SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

GERÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E ZOONOSES - GDTVZ

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 001/2018

Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses

Vigilância da Malária no Estado do Rio de Janeiro

Perfil Epidemiológico –
Anos 2016, 2017 e janeiro de 2018.

Rio de Janeiro, 30 de janeiro de 2018.

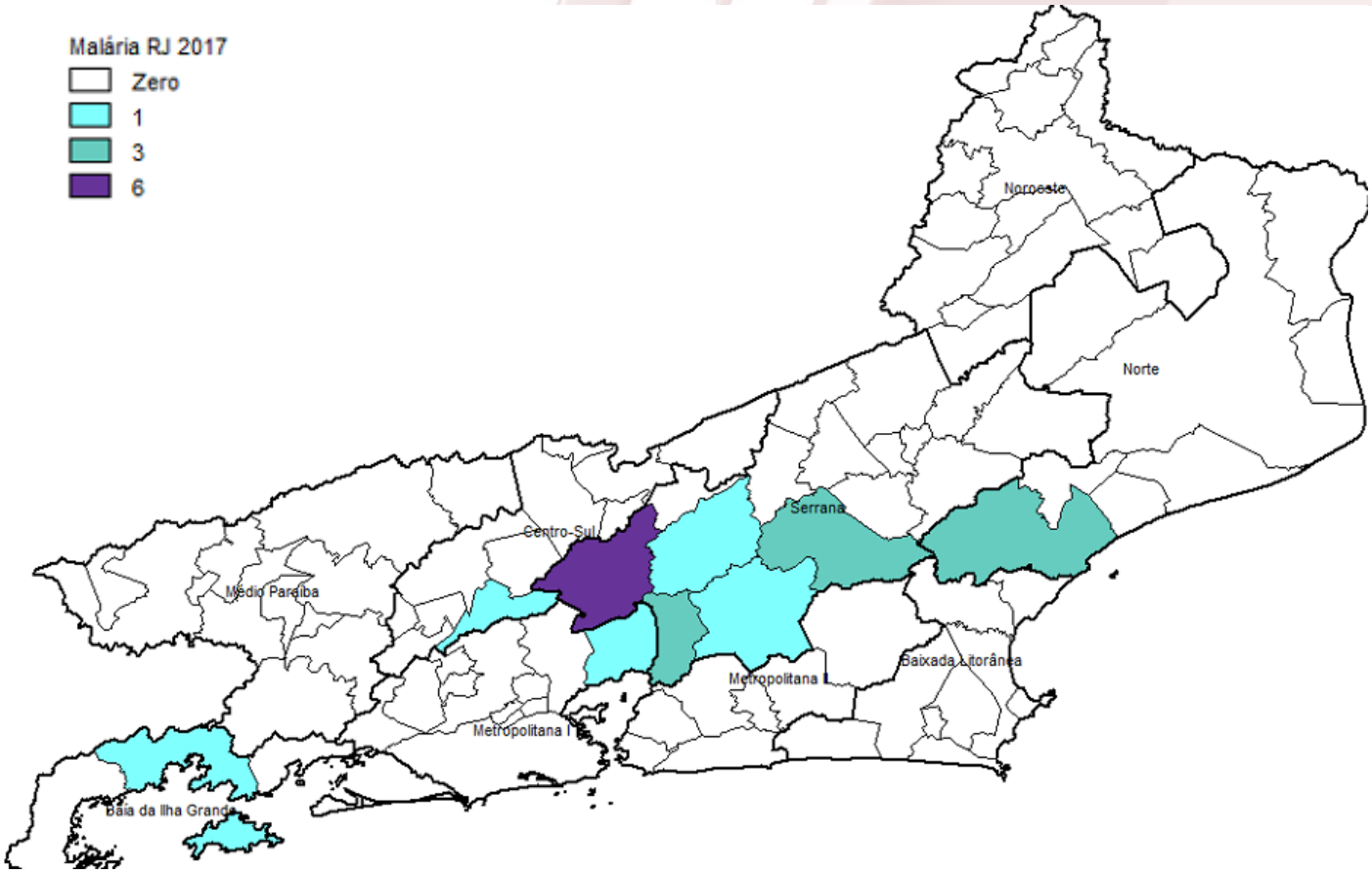
MALÁRIA

No ano de **2018** (até 30 de janeiro) foram notificados 4 casos suspeitos de malária no Estado do Rio de Janeiro. Quanto à classificação final, 2 foram descartados (50,0%) e 2 estão confirmados (50,0%). Os 2 casos confirmados são importados (100,0%), ou seja, os pacientes se infectaram fora do estado. Entretanto, uma vez que estamos somente no primeiro mês do ano e diante do perfil da doença no estado nos últimos anos, reiteramos a intensificação da vigilância da Malária em especial nessa época do ano.

