

Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Ações de Controle de Endemias

malária



**Manual para
Agentes Comunitários de Saúde
e Agentes de Controle de Endemias**

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Ações de Controle de Endemias

Malária

Manual para Agentes Comunitários de Saúde
e Agentes de Controle de Endemias

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2002

© 2002. Ministério da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série A. Normas e Manuais Técnicos
Tiragem: 1ª edição – 2002 – 51.000 exemplares

Ministro de Estado da Saúde

Barjas Negri

Presidente da Fundação Nacional de Saúde

Mauro Ricardo Machado Costa

Secretário de Políticas de Saúde

Cláudio Duarte da Fonseca

Diretor do Centro Nacional de Epidemiologia/FUNASA

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Diretora do Departamento de Atenção Básica

Heloiza Machado de Souza

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 718

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 315 2542

E-mail: psf@saude.gov.br

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

Centro Nacional de Epidemiologia

Assessoria de Descentralização e Controle de Endemias

Gerência Técnica de Malária

Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bloco N, 7º Andar, Sala 711

CEP: 70.070-040 - Brasília - DF

Telefones: (61) 314-6355/314-6481/321-1410/321-2203

Fax: (61) 321-1410

Home page: www.funasa.gov.br

Elaboração do texto base: Elza Alves Pereira

Revisão e ampliação: Equipe da Funasa: Vanja Sueli Pachiano Calvosa, Izabel Cristina Ponçadilha Barata, Lubélia Sá Freire da Silva, Romeo Rodrigues Fialho, José Lázaro de Brito Ladislau, Carlos Catão Prates Loiola, Pedro Luiz Tauil

Equipe do DAB/SPS: Afra Suassuna, Ângela Cristina Pistelli Ferreira, Graciene Silveira, Maria Angélica Cúria Cerveira, Maria Rita Coelho Dantas, Sônia Rocha

Colaboradores: Flane Lany Valente, Adelaide Borges, Dalva Ione

Fotos: Romeo Rodrigues Fialho e Arquivo DAB/SPS

Ilustrações e diagramação: Rodrigo Mafra e Eduardo Trindade

Elaborado com recursos do Projeto Unesco 914/BRZ-29 – Atenção Básica no Brasil

Impresso com recursos da Funasa

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Catalogação na fonte – Editora MS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

Ações de controle de endemias: malária: manual para agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

104 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0555-3

1. Malária – prevenção e controle. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. III. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. IV. Título. V. Série.

NLM WC 765

Sumário

Carta aos Agentes, 5

Controle da malária: mudando o foco, 7

Como o Ministério da Saúde está enfrentando este desafio, **8**.

CAPÍTULO 1

Atividades de controle da malária nas ações básicas de saúde, 11

Construindo uma nova prática na atenção à saúde, **12**. Descentralizando o controle das endemias e reorientando os serviços, **14**. Mobilizando a comunidade para a promoção da saúde, **15**.

CAPÍTULO 2

Aprendendo sobre malária: conceito, causa, transmissão, período de incubação, 19

O que é a malária, **20**. O que causa a malária, **21**. Aprendendo sobre o agente transmissor, **22**. Quem pega malária, **24**. Como a malária é transmitida, **25**. Em quanto tempo a malária se manifesta, **27**.

CAPÍTULO 3

Medidas de prevenção e controle da malária nas regiões endêmicas, 29

A malária no Brasil, **30**. Desenvolvendo ações de prevenção, **32**. Combatendo o mosquito, **35**.

CAPÍTULO 4

Diagnosticando, tratando e notificando casos de malária, 39

Identificando uma pessoa com malária, **43**. Colhendo o sangue para exame e fazendo o diagnóstico laboratorial, **44**. Coleta do sangue e preparo da lâmina, **46**. Tratando a malária, **49**. Como identificar e proceder frente a um caso de malária grave, **53**. Como proceder com gestante e crianças menores de cinco anos, **54**. Informando os casos de malária, **55**. Fluxos de encaminhamento para diagnóstico e tratamento, **56**.

CAPÍTULO 5

Trabalhando em equipe no controle da malária, 61

Competências das Unidades Básicas de Saúde, **63**. Competências da equipe de Saúde da Família, **64**. Competências dos Agentes Comunitários de Saúde, **65**. Competências dos Agentes de Controle de Endemias, **68**. Competências dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família e da Unidade Básica de Saúde, **70**.

Referências bibliográficas, 73

Anexo I. Portaria nº 1399/GM, de 15 de dezembro de 1999, **75**

Anexo II. Portaria nº 44/GM, de 03 de janeiro de 2002, **92**

Anexo III. O Sistema Único de Saúde – SUS, **95**

Anexo IV. Atenção Básica à Saúde, **100**

Anexo V. Ficha de notificação de caso – Malária, **103**



Caros Agentes,

Neste momento em que o Ministério da Saúde enfrenta o desafio de apoiar e desenvolver o Sistema Integrado de Controle da Malária, as ações que vêm sendo desenvolvidas precisam estar integradas às ações das Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família, como parte da atenção integral.

Controlar a malária não é uma tarefa fácil. É uma tarefa que exige a participação de todos em uma região desafiadora, como a região amazônica, de natureza exuberante e com fatores ambientais que dificultam e inviabilizam ações radicais.

É preciso que a população e os profissionais de saúde, juntos, desenvolvam ações capazes de controlar a malária. Sobretudo vocês, Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, que vivem o dia-a-dia das populações, convivem com os seus problemas e sentem de perto as dificuldades em lidar com as endemias.

Desde 1999, ao adotar a estratégia de Controle Integrado da Malária, o Ministério passou a ampliar a cobertura da atenção aos doentes de malária nas áreas endêmicas, com ênfase nas ações de prevenção, de diagnóstico precoce e preciso, de tratamento e notificação dos casos confirmados.

Nestes quase três anos de trabalho sob esse novo enfoque, os resultados já demonstram que a estratégia adotada é capaz de reduzir os índices de malária e controlar essa doença.

Vocês, agentes, que estão nas áreas rurais e urbanas, com competências semelhantes, têm sido de grande ajuda neste controle. Nos seus depoimentos, pode-se ver a dedicação com que vocês enfrentam as dificuldades, sem perder o entusiasmo, com a certeza de que podem ajudar as pessoas a entenderem a cadeia de transmissão da malária e as medidas para interrompê-la.

Tenho certeza que vocês ao receberem esse manual vão estar encontrando muitas informações, ampliando seus conhecimentos. Assim é o caminho da saúde: uma vigilância constante.

Barjas Negri
Ministro da Saúde



Controle da Malária: mudando o foco

A malária, ainda hoje, é uma das doenças com ocorrência em cerca de 90 países, situados principalmente na faixa entre os trópicos do globo terrestre.



A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a malária um grande problema de Saúde Pública nos países em desenvolvimento. Estima-se que 300 a 500 milhões de pessoas sejam infectadas a cada ano e que nos países da África estão concentradas 90% dessas pessoas.

Na região das Américas, o Brasil é o País que mais registra casos de malária, mais ou menos 50% dos casos, e a região amazônica é responsável pela quase totalidade dos casos de malária, cerca de 99,7%.

Mesmo na região amazônica, onde a doença é considerada endêmica, a malária não se transmite com igual rapidez ou intensidade.

Existem registros, desde 1889, de regulamentação dos serviços de saúde dos portos para o controle de endemias. De 1889 a 1992, foram 103 anos de ações voltadas para a eliminação da doença, sempre tendo como objetivo a erradicação do mosquito vetor.

Na Conferência de Amsterdã, realizada em 1992, na Holanda, foi adotada uma nova estratégia de luta, em que o foco da ação passou a ser o homem e não mais o mosquito. Assim, prevenir os casos graves e as mortes causadas pela doença passou a ser o grande desafio.

Como o Ministério da Saúde está enfrentando este desafio

Primeiramente, o governo brasileiro, mediante as recomendações da Conferência de Amsterdã, adotou a recente orientação sobre a doença, introduzindo a nova estratégia do Controle Integrado da Malária, um esforço conjunto do governo e da sociedade para a eliminação ou redução dos riscos de adoecer ou morrer dessa doença.



A estratégia do Controle Integrado da Malária busca fortalecer o Sistema Local de Saúde e desenvolver as ações de controle dessa endemia em todos os níveis de atenção.

Em 1999, o Ministério da Saúde decidiu ampliar a cobertura da atenção aos doentes de malária nas áreas endêmicas e reforçar o controle da transmissão da doença. Assim, publicou a Portaria nº 1.399/MS, de dezembro de 1999 (Anexo I), que descreve, nas suas disposições gerais, a necessidade de incorporar as atividades desenvolvidas pelas estratégias PACS e PSF às ações de vigilância, de prevenção e controle das endemias, dentre elas a malária.

Em 2002, o Ministro de Estado da Saúde publicou a Portaria nº 44/GM, definindo as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da malária (Anexo II).

O Controle Integrado da Malária, que envolve ações de controle dessa endemia em todos os níveis de atenção à saúde, precisa contar com profissionais de saúde bem capacitados. As Unidades Básicas de Saúde, as equipes de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Controle de Endemias, cada um dentro das suas competências, precisam estar qualificados para:

- identificar casos suspeitos de malária;
- realizar ou providenciar a realização do diagnóstico precoce;

- instituir o tratamento adequado e imediato e/ou acompanhá-lo;
- desenvolver ações educativas e de mobilização social que possam garantir as medidas de controle individuais e coletivas, com impacto na melhoria das situações identificadas.

O trabalho que vocês, Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias, já vêm realizando junto aos doentes de malária deve ser o ponto de partida para uma atenção integral de saúde mais efetiva, ampliando-se a capacitação desses agentes no desenvolvimento de ações de informação, educação, prevenção e assistência à população das comunidades em que atuam.

Este manual traz contribuições para essa capacitação: informações básicas sobre a malária, o contexto ambiental em que ela ocorre, suas causas e as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e notificação para o controle da doença.

Para orientar cada um dos profissionais envolvidos no controle da malária, estão definidas, no Capítulo 5, as competências dos Agentes Comunitários de Saúde, dos Agentes de Controle de Endemias, dos profissionais das equipes de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde.



Glossário

Trópicos: Se você olhar um mapa mundi ou um globo terrestre, irá perceber um conjunto de linhas que cortam o globo no sentido leste-oeste e no sentido norte-sul. Elas servem para facilitar a localização de lugares e regiões no mapa ou no globo.

Dentre as linhas traçadas no sentido leste-oeste, algumas são utilizadas para demarcar as áreas que possuem climas e vegetações diferenciados. Assim, temos a linha zero, ou a Linha do Equador, onde os raios solares incidem com maior intensidade, caracterizando o clima quente e vegetação abundante. Um pouco mais afastado, temos o Trópico de Câncer (no hemisfério norte) e o Trópico de Capricórnio (no hemisfério sul), que marcam a transição da área de clima quente para o chamado clima temperado. Mais próximo aos extremos do globo terrestre, temos os Círculos Polar Ártico (ao norte) e Antártico (ao sul), que caracterizam as regiões mais frias do planeta, onde os raios de sol batem com muito pouca intensidade.

As regiões que ficam entre os Trópicos de Câncer e de Capricórnio são chamadas de tropicais. É interessante observar que o Brasil tem a maior parte do seu território entre estes dois Trópicos, com a floresta amazônica próxima à linha do Equador, sendo assim uma floresta equatorial, úmida e quente o ano inteiro.



Porto Velho – Rondônia



CAPÍTULO 1

Atividades de controle da malária nas ações básicas de saúde

Neste capítulo, vocês vão conhecer mais sobre a nova prática na atenção à saúde, que envolve o compromisso com a saúde como direito social; com ações e serviços satisfatórios e resolutivos para os usuários; com a descentralização do controle das endemias, reorientando os serviços e mobilizando a comunidade para a promoção da saúde.





“Acho que o Programa de Controle da Malária está partindo de um ponto que tem tudo para dar certo. Partindo da capacitação dos ACSs. Com isso, vamos poder identificar os casos e promover a saúde primária com mais segurança. A gente vai trabalhar muito sobre a questão da prevenção”.

(Gilmar, Agente Comunitário de Saúde da equipe de Saúde da Família, Bairro Cidade Nova, Rio Branco, Acre)

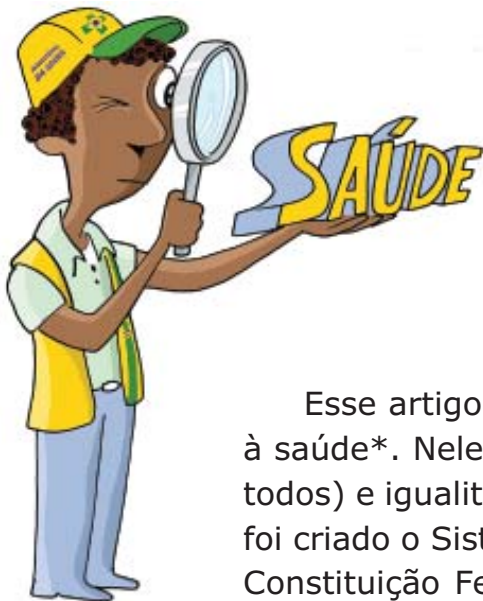
Construindo uma nova prática na atenção à saúde

Na construção de um novo modelo de atenção à saúde, é preciso que os profissionais da saúde construam também uma nova prática, que enxergue o indivíduo como um ser humano integral, vivendo dentro de uma família, dentro de uma comunidade, dentro de um contexto socioeconômico, cultural e ambiental.

Essa nova prática requer uma compreensão do homem e sua família em função das suas realidades, dos fatores que interferem de maneira positiva e/ou negativa em suas vidas e, conseqüentemente, na saúde.

Para que essa nova prática apresente resultados satisfatórios, é preciso que você, agente, assim como todos os outros profissionais assumam o compromisso com a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação não só da pessoa, mas de toda a coletividade.

