualidade de Diagnóstico; com elaboração de documento técnico para avaliação de competências dos microscopistas e processo de monitoramento contínuo do desempenho, além de um componente de avaliação externa de laboratórios.
- Estudo piloto de implantação do monitoramento do acesso e uso de antimaláricos na rotina do programa de malária. Incluindo processo de supervisão periódica dos postos de diagnóstico e tratamento de malária, controle de estoque, programação de consumo e fluxo de solicitação/envio de medicamentos.
- Elaboração do módulo sobre diagnóstico e tratamento do Guia de Gestão Local do Controle da Malária.
- Avaliação da qualidade de antimaláricos coletados em todos os níveis da cadeia de distribuição: nacional, estadual, municipal e local; e no comércio informal em áreas especiais como garimpos. Os resultados mostram ausência de alguns dados essenciais impressos na embalagem e presença de medicação clandestina comercializada com baixo teor da droga.
- Estudo piloto de estratificação das localidades para focalização e adequação das ações de controle vetorial e acompanhamento com indicadores entomológicos.
- Estudo de intervenção controlada com mosquiteiros impregnados de longa duração.
- Avaliação da suscetibilidade dos anofelinos aos inseticidas.
- Sistematização de rotina para análise e uso das informações geradas pelo sistema de vigilância da malária nas esferas estaduais e municipais.

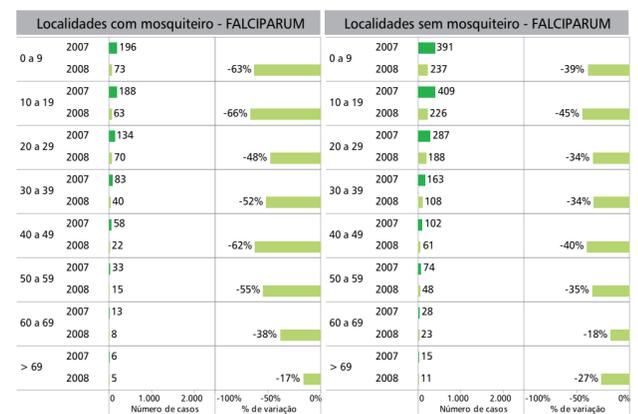
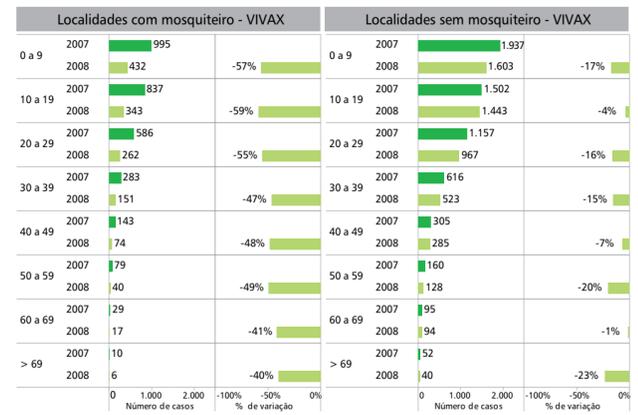
Todos os protocolos e manuais desenvolvidos pela rede estão disponíveis e podem ser utilizados e reproduzidos pelos serviços de saúde.

uso massivo (com 100% de cobertura) dos MILD na transmissão de malária em localidades de alta carga de doença na Amazônia brasileira e fazer um exercício de implementação desta ação de controle. As localidades selecionadas pertencem aos municípios de Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima e Rodrigues Alves no estado do Acre.

O processo de implementação envolveu seleção das localidades por critérios epidemiológicos, aplicação de questionários sobre hábitos e costumes da população, educação em saúde e mobilização social e instalação dos mosquiteiros nas residências. Além disso, há uma rotina de acompanhamento do uso dos mosquiteiros, por meio de visitas mensais e aplicação de questionários a cada quatro meses.

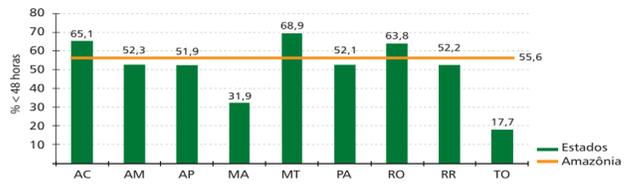
Os resultados preliminares dessa ação estão apresentados na figura 14. Note que a redução no número de casos foi maior nas localidades que receberam os MILD, principalmente para as faixas etárias menores de 20 anos. Além disso, proporcionalmente, a diferença de redução nas localidades que receberam mosquiteiros em comparação àquelas que não têm MILD foi maior na malária por *P. vivax*.

Figura 14. Número de casos de malária em janeiro, fevereiro e março de 2007 e 2008 e a porcentagem de variação no número de casos de malária por faixa etária e espécie parasitária nas localidades que receberam e que não receberam MILD em Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima e Rodrigues Alves, Acre



Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS, em 31/03/2008.

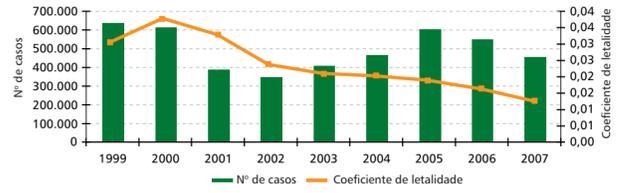
Figura 12. Proporção de exames realizados em menos de 48 horas do início dos sintomas da doença, por Estado. Amazônia Legal, 2007



Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS

Evitar óbitos por malária é o principal objetivo do programa. Desde 2001 há redução no número de óbitos e no coeficiente de letalidade por malária, que em 2007 foi de 0,01% (figura 13). Essa diminuição contínua é em decorrência a vários fatores, dentre os quais a melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da doença.