No ano de **2017** foram notificados 224 casos suspeitos de malária no Estado do Rio de Janeiro. Quanto à classificação final, 168 (75,0%) foram descartados, 3 (1,3%) estão em branco ou ignorados e 53 (23,7%) foram confirmados.

Entre os 53 casos confirmados em 2017, 29 (54,7%) foram importados, 4 (7,5%) não tiveram o local provável de infecção (LPI) determinado e **20 (37,7%) foram autóctones do estado**, com **distribuição de ocorrência segundo local provável de infecção (LPI) nos seguintes municípios**: **1 de Angra dos Reis; 1 de Cachoeiras de Macacu; 3 de Guapimirim; 3 de Macaé; 1 de Magé; 1 de Miguel Pereira; 3 de Nova Friburgo; 6 de Petrópolis e 1 de Teresópolis**.

Mapa – Casos confirmados autóctones de malária, segundo município de infecção, Estado RJ, ano 2017.

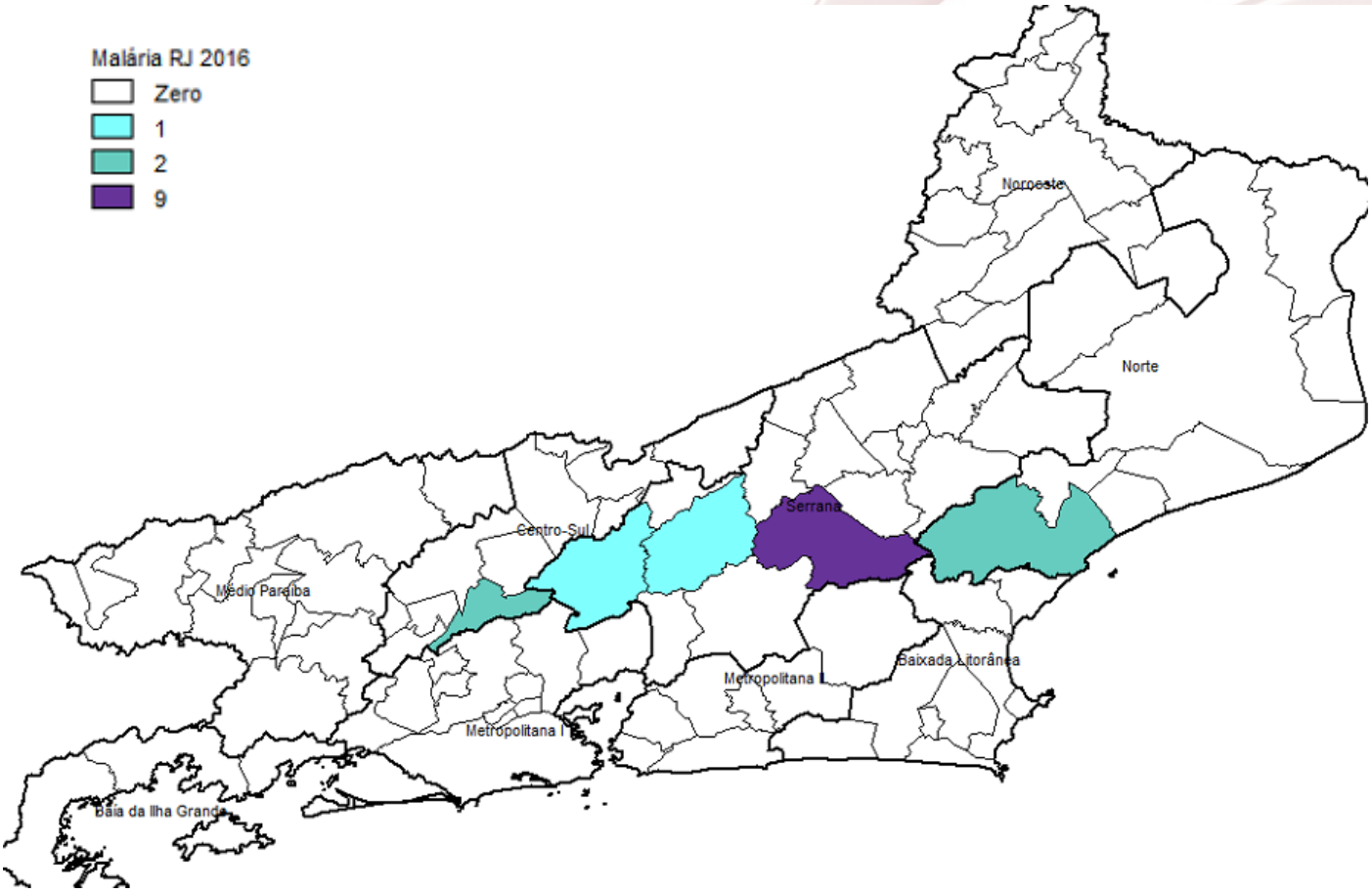