Como você já sabe, saúde é um direito social, e a forma de entender este direito está na Constituição Federal, no artigo 196, que diz:



“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Esse artigo constitucional garante a cada brasileiro o direito à saúde*. Nele estão também a garantia de acesso universal (a todos) e igualitário (da mesma forma). Para garantir esse direito foi criado o Sistema Único de Saúde – o SUS –, no artigo 198 da Constituição Federal.

Para que esse direito seja garantido, é preciso que vocês, não só como agentes, mas como cidadãos lutem por ele com as famílias que vocês trabalham. É preciso que as ações e serviços possam ser satisfatórios e resolutivos para os usuários.

Há alguns pontos importantes que vocês precisam conhecer bem e lutar para que eles possam estar presentes na sua Unidade Básica de Saúde:

- a humanização do atendimento: criando e estreitando o vínculo entre as equipes de profissionais de saúde e a população, possibilitando um acolhimento positivo em todos os níveis da atenção. É uma responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde e a comunidade;
- a resolutividade das ações: exercendo a capacidade de resolver ações de forma integral, no domicílio, na unidade de saúde e na comunidade;
- a participação popular: estimulando as pessoas da comunidade a observar, opinar e se envolver nas questões de saúde, não só como usuários, mas como membros potenciais do Conselho Municipal de Saúde, que deve exercer no município o controle social do SUS. Esse princípio exige a democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços;

* Saiba mais sobre o SUS e a Atenção Básica à Saúde nos textos que integram os anexos III e IV deste manual.

- a intersectorialidade: desenvolvendo ações integradas entre os serviços de saúde e outros setores públicos e privados, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde e estabelecer parcerias para potencializar os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis, reduzindo custos e evitando duplos gastos para o mesmo objetivo.

Descentralizando o controle das endemias e reorientando os serviços

Historicamente, as ações de controle da malária foram executadas pelo governo federal, inicialmente pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), seguido pela Companhia de Erradicação da Malária (CEM), pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). As ações eram planejadas de forma centralizada e executadas por equipes especializadas dessas instituições.

Ficou também comprovado que as ações executadas em forma de campanha e planos emergenciais foram incapazes de controlar a malária ao longo dos anos em algumas áreas da Amazônia.

Para atender às diretrizes do SUS de descentralização, de organização dos serviços de forma hierarquizada e da integralidade da atenção, o Ministério da Saúde e a FUNASA transferiram a responsabilidade da execução das ações de controle das endemias para os estados e municípios.

Após 1992, ocorreram algumas reformulações significativas, como, por exemplo, a mudança no enfoque do controle da doença. Abandonou-se a estratégia de erradicação, que provou ser difícil no contexto amazônico, adotando-se a estratégia de Controle Integrado da Doença, com prioridade no cuidado ao indivíduo com diagnóstico precoce e preciso, e tratamento imediato e adequado.



Todas as tentativas do passado têm demonstrado que só através de ações contínuas, inseridas nos serviços de saúde, com ênfase na atenção básica, é possível reverter o quadro da malária na Amazônia Legal.

Assim, o controle da malária, enquanto ação básica de saúde, passa a ser responsabilidade da Unidade Básica de Saúde e toda a sua equipe.

Nos municípios que já implantaram o Programa Saúde da Família, as ações serão compartilhadas entre as Unidades Básicas de Saúde, incluindo as equipes de controle vetorial e as equipes de Saúde da Família.

Mobilizando a comunidade para a Promoção da Saúde

Na Constituição Federal, a participação da população está garantida no Sistema Único de Saúde e essa participação tem de ser efetiva, a fim de que as pessoas possam, através de entidades representativas, participar dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, discutindo as necessidades de suas comunidades e as ações que podem ajudar ou não a população. Para que possam exercer esse direito, é preciso que as pessoas tenham a oportunidade de aprender assuntos de saúde e de refletir sobre os fatores que afetam a sua vida e a da sua comunidade.



O aprendizado, individual e coletivo, possibilita à comunidade exercer maior controle sobre sua própria saúde, sobre o meio ambiente em que ela vive e suas condições de trabalho e moradia, melhorando sua qualidade de vida e se organizando para exigir das autoridades competentes – prefeitos, secretarias de saúde, vereadores e conselhos de saúde – a garantia dessas condições.

A responsabilidade pela promoção da saúde, nos serviços de saúde, precisa ser compartilhada com as pessoas, a comunidade, os profissionais de saúde e o Sistema de Saúde. Todos juntos precisam ajudar a criar as condições para que o Sistema de Saúde ofereça um acolhimento e um atendimento adequado, humanizado, eficiente e resolutivo.

A promoção da saúde pode ser desenvolvida, mediante ações comunitárias concretas efetivas, mobilizando e estimulando a população a:

- estabelecer prioridades;
- tomar decisões;
- definir estratégias; e
- implementar ações.



O desenvolvimento desse trabalho envolve a participação de todos para refletirem sobre os recursos humanos e os recursos materiais disponíveis na comunidade, buscando-se intensificar o apoio social e a ajuda mútua.

Nas ações de controle da malária, a participação da comunidade mediante mobilização social, pode, como resultado da organização da população, produzir mudanças nos hábitos e atitudes das pessoas em relação à doença e ainda interferir nas decisões das instituições.

É importante garantir e preservar a identidade antropológica e cultural de cada comunidade, mas refletir com cada uma delas a possibilidade de inserir mudanças capazes de melhorar a sua condição de vida e de saúde da comunidade.

É necessário informar à comunidade sobre a doença, suas causas, a função do mosquito transmissor, as medidas de prevenção e controle, e sobretudo o fato de que o ser humano é agora o foco da atenção, uma vez que, estando ele infectado, mantém-se a cadeia de transmissão funcionando. É preciso que as pessoas compreendam que elas são capazes de quebrar o elo dessa cadeia, realizando o tratamento adequado e imediato, beneficiando a si próprios, a sua família e a sua comunidade.

É necessário que a comunidade tenha conhecimento prático para participar das ações de proteção e controle do mosquito transmissor e, assim, reduzir o contato do homem com o mosquito, mediante medidas de proteção individual e coletiva, assim como medidas que organizam e protegem o meio ambiente.

Os atores sociais, isto é, as pessoas e instituições que atuam nas áreas social e política, as lideranças comunitárias, o nível de informação que a comunidade tem sobre malária, constituem apoio fundamental no planejamento e na execução das ações.

Observe o comentário de Roseli, profissional de Informação, Educação e Comunicação, da Secretaria do Estado de Saúde do Acre, sobre a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde:

“A educação dos agentes tem de ser continuada, com várias técnicas, capacitando-os para unir o criativo ao disponível em suas comunidades. A capacitação orienta os agentes como chegar às casas das pessoas, falar com elas, entender o momento de cada uma, ouvir muito, e sobretudo desenvolver a percepção do que está ocorrendo naquelas casas, com aquelas pessoas. Outro ponto importante é a discussão sobre o papel dos profissionais na Atenção Básica e a relação dos agentes com a Unidade Básica de Saúde”.



No depoimento abaixo, há o relato sobre o laço afetivo criado entre um doente de malária e um ACS:

“Uma agente comunitária de saúde relatou que identificou um caso de malária, encaminhou para exame, recebeu os medicamentos e acompanhou o tratamento de um senhor na área rural. Todos os dias ela o visitava e encaminhava o que era necessário. Após o tratamento, as pessoas passaram a identificá-la pelo apelido afetivo de “flor de maracujá”, pois era assim que o senhor a chamava quando ela chegava”.

Esses dois depoimentos demonstram a necessidade de criar e manter o vínculo entre o Agente Comunitário de Saúde e as famílias de sua microárea. Esse vínculo é a demonstração de uma nova prática de saúde.



Rio Javará – Amazonas



CAPÍTULO 2

Aprendendo sobre malária: conceito, causa, transmissão, período de incubação

Neste capítulo vamos aprender sobre malária: o conceito, o agente causador infeccioso, o agente transmissor, como se comportam, onde se desenvolvem, seu ciclo de vida, como se pega a malária e como se transmite e, ainda, o tempo que a malária leva para se manifestar.





“Anos atrás, havia um grande foco de malária, em Cadeia Velha. Eu sabia que havia um criadouro na área em que eu morava. Eu teimava que tinha e o proprietário da área não admitia. Era preciso fazer a água escorrer para drenar o criadouro. Entrei em contato com a FUNASA e descobrimos o criadouro. A comunidade ajudou a limpar a área e acabamos com o problema. É um trabalho eficaz que depende de conhecimento e persistência”.

(Clisete, Agente Comunitária de Saúde há sete anos, no bairro de Cadeia Velha, módulo Saúde da Família, Rio Branco, Acre)

O que é a malária

A malária é uma doença infecciosa aguda e se manifesta através de alguns sintomas que podem aparecer isoladamente ou em conjunto, tais como:



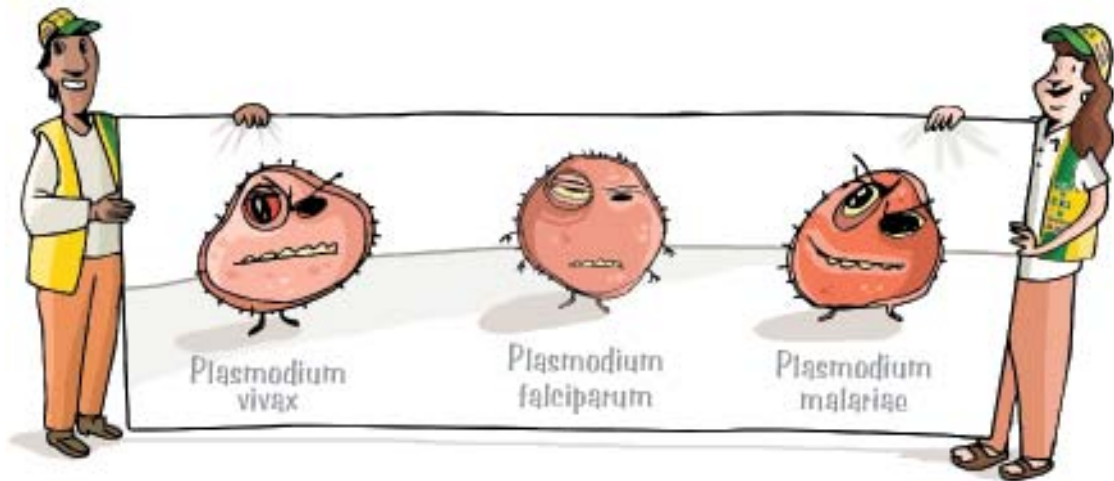
- calafrio
- febre alta
- dor de cabeça
- suor abundante

Como a malária é conhecida nas diferentes regiões do País

A malária, no Brasil, é conhecida por nomes diferentes: paludismo, im-paludismo, febre palúdica, febre palustre, febre terçã, febre quartã, maleita, sezão, tremedeira, caladinha.

O que causa a malária

O que causa a malária é a presença na pessoa de um agente infeccioso, um parasito chamado plasmódio, transmitido por um mosquito chamado anofelino. Esse parasito é o agente causador da malária.



Existem 4 espécies de plasmódios e os seus nomes científicos são:

- *Plasmodium vivax*;
- *Plasmodium falciparum*;
- *Plasmodium malariae*;
- *Plasmodium ovale* (este não existe no Brasil).

O mosquito anofelino também é conhecido como:

- mosquito prego;
- pernilongo;
- muriçoca;
- carapanã; ou
- suvela.



A expressão "mosquito prego" é usada em algumas regiões em função da forma como ele pousa, conforme mostra a ilustração acima.

Aprendendo sobre o agente transmissor

Mosquitos vetores

Entre os mosquitos que transmitem a malária na Amazônia estão o *Anopheles darlingi* e o *Anopheles aquasalis*.

A fêmea do *Anopheles darlingi*, em geral, põe seus ovos em águas paradas, limpas, sombreadas ou com pequena movimentação.

O *Anopheles aquasalis* é o transmissor na faixa litorânea da Amazônia e deposita seus ovos em água salobra.

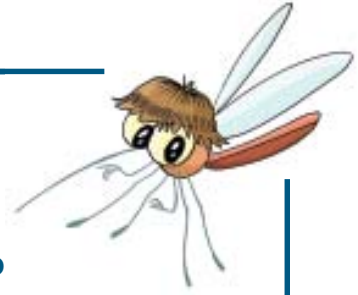
Como se comportam

Durante o dia, os mosquitos procuram abrigo em locais úmidos, sem muita luz. Do entardecer ao amanhecer, os mosquitos fêmeas picam as pessoas em busca de sangue para amadurecer os ovos. Os machos se alimentam de seiva de plantas e flores.



- Mosquitos fêmeas alimentam-se de sangue para amadurecer os ovos.

Somente os mosquito anofelinos fêmeas transmitem a doença.

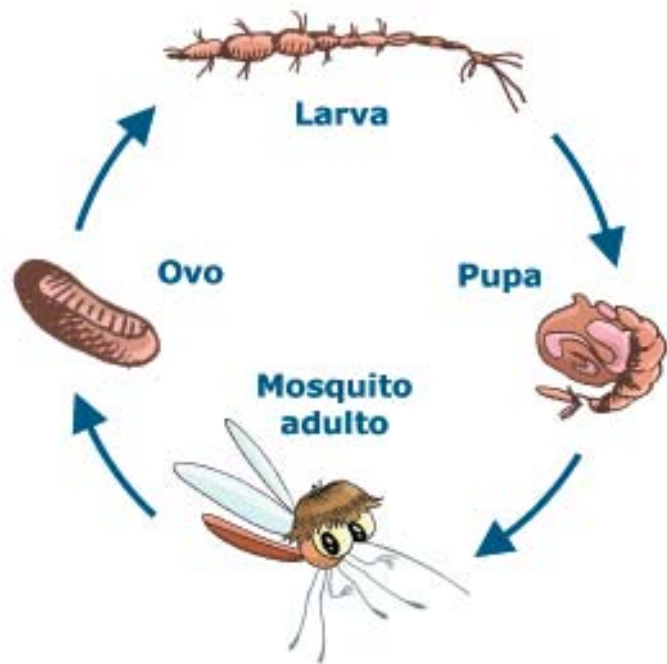


- Mosquitos machos alimentam-se de seivas das plantas.

