

ANÁLISE DESCRITIVA DOS ÓBITOS POR MALÁRIA EM MINAS GERAIS, 2008 A 2012

Kátia Maria Chaves, Alexandra Paiva Araújo Vieira
DVA/SVEAST/SubVPS/SES-MG

A malária é uma doença febril aguda que se diagnosticada e tratada em tempo oportuno tem cura. Das cinco espécies causadoras da malária humana o *Plasmodium falciparum* é o mais letal. O *P. vivax*, espécie predominante do país, é responsável por intensa morbidade, mas baixa letalidade.

O *P. falciparum* propicia quadro grave em poucos dias de infecção, por isto, todo suspeito de malária deve, de imediato, ser submetido ao exame laboratorial. Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (MS), o intervalo entre a coleta de amostra de sangue para o exame e o início do tratamento não deve ser superior a 24 horas (Guia Vigilância Epidemiológico/SVS/MS).

No Brasil, a região não endêmica para malária (a extra-amazônia) registra menos de 1% do total de casos do país. Porém, a letalidade por malária, é até 100 vezes maior do que a detectada em área endêmica. O estado de Minas Gerais, não endêmico, apresentou respectivamente nos anos de 2002 e 2006, letalidade 58 e 33 vezes maior do que a observada na área endêmica.

Um dos principais problemas nas áreas não endêmicas resulta da falta de suspeita clínica-epidemiológica de malária nos serviços médicos e/ou o 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 a área de risco. Fato, possivelmente, justificado pelo reduzido número de casos nela registrados.

Objetivo: análise descritiva dos óbitos por malária em Minas Gerais nos anos de 2008 a 2012.

No estado de Minas Gerais, no período de 2008 a 2012, foram registrados 562 (100%) casos confirmados de malária importada (Figura -1). Destes, 155 (27,6%) procedentes da África, onde predomina infecções pelo *P. falciparum*. De áreas endêmicas do Brasil procederam 391 (69,6%) registros. Do total de casos, 12 (2,1%), evoluíram à óbito, dos quais em 11 casos foram confirmados presença do *P. falciparum* (Tabela 1).

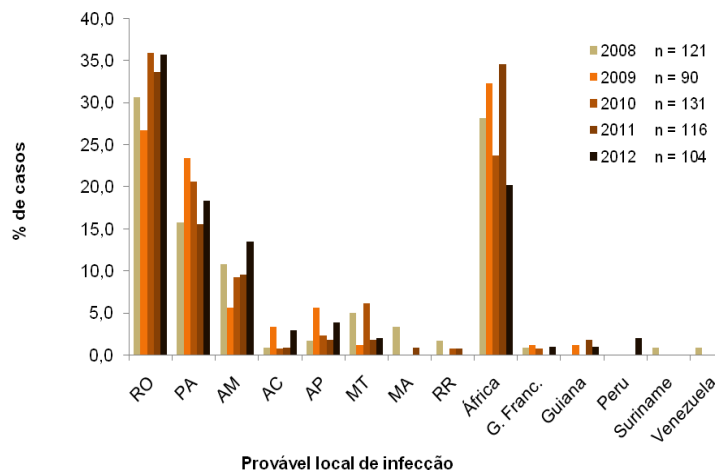


Fig. - 1. Proporção de casos de malária, por local de infecção, notificados em MG, 2008 a 2012

Fonte: SINAN - DVA/SVEAST/SES-MG e Fichas de laboratório

Tabela 1- Casos de malária confirmados e óbitos (número, letalidade e agente etiológico) registrados em MG. 2008 a 2012

Ano	Casos	Óbitos		
	nº	nº	Letalidade (%)	Agente Etiológico
2008	121	2	1,65	<i>P. falciparum</i>
2009	90	2	2,22	<i>P. falciparum</i>
2010	131	2	1,52	<i>P. falciparum</i> , <i>P. vivax</i>
2011	116	3	2,58	<i>P. falciparum</i>
2012	104	3	2,88	mista por <i>P. falciparum</i> + <i>P. vivax</i> , mista por <i>P. falciparum</i> + <i>P. ovale</i>
TOTAL	562	12	2,13	*****

Fonte: SINAN - DVA/SES-MG, Fichas de Laboratório e Sistema de Mortalidade/MS

Os óbitos ocorreram em brasileiros entre 9 a 53 anos, a maioria do sexo masculino (n = 9; 75,0%), procedentes da África (9), da Guiana (1) e de Rondônia (2).