Fonte: SINAN, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 30 de janeiro de 2018 e sujeitos à revisão.

Em **2016** foram notificados 150 casos suspeitos de malária no Estado do Rio de Janeiro. Quanto à classificação final, 104 (69,3%) foram descartados, 1 (0,7%) está ignorado ou em branco e 45 (30,0%) foram confirmados.

Entre os 45 casos confirmados em 2016, 30 (66,7%) foram importados e **15 (33,3%) foram autóctones do estado**, com **distribuição de ocorrência segundo local provável de infecção (LPI) nos seguintes municípios: 9 de Nova Friburgo, 2 de Macaé, 2 de Miguel Pereira, 1 de Petrópolis e 1 de Teresópolis.** Entre os 30 casos importados 3 apresentaram recaída no mesmos.

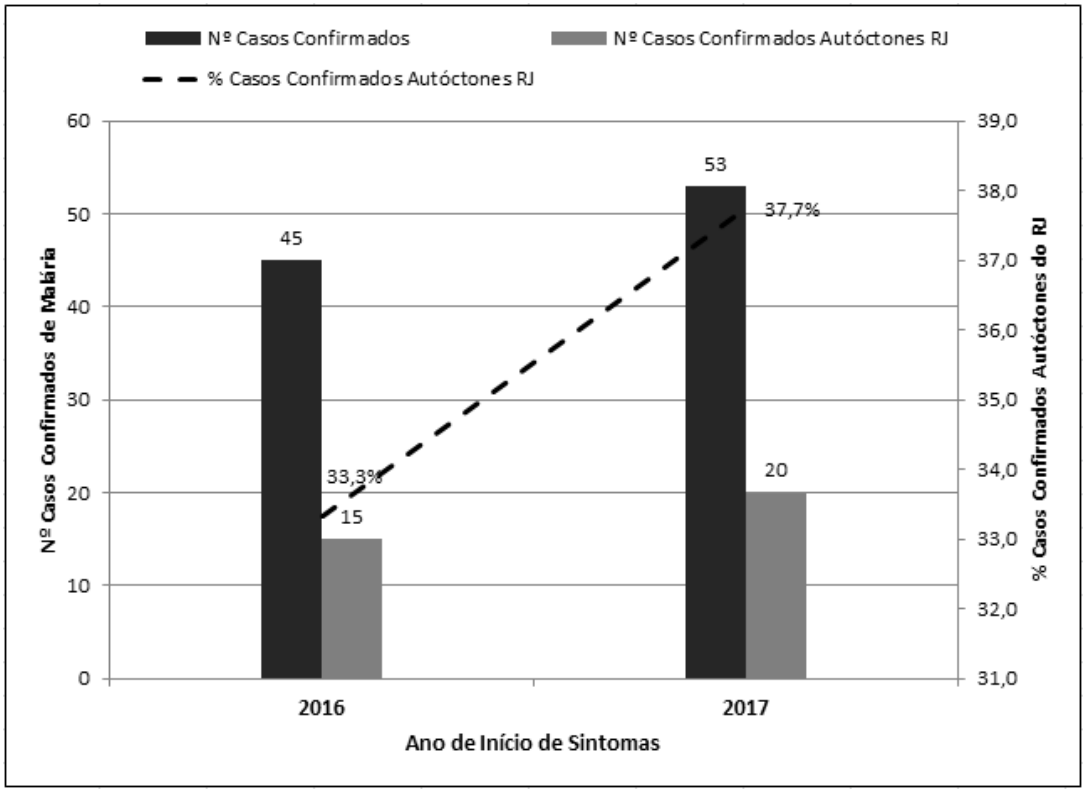
Mapa – Casos confirmados autóctones de malária, segundo município de infecção, Estado RJ, ano 2016.