Como se reproduzem

O mosquito anofelino tem um ciclo evolutivo que compreende as seguintes fases:

- as fêmeas põem seus OVOS na água;
- os OVOS dão origem às LARVAS (cabeças de prego);
- as LARVAS viram PUPAS;
- as PUPAS se desenvolvem tornando-se mosquitos ADULTOS.



Quando adultos, os mosquitos abandonam a água e vão em busca de alimentação. Somente as fêmeas vão em busca de sangue para amadurecerem os seus ovos. Como já vimos antes, esse sangue é vital, pois dá continuidade à espécie do mosquito, recomeçando o ciclo reprodutivo.

Criadouros

Os locais onde os mosquitos depositam seus ovos e onde eles se desenvolvem até a fase adulta são chamados de CRIADOUROS.

Pela exuberância da floresta amazônica, com seus rios, igarapés, lagoas e riachos, são inúmeros os criadouros naturais de mosquitos.

Por outro lado, o homem vem ocupando parte das florestas, matas e outras áreas, desenvolvendo outros criadouros, chamados artificiais, ficando assim mais vulnerável ao mosquito.

Como você pode ver, esses locais são de natureza bem diversificada. Alguns deles podem ser limpos e drenados, outros são de difícil acesso. Assim, o combate ao mosquito é muitas vezes de difícil execução. Essas dificuldades levaram as autoridades sanitárias a priorizar a atenção no homem, mediante medidas que envolvem diagnóstico precoce e tratamento adequado e imediato das pessoas infectadas, com o objetivo de quebrar o ciclo de transmissão da doença.

Locais que podem ser criadouros do mosquito anofelino:

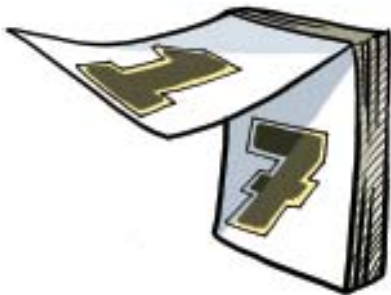
- igarapés, lagoas, remanso dos rios;
- córregos, valetas, escavações;
- reservatórios de água salobra;
- algumas plantas, a exemplo de bromélias ou gravatás, que acumulam água em suas folhas (criadouros mais comuns no sul do Brasil);
- açudes e represas.



Quem pega malária

Todas as pessoas que são picadas por mosquitos fêmeas infectado com plasmódio podem pegar malária.

As pessoas mais expostas são as que pegam malária com mais frequência. Os homens e mulheres em idade produtiva pegam malária por estarem mais expostos: nas atividades extrativistas (seringais, garimpos), na pesca, no banho, na lavagem de roupas e louças, na agropecuária, nas hidroelétricas, nos assentamentos, na construção de estradas, etc.



Pessoas doentes de malária podem passar em torno de sete dias ou mais sem trabalhar

A malária traz prejuízos para a economia, já que as pessoas doentes podem passar em torno de sete dias ou mais sem trabalhar, deixando de produzir para a família e para o País. Esse conceito de prejuízo, que representa dificuldades para a família, precisa ser refletido por você, juntamente com os familiares e a comunidade, para que possam entender a gravidade do problema.

Adoecer de malária afeta a vida de quem adocece, da sua família e de toda a comunidade.

Vocês, agentes, precisam estar atentos a esse problema, desenvolvendo a compreensão de que se alguém morre de malária, significa que alguém falhou no sistema de saúde. Assim, cada um dos profissionais e o sistema de saúde têm o compromisso de evitar as mortes por malária.

É preciso também contar com o apoio de cada um dos membros da família e da comunidade, para que os casos suspeitos da doença sejam diagnosticados corretamente e o mais depressa possível, e tratados adequadamente. Só assim será possível controlar a malária no País, já que não se pode erradicar a doença, uma vez que as condições ecológicas, geográficas não permitem.



Como a malária é transmitida

A transmissão da malária depende da presença e da interação dos seguintes fatores:



- **o agente causador:**
o plasmódio



- **o agente transmissor (vetor):** fêmea infectada do mosquito anofelino



- **o receptor:**
a pessoa exposta

Existem várias modalidades de transmissão da malária:



- picada da fêmea do mosquito anofelino infectado;



- transfusão com sangue contaminado;



- perfuração acidental com estiletes, agulhas e seringas com sangue contaminado;

- contaminação do filho pelo sangue da mãe com malária, por ocasião do parto.

Dessas, a mais comum é a transmissão da doença de uma pessoa infectada para uma pessoa sadia através da picada do mosquito anofelino fêmea. Observe a cadeia de transmissão:



O mosquito fêmea sadio pica a pessoa doente.

O mosquito fêmea sadio fica infectado e pica a pessoa sadia.

A pessoa sadia fica infectada e o ciclo continua. **É preciso interromper este ciclo!**

Como interromper o ciclo da malária

Primeiro, é necessário estar consciente de que o plasmódio é o agente causador e o mosquito é o agente transmissor. O plasmódio está:



- na pessoa infectada



- no mosquito fêmea infectado

Por essa razão, a pessoa infectada e o mosquito são os pontos centrais do programa de controle da malária. A mudança de enfoque centrada no homem é um desafio que deve ser enfrentado, pois combater unicamente o mosquito tem demonstrado ser uma ação de controle pouco eficaz.

Assim, se reduzirmos os casos tomando medidas preventivas essenciais, diagnosticando e tratando precocemente as pessoas, estaremos interrompendo o ciclo de transmissão.

Em quanto tempo a malária se manifesta

Após a picada do mosquito fêmea, infectado pelo plasmódio, pode levar vários dias até aparecerem os primeiros sintomas da malária.

O PERÍODO DE INCUBAÇÃO é o espaço de tempo entre a picada do mosquito e o aparecimento dos primeiros sintomas. Esse período de incubação varia com a espécie de plasmódio.

Após o período de incubação, a pessoa começa a apresentar calafrio, febre e dor de cabeça.



Variação do período de incubação por espécie de plasmódio

Agente infeccioso	Período de incubação	Média
<i>Plasmodium falciparum</i>	7 a 14 dias	12 dias
<i>Plasmodium vivax</i>	8 a 30 dias	14 dias
<i>Plasmodium malariae</i>	18 a 37 dias	30 dias



CAPÍTULO 3

Medidas de prevenção e controle da malária nas regiões endêmicas

Este capítulo apresenta as competências dos profissionais de saúde e dos serviços no desenvolvimento das ações de controle da malária em áreas urbanas e rurais: Unidades Básicas de Saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Controle de Endemias e profissionais das equipes de Saúde da Família.





“A malária é uma doença ardilosa e temos que manter técnicos e sociedade vigilantes, em estado de alerta todo o tempo”.

(Dr. Luiz Hildebrando Pereira,
cientista, especialista em malária,
CEPEM – Porto Velho)

A malária no Brasil

Estudos mostram que 99,7% das notificações de malária no Brasil ocorrem na Amazônia Legal, os restantes 0,3% nas demais regiões brasileiras.

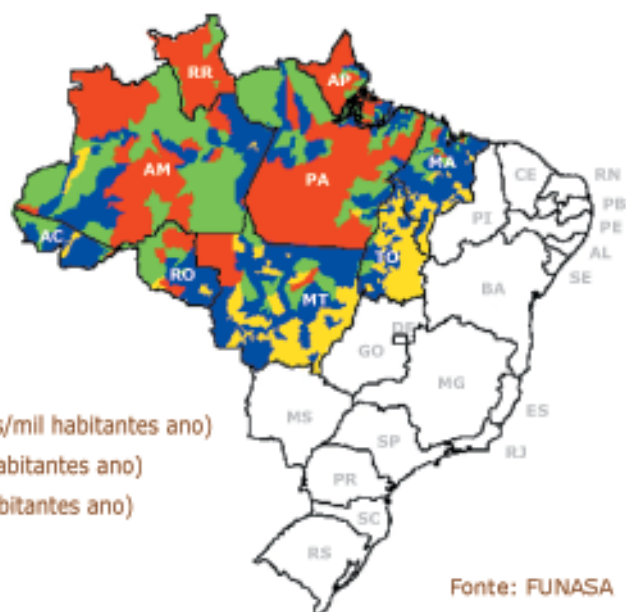
O Brasil apresenta regiões de alto, médio e baixo risco em relação à ocorrência de malária, e uma grande área sem transmissão da doença.

O mapa abaixo indica essas quatro situações.

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

Incidência Parasitária Anual (IPA)

- Alto risco (IPA maior ou igual a 50 casos/mil habitantes ano)
- Médio risco (IPA de 10 a 49 casos/mil habitantes ano)
- Baixo risco (IPA de 0,1 a 9 casos/mil habitantes ano)
- IPA igual a zero
- Área não endêmica





Como vocês sabem, a região amazônica é exuberante, com suas matas, rios, seus igarapés, mas também com assentamentos, garimpos, seringais, que dificultam o controle da malária.

Por essa razão, é necessária a vigilância efetiva de todos vocês, Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias, sendo sempre objetivos e persistentes, buscando solucionar os problemas gerados no ecossistema.

Avaliação Epidemiológica da Malária no Brasil Percentual de Lâminas Positivas, 2001



Fonte: SISMAL - Gerência Técnica de Malária

Como vocês podem ver, o número total de casos no País é um desafio para as autoridades e trabalhadores da saúde, assim como para a população.

Esses números foram coletados por trabalhadores de saúde, como você. Sem o seu trabalho, junto às famílias, seria impossível conhecer os casos de malária na sua comunidade. É preciso que cada um e todos juntos se empenhem em cumprir as metas de redução da malária.



O mais importante é que vocês, com a ajuda das famílias da sua microárea, identifiquem precocemente um caso suspeito e que este seja encaminhado, o mais rápido possível, para que os microscopistas possam confirmar o diagnóstico e que o tratamento seja iniciado com o medicamento correto no prazo e tempo adequados.

O trabalho de busca ativa realizado por vocês é uma vigilância não só da saúde, mas um compromisso de cidadania que precisa ser desenvolvido por toda a população. Todos precisam conhecer como identificar, dentro do seu lar, os sinais de malária e, imediatamente, buscar a sua ajuda.

É uma busca que precisa ser contínua e persistente, pois permite não só evitar que os casos se multipliquem, como também reduzir a incidência.

Quando vocês notificam corretamente um ou mais casos, estão contribuindo para que se conheça mais sobre a doença, onde ela ocorre, como ocorre e esses dados irão ajudar no planejamento das ações de controle da malária.

O seu trabalho de identificação é fundamental para que as pessoas sejam encaminhadas para a confirmação do diagnóstico, com a identificação correta do plasmódio, e o tratamento imediato e correto da doença.

Desenvolvendo ações de prevenção

Para a implementação das medidas de prevenção, é preciso conhecer:

- as alterações ambientais;
- os locais onde as pessoas vivem, trabalham e dormem, em relação a florestas ou outros locais em que os anofelinos se abrigam; e
- a relação do comportamento hematófago (que se alimenta do sangue) do anofelino com as atividades que os homens desenvolvem.





No capítulo anterior, você já aprendeu como os mosquitos se comportam, qual seu ciclo evolutivo, onde ficam seus criadouros, quais são as suas defesas. Esse conhecimento é importante para que se possa escolher medidas de proteção, individual e coletiva, para cada uma das situações que possam surgir.

Medidas de proteção individual e familiar

As medidas de proteção pessoal são várias e têm a finalidade de proteger a pessoa, sua família e/ou a comunidade. Nem sempre elas são fáceis de serem implementadas.

Constituem medidas de proteção:

- o uso de repelentes;
- o uso de roupas e acessórios de proteção;
- evitar ficar ao relento, penetrar na mata, pescar ou tomar banho de rio do anoitecer ao amanhecer;
- usar mosquiteiros ou cortinados;
- construir casa com paredes completas; e
- evitar construir casas muito próximas à mata e coleções de água.



Observe um depoimento da Agente Comunitária de Saúde, Maria de Lurdes, da equipe de Saúde da Família, em Rio Branco, no Acre, sobre as medidas tomadas por um seringueiro:

“Quando eu comecei a trabalhar como agente, eu identifiquei alguns casos de malária e conheci um senhor que me disse que nunca pegou malária. Disse que nas horas em que o mosquito costuma picar, ao anoitecer e ao amanhecer, ele vestia camisa de mangas compridas, não ficava exposto, e assim se livrava da malária. Ele me aconselhou a orientar as pessoas a se protegerem”.

Veja agora este depoimento do agente Gilmar, do Bairro Cidade Nova, Rio Branco, Acre:

“Nós orientamos as pessoas a fecharem suas portas e se protegerem, mas é difícil ficar preso dentro de casa. As medidas restritivas dependem de cada pessoa. É uma dificuldade para o agente. Uma pessoa não vai deixar de pescar por causa do mosquito. A questão é saber como se proteger”.

Os repelentes são substâncias químicas e são aplicados diretamente sobre a pele ou a roupa. São encontrados em forma de líquidos, loções, cremes, espumas, toalhas limpadoras e recipientes sob pressão. São recomendados para uso durante as atividades noturnas extradomiciliares e mesmo domiciliares.



Combatendo o mosquito

Os meios de combater o mosquito devem ser adequados a cada situação ou realidade local.

Há duas atividades que são usadas como medidas preventivas: o combate às larvas com medidas de saneamento e o combate ao vetor adulto, através da borrifação.

Atividades de saneamento do meio ambiente - combate às larvas

As obras de saneamento são medidas de eficácia indiscutível no controle da malária, e devem ser realizadas sempre que possível. Essas medidas envolvem:

- manter os igarapés desobstruídos para liberar os cursos d'água;
- realizar drenagem ou aterro de pequenos criadouros.

No planejamento e na execução dessas medidas, é importante que a comunidade seja envolvida desde o primeiro momento e que sua participação seja valorizada.