Figura 13. Número de casos e coeficiente de letalidade da malária. Amazônia Legal, 1999 a 2007*



*Dados parciais

Fonte: SIM/Datasus/MS, Sismal/SVS/MS e Sivep-Malária/SVS/MS.

•••• Controle vetorial

A política de focalização:

O atual contexto epidemiológico da malária, em que se observa uma importante redução de malária causada por *P. falciparum* e uma redução menos acentuada da malária por *P. vivax*, reforça a importância do controle vetorial da doença.

Desde 2006, a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária recomenda que o controle vetorial seja realizado segundo a política de focalização. Ela se baseia na concentração dos esforços (com a capacidade operacional existente nos municípios) para que as localidades com maior carga de doença recebam intervenções de controle vetorial, cumprindo todos os critérios de cobertura, periodicidade e qualidade. Deve-se também implementar uma rotina de seleção da intervenção, realização da intervenção e avaliação do impacto, baseada essencialmente em informações epidemiológicas e, sempre que possível, entomológicas.

A CGPNCM, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), está acompanhando experiências piloto nos municípios de Cruzeiro do Sul no Acre, e Cantá em Roraima, onde ocorreu implementação do processo de focalização das ações de controle vetorial de malária com acompanhamento dos indicadores entomológicos antes e depois das ações de controle vetorial. O objetivo principal dessas experiências é validar uma metodologia de rotina para as equipes de entomologia existentes na Amazônia Legal, bem como promover a política de focalização das ações de controle vetorial de malária. Criou-se, a partir desses projetos piloto, uma rotina de análise dos indicadores e das ações de controle vetorial.

Intervenção controlada com Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração (MILD):

Em outubro de 2007, a USAID, com apoio da OPAS, doou ao Ministério da Saúde do Brasil 7.000 mosquiteiros impregnados de longa duração (MILD). Planejou-se, pois, uma intervenção controlada cujo objetivo é avaliar, na situação de campo, o impacto do

Tabela 4: Casos de malária ocorridos na região extra-amazônica, por UF provável de infecção, 1999-2007*

Estados	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Alagoas	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bahia	0	1	72	14	71	0	7	2	1
Ceará	0	2	0	402	4	6	5	4	1
Distrito Federal	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Espírito Santo	13	5	14	0	26	82	94	48	42
Goiás	2	24	0	5	3	7	18	1	1
Mato Grosso do Sul	1	0	133	38	9	8	4	1	2
Minas Gerais	1	0	2	1	31	3	20	3	2
Paraíba	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Paraná	47	16	27	106	11	13	11	12	60
Pernambuco	0	0	0	0	0	7	2	1	1
Piauí	3	29	13	9	20	90	17	20	6
Rio de Janeiro	1	0	0	1	19	8	8	2	3
Rio Grande do Norte	0	0	0	0	2	3	2	3	0
Rio Grande do Sul	0	0	0	0	1	1	0	1	2
Santa Catarina	0	0	0	0	2	2	0	0	1
São Paulo	0	3	0	4	20	13	32	77	50
Sergipe	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total	66	80	261	580	220	245	222	176	172

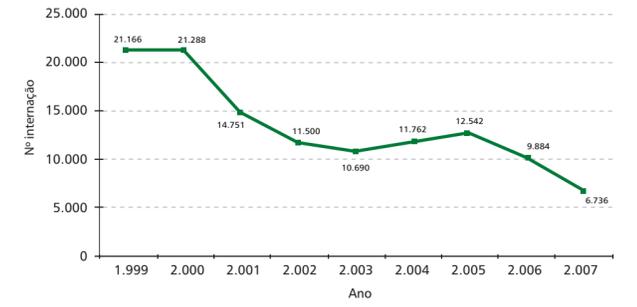
*Dados preliminares, sujeitos a revisão

Fonte: Sismal (1999 a 2003), Sinan/SVS/MS (2004 a 2007). Dados do Sinan: Casos com resultado laboratorial positivo, exceto recaídas ou LVC, segundo o ano de notificação.

•••• A gravidade da malária

A malária é uma doença que pode evoluir para forma grave e complicada. Em 2007, foram internados cerca de seis mil doentes de malária, 31% a menos que em 2006. Essa diminuição foi verificada em todos os estados da Amazônia Legal. No período de 1999 a 2007 observava-se tendência decrescente nas internações por malária com redução de 68% (figura 11).

Figura 11. Número de internação por malária. Amazônia Legal. 1999 a 2007



Fonte: SIH-SUS/SAS/MS

A precocidade do diagnóstico e tratamento é primordial para interromper a cadeia de transmissão da doença e evitar a evolução para formas graves. Em 2007, na Amazônia Legal, 56% dos casos de malária foram diagnosticados e tratados em até 48 horas do início dos sintomas da doença, esse percentual é reduzido para 38% quando a referência é até 24 horas.

Na figura 12 é possível observar a diferença entre os estados, ficando evidente a necessidade de melhorar a agilidade do diagnóstico e tratamento, principalmente onde a transmissão da doença é mais baixa, como o Tocantins e Maranhão. As atividades de educação em saúde devem ser também intensificadas, no sentido de orientar o paciente a buscar atendimento o mais precocemente possível.

© 2008 Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte
Tiragem: 8.000 exemplares
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Elaboração, edição e distribuição
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Diretoria Técnica de Gestão

Endereço
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-Sede
Brasília-DF
CEP: 70058-900
E-mail: svs@saude.gov.br
Endereço na internet: www.saude.gov.br/svs