Fonte: SINAN, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 30 de janeiro de 2018 e sujeitos à revisão.

Comparando o ano de 2017 com o ano de 2016, observamos um pequeno aumento no número e percentual de casos confirmados e confirmados autóctones de malária no estado (Gráfico 1). Foram 20 casos confirmados autóctones no estado em 2017 e 15 casos em 2016, portanto, em 2017 tivemos um aumento de 33,3%.

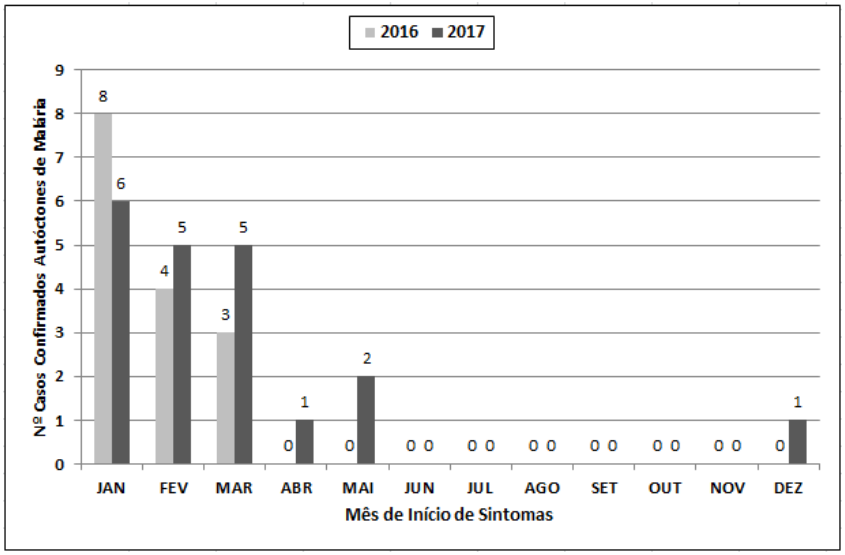
Gráfico 1 - Casos confirmados e casos confirmados autóctones (nº e %) de malária, segundo ano de início de sintomas, Estado do Rio do Janeiro, anos 2016 e 2017.



Fonte: SINAN, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 30 de janeiro de 2018 e sujeitos à revisão.

Destacamos a concentração dos casos confirmados autóctones entre os meses de janeiro a março (Gráfico 2), que coincidem com férias e história de viagem para áreas de mata. Os serviços de vigilância e assistência médica devem atentar para o quadro clínico e história epidemiológica dos pacientes. A malária deve ser incluída no diagnóstico diferencial de outras síndromes febris, objetivando tanto o tratamento oportuno quanto à notificação/investigação dos casos para direcionamento das medidas de prevenção e controle da doença.

Gráfico 2 - Casos confirmados autóctones de malária, segundo mês de início de sintomas, Estado do Rio do Janeiro, anos 2016 e 2017.

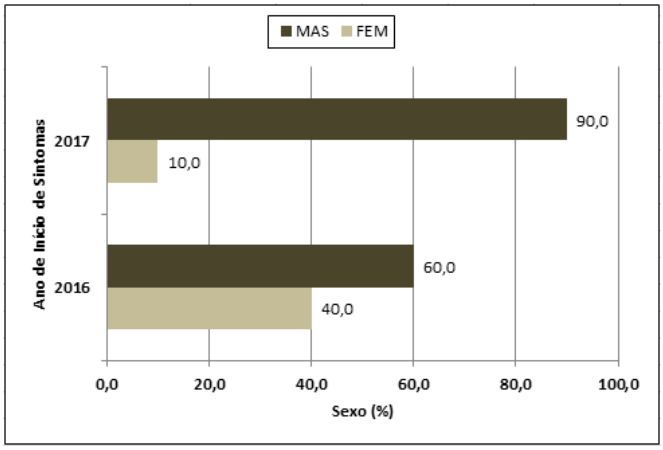


Fonte: SINAN, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 30 de janeiro de 2018 e sujeitos à revisão.