É conveniente que se estabeleçam serviços permanentes de manutenção de pequenas obras de saneamento, que podem contribuir para combater o mosquito e, conseqüentemente, interferir no controle da doença. Esses serviços podem ser:

- aterro e drenagem de criadouros realizados por órgãos públicos ou privados, com a participação da comunidade;
- limpeza de valas, igarapés ou outras coleções de água, pelos próprios moradores.

É interessante que vocês possam ler a publicação "Controle Seletivo de Vetores da Malária", um guia para uso no município, publicado pelo Ministério da Saúde, em 1999.



Borrifação - combate ao vetor adulto

Para combater o mosquito anofelino adulto, usam-se dois tipos de borrifação com inseticidas químicos:

- a) borrifação intradomiciliar (dentro de casa);
- b) borrifação extradomiciliar (fora de casa).

As borrifações intra e extradomiciliares devem ser aplicadas pelos Agentes de Controle de Endemias, através da utilização de equipamentos apropriados.

O Agente de Controle de Endemias, responsável pela aplicação cuidadosa da borrifação, precisa conversar com o Agente Comunitário de Saúde sobre a necessidade de se realizar uma borrifação seletiva e cada vez mais cuidadosa.



A borrifação só vai ser executada em locais previamente selecionados pela entomologia, levando-se em conta:

- o hábito do mosquito;
- a eficácia do efeito residual do inseticida;
- a sensibilidade do anofelino ao inseticida aplicado; e
- o efeito tóxico do inseticida.

Todo o trabalho de controle da malária tem de ser integrado e as ações devem ser discutidas por todos os envolvidos.

Borrifação intradomiciliar

É a aplicação de inseticidas químicos de ação/efeito residual nas paredes internas das casas, do chão até o teto, segundo utilização de equipamentos e técnicas apropriadas, com a finalidade de atingir e matar principalmente os mosquitos infectados e, assim, evitar que transmitam a malária. Essa borrifação é recomendada para áreas urbanas, semi-urbanas e rurais em casas de paredes completas. Mesmo assim, ela só pode ser feita quando recomendada pela entomologia e precisa ser aceita pela comunidade.



Borrifação extradomiciliar

É a aplicação de inseticida fora da casa, nas áreas externas, feita através de Termonebulização (fumacê) ou aplicação de Ultra Baixo Volume (UBV).



ATENÇÃO

As aplicações espaciais de inseticidas devem ser utilizadas em áreas com alto risco de transmissão de malária, onde as casas não têm paredes suficientes para serem borrifadas, mas somente quando indicadas pela entomologia e obedecendo-se aos critérios estabelecidos por ela.

Glossário

Borrifar: umedecer ou molhar, aspergindo ou dispersando gotículas de uma substância.

Entomologia: ramo da zoologia que estuda os insetos.



Manaus – Amazonas



CAPÍTULO 4

Diagnosticando, tratando e notificando casos de malária

Este capítulo aborda a importância de se realizar o diagnóstico precoce e preciso da malária, assim como o tratamento imediato e correto; os procedimentos para a coleta e exame de sangue para detecção de malária; os esquemas de tratamento recomendados pelo Ministério da Saúde; e os fluxos para encaminhamento de casos identificados de malária para diagnóstico e tratamento.





“No Programa de Controle Integrado da Malária, as estratégias principais são o diagnóstico precoce e preciso, e o tratamento adequado e imediato. A maior contribuição dos ACSs é a identificação precoce e o repasse desse conhecimento para a população, para que ela também possa fazer a identificação. Isso evita que a pessoa tenha de se afastar do seu trabalho, de sua vida diária. O tratamento é bem mais fácil de ser conduzido quando se identifica a malária o mais cedo possível.”

(Romeo Rodrigues Fialho, Gerente Nacional do Programa de Controle Integrado da Malária)

No capítulo 3, vocês entenderam que o foco do processo de controle da malária encontra-se agora no ser humano e não somente no mosquito.

Assim, **identificar precocemente os casos suspeitos de malária passa a ser uma ação fundamental no seu trabalho.**

Outra ação é o encaminhamento para a coleta de sangue na Unidade Básica de Saúde, a ser realizada pelo microscopista ou até por vocês, quando treinados para tal ação, em áreas de difícil acesso aos serviços de saúde.



O sangue coletado e examinado pelo microscopista leva ao diagnóstico preciso da doença e à identificação do tipo de plasmódio, possibilitando o tratamento imediato e correto.

Para que esse trabalho de identificação, diagnóstico, tratamento e notificação apresente os resultados desejados, vocês que atu-



Chuva? Atoleiro?
 Caminhos difíceis? Transporte demorado?
 Alimentação precária? Descontínua?
 Sol escaldante?
 Não aceitar tratamento!
 Não completar o tratamento!
 Calma! Compromisso! Paciência... ética!!
 Persistência. Responsabilidade!!!
 Resolução do problema.



am com as famílias, como Agentes Comunitários de Saúde ou como Agentes de Controle de Endemias, precisam desenvolver algumas habilidades para enfrentar as inúmeras dificuldades que surgem.

Assim, para enfrentar chuvas, atoleiros, sol escaldante, alimentação precária e descontínua, caminhos difíceis e longos, utilizando-se de caminhadas, motocicletas, barcos, canoas, bicicletas, cavalos, etc. vocês precisam desenvolver habilidades como a paciência, a calma, a persistência, a capacidade de resolver problemas, a criatividade, a responsabilidade, o compromisso e a ética.

Diante de tantas questões e afirmações, vocês podem estar se perguntando se é preciso tudo isso. É preciso, sim, um olhar diferenciado, uma observação mais detalhada, para poder identificar não só os casos de malária na comunidade, mas para buscar as situações que propiciaram o surgimento desses casos.

Veja o depoimento de Clisete, uma Agente Comunitária de Saúde do módulo de Saúde da Família, em bairro de Rio Branco, no Acre:

“Na minha área, tinha um caso de malária num quarteirão. Fui fazer a investigação. A investigação era muito importante, para eu descobrir de onde estava surgindo a doença. Fiz a busca ativa e descobri que a pessoa infectada já tinha ido embora para a colônia. Conversei com os parentes e pedi que me avisasse quando ele voltasse. Quando ele chegou, eu disse que ele precisava fazer o exame e levei-o para o Centro de Referência. Foi feito o diagnóstico, eu trouxe a medicação e eu mesma dava os



remédios a ele. Eu tive de usar de autoridade para que ele ficasse na casa dos parentes. Eu disse para ele que ele estava pondo em risco a própria vida e a das outras pessoas, pois podia transmitir a doença para elas, por meio do mosquito. Ele me ouviu, eu acompanhei o tratamento e só o liberei para voltar para a colônia, quando ele estava bom. Já fazem três anos que ele não tem malária”.

Como vocês puderam perceber nesse depoimento, essa agente, além do empenho em descobrir a causa do problema para enfrentá-lo com segurança, teve persistência na busca; paciência para lidar com as dificuldades; responsabilidade sanitária para levar o caso até um resultado adequado; capacidade de resolução, pois controlou a situação e usou de seu poder de convencimento para impedir que a pessoa infectada voltasse ao trabalho sem tratamento. Portou-se com ética, pois tratou do problema com a família, informando a situação de forma discreta respeitando suas diferenças e notificou o caso corretamente.

Identificando uma pessoa com malária

Para identificar uma pessoa com malária, é necessário:



- observar os sintomas da doença (diagnóstico clínico);
- pesquisar a procedência da pessoa – se mora, trabalha ou veio de região endêmica (diagnóstico epidemiológico);
- fazer o exame de sangue (diagnóstico laboratorial).

Freqüência da febre em relação às diferentes espécies de plasmódio

Agente causador	Freqüência da febre
<i>Plasmodium falciparum</i>	febre dia sim, dia não
<i>Plasmodium vivax</i>	febre dia sim, dia não
<i>Plasmodium malariae</i>	febre dia sim, 2 dias não

Os principais sintomas da malária são:

- **febre + calafrio e suor abundante.**
Podem ocorrer também:
- **dor de cabeça, vômitos, dor no corpo, anemia e diarreia.**



Se a pessoa com malária não for tratada, as seguintes situações podem ocorrer:

Situação 1. Os acessos repetidos vão enfraquecendo a pessoa por causa da anemia, podendo levá-la à morte. No ser humano, o plasmódio ataca basicamente os glóbulos vermelhos (células do sangue), tornando a pessoa anêmica (amarela).

Situação 2. Os sintomas podem não estar presentes, ou desaparecer, e a pessoa pensar que está curada, ficando assim com a infecção, e quando picado pelo anofelino o infectará, podendo assim transmitir a malária a outras pessoas saudas.

Nas duas situações, deve-se fazer o diagnóstico rápido e tratar de forma adequada.



Colhendo o sangue para exame e fazendo o diagnóstico laboratorial

O exame laboratorial é importante, pois permite identificar a espécie do *Plasmodium* (*vivax*, *falciparum* ou *malariae*) que está causando a doença, facilitando assim a escolha do tratamento adequado, que varia de acordo com o tipo do agente causador.



O exame pode ser realizado, utilizando-se:

- Técnica da Gota Espessa;
- Teste Imunológico;
- Técnica do QBC.

Os exames mais usados são os da Técnica da Gota Espessa e o Teste Imunológico, que serão descritos a seguir.

Técnica da Gota Espessa

É a técnica mais utilizada e continua sendo o melhor método para confirmação do diagnóstico específico da malária. Sua leitura é feita através do microscópio.

Quem faz a leitura é o microscopista, um profissional de importância fundamental para o diagnóstico e tratamento da malária. Com os resultados fornecidos pelo microscopista, pode-se iniciar o tratamento correto, pois ele identifica o tipo de plasmódio existente no sangue daquela pessoa.

Materiais necessários para a coleta de sangue

- Lâminas de vidro completamente limpas
- Algodão
- Álcool
- Lancetas ou estiletos em suas embalagens originais
- Etiquetas para identificação da lâmina
- Luvas cirúrgicas
- Recipiente adequado para lancetas contaminadas
- Saco de lixo para o material não perfurante
- Papel para embalagem
- Lápis/caneta
- Ficha de notificação



Coleta do sangue e preparo da lâmina

Para a coleta do sangue e preparo da lâmina, alguns procedimentos devem ser observados.



1. Registre na ficha de notificação os dados necessários para identificação.



2. Coloque luvas descartáveis.



3. Separe duas lâminas e limpe-as com algodão ou gaze. Segure-as pelas bordas com os dedos indicador e polegar para evitar contato com a superfície da lâmina.

4. Limpe a área do dedo que vai ser puncionada (furada) com água e sabão e/ou algodão embebido em álcool. O sangue pode ser colhido do dedo indicador da mão esquerda ou do lobo (da ponta) da orelha. Nas crianças, pode ser colhido do dedão do pé ou calcanhar. Se o local escolhido for o dedo indicador, furar a parte lateral ao invés da polpa.



5. Retire a lanceta da embalagem original.



6. Aperte a ponta do dedo e pique-o com a lanceta.





7. Remova a primeira gota de sangue com gaze ou algodão.



8. Aperte novamente o dedo, sem fechar o ponto da picada de modo a obter uma nova gota de sangue.

9. Segure a lâmina pelas bordas e coloque-a levemente em contato com o sangue, sem que o dedo do doente encoste na lâmina e com cuidado para que a gota se situe em um dos terços da lâmina.



10. Espalhe a gota de sangue com outra lâmina, formando um quadrado de 1,5 cm. Limpe imediatamente a lâmina usada para espalhar o sangue.

11. Limpe o local da picada com algodão embebido em álcool. Se o sangramento não parar, o doente deve pressionar o local com uma gaze seca ou algodão limpo. Cuidado para moscas ou outros insetos não pousarem sobre a lâmina, enquanto ela estiver secando.



12. Embale as lâminas adequadamente para envio ao laboratório junto com as fichas de notificação (Anexo V).

13. Encaminhe ao laboratório.

Na manipulação do sangue, alguns cuidados precisam ser tomados.

1. É necessário cuidado especial em todo e qualquer procedimento que envolva manipulação de sangue, pois há doenças como hepatite e aids, entre outras, que podem ser transmitidas pelo contato com sangue contaminado.



Esse cuidado especial tem dois objetivos:

- evitar que os procedimentos possam contaminar um doente;
- evitar que o trabalhador de saúde seja infectado com sangue contaminado.

2. As seguintes precauções devem ser conhecidas e seguidas por todos os trabalhadores que possam ter contato com sangue ou outras secreções humanas:

- lavar as mãos antes e depois de qualquer contato com os doentes;
- usar sempre luvas durante o procedimento de coleta de sangue e preparo da lâmina;
- usar roupas protetoras (jalecos) quando for coletar lâminas ou trabalhar com sangue;
- usar uma única vez agulhas ou lancetas para punção ou injeção e descartá-las imediatamente em recipiente adequado, evitando assim que sejam reutilizadas;
- evitar ferir-se com agulhas ou lancetas;
- ter todo o cuidado na manipulação do lixo contaminado, evitando contato direto com o mesmo;
- acondicionar todo material usado no procedimento de coleta, em recipientes apropriados, providenciando um destino final adequado.

Teste Imunológico

Também chamado de Teste Rápido, pelo pouco tempo que leva para sua realização (cerca de 15 minutos), pode ser a solução para o diagnóstico de doentes que vivem em áreas isoladas e/ou de difícil acesso.

Atualmente, em uso temos apenas um teste específico para o *Plasmodium falciparum*. No entanto, já estão sendo avaliados os testes para *Plasmodium vivax*.

Técnica do QBC

Método utilizado para identificação dos plasmódios, tendo por base a densidade dos mesmos. É raramente utilizado.

Tratando a malária

A malária é uma doença que tem cura. Para se tratar a malária é necessário, após o diagnóstico precoce e preciso, iniciar o tratamento o mais rápido possível de forma adequada. Quando se demora a fazer o diagnóstico e o tratamento, a pessoa pode ficar em situação grave e até morrer.





Esta é a fórmula de sucesso na cura de uma pessoa com malária:

- diagnóstico precoce e preciso;
- tratamento imediato e eficaz.

O que significa diagnóstico precoce e preciso?

