

Malária em Minas Gerais, Brasil, situação 2007 a 2012

Kátia Maria Chaves – CRMV 1563

Médica Veterinária / DVA/SES-MG - Referência Técnica estadual em malária

A malária, doença febril de evolução aguda é reconhecida como um grave problema de saúde pública no mundo devido ao elevado potencial de disseminação em áreas com presença do vetor e sua gravidade clínica cuja maior consequência é a evolução para o óbito, principalmente, naqueles indivíduos que tem o diagnóstico e tratamento em tempo tardio.

O Brasil apresenta elevada incidência na região da Amazônia Legal, área que abrange os estados do Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins.

Na região extra-amazônica brasileira (área não endêmica) são notificados menos de 1% do total de casos do país, porém, nela a letalidade por malária é superior à detectada nos estados endêmicos do Brasil.

Um dos principais problemas nas áreas não endêmicas resulta da falta de suspeita clínica-epidemiológica nos serviços médicos, desconhecimento dos métodos de diagnóstico ideais e do tratamento adequado, o que contribui para a não realização de diagnóstico diferencial nos casos com febre, particularmente naqueles com história de viagens à área de risco. Fato, possivelmente, justificado pelo reduzido número de casos registrados.

Em Minas Gerais a transmissão da malária é rara, contudo, o estado possui fatores de risco como: presença do vetor e fluxo migratório de indivíduos infectados em áreas endêmicas.

No período de 2007 a 2012 foram registrados 709 casos confirmados de malária no estado de Minas Gerais, dos quais, 12 (1,69%), evoluíram para o óbito. Destes, em 11 (91,7%) foi confirmado a presença do *P. falciparum*. O intervalo entre início dos sintomas e o óbito variou de quatro a 13 dias (média de 7,16 dias).

Em apenas um caso, o local provável de infecção foi em Minas Gerais (município de Abadia dos Dourados, ano de 2007). De áreas endêmicas da região norte do Brasil, procederam 525 (74,8%) registros, destacam-se o estado de Rondônia com 241 (34,0%) casos, o Pará com 133 (18,8%) e o Amazonas com 81 (11,4%) casos. Do continente africano originaram 163 (23,0%) casos e de países do norte da América do Sul (Guiana, Guiana Francesa, Peru, Suriname e Venezuela) procederam 20 (2,8%) casos. (Figura 1).

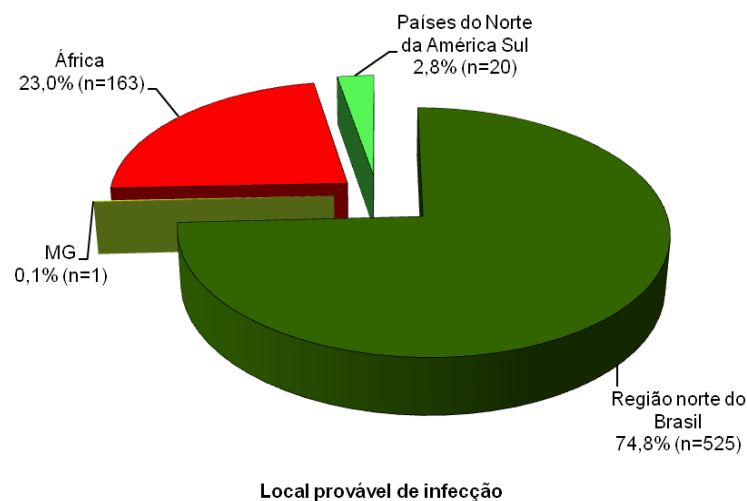


Figura 1 - Proporção dos 709 casos de malária por local provável de infecção, notificados em MG, 2007 a 2012.

Fonte: DVA/SVEAST/Sub.VPS/SES-MG

As atividades de turismo/viajantes 249 (35,1%), engenharia 128 (18,1%), mineração 61 (8,6%) e garimpo 46 (6,5%) representaram os maiores motivos de deslocamento dos indivíduos para as áreas endêmicas de malária. (Figura 2).

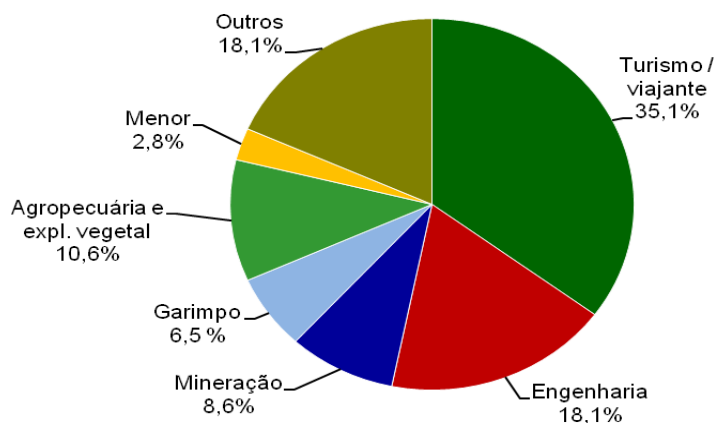


Figura 2 - Proporção dos 709 casos de malária segundo atividade, registrados em MG, 2007 a 2012.