Faz parte da investigação dos casos de malária a realização da pesquisa do hematozoário em sangue periférico (gota espessa), logo, tanto em 2017 quanto em 2016, entre os casos confirmados autóctones do estado, 100% teve identificação para o *Plasmodium vivax*. Resultado esperado uma vez que estamos diante da ocorrência de casos de malária da região de Mata Atlântica, usualmente ocasionados por este parasito, com um perfil de manifestações clínicas mais brandas e com baixa parasitemia.

Quanto ao sexo dos pacientes, observamos o maior percentual (60% em 2016 e 90% em 2017) de casos em homens (Gráfico 3).

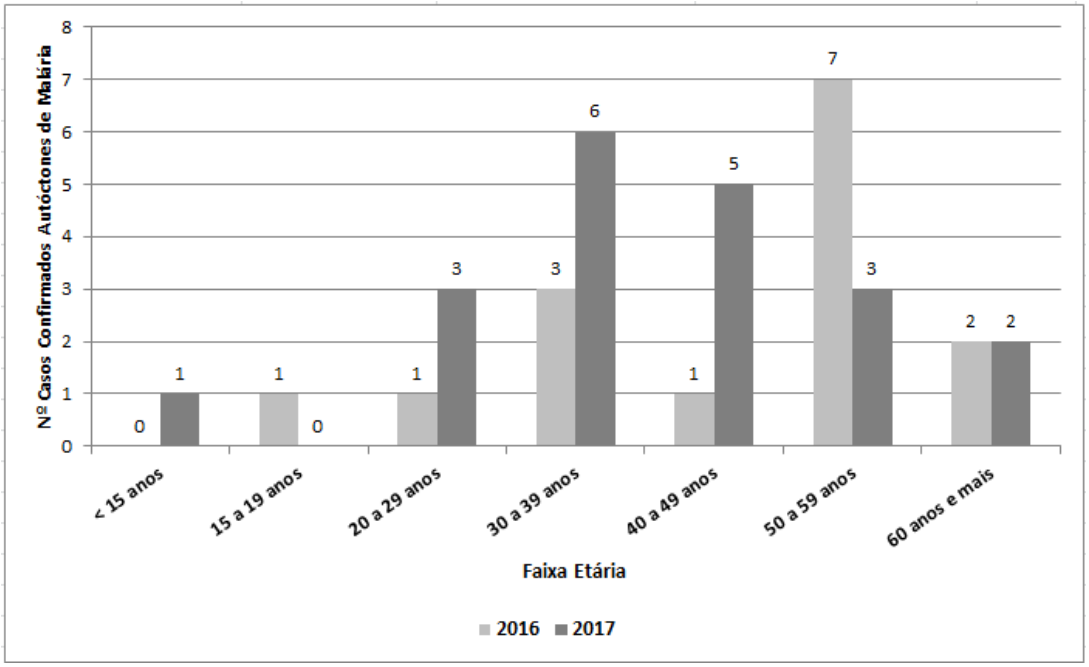
Gráfico 3 – Casos confirmados autóctones de malária, segundo sexo, no Estado do Rio de Janeiro, anos 2016 e 2017.



Fonte: SINAN, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 30 de janeiro de 2018 e sujeitos à revisão.

Quanto à distribuição dos casos confirmados autóctones segundo faixa etária dos pacientes, obervamos que as faixas a partir de 30 anos de idade concentram maioria dos casos (82,9%) dos anos de 2016 e 2017 (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Casos confirmados autóctones de malária, segundo faixa etária, no Estado do Rio de Janeiro, anos 2016 e 2017.



Fonte: SINAN, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 30 de janeiro de 2018 e sujeitos à revisão.

Reiteramos que casos de malária na região de Mata Atlântica ocorrem de forma endêmica no Estado do Rio de Janeiro, a ocorrência de um maior registro de casos nos primeiros meses do ano alertam os serviços de vigilância e assistência dos municípios do estado, em especial aqueles inseridos nas áreas mais afetadas (Mapa).

Entretanto, uma vez que o ser humano é o principal reservatório da malária com importância epidemiológica, se infectando através da picada de mosquitos vetores do gênero *Anopheles sp.* é esperada a ocorrência de casos quando pessoas que residem em áreas urbanas passam a frequentar estas áreas com a finalidade de turismo ou lazer, podendo ocasionar o aumento de casos durante o período de férias. Ou ainda, quando trabalhadores de outras áreas frequentam estas regiões para executar algum serviço.