Significa que quanto mais cedo (precoce) o Agente Comunitário de Saúde, o Agente de Controle de Endemias, a família ou a comunidade reconhecerem os sintomas da malária, mais cedo a pessoa será encaminhada para realização do diagnóstico laboratorial e, conseqüentemente, mais precocemente será tratada. Dessa forma, sua recuperação será mais rápida impossibilitando assim, que mais mosquitos sejam infectados. Para o diagnóstico ser preciso, é fundamental identificar o tipo de plasmódio causador da malária naquela pessoa. Isso porque cada tipo de plasmódio requer um esquema de tratamento diferente.

O que significa tratamento imediato e eficaz?

Significa o tratamento que se inicia logo após o diagnóstico, com o esquema terapêutico adequado à idade do paciente, à duração correta do tratamento, ao intervalo entre as doses e ao tipo de parasito encontrado no exame de sangue.



Esquemas de tratamento recomendados pelo Ministério da Saúde

Os esquemas de tratamento de malária, definidos pela FUNASA, estão disponíveis nas Unidades de Saúde, conforme a estratégia local, isto é, sob a responsabilidade sanitária da Secretaria de Saúde do Município. Assim, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Controle de Endemias devem seguir as orientações dadas pelas suas Unidades de Saúde.



Orientações importantes que vocês precisam repassar para os doentes de malária



- Não tomar o remédio em jejum.



- Alimentar-se normalmente.

- Seguir as suas recomendações quanto ao uso correto e completo do remédio.



- Evitar o uso de bebidas alcoólicas, durante o tratamento.



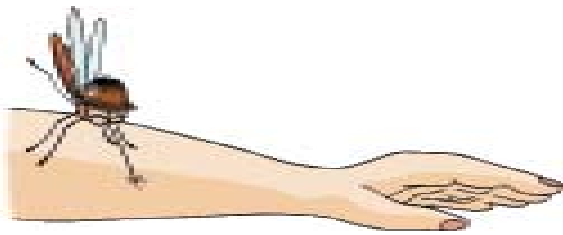
ATENÇÃO

Para crianças que não possam engolir os comprimidos, pode-se quebrá-los e dar com água ou leite.

Uma pessoa pode vir a ter outro episódio de malária nas seguintes situações:



- o plasmódio é resistente ao medicamento usado;
- a medicação não foi tomada de forma correta e completa;



- a pessoa é novamente picada por uma fêmea de anofelino infectada.

O reaparecimento da doença pode se dar em forma de recaída ou recrudescência.



Recaída

Recaída é o reaparecimento, **a médio e longo prazo**, das manifestações clínicas de uma infecção malárica, provavelmente causado por uma nova invasão das hemácias (células do sangue) por formas de plasmódio de origem exoeritrocitária. Ocorre nas infecções por *Plasmodium vivax* e *Plasmodium ovale*.

Recrudescência

É o reaparecimento, **a curto prazo**, das manifestações clínicas de uma infecção malárica, provavelmente causada pela sobrevivência de parasitos no sangue. Pode ocorrer com a infecção causada pelas quatro espécies de *Plasmodium*.

Tanto na **recaída** como na **recrudescência**, a pessoa precisa repetir ou adequar o tratamento de forma apropriada.

Como identificar e proceder frente a um caso de malária grave

É importante reconhecer precocemente os sinais e sintomas da malária grave, o que requer cuidados imediatos, pois a vida do doente pode estar em risco.

Sinais de perigo

- Vômitos repetidos
- Fraqueza intensa
- Icterícia (pele amarelada)
- Urina escura e pouca
- Desidratação grave
- Pressão baixa
- Convulsões
- Confusão mental
- Sonolência
- Coma



Como proceder diante de um caso grave

Se vocês estão diante de uma pessoa com um ou mais sinais de perigo:

- colher amostra de sangue para exame;
- se possível, iniciar o esquema de tratamento;
- se possível, tratar alguns sintomas;
- encaminhar o doente para a Unidade de Referência com a maior urgência possível.

Como proceder com gestantes e crianças menores de 5 anos

Gestantes

As gestantes com malária devem ser encaminhadas imediatamente para a unidade de saúde, porque nesse caso, a doença é mais grave e apresenta risco de vida para a mãe e para o feto.

Crianças menores de 5 anos

A conduta deverá ser a mesma, se surgir um caso em crianças menores de 5 anos.

Vocês devem estar atentos para a ocorrência de casos de malária em crianças menores de 5 anos, que é um indicador para uma forte suspeita de transmissão intradomiciliar.

É preciso informar ao enfermeiro instrutor/supervisor sobre essa ocorrência, o qual deverá encaminhar a criança à Unidade de Referência para as medidas adequadas de controle.



Informando os casos de malária

Por que informar? Quando informar? Como informar?

Informar é preciso. Para isso, o Ministério da Saúde criou um instrumento de notificação de casos (Anexo III). Esse instrumento contém duas partes: uma, que fica com a unidade de saúde do município e outra que fica com o paciente.

Para o registro das informações, é utilizada a Ficha de Notificação de Malária que deve ser preenchida por vocês ou outro membro designado pela equipe, e encaminhada ao setor competente para o seu processamento.

No momento em que vocês notificam um caso de malária, precisam preencher a ficha corretamente, pois seu trabalho está ajudando as autoridades sanitárias a planejarem as ações de controle da malária.

Qualquer desatenção pode destruir o seu trabalho. Assim, é preciso ficar atento, anotando os dados com cuidado.

Vocês, agentes, precisam ler com cuidado cada um dos itens dessa ficha para que possa preenchê-la corretamente, a fim de que as informações sejam verdadeiras e possam ajudar no planejamento das ações.



A programação e execução de medidas que venham a diminuir e/ou acabar com os casos de malária de uma localidade só será possível mediante o conhecimento de informações que possam responder às seguintes indagações sobre a ocorrência da malária na comunidade:

- Onde está ocorrendo?
- Quando está ocorrendo?
- Quantos casos estão ocorrendo?
- Por que está ocorrendo?
- De que forma está ocorrendo?

Essas perguntas exigem que os Agentes Comunitários de Saúde, os Agentes de Controle de Endemias e todos os outros profissionais da área da Saúde estejam capacitados e motivados para coletar, registrar, analisar e enviar as informações.

Observe este depoimento de uma enfermeira sobre a busca ativa:

“Os ACSs já estão conscientes de que são responsáveis pela busca ativa. Agora, com o apoio direto de uma enfermeira, no Saúde da Família, eles se sentem mais seguros. Faço visitas com eles e durante as visitas eles vão aprendendo a identificar os problemas nas famílias”.

Outro depoimento sobre a identificação de casos:

“Geralmente quando a gente chega em uma casa e vamos conversando, a pessoa fala que fulano está com malária, chegou da colônia assim. A gente encaminha para o exame, e acompanha todo o tratamento. Tenho muito cuidado em fazer a notificação dos casos que identifico”.



A informação precisa estar disponível em tempo hábil e ser corretamente utilizada. Só assim será capaz de contribuir para a melhoria da atenção aos doentes de malária e de definir medidas preventivas mais adequadas.

As pessoas que vão coletar essas informações, chamadas notificantes – que são todos os trabalhadores da saúde, inclusive vocês –, além de treinadas, precisam estar conscientes da sua importância e comprometidas na operacionalização do sistema de informação.

Fluxos de encaminhamento para diagnóstico e tratamento

No Programa Integrado de Controle da Malária, as ações desenvolvidas envolvem a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a recuperação.

São ações voltadas para:

- informação, educação e comunicação;
- controle de vetores;
- diagnóstico ambulatorial;
- tratamento ambulatorial;
- tratamento hospitalar.

A identificação dos sinais da malária e o encaminhamento dos casos suspeitos para as Unidades de Saúde e/ou Centros de Referência é importante medida para a realização do diagnóstico precoce e preciso da malária. Entretanto, nem todas as localidades da Amazônia Legal possuem serviço que o usuário vá até ele para receber diagnóstico e tratamento ambulatorial.

Em muitos casos, é preciso enviar a amostra de sangue até o serviço para que se possa fazer o diagnóstico, prescrever o medicamento e enviar o resultado de volta ao local onde se encontra a pessoa doente.

Atendendo às realidades de cada município

Devido às diferentes realidades de cada município, foram definidos procedimentos específicos para áreas urbanas e para áreas rurais, de acordo com as estruturas de serviços de saúde de cada localidade.

Para as áreas urbanas, o procedimento idealizado (fluxo A) representa o padrão de procedimento da Unidade Básica de Saúde e/ou Saúde da Família, com seus respectivos passos. Para áreas rurais, mais distantes e isoladas, onde não há Unidades Básicas de Saúde, foi definido um procedimento (Fluxo B) adequado a esta realidade. Vocês, agentes, precisam identificar o fluxo da sua área e agir com o cuidado necessário para alcançar um resultado satisfatório, mesmo nas condições mais difíceis.

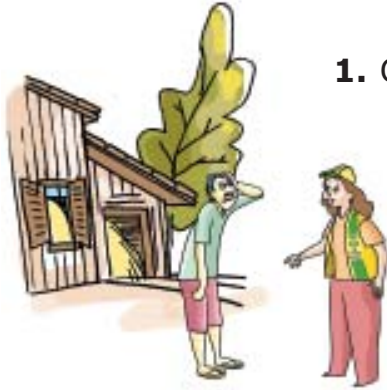
Os Fluxos A e B, mostrados a seguir, refletem o extremo entre encaminhar o caso suspeito e providenciar o diagnóstico e medicamentos para o tratamento. Dessa forma, o desenvolvimento das ações com continuidade, eficiência e resolutividade depende das estratégias definidas pelas Secretarias Municipais de Saúde.

A existência de diferentes estratégias se deve às diversidades existentes na região amazônica em relação à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, provocada pelas barreiras físicas como distância, falta de estradas, tempo de viagem, meios de transporte; e por barreiras humanas, como ausência de microscopistas disponíveis para o diagnóstico e de agentes capacitados para coleta e diagnóstico.



Fluxo A

Passos do Procedimento Padrão



1. O agente identifica o caso suspeito.

2. O agente encaminha a pessoa à Unidade Básica de Saúde.



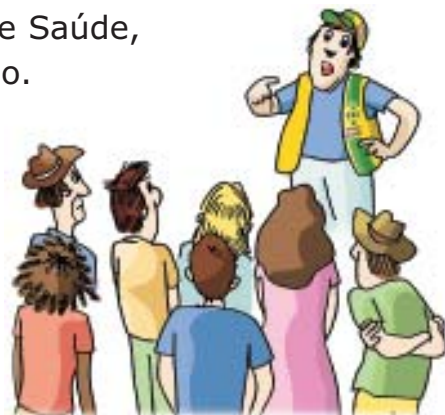
3. Na unidade de saúde é feita a coleta de sangue. Faz-se o diagnóstico. Se for positivo, o plasmódio é identificado e é dado o medicamento adequado para o tratamento que deve começar imediatamente (esquema de tratamento).

4. A pessoa volta para casa com o tratamento prescrito e com os medicamentos.



5. O agente acompanha o tratamento, para que não seja interrompido e possa alcançar o resultado esperado no domicílio e na Unidade Básica de Saúde, quando necessário.

6. O agente orienta as pessoas da comunidade a tomar medidas preventivas e a avisar, imediatamente, um caso suspeito de malária.



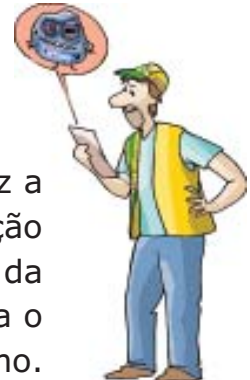
Fluxo B

Passos do Procedimento Variável



1. O agente identifica o caso suspeito.

2. O agente coleta sangue, faz a lâmina e a envia, com a notificação correta, para o laboratório da unidade de saúde ou para o microscopista mais próximo.



3. O laboratório/microscopista faz o diagnóstico. Em caso positivo, identifica o plasmódio e providencia o tratamento adequado, enviando o medicamento pelo agente, para que o tratamento seja iniciado o mais rápido possível.



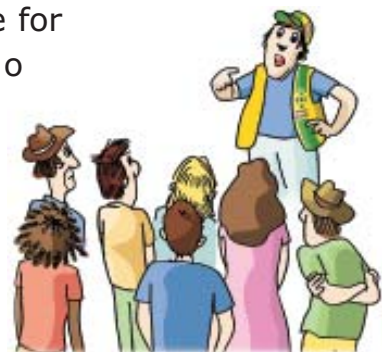
4. O agente entrega o medicamento ao doente, acompanhando o seu tratamento juntamente com o apoio da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família.

5. O Agente Comunitário de Saúde coleta a Lâmina para Verificação de Cura (LVC) após a conclusão do tratamento e encaminha a lâmina para leitura, conforme estratégia local.



6. Recebe o resultado da Lâmina de Verificação de Cura (LVC) e, se for positiva, providencia para que o doente repita o tratamento.

7. Orienta as pessoas da comunidade a tomar medidas preventivas e a avisar imediatamente, em caso de suspeita de malária.





Rio Camaipi – Amapá



CAPÍTULO 5

Trabalhando em equipe no controle da malária

Este capítulo apresenta as competências dos profissionais de saúde e dos serviços no desenvolvimento das ações de controle da malária em áreas urbanas e rurais: Unidades Básicas de Saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Controle de Endemias e profissionais das equipes de Saúde da Família.





“Foi muito importante a inserção do PACS e PSF nas ações de controle das endemias. Quando se falava em malária, pensávamos: isso é com a FUNASA. Agora, é um problema de todos. Não dá pra um ACS entrar nas casas e não perceber que a pessoa tem malária, dengue e não tomar uma providência, dizer que vai buscar alguém para resolver aquele problema. Mesmo que ele não tenha ainda todo o conhecimento, ele já pode encaminhar essa pessoa para os exames”.

(Adriana, Coordenadora do Programa Saúde da Família, no Acre)

Na atenção básica, as ações de controle da malária têm de estar integradas às demais ações de saúde. Os profissionais atuando nas Unidades Básicas de Saúde e nas unidades de Saúde da Família precisam planejar em conjunto suas ações para que os resultados apareçam e o controle das endemias se estabeleça de forma positiva, entre elas o controle da malária.