Fonte: DVA/SVEAST/Sub.VPS/SES-MG

No período analisado, 2007 a 2012, foram detectados casos confirmados de malária em todo o estado, sendo as macrorregiões com o maior número de notificações: a Centro, a Triângulo do Norte, Leste e Triângulo do Sul (Tabela 1).

Tabela 1 – Casos confirmados de malária notificados por macrorregião de Minas Gerais, 2007-2012

MACRORREGIÃO	Nº DE CASOS CONFIRMADOS DE MALÁRIA/ANO						TOTAL	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Nº	%
Centro	43	51	45	62	57	49	307	43,3
Triângulo do Norte	25	20	8	17	12	16	98	13,8
Leste	20	11	3	7	7	12	60	8,5
Triângulo do Sul	12	11	11	12	6	1	53	7,5
Oeste	12	8	7	7	5	9	48	6,8
Noroeste	14	6	5	6	11	-	42	5,9
Nordeste	7	2	-	1	-	1	11	1,6
Norte	5	2	2	2	1	1	13	1,8
Leste do Sul	1	1	1	2	3	1	9	1,3
Sul	5	6	4	9	12	7	43	6,1
Sudeste	3	3	3	3	-	5	17	2,4
Centro Sul	-	-	1	2	2	1	6	0,8
Jequitinhonha	-	-	-	1	-	1	2	0,3
TOTAL	147	121	90	131	116	104	709	100,0

Fonte: DVA/SVEAST/Sub.VPS/SES-MG

Em todos os anos da série histórica, 2007 a 2012, houve predomínio de infecções por *Plasmodium vivax* - PV (441 casos), sendo 65,3%, 57,9%, 56,7%, 68,9%, 54,3% e 67,3% respectivamente, quando comparado ao número de infecções por *P. falciparum* e por mista (PV+PF) totalizando, 33,3%, 40,5%, 42,2%, 28,8%, 43,1% e 26,9% dos registros no mesmo período. (Figura 2). O *P. ovale* foi detectado em dezesseis indivíduos procedentes da África.

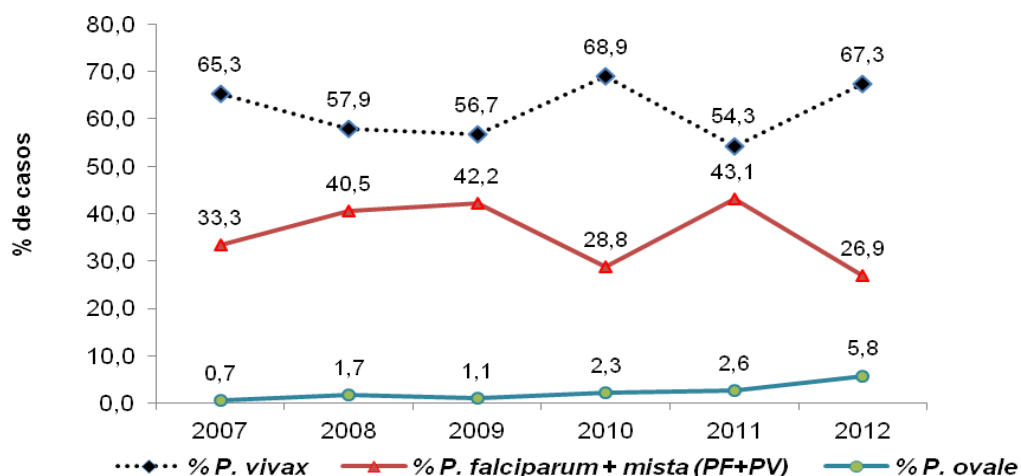


Figura 2 – Distribuição percentual dos casos de malária, por espécie parasitária, Minas Gerais, 2007 a 2012 Fonte: DVA/SVEAST/Sub.VPS/SES-MG

Discussão:

O pequeno número de casos de malária registrado no estado não a torna a principal suspeita necessitando de investigação clínico-epidemiológica, diagnóstico e tratamento nas primeiras 24 horas do atendimento. O diagnóstico e tratamento tardio, principalmente das infecções por *P. falciparum* (espécie responsável pela forma mais letal da doença) explicam a ocorrência dos casos letais.

O percentual de registros por *P. falciparum* e infecção mista (PF+PV) pode ser justificada pelo fluxo migratório de brasileiros com atividade na área de mineração e engenharia na África, onde predomina infecções por esta espécie.

Recomendações Os resultados deste estudo reafirmam a importância dos profissionais estarem atentos ao diagnóstico e tratamento imediato de todos os indivíduos suspeitos procedentes de áreas endêmicas de malária com o objetivo de evitar complicações e óbitos pelo agravo. O indivíduo com febre e ou outros sintomas agudos com relato de retorno de área endêmica, deve no primeiro atendimento médico, ser submetido imediatamente ao diagnóstico laboratorial. Casos confirmados de malária devem, imediatamente, receber o tratamento específico.

Em áreas não endêmicas os serviços médicos de urgência, o Pronto atendimentos dos hospitais da rede privada e pública, os postos de saúde e os ambulatórios dos aeroportos internacionais precisam estar alertos sobre a ocorrência e gravidade da malária.