No Estado do Rio de Janeiro as infecções envolvem geralmente o *Plasmodium vivax* e têm como vetores desse agente patogênico, mosquitos como o *Anopheles (Kerteszia) cruzii* e *An. (Nyssorhynchus) albitarsis*. Nestes casos, os pacientes apresentam em geral baixa parasitemia. Os principais sintomas podem incluir um quadro febril, em geral com febre intermitente, podendo ser acompanhado por calafrios e sudorese, entre outros.

Portanto, a pessoa ao retornar de áreas que apresentem risco de transmissão da doença, conforme demonstrado acima, e manifestar os sintomas já descritos, deve procurar atendimento em uma unidade de saúde o mais rápido possível, referindo o histórico da viagem para facilitar o diagnóstico e início do tratamento oportuno, pelo profissional de saúde.

Medidas de Prevenção e Controle

- ✓ A exposição a picadas de artrópodes pode ser reduzida se os viajantes alterarem os seus padrões ou locais de atividade. Embora os mosquitos possam picar a qualquer hora do dia, o pico de atividade para vetores da malária inclui períodos de crepúsculo (amanhecer e entardecer) ou à noite, depois de escurecer. Portanto, evitar atividades ao ar livre em áreas de maior transmissão da doença ou tomar ações preventivas (como o uso de repelente) durante o pico de atividade desses vetores, podem reduzir o risco de contrair malária.
- ✓ Utilizar roupas apropriadas. Os viajantes podem minimizar áreas de pele exposta, vestindo camisas de mangas compridas, calças compridas, botas e chapéus. Repelentes também podem ser utilizados, sempre conforme orientações médica e recomendações do fabricante.
- ✓ Mosquiteiros. Quando acomodações não possuem ar condicionado, mosquiteiros auxiliam na proteção e reduzem o desconforto causado por vetores. Mosquiteiros tratados com inseticida também podem ser utilizados.
- ✓ Inseticidas e repelentes espaciais. Tais produtos (em aerossol) podem ajudar a livrar salas ou áreas de mosquitos. Inseticidas e produtos repelentes sempre devem ser usado com cuidado, evitando a inalação direta de spray ou fumaça e sempre conforme recomendações do fabricante e segundo orientações médicas.
- ✓ Para retirada de medicamento as vigilâncias municipais devem atentar para o Informe Técnico 004/2014 GDTVZ/SES/RJ, sobre a Descentralização de Medicamentos Estratégicos, amplamente divulgado e disponível no site *riocomsaude*.

- ✓ Na ocorrência de um caso suspeito de malária, conforme Portaria MS/Nº 204, fevereiro de 2016, as vigilâncias epidemiológicas municipais devem ser notificadas da suspeita inicial imediatamente (em até 24 horas) e repassar a notificação a SES/RJ através da GDTVZ, nos seguintes contatos: Tel./Fax: (21) 2333-3881/3878, e-mail: adtvz@saude.rj.gov.br e ao CIEVS estadual pelo notifica@saude.rj.gov.br; Plantão CIEVS celular: (21) 98596-6553;
- ✓ Em caso de suspeição da doença, exames podem ser realizados, cadastrados no GAL e enviados ao Laboratório Central de Saúde Pública do Estado (LACEN/RJ – Noel Nutels). Contatos do LACEN/RJ: Telefones (21) 2332-8597/8606 e e-mail: dgnnutels@saude.rj.gov.br.

Elaboração:

Cristina Giordano / Gerente de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses.

Paula Almeida / Médica Veterinária

Para mais informações contate a Área Técnica responsável.

Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses:
Rua México, 128 Sala 414 – Castelo – Rio de Janeiro/RJ.
Tel.: (21) 2333.3878 / 2333.3881
E-mail: adtvz@saude.rj.gov.br
Contatos: Ângela Veltri, Andrea Santana, Carlos Henrique, Maria Inês, Patrícia Moza, Paula Almeida, Solange Nascimento.
Gerente: Cristina Giordano

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

SES RJ. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Informe Técnico 004/2014, GDTVZ. **Descentralização de Medicamentos Estratégicos**. Tratamento das doenças: Malária, Febre Maculosa, Esquistossomose, Leishmaniose Tegumentar e Leishmaniose Visceral, 2014.

http://www.cdc.gov/malaria/travelers/index.html, acesso em 15 de janeiro de 2016.