No SUS, a atenção básica é responsável pelo primeiro nível de atenção à saúde, envolvendo a prevenção das doenças, a promoção da saúde, o tratamento e a reabilitação.

Articulando-se com os demais níveis, de média e alta complexidade, as Unidades Básicas de Saúde se integram ao Sistema de Controle Integrado da Malária, que envolve ações voltadas para a informação, educação e comunicação; para o controle de vetores; para o diagnóstico ambulatorial; e para o tratamento ambulatorial e hospitalar.

Esse sistema envolve as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, outras instituições de saúde existentes, e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Na equipe de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde, orientados pelos seus enfermeiros/supervisores, têm todas as condições de trabalhar de forma integrada com os Agentes de Controle de Endemias.



Competências das Unidades Básicas de Saúde

Na prevenção da malária e promoção das condições ambientais

- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle da malária na sua área de abrangência.
- Estimular ações intersetoriais que possam contribuir no controle da doença.
- Solicitar ao órgão competente o envio das informações epidemiológicas referentes à malária para acompanhamento da prevalência da doença na sua área de atuação.



No atendimento, no diagnóstico, no tratamento

- Atender o paciente suspeito de malária.
- Identificar sinais e sintomas da malária grave e complicada.
- Realizar o diagnóstico precoce.
- Tratar o doente de malária com o esquema terapêutico adequado, conforme indicado no Manual de Terapêutica de Malária, elaborado pela FUNASA/MS.
- Orientar o paciente quanto à necessidade do tratamento completo e medidas de prevenção.
- Solicitar Lâmina de Verificação de Cura (LVC), após o término do tratamento.
- Encaminhar os casos graves para a Unidade de Referência quando necessário.



ATENÇÃO

A equipe da unidade deve ser sempre atualizada quanto ao manejo do paciente, no que se refere a diagnóstico, tratamento, inclusive de casos graves, e ações relativas à vigilância epidemiológica da malária no seu nível de atuação.

Na notificação

- Preencher adequadamente e encaminhar as fichas de notificação para o setor competente.

No planejamento e na avaliação

- Participar das reuniões de planejamento e avaliação dos resultados das ações de controle da malária no seu município.

Competências da equipe de Saúde da Família

No desenvolvimento das ações de controle da malária

- Planejar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Planejar e desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social na sua área de atuação.
- Realizar reuniões para discussão de casos.
- Definir estratégias para acompanhamento e continuidade da atenção.



No registro, na análise de dados e na notificação

- Registrar as informações e analisar os relatórios consolidados.
- Preencher adequadamente e encaminhar as fichas de notificação para o setor competente.

Competências dos Agentes Comunitários de Saúde

Em área urbana

Na prevenção da malária e na promoção das condições ambientais

- Realizar ações de educação em saúde e de mobilização social.
- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental, com o objetivo de fazer o controle de vetores.
- Orientar as pessoas para o uso de medidas de proteção individual e familiar na prevenção da malária como:

» Trazer limpas e drenadas as áreas em que vivem.



» Proteger-se dentro de suas casas, utilizando telas nas janelas, usando mosquiteiros, construindo paredes até o teto.



» Exercer vigilância sobre sua própria família e vizinhança, buscando identificar o mais cedo possível os sintomas de malária nas pessoas e procurando auxílio imediato, juntamente com você, nas Unidades Básicas de Saúde.



» Queimar determinadas cascas de árvores e cupinzeiros, nos horários em que os mosquitos costumam picar as pessoas.



» Evitar sair de casa nos horários em que os mosquitos costumam picar as pessoas. Caso isso não seja possível, usar roupas e chapéus para proteger as partes do corpo que ficam mais expostas, como braços, pernas e cabeça.



» Permitir a borrifação do interior das casas, quando indicada.



Na identificação, no encaminhamento, na orientação e no acompanhamento

- Identificar sinais e sintomas de malária e encaminhar o suspeito para a unidade de saúde, para diagnóstico e tratamento. Quando identificar um caso de malária, investigar a existência de outros casos na comunidade e encaminhar o suspeito para a unidade de saúde.
- Acompanhar os pacientes em tratamento.
- Orientar o paciente sobre a necessidade de concluir o tratamento.

Na notificação

- Preencher e encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme a estratégia local.

No planejamento e na avaliação

- Participar das reuniões de planejamento e avaliação dos resultados das ações de controle da malária no seu município.

Em área rural

Na prevenção da malária e na promoção das condições ambientais

- Realizar ações de educação em saúde e de mobilização social.
- Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção na prevenção da malária.
- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental com o objetivo de fazer o controle de vetores.
- Orientar o uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção da malária como:
 - » repelentes;
 - » roupas e acessórios apropriados para diminuir o contato do homem com o mosquito;
 - » mosquiteiros;



- » cortinas, impregnadas ou não com inseticidas;
- » telas nas portas e janelas das casas.

Na identificação, no encaminhamento, na orientação e no acompanhamento

- Identificar sinais e sintomas de malária.
- Realizar diagnóstico por meio de imunotestes, conforme orientação do supervisor. Quando não for possível a realização do imunoteste, encaminhar a pessoa suspeita de malária para Unidade de Referência.
- Colher lâminas com pessoas suspeitas de malária e encaminhá-las para leitura conforme estratégia local. Quando não for possível a realização da coleta de lâmina, encaminhar a pessoa suspeita de malária para Unidade de Referência.
- Receber o resultado e realizar o tratamento imediato e adequado conforme tabelas de tratamento.
- Receber o resultado e instituir o tratamento conforme tabelas de tratamento.
- Orientar o paciente sobre a necessidade de concluir o tratamento.
- Acompanhar os pacientes em tratamento.
- Coletar Lâmina para Verificação de Cura (LVC) após a conclusão do tratamento e encaminhá-la para leitura conforme estratégia local.
- Receber o resultado da Lâmina de Verificação de Cura (LVC) e se for positiva repetir o tratamento.

Na notificação

- Preencher e encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme a estratégia local.

No planejamento e na avaliação

- Participar das reuniões de planejamento e avaliação dos resultados das ações de controle da malária no seu município.



Competências dos Agentes de Controle de Endemias

Na prevenção da malária e na promoção da melhoria de condições ambientais

- Realizar ações de educação em saúde e de mobilização social.
- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental, com o objetivo de fazer o controle de vetores.
- Orientar o uso de medidas de proteção individual e familiar na prevenção da malária como:

» Trazer limpas e drenadas as áreas em que vivem.



» Queimar determinadas cascas de árvores e cupinzeiros, nos horários em que os mosquitos costumam picar as pessoas.



» Proteger-se dentro de suas casas, utilizando telas nas janelas, usando mosquiteiros, construindo paredes até o teto.



» Evitar sair de casa nos horários em que os mosquitos costumam picar as pessoas. Caso isso não seja possível, usar roupas e chapéus para proteger as partes do corpo que ficam mais expostas, como braços, pernas e cabeça.



» Exercer vigilância sobre sua própria família e vizinhança, buscando identificar o mais cedo possível os sintomas de malária nas pessoas e procurando auxílio imediato, juntamente com você, nas Unidades Básicas de Saúde.



» Permitir a borrifação do interior das casas, quando indicada.



- Realizar e/ou orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e ordenamento do meio ambiente para combater o vetor na fase imatura:
 - » drenagem de pequenos criadouros;
 - » aterro de criadouros;
 - » aumento do fluxo da água;
 - » limpeza da vegetação aquática.
- Realizar a aplicação de larvicidas químicos e biológicos, quando indicado.
- Realizar borrifação intradomiciliar de efeito residual, quando indicado.
- Realizar aplicação espacial de inseticidas através de nebulizações térmicas (fumacê) e Ultra Baixo Volume (UBV) quando indicado no guia de controle seletivo de vetores da malária.

Na identificação, no diagnóstico e no tratamento

- Identificar sinais e sintomas de malária.
- Realizar o diagnóstico precocemente com os imunotestes. Quando não for possível a realização do imunoteste, encaminhar a pessoa suspeita de malária para Unidade de Referência.
- Colher lâminas de pessoas suspeitas de malária, residentes em áreas endêmicas de difícil acesso e encaminhar para leitura conforme estratégia local. Quando não for possível a realização da coleta de lâmina, encaminhar a pessoa suspeita de malária para Unidade de Referência.
- Receber o resultado e providenciar o tratamento imediato e adequado conforme tabelas de tratamento.
- Orientar o paciente sobre necessidade de concluir o tratamento.
- Acompanhar os pacientes em tratamento.



- Coletar Lâmina para Verificação de Cura (LVC) após a conclusão do tratamento e encaminhá-la para leitura, conforme estratégia local.
- Receber o resultado da Lâmina de Verificação de Cura (LVC) e adotar a conduta recomendada pelo supervisor.

Na notificação e controle

- Preencher e encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme a estratégia local.
- Preencher adequadamente e encaminhar ao setor competente o Boletim de Atividade Diária (PCIM – 02) – Anexo II.

No planejamento e na avaliação

- Participar das reuniões de planejamento e avaliação dos resultados das ações de controle da malária no seu município.



Competências dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família e da Unidade Básica de Saúde

Na identificação, no diagnóstico e no tratamento

- Identificar casos suspeitos de malária.
- Realizar diagnóstico precoce.
- Realizar tratamento imediato e adequado dos casos conforme o Manual de Terapêutica de Malária – FUNASA/MS.
- Orientar o paciente quanto à necessidade de concluir o tratamento.
- Solicitar e orientar o paciente para retorno após o término do esquema de tratamento.
- Solicitar a Lâmina de Verificação de Cura (LVC) após a conclusão do tratamento.

Na notificação

- Preencher adequadamente e encaminhar as fichas de notificação para o setor competente.

No planejamento e na avaliação

- Participar das reuniões de planejamento e avaliação dos resultados das ações de controle da malária no seu município.

Na capacitação e orientação dos Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares de enfermagem

- Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares de enfermagens nas ações de controle da malária.
- Orientar o ACS para acompanhamento dos casos em tratamento, visando à adesão ao mesmo.



ATENÇÃO

Os profissionais devem solicitar ao setor competente que as informações epidemiológicas, referentes à malária na área de atuação da equipe, sejam disponibilizadas, semanalmente, para as necessárias análises e intervenções.

Referências bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Avanços para a municipalização plena da saúde: o que cabe ao município*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
2. _____. *Controle seletivo de vetores da malária*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
3. _____. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
4. _____. *Incentivo à participação popular e controle social do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O Trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Diagnóstico e tratamento no controle da malária: manual para pessoal de nível médio*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.
7. _____. *Diretrizes para o controle de malária no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
8. _____. *Manual de terapêutica de malária*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Comunitária. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Superintendência de Campanha de Saúde Pública. *Malária: manual do colaborador voluntário*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
11. BRASIL. Secretaria Executiva de Saúde Pública. *Diretrizes técnicas do programa de controle da malária no estado do Pará*, 1994.
12. _____. *Núcleo estadual de endemias: manual do agente comunitário de saúde*. Belém: [s.n.], 2000.
13. INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. *A Saúde no município: organização e gestão*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1992.
14. LEÃO, R. N. Q. Doenças infecciosas e parasitárias. *Enfoque Amazônico*, Belém, p. 645-670, 1977.
15. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Diagnóstico de malaria*. Antunãno, F. J. L. Schmunis (Editores), 1998. (Publicación Científica, n. 512).



Anexo I

Portaria nº 1.399/GM, 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 e dá outras providências.

O Ministro de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde - SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; e

considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996;

considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária de 09 e 10 de junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças;

considerando a aprovação desta Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 25 de novembro de 1999, resolve:

Capítulo I

Das Competências

Seção I

Da União

Art. 1º Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

I - coordenação nacional das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos estados;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, em caráter excepcional, quando constatada insuficiência da ação estadual;

IV - definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

V - normatização técnica;

VI - assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;

VII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos;

b) inseticidas;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico).

VIII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nesta Portaria;

IX - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;

b) consolidação dos dados provenientes dos estados;

c) retroalimentação dos dados.

X - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XI - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação – IEC, de abrangência nacional;

XII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;

XIII - execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direcionadas às populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde – SMS e Secretarias Estaduais de Saúde – SES;

XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;

XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS na elaboração da PPI-ECD de cada estado;

XVIII - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – RNLSP, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes;

XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no País, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Seção II

Dos Estados

Art. 2º Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos municípios;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;

IV - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;

V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

VI - assistência técnica aos municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;

b) equipamentos de proteção individual;

c) seringas e agulhas;

d) óleo de soja; e

e) equipamentos de aspersão de inseticidas.

IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;

X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:

a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível federal, regularmente dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retroalimentação dos dados.

XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação – IEC de abrangência estadual;

XIII - capacitação de recursos humanos;

XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

XVI - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças realizadas pelos municípios, programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em Saúde Pública, como os agrotóxicos, mercúrio e benzeno;

XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em

saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XIX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de Saúde Pública;

XX - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;

XXI - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações.

Seção III

Dos Municípios

Art. 3º Compete aos municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;

II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;

III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;

VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;

VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à Saúde Pública;

VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;

IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;

X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;

XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;

XII - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais, como campanhas e vacinações de bloqueio, e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XIII - vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna;

XIV - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retroalimentação dos dados.

XV - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XVI - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

XVII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XIX - coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;

XX - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Seção IV

Do Distrito Federal

Art. 4º A gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a estados e municípios.

Capítulo II

Da Programação e Acompanhamento

Art. 5º As ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD, que será elaborada a partir do seguinte processo:

I - a FUNASA estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em caráter nacional, especificadas para cada Unidade da Federação;

II - as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite – CIB de todas Unidades da Federação

estabeleçam a PPI-ECD estadual, especificando para cada atividade proposta o gestor que será responsável pela sua execução.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-ECD serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela FUNASA.

