



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ano 10, nº 4
dezembro 2010

Edição e produção

Núcleo de Comunicação
Secretaria de Vigilância
em Saúde
Ministério da Saúde

Endereço

Unidade VI do
Ministério da Saúde
Quadra 4 – Bloco A
Edifício Principal
1º andar
Brasília/DF

Contatos

e-mail: svs@saude.gov.br
Endereço na internet:
www.saude.gov.br/svs

BOLETIM eletrônico EPIDEMIOLOGICO

INVESTIGAÇÃO DO SURTO DE MALÁRIA EM ANAJÁS – PARÁ

A malária, doença infecciosa febril aguda, tem por agentes etiológicos os protozoários do gênero *Plasmodium*. A doença cursa com quadro clínico típico de febre, calafrios e cefaleia, de forma cíclica, dependendo da espécie do parasito infectante. As formas clínicas mais graves da doença são, em geral, causadas pelo *P. falciparum*, especialmente em adultos não-imunes, gestantes e crianças¹.

O aumento do número de casos de malária, em áreas endêmicas acima do limite determinado por métodos estatísticos como o diagrama de controle², pode caracterizar um surto do agravo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe a distinção entre epidemia verdadeira, reemergência e falha nas ações de controle como as principais categorias de classificação dos surtos de malária na prática das investigações de campo. A descrição do surto, com o objetivo de conhecer a incidência por faixa etária, gravidade e evolução dos casos, tipo de *Plasmodium* envolvido, aspectos ambientais e socioeconômicos e históricos das ações de controle³, colabora na identificação das causas do evento. Consequentemente, pode-se direcionar as medidas de controle efetivas e sustentáveis para a manutenção da incidência abaixo dos níveis epidêmicos³.

A partir de junho de 2009, iniciou-se um processo de intensificação das ações do controle da malária no município de Anajás, no Pará. Essa intensificação, conhecida como força-tarefa, teve o objetivo de responder ao aumento de casos observados. Em 8 de outubro, o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) solicitou a

colaboração do Episus para investigar as causas desse aumento do número de casos de malária no município, localizado no centro da Ilha de Marajó.

O município possui condições geográficas que, associadas ao saneamento básico precário, o tornam propício à proliferação vetorial e consequente transmissão da malária⁴. Anajás foi responsável por cerca de 30% dos casos da doença no estado, com Índice Parasitário Anual (IPA) de 572, 534, 355 e 453, entre os anos de 2005 e 2008, respectivamente⁵. É classificado como área de alto risco de transmissão da doença.

Investigação epidemiológica

Os objetivos dessa investigação foram: confirmar a existência de um surto de malária em Anajás/PA; descrever o acesso ao diagnóstico e tratamento precoces da malária pelos moradores da sede do município e de uma localidade rural; e identificar as possíveis causas para o aumento do número de casos. Para tanto, realizamos uma série histórica de casos no município, entre 2003 e novembro de 2009, com a construção do diagrama de controle², e dois estudos de corte transversal. Um na sede do município, com amostragem por conglomerados⁶, e outro na localidade rural do Francês, no Rio Mocoões (maior número de casos por 1.000 habitantes em 2009)

por amostragem aleatória simples. O número de casos de malária esteve acima do limite superior ao do diagrama de controle, ou seja, em níveis epidêmicos, desde janeiro, com pico em agosto de 2009 (Figura 1). Entre 1º de janeiro e 22 de setembro de 2009, foram registradas 22.872 lâminas positivas para malária, contabilizando-se uma incidência parasitária proporcional ao período (IPP) de 1.083 lâminas positivas por 1.000 habitantes, e 4.074 (18%) foram registradas como lâminas de verificação de cura. A faixa etária que apresentou maior IPP foi de um a quatro anos (975), seguida da faixa de cinco a nove anos (822). Do total de lâminas registradas, 6.553 (29%) foram de indivíduos menores de cinco anos. A proporção de infecções mistas ou por *P.falciparum* foi de 20%, 17% e 27%, nos anos de 2007 a 2009, respectivamente. O número de internações por malária no município aumentou em 2009 e foi registrado o óbito de uma gestante (Figura 2).

Nos estudos transversais, 29% dos entrevistados da sede e 61% do *Francês* tiveram ao menos uma malária em 2009. Para 40% dos entrevistados da localidade rural, o acesso ao serviço de saúde foi dificultado pela falta de transporte ou pelas condições de caminhada e navegação. Nas duas localidades, os entrevistados relataram problemas relacionados à adesão ao tratamento.

A descrição de como o tratamento foi realizado estava em desacordo com o protocolo do PNCM para 58% dos entrevistados na sede e 63% no *Francês*, e 7% dos que tiveram malária em 2009 nesta localidade não concluíram o tratamento da última infecção. Os entrevistados da sede (48%) e os do *Francês* (87%) referiram não utilizar mosquiteiros sistematicamente para prevenção da doença. Entre os que utilizavam não se tratava de mosquiteiros impregnados com inseticida.

Limitações

Mesmo tendo descrito o último adoecimento de 2009, o tempo decorrido entre o evento e a entrevista variou de cinco dias a nove meses, o que pode ter gerado um viés de memória. Contudo, a maioria dos entrevistados relatou o último adoecimento no segundo semestre, diminuindo o intervalo de tempo entre o adoecimento e a entrevista. Pode ter ocorrido viés de seleção. Por dificuldades logísticas para retornar a uma residência onde morava um indivíduo que foi sorteado, foi necessário substituir potenciais entrevistados.

Conclusões e recomendações

Ocorreu um surto de malária em Anajás. O percentual de lâminas positivas em menores de cinco anos, a crescente proporção de infecções por *P. falciparum* e a característica ascendente da curva de casos a partir de 2007 sugerem falhas nas ações de controle da malária no município. No entanto, o aumento de casos observado em julho e agosto pode ter decorrido do aumento da taxa de detecção nos meses da força-tarefa.