Nos 12 óbitos analisados o espaço de tempo entre o aparecimento de sintomas da doença e a busca por diagnóstico pelo paciente variou de um a sete dias.

O relato dos primeiros sintomas incluiu: febre, cefaleia, mialgia, dor abdominal, vômitos, falta de apetite, desidratação, dor retro orbitária, tosse, dispnéia, tendo a malária como suspeita no primeiro atendimento em dois casos (16,7%). Nos demais, a suspeita clínica foi: *resfriado*, *gripe*, *sinusite*, *dengue*, *ebola*, *cólera*, *hepatite* e *neoplasia* (Tabela 2)

O estudo dos 12 óbitos por malária registrados em MG no período de 2008 a 2012 apontou os seguintes intervalos de tempo (Tabela 2):

- primeiros sintomas e primeiro atendimento médico, um a sete dias;
- diagnóstico e início do tratamento, menos que 24 horas em sete (58,3%) dos casos. Em dois (16,6%) casos (dois e cinco dias). Em três registros o diagnóstico foi pós-mortem;
- primeiro atendimento médico e o início do tratamento em oito pacientes, dois a sete dias;
- primeiros sintomas e o óbito, quatro a 13 dias;
- primeiro atendimento ao óbito, um a nove dias.

Tabela 2: - Descrição dos casos de óbitos por malária registrados em Minas Gerais, 2008 a 2012

Local de infecção	Primeiros sintomas	Suspeita clínica no 1º Atendimento	Diagnóstico "gota espessa"	Intervalo (dias) entre:			
				1º sintomas e diagnóstico	1º sintomas e óbito	1º atendimento e óbito	1º atendimento e início tratamento
África	febre, mialgia, cefaleia	Gripe, virose	++++ PF	7	9	9	6
África	Febre, falta apetite, resfriado	Não informado	++++ PF	7	7	3	2
África	Febre, ...	Dengue Hemorrágica	++++ PF	5	6	5	4
África	Febre, dor abdominal vômitos	Cólera, dengue, hepatite, ebola	++++ PF	8	4	4	*
África	Febre, falta apetite, resfriado	Não informado	++++ PF	7	9	9	7
RO	Febre. Relata estar com malária vivax a 2 meses	Malária	++V	4	4	1	*
África	Febre, desidratação	Virose, gripe	++++ PF	6	6	6	5
África	Febre, desidratação	"outros: oncologia"	++++ PF	4	5	2	1
África	Febre, tosse, cefaleia, hematúria, dispneia, dor ocular e abdominal	Sinusite	++++ PF	4	8	8	4
RO	Febre, calafrios, mialgia vômitos	Malária	++++ PF+PV	13	13	7	5
África	Febre, vômitos, diarreia	Dengue	++++ F+Ov	8	8	1	*
RO	Febre, mialgia, diarreia	Dengue	++++ PF+PV	10	11	4	3

Fonte: SINAN - DVA/SVEAST/SES-MG, Sistema de Mortalidade/MS e Fichas de Laboratório.

PV= *Plasmodium vivax*, PF (*Plasmodium falciparum*), PF+PV= malária mista, P. Ov = *Plasmodium ovale*

Discussão:

Os óbitos por malária que ocorreram no estado de Minas Gerais no período de 2008 a 2012 poderiam ter sido evitados com diagnóstico e tratamento precoce. Muitos dos óbitos avaliados ocorreram entre 2 a 4 dias após o atendimento hospitalar, em outros o diagnóstico foi pós-mortem.

O pequeno número de casos de malária registrado no estado não a torna principal suspeita necessitando de investigação clínico epidemiológica, diagnóstico e tratamento nas primeiras 24 horas do atendimento.

O diagnóstico e tratamento tardio e a elevada parasitemia por *P. falciparum* explicam a ocorrência dos casos letais apresentados neste estudo. O intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento menor que 24 horas em sete (58,3%) dos casos, sugere que em Minas Gerais se o suspeito de malária tiver acesso ao atendimento e o profissional estiver atento ao diagnóstico da malária no primeiro atendimento, o paciente receberá tratamento oportuno.

Recomendações

Os resultados deste estudo reafirmam a importância do diagnóstico e tratamento correto e imediato para evitar complicações e óbitos por malária.

O indivíduo com febre e ou outros sintomas agudos com relato de retorno de área endêmica de malária, 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, Pronto Atendimentos dos hospitais da rede privada e pública, postos de saúde e ambulatórios dos aeroportos internacionais precisam estar alertas sobre a ocorrência e gravidade da malária.