Art. 6º As Secretarias Estaduais de Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS manterão à disposição da FUNASA, MS e órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

Capítulo III

Da Certificação

Art. 7º São condições para a certificação dos estados e Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças:

- a) formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;
- b) apresentação da PPI-ECD para o estado, aprovada na CIB;
- c) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Estadual de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 8º A solicitação de certificação dos Estados e Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela FUNASA e encaminhada para deliberação na CIT.

Art. 9º Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica – PAB ou Plena de Sistema Municipal – PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças mediante:

- a) formalização do pleito pelo gestor municipal;
- b) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;

c) programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade; e

d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 10 A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 11 As solicitações de municípios aprovadas na CIB serão encaminhadas para análise da FUNASA e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 12 Quando julgado necessário, a FUNASA poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria *in loco*, para efeito de certificação.

Capítulo IV

Do Financiamento

Art. 13 O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD de cada unidade da federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV, do Capítulo I, desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde.

Art. 14 As unidades da federação serão estratificadas da seguinte forma:

a) Estrato I – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins;

b) Estrato II – Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;

c) Estrato III - Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul.

Art. 15 O TFECD de cada unidade da federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

a) valor *per capita* multiplicado pela população de cada unidade da federação;

b) valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da federação;

c) contrapartidas do estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1º As contrapartidas de que trata a alínea "c" deverão ser para os estratos I, II e III de, respectivamente, no mínimo, 20%, 30% e 40% calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nas alíneas "a" e "b" e da parcela de que trata o § 1º do artigo 17, desta Portaria.

§ 2º Para efeito do disposto neste artigo os dados relativos à população e área territorial de cada unidade da federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Art. 16 A Comissão Intergestores Bipartite, baseada na PPI/ECD e observado o TFECD estabelecido, informará à Fundação Nacional de Saúde, o montante a ser repassado a cada Município para execução das ações programadas, que após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o *caput* deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11, desta Portaria.

Art. 17 Os municípios certificados na forma estabelecida nos arts. 9 a 11, desta Portaria, não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da federação correspondente.

§ 1º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3º, desta Portaria, será estabelecido, na forma definida no artigo 13, um valor *per capita* que multiplicado pela população do município, observado o estrato a que pertença, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 2º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art. 18 O repasse dos recursos federais do TFECD será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados integralmente junto com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

Capítulo V

Das Penalidades

Art. 19 O cancelamento da certificação com a conseqüente suspensão do repasse dos recursos de que trata o artigo anterior será aplicável nos seguintes casos:

I - não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-ECD;

II - falta de comprovação da contrapartida correspondente;

III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;

IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação dos sistemas de informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados).

§ 1º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, e ouvida a CIB, a FUNASA, com base em parecer técnico fundamentado, submeterá a proposta de cancelamento à CIT.

§ 2º O cancelamento da certificação, observado os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.

§ 3º As atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças correspondentes serão assumidas:

- a) pelo estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou
- b) pela FUNASA, em caso de cancelamento da certificação de estado.

Art. 20 Além do cancelamento de que trata o artigo anterior, os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

- I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;
- II - instauração de tomada de contas especial;
- III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;
- IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;
- V - comunicação à Câmara Municipal;
- VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso;

Capítulo VI

Das Disposições Gerais

Art. 21 Será descentralizada, da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, para os estados, municípios e Distrito Federal, a execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças definidas como atribuições específicas desses níveis de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com as disposições estabelecidas nesta Portaria.

Parágrafo único. Incluem-se no disposto no *caput* deste artigo as ações relativas às doenças abaixo especificadas:

- a) Malária;
- b) Leishmanioses;
- c) Esquistossomose;
- d) Febre Amarela e Dengue;

- e) Tracoma;
- f) Doença de Chagas;
- g) Peste;
- h) Filariose;
- i) Bócio.

Art. 22 Para maior efetividade na consecução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, por parte dos estados, municípios e Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, preferencialmente que esta estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde

II – integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;

III – incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa de Saúde da Família – PSF;

IV – integrar as atividades laboratoriais dos Laboratórios Centrais – LACEN e da rede conveniada ou contratada com o SUS, às ações de epidemiologia e controle de doenças.

Capítulo VII

Das Disposições Transitórias

Art. 23 Durante o período de transição, até ser completada a descentralização das ações atualmente executadas pela FUNASA, serão observadas as seguintes regras:

I - será constituída, em cada unidade da federação, uma Comissão para Descentralização das Ações de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, com participação da FUNASA, SES e COSEMS, que apresentará um Plano de Descentralização detalhado para o estado, a ser aprovado na CIB, contemplando, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) cronograma de descentralização das atividades;
- b) quantitativo e alocação de recursos humanos;
- c) bens móveis e imóveis a serem transferidos.

II - a programação de atividades em controle de doenças transmitidas por vetores deverá ser elaborada em conjunto entre a FUNASA e a Secretaria Estadual de Saúde, e aprovada na CIB.

Capítulo VIII

Das Disposições Finais

Art. 24 Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a Fundação Nacional de Saúde se caracterize como melhor árbitro.

Art. 25 A FUNASA repassará para a Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, conforme deliberado na CIB, para uso específico nas atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças, as instalações e equipamentos atualmente utilizados nessas atividades, de acordo com definição conjunta entre a FUNASA e cada SES, preservando as instalações necessárias para o desempenho das atribuições que continuarão com as Coordenações Regionais.

Parágrafo Único. Os atuais Distritos Sanitários da FUNASA serão compatibilizados com as estruturas regionais existentes nas SES para garantir a continuidade do funcionamento quando suas instalações e equipamentos forem repassados.

Art. 26 Os recursos humanos lotados nas Coordenações Regionais da FUNASA, incluindo os Distritos Sanitários, que executam ações de controle de doenças transmitidas por vetores, estarão disponíveis para serem cedidos à SES ou SMS, conforme deliberado na CIB, independentemente da sua situação de cessão atual, que poderá ser revogada, excetuando-se o quantitativo definido como necessário para as atividades que permanecerão executadas pelas Coordenações Regionais da FUNASA, inclusive aquelas efetivadas por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 1º No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a FUNASA submeterá a avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da evolução da força de trabalho alocada a cada unidade da federação, nos termos do *caput* deste artigo, considerados, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) aposentadoria de servidores;
- b) incorporação de atividades ao PACS e PSF;
- c) aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 2º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata o parágrafo anterior, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da FUNASA, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os estados e municípios.

Art. 27 Os recursos humanos cedidos para as SES e SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de 90 (noventa) dias, pela FUNASA, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a 90 (noventa) dias, bem assim a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

Art. 28 A FUNASA, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2000, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

Art. 29 As SES serão responsáveis pela realização de exames de controle de intoxicação para os agentes de controle de endemias cedidos, que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

Art. 30 A FUNASA estabelecerá critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

§ 1º Mediante o envio pela SES da relação dos servidores que fazem jus à indenização de campo, a FUNASA realizará o pagamento devido.

§ 2º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será incorporado ao TFECD, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.

Art. 31 Fica delegada competência ao Presidente da FUNASA para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 32 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

José Serra

Anexo II

Portaria nº 44/GM, de 03 de janeiro de 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, considerando:

- a necessidade da inclusão das ações de epidemiologia e controle de doenças na gestão da atenção básica de saúde;
- a importância de transmitir à população conhecimentos básicos quanto à prevenção e ao controle da malária e da dengue;
- a necessidade da mobilização social para implementar e conferir sustentabilidade às ações de prevenção e de controle da malária e da dengue;
- a importância do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na prevenção e controle dessas doenças;
- a incorporação das ações de vigilância, prevenção e controle da malária e da dengue nas atividades desenvolvidas pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família de que trata o inciso III do Art. 22 da Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999;
- as normas e diretrizes dos referidos Programas, definidas na Portaria 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece como atividade do ACS, a orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas, resolve:

Art. 1º Definir as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS – na prevenção e no controle da malária e da dengue.

Art. 2º Estabelecer as seguintes atribuições do ACS na prevenção e controle da malária:

I. em zona urbana:

- a) realizar ações de educação em saúde e de mobilização social;
- b) orientar o uso de medidas de proteção individual e coletiva;

- c) mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;
- d) identificar sintomas da malária e encaminhar o doente à unidade de saúde para diagnóstico e tratamento;
- e) promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento, ressaltando a importância de sua conclusão;
- f) investigar a existência de casos na comunidade, a partir de sintomático;
- g) preencher e encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde a ficha de notificação dos casos ocorridos.

II. em área rural, além das atribuições relacionadas no item I deste artigo:

- a) proceder a aplicação de imunotestes, conforme orientação da coordenação municipal do PACS e PSF;
- b) coletar lâminas de sintomáticos e enviá-las para leitura ao profissional responsável e, quando não for possível esta coleta de lâmina, encaminhar as pessoas para a unidade de referência;
- c) receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;
- d) coletar Lâmina de Verificação de Cura – LVC – após conclusão do tratamento, encaminhá-la para leitura, de acordo com a estratégia local;

Art. 3º Estabelecer as seguintes atribuições do ACS na prevenção e no controle da dengue:

- a) atuar junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor;
- b) informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue na casa ou redondezas;
- c) vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquito transmissor da dengue;

- d) orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do *Aedes aegypti*;
- e) promover reuniões com a comunidade para mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue;
- f) comunicar ao instrutor supervisor do PACS/PSF a existência de criadouros de larvas e/ou mosquitos transmissor da dengue. Que dependam de tratamento químico, da interferência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;
- g) encaminhar os casos suspeitos de dengue à unidade de saúde mais próxima, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde.

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

Barjas Negri

Anexo III

O Sistema Único de Saúde – SUS*

Até uns trinta anos atrás, a idéia de saúde estava associada a ausência de doenças. Depois começou-se a perceber que as doenças estavam associadas aos hábitos de vida, aos ambientes em que as pessoas vivem e a comportamentos e respostas dos indivíduos a situações do dia-a-dia. A idéia de saúde passou a ser, portanto, entendida como resultado de um conjunto de fatores: acesso a saneamento básico, que tem a ver com a condição social das pessoas, que tem a ver com seu trabalho, que tem a ver com sua renda, que tem a ver com seu nível de educação, e assim por diante.

Por outro lado, a assistência à saúde da população estava limitada à condição de trabalho. Quem tinha emprego possuía assistência médica através das *Caixas de Previdência*, ou então pagava médicos particulares e, em casos de internação também pagava pelo serviço. Para quem não tinha emprego ou não podia pagar um médico, o jeito era recorrer às Santas Casas de Misericórdia ou os postos de saúde municipais, que viviam sempre lotados. Para equilibrar estas desigualdades, começou a surgir um movimento de *Reforma Sanitária* no Brasil, inspirado em experiências de outros países e nas discussões que aconteceram na Conferência de Alma-Ata (veja Texto de Apoio nº 2). Este Movimento defendia que todos deveriam ter amplo acesso aos serviços de saúde, independente de sua condição social, e que a saúde deveria fazer parte da política nacional de desenvolvimento e não ser vista apenas pelo lado da previdência social.

A partir de 1985, com os preparativos para a elaboração da Constituição Federal, o Movimento de Reforma Sanitária ganhou força e muitos de seus integrantes fizeram parte da Assembléia Nacional Constituinte - conjunto de parlamentares que escreveu a nova Constituição, que passou a valer a partir de outubro de 1988. Desta forma, esta nova maneira de entender saúde está incluída na Constituição Federal, no artigo 196:

* Texto de Apoio integrante do Capítulo 1 do Manual O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, editado pelo Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde. Brasília, 2000.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para promover este *acesso universal e igualitário*, foi criado o Sistema Único de Saúde - SUS, conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I.** descentralização, com direção única em cada esfera de governo,
- II.** atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais,
- III.** participação da comunidade.

Descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Estes três princípios formam a base do Sistema Único de Saúde. Todas as políticas e ações que tratem de saúde devem incluir estes três princípios, que foram detalhados nas leis 8.080 e 8.142, publicadas em 1990.

A lei 8.080 é conhecida como Lei Orgânica da Saúde, pois detalha a organização do SUS, que se baseia *na descentralização das ações e políticas de saúde*, e trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que devem promover o *atendimento integral* à população.

A lei 8.142 fala sobre a participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde, criando os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Os conselhos de saúde são grupos formados por representantes de diversos setores da sociedade, os segmentos:

governo - Secretarias de Saúde, Ministério da Saúde;

prestadores de serviços de saúde - hospitais e clínicas particulares, empresas de planos de saúde;

profissionais de saúde - associações de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, trabalhadores de saúde de nível médio; e

usuários - associações de moradores, de portadores de doenças crônicas, de deficiências físicas e mentais, instituições de pesquisa, etc.

Os **conselhos de saúde** atuam na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde” de acordo com o nível de governo que representa. Assim, o Conselho Nacional de Saúde realiza este trabalho no nível federal, junto ao Ministério da Saúde; o Conselho Estadual de Saúde atua junto à Secretaria Estadual de Saúde; e o Conselho Municipal de Saúde atua junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Assim como os conselhos, as **conferências de saúde** reúnem também os representantes dos diversos setores da sociedade. Estes representantes são os membros dos conselhos e são escolhidos por voto ou por indicação. As conferências devem acontecer a cada quatro anos e são convocadas pelo dirigente da saúde, de acordo com o nível de governo. A Conferência Nacional de Saúde é convocada pelo Ministro da Saúde; a Conferência Estadual pelo Secretário Estadual de Saúde; e a Conferência Municipal, pelo Secretário Municipal de Saúde.

De 1990 para cá, pouco a pouco o Sistema Único de Saúde foi deixando de ser um conjunto de leis e princípios detalhados no papel para começar a se transformar em realidade. Esse processo leva tempo: às vezes vai avançando bem, às vezes pára um pouco, ou anda mais devagar. Isto porque, com a descentralização das ações, começou também a municipalização, ou seja, o dinheiro federal começou a ser repassado diretamente aos municípios que passaram a decidir onde utilizá-lo, de acordo com suas realidades.