Há indícios de tratamentos incorretos e de não-adesão ao tratamento, bem como dificuldades de acesso aos serviços que podem atrasar o diagnóstico e tratamento precoces, fundamentais ao controle da doença. O uso do mosquiteiro como estratégia de prevenção da doença precisa ser acompanhada de um trabalho de educação em saúde.

Recomenda-se o monitoramento contínuo do número de casos, com a utilização do diagrama de controle para detecção precoce de surtos, mobilização comunitária para melhorar a oportunidade e adesão ao tratamento, treinamento dos profissionais que dispensam o medicamento para abordagem das dificuldades dos pacientes e o fortalecimento das ações de educação em saúde para prevenção da doença.

Figura 1. Diagrama de controle da malária de Anajás, 2009.

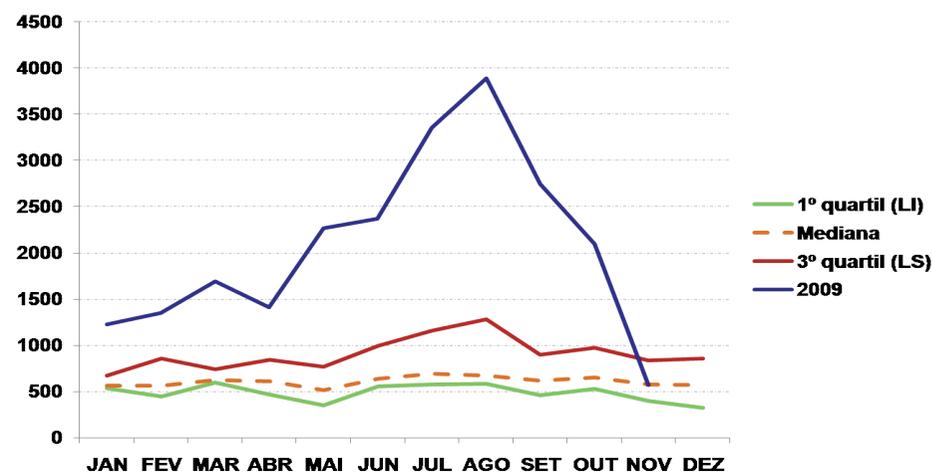
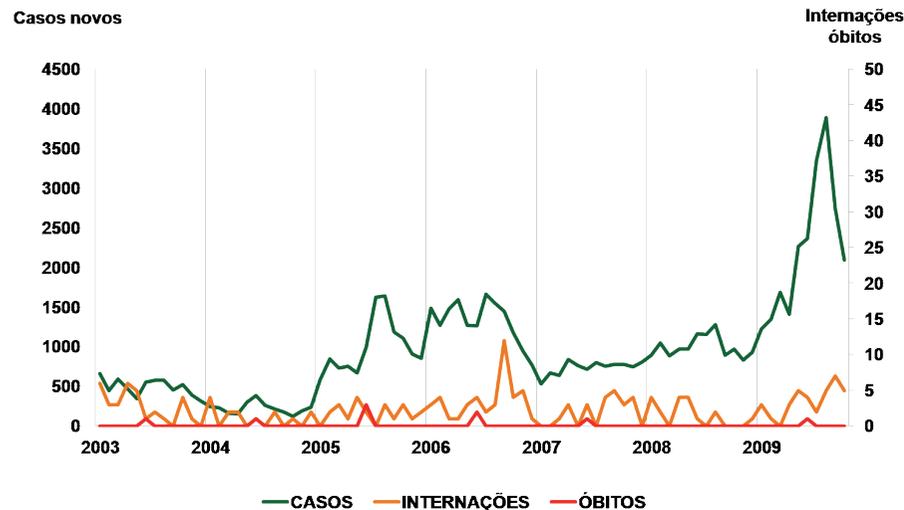


Figura 2. Número de casos, internações e óbitos registrados por malária procedentes de Anajás de 2003 a novembro de 2009.



Relatado por:

Gilmara Lima Nascimento – Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (Episus), do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (Cievs) do Departamento de Vigilância Epidemiológica (Devep) SVS/MS

André Peres de Castro – Episus/Cievs/Devep/SVS/MS

Aglaêr Alves da Nóbrega – Episus/Cievs/Devep/SVS/MS

Wildo Navegantes de Araujo – Episus/Cievs/Devep/SVS/MS

Colaboradores da investigação:

Martha Elizabeth Brasil da Nóbrega – Secretária de Estado da Saúde do Pará
Agentes Comunitários de Saúde de Anajás

Referências bibliográficas

- 1 Brasil. *Guia prático de tratamento de malária no Brasil*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão, 2008.
- 2 BRAZ, R.M. *Deteção precoce de epidemias de malária no Brasil: uma proposta de automação*. Dissertação de mestrado. Brasília, 2005.
- 3 NÁJERA, J.A., KOUZNETSOV, R.L. and DELACOLLETE, C. *Malaria epidemics detection and control forecasting and prevention*. Disponível em http://apps.who.int/malaria/docs/najera_epidemics/naj3.htm
- 4 SMS Anajás. *Relatório do diagnóstico situacional do perfil epidemiológico de Anajás 2009*.
- 5 Sespa. *Reunião de avaliação das ações de intensificação do controle da malária nos municípios prioritários*. Departamento de Controle de Endemias, Coordenação de Vigilância Epidemiológica, outubro de 2009.
- 6 WHO. *Immunization coverage cluster survey - reference manual*. In: *Immunization VaB*, editor. Geneva, p. 129, 2005.