E a população, através dos representantes reunidos no Conselho Municipal de Saúde, passou a poder participar da definição das ações e das políticas de saúde, junto com o Secretário Municipal de Saúde. Para que esta participação começasse a acontecer, foi preciso que as comunidades comesçassem a se organizar. E isto não acontece como num passe de mágica. É preciso muita calma para que as pessoas comecem a ouvir o outro como também perceber que podem trabalhar juntas mesmo tendo muitas outras opiniões diferentes.

Hoje, a participação da comunidade nos conselhos de saúde está mais forte, mais organizada, e isto vai se refletir na atuação destes conselhos, pois as instituições do segmento usuários (associações de moradores, grupos de portadores de doenças crônicas, deficientes físicos e/ou mentais, instituições de pesquisa, entre outros) possuem a metade do número de

lugares existentes nos conselhos. A outra metade é dividida entre os representantes do governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços.

Através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, a comunidade passa a ter um **papel ativo** não só no **acompanhamento e das políticas e ações de saúde** mas também a ter a **oportunidade de se fazer ouvir e representar na definição destas políticas e ações**. Ao exercer este direito de cidadania, passa a perceber a sua responsabilidade na construção de uma sociedade com maior equidade, ou seja, onde as desigualdades sociais sejam menores, onde todos os indivíduos possam exercer seu direito de cidadania.

Mas a participação da comunidade não acontece somente no conselho de saúde ou na conferência de saúde. **Ela acontece também no dia-a-dia de seu trabalho como agente de saúde em sua comunidade**, fazendo com que mais e mais pessoas possam ter acesso a informações e orientações sobre como cuidar de sua saúde e da saúde de sua família, acompanhando estas pessoas durante seu tratamento na unidade de saúde, discutindo com elas sobre os problemas de saúde da comunidade e as soluções possíveis. E assim, você vai escrevendo uma parte da história da implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil!

Glossário

Caixa de Previdência – Cooperativas de trabalhadores que tinham como objetivo garantir uma pequena aposentadoria a trabalhadores acidentados ou pensões a suas famílias. As primeiras cooperativas foram criadas, pela Lei Eloy Chaves, em 1923. Em 1930, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que eram organizados de acordo com as categorias de profissões. Por exemplo, o pessoal que trabalhava na indústria contribuía com uma parte de seu salário para o IAPI (Instituto de Aposentadorias e Pensões da Indústria), o pessoal do comércio com o IAPC, e assim por diante.

Reforma Sanitária – Movimento que tinha uma proposta de mudança do sistema de saúde no Brasil, surgido a partir de 1960 e que aos poucos foi ganhando força como movimento social. Formado por estudantes de Medicina, professores universitários, sociólogos e antropólogos, o movimento pela reforma sanitária defendia que todas as pessoas, independente da classe social, deveriam receber assistência médica sempre que necessitas-

sem e que o governo precisava garantir ações para a prevenção de doenças assim como proporcionar a melhoria das condições de saúde da população.

Municipalização – Transferência para os municípios do direito e da responsabilidade de controlar os recursos financeiros, as ações de saúde e a prestação de serviços em seu território. Com a municipalização da saúde, o município passa a ser o responsável pelo dinheiro depositado pelo Ministério da Saúde e pelos estados em sua conta, como também do dinheiro que arrecada com os impostos municipais.

Controle social – É o controle que a sociedade tem com o poder público, quando participa do estabelecimento das políticas de saúde e controla a execução dessas políticas, discutindo as prioridades e fiscalizando a utilização do dinheiro público destinado para a saúde. Os conselhos e as conferências de saúde são instrumentos de controle social.

Descentralização – É um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde: é a prefeito e a secretário de saúde quem vão decidir sobre a política local de saúde: onde e como usar os recursos que existem, quais as áreas de risco para a saúde das comunidades etc.

Atendimento integral – É outro princípio básico do SUS. Qualquer pessoa tem o direito de ser atendido de maneira integral nas unidades de saúde: desde receber informações sobre como cuidar de sua saúde e como se prevenir de doenças até receber assistência para problemas de saúde, dos mais simples até aqueles que necessitam de tratamentos mais complexos.

Acesso universal e igualitário – Significa dizer que todos os cidadãos brasileiros têm o direito de receber assistência, em condições iguais, nas unidades públicas de saúde. O atendimento é gratuito e o tipo de assistência a ser recebida vai depender da gravidade da doença que a pessoa tiver.

Anexo IV

Atenção Básica à Saúde

Em seu trabalho, você leva informações sobre como prevenir doenças, e acompanha a saúde das pessoas e famílias, pesando crianças, verificando se estão com as vacinas em dia, se as gestantes estão comparecendo ao pré-natal, se apresentam algum sintoma fora do habitual. Por outro lado, na unidade de saúde, as pessoas que você encaminha são examinadas, e dependendo do caso, recebem medicamentos, fazem exames como o preventivo de câncer de colo do útero, sofrem pequenas cirurgias como retirada de sinais da pele, unhas encravadas, etc. Estas ações são exemplos do que chamamos de primeiro nível de assistência ou assistência primária, ou atenção primária, ou atenção básica. As ações mais complexas são chamadas de segundo nível de assistência, ou atenção secundária ou média complexidade, e aquelas cirurgias para transplante de coração, rins, ou de outros órgãos, exames em equipamentos caros e de alta precisão constituem os grupos de ações de atenção terciária ou de alta complexidade.

A Conferência de Alma-Ata aponta que a atenção primária à saúde é a chave para que a meta de Saúde para Todos seja atingida com justiça social. Isso porque essas ações correspondem, em média, a 80-85% das necessidades de saúde de uma comunidade, ou seja, a cada 100 pessoas que procuram uma unidade de saúde (posto ou centro de saúde), entre 80 e 85 dessas pessoas vão precisar de cuidados que podem ser prestados naquela unidade.

Um dos objetivos do Sistema Único de Saúde é fazer com que as pessoas possam contar com:

- Amplo acesso aos serviços de saúde, sempre que haja necessidade de atendimento;
- Atendimento a todas as suas necessidades de saúde, desde uma orientação sobre como prevenir uma doença até o exame mais complexo;
- Assistência de acordo com a gravidade da doença que essas pessoas apresentem.

A criação do PACS, pelo Ministério da Saúde, foi uma das primeiras estratégias para se começar o modelo de assistência à saúde, ou seja, a forma como os serviços de saúde estão organizados e como a população tem acesso a esses serviços. Ao percorrer as casas para cadastrar as famílias e identificar os seus principais problemas de saúde, o trabalho dos primeiros agentes contribuiu para que os serviços de saúde pudessem oferecer uma assistência mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade. Por exemplo, numa comunidade, a incidência de diarreia acontecia por conta da água do poço que estava contaminada, em outra era por conta do hábito de não proteger adequadamente as caixas d'água. As pessoas procuravam o posto de saúde ou iam direto ao hospital para se tratar, recebiam remédio, mas daí a pouco estavam doentes de novo. A partir do trabalho de agentes comunitários de saúde como você, visitando as casas, observando os hábitos de vida e identificando os fatores de risco, as diferentes causas para o mesmo problema de saúde puderam ser identificadas e o problema foi resolvido.

Um outro aspecto importante para a mudança do modelo de assistencial à saúde é o envolvimento da equipe de saúde como dia-a-dia da comunidade. Essa equipe tem o compromisso de organizar o serviço de saúde, de um jeito onde você, Agente Comunitário de Saúde, tenha um papel fundamental na orientação das famílias, no encaminhamento de problemas que não pode resolver e na sua atuação em situações que sinta segurança e capacidade para intervir. Essa equipe da qual você faz parte também é responsável pelo seu treinamento e pela divisão do trabalho. Por exemplo, o médico tem atribuições na equipe que só ele pode fazer, o mesmo acontece em relação ao trabalho do enfermeiro, do auxiliar de enfermagem e de outros profissionais. Você é o elemento da equipe que realiza a vigilância à saúde, melhor dizendo, é a ponte entre as famílias, a comunidade e a unidade de saúde.

O PACS e o Programa de Saúde da Família (PSF) já vêm mostrando isso no Brasil e por essa razão são considerados estratégias para a organização da atenção básica nos municípios. A proposta do Ministério da Saúde é ampliar para 20 mil o número de equipes do PSF e, para 150 mil, o número de agentes comunitário de saúde, até o ano 2.002. Levando-se em conta que cada agente atende, em média, 575 pessoas, serão 86.250.000 de pessoas acompanhadas. Já pensou?

Em muitos municípios, as pessoas já não falam mais PACS ou PSF, mas **Saúde da Família. Isto porque Saúde da Família vem demonstrando** ser o modelo de assistência à saúde que mais se aproxima nos princípios indicados na Constituição Federal (Volte lá no Capítulo I e releia o texto **O Sistema Único de Saúde**): todas as pessoas cadastradas são atendidas na unidade de Saúde da Família (universalidade), com igualdade de direitos para todos (equidade), recebendo assistência naquilo em que necessita (integralidade), de forma permanente e pela mesma equipe (criação de vínculos). Dessa forma, recebem orientações sobre cuidados de saúde e são mobilizados (incentivo à participação popular) sobre como manter a sua saúde, de suas famílias e de sua comunidade, compreendendo a relação entre as doenças e estilos e hábitos de vida.

Para promover a organização da atenção básica no País, municípios, Estados e governo federal vêm definindo suas responsabilidades, firmando um grande pacto para acompanhar os resultados alcançados. Um importante instrumento para este acompanhamento é o **Manual para a Organização da Atenção Básica**, elaborado em conjunto pelo Ministério da Saúde e por Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Como você pode perceber, isso tudo representa um movimento novo, que vem unindo os três níveis de governo em torno de um compromisso voltado para a qualidade de saúde e de vida da população. E você, agente, está envolvido neste amplo movimento de mudança, pois faz parte do sistema municipal de saúde, uma vez que com seu trabalho, pode contribuir e muito nesse processo.

Anexo V

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SIVEP SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA NOTIFICAÇÃO DE CASO MALÁRIA			1 Nº da Notificação:
DADOS PRELIMINARES DA NOTIFICAÇÃO	2 Data da notificação:	3 Tipo de lâmina	4 Sigla UF notificação:		
	5 Município da Notificação:	1-Busca Passiva 2-Busca Ativa 3-Lâmina Verificação Cura		6 Cód.Mun. Notificação:	
	7 Unidade Notificante:			8 Cód.Unid.Notificante:	
	9 Nome do agente notificante:			10 Código do Agente:	
DADOS DO PACIENTE	11 Nome do Paciente:	12 Data de Nascimento:	13 Idade:	<input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos	
	14 Sexo:	15 Grau de instrução: anos de estudos concluídos		16 Nº Cartão Nacional de Saúde:	
	<input type="checkbox"/> M- Masculino <input type="checkbox"/> F- Feminino	1-Nenhum; 2-De 1 a 3; 3-De 4 a 7; 4-De 8 a 11; 5-De 12 e mais; 6-Não se aplica; 9-Ignorado			
	17 Nome da mãe				
	18 Endereço do paciente:	19 Outro país da residência:			
	20 UF residência	21 Município da residência:	22 Cód. Mun. resid:		
	23 Localidade da Residência:	24 Cód.Localid. Resid:	25 CEP:		
	26 Zona da residência	27 Principal Atividade nos Últimos 15 Dias:			
	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural	1-Agricultura 2-Pecuária 3-Doméstica 4-Turismo 5-Garimpagem 6-Exploração vegetal 7-Caça/pesca 8-const.estrad.barragens 9-Mineração 10-Viajante 11-Outros 99-Ignorado			
	28 UF provável de infecção	29 Outro país provável de infecção			
LOCAL PROVÁVEL DA INFECÇÃO	30 Município provável da infecção:	31 Cód.Mun. Prov.Infecção:			
	32 Localidade provável da infecção:	33 Cód.localid.prov.infecção:	34 Zona prov.infecção:		
			1 - Urbana 2 - Rural		
DADOS DO EXAME	35 Data do Exame:	36 Data do Início do Tratamento:	37 Parasitos por mm ³ :		
	38 Parasitemia em "cruzes".:	39 Resultado do Exame:			
	<input type="checkbox"/> 1- < +/2 (menor que meia cruz); 2- +/2 (meia cruz); 3- + (uma cruz); <input type="checkbox"/> 4- ++ (duas cruzes); 5- +++ (três cruzes); 6- ++++ (quatro cruzes)	1- Negativo; 2- Pf; 3- Pf+fg; 4- Pv; 5- Pf+Pv; 6- Pv+fg; 7- fg; 8- Pm; 9- Pf+Pm; 10- Pp			
DADOS COMPLEMENTARES	40 Sintomas:	41 Data dos primeiros sintomas	42 Paciente é gestante?		
	<input type="checkbox"/> 1-Com sintomas 2-Sem sintomas		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não		
	43 <input type="checkbox"/> Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica				
	1- Infecções por Pv com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias; 2- Infecções por Pf com Quinina em 3 dias + Doxiciclina em 5 dias + primaquina no 6º dia; 3- Infecções mistas por Pv + Pf com Mefloquina em dose única e primaquina em 7 dias; 4- Infecções por Pm com cloroquina em 3 dias; 5- Infecções por Pv em crianças apresentando vômitos, com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e Primaquina em 7 dias; 6- Infecções por Pf com Mefloquina em dose única e primaquina no segundo dia; 7- Infecções por Pf com Quinina em 7 dias; 8- Infecções por Pf de crianças com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e dose única de Mefloquina no 3º dia e Primaquina no 5º dia; 9- Infecções mistas por Pv + Pf com Quinina em 3 dias, doxiciclina em 5 dias e Primaquina em 7 dias; 10- Prevenção da recada da malária por Pv com Cloroquina em dose única semanal durante 3 meses; 11- Malária grave e complicada				
44 Data internação-malária	45 Data do óbito por malária	46 Matrícula e nome do microscopista:			
SMS-UF MUNICÍPIO	11 Nome do Paciente:	18 Endereço:	13 Idade:	14 Sexo:	<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino
	1 Nº da notificação	35 Data do exame	39 Resultado do exame	46 Matrícula e nome do microscopista:	

Comprovante de resultado do exame do paciente

