



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

**ALERTA EPIDEMIOLÓGICO Nº 01 /2022 DIVEP/SUVISA/SESAB, 05
DE JANEIRO DE 2022**

Assunto: Intensificação da Vigilância da Malária no Estado da Bahia, 2022.

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia (DIVEP) **ALERTA** os profissionais dos serviços de Vigilância Epidemiológica e Assistência quanto ao surgimento de casos de malária devido às fortes chuvas e enchentes no Estado, principalmente às Regiões: Oeste, Sul, Extremo Sul e Sudoeste, devido às condições favoráveis ao desenvolvimento do mosquito transmissor, como o acúmulo de água associado à vegetação, assim como, atenção às pessoas procedentes de áreas endêmicas.

Atenção: pessoas que apresentarem sintomas como febre, cefaleia, dor abdominal, vômitos, e outros sintomas inespecíficos, realizar o diagnóstico diferencial para malária, uma vez que doenças infecciosas febris como dengue, leptospirose, covid19, entre outras, apresentam sintomas semelhantes. Dessa forma, fazendo o diagnóstico, tratamento e ações de forma oportuna para malária.

I- A DOENÇA

A malária é uma doença febril, grave, de transmissão vetorial (mosquito gênero *Anopheles*) e tem como agentes etiológicos o *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* e *P. ovale*. Das quatro espécies causadoras da malária humana, as espécies *falciparum* (a mais letal) e *vivax* são as mais comuns no Brasil. A malária por *P. falciparum* (predominante em viajantes que estiveram na África) é considerada emergência em saúde pública, pois se não tratada em tempo oportuno evolui para a forma grave, podendo levar ao óbito. Já o *P. vivax* causa quadro clínico mais brando, todavia não sendo tratado, também pode levar a complicações e óbito.

II- DO VETOR

Mosquitos pertencentes à ordem Diptera, infraordem Culicomorpha, família Culicidae, gênero *Anopheles* (Meigen, 1818). Esse gênero compreende aproximadamente 400 espécies, das quais cerca de 60 ocorrem no Brasil e 11 delas têm importância epidemiológica na transmissão da doença. O *An. darlingi* é o principal vetor de malária no Brasil; seu comportamento é altamente antropofílico e endofágico (entre as espécies brasileiras, é a mais encontrada picando no interior e nas proximidades das residências). É capaz de manter a transmissão mesmo quando em baixa densidade populacional de mosquitos. Essa espécie se cria, normalmente, em águas de baixo fluxo, profundas, límpidas, sombreadas e com pouco aporte de matéria orgânica e sais. Entretanto, em situações de alta densidade, o *An. darlingi* acaba ocupando vários outros tipos de criadouro, incluindo pequenas coleções hídricas e criadouros temporários (DEANE; CAUSEY; DEANE, M., 1948; DEANE, 1986; CONSOLI; OLIVEIRA, 1994; FORATTINI, 2002).

Os vetores da malária são popularmente conhecidos por carapanã, muriçoca, sovela, mosquito-prego e bicuda.

III- DA TRANSMISSÃO

Ocorre por meio da picada da fêmea do mosquito *Anopheles*, quando infectada pelo *Plasmodium* spp. Ao picar uma pessoa infectada, os plasmódios circulantes no sangue humano, na fase de gametócitos, são sugados pelo mosquito, que atua como hospedeiro principal e permite o desenvolvimento do parasito, que, por sua vez, são transmitidos aos humanos pela saliva do mosquito no momento das picadas.

O risco de transmissão depende do horário de atividade do vetor, sendo abundantes nos horários crepusculares, ao entardecer e ao amanhecer. Entretanto, podem ser encontrados picando durante todo o período noturno. O horário de maior presença de mosquitos varia de acordo com cada espécie, nas diferentes regiões e ao longo do ano.

Não há transmissão direta da doença de pessoa a pessoa. Outras formas de transmissão, tais como transfusão sanguínea, compartilhamento de agulhas contaminadas ou transmissão congênita também podem ocorrer, mas são raras

IV - DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A malária é uma doença de notificação compulsória nacional (Portaria nº 1061 de maio de 2020) e estadual (Portaria nº 1.290 de 09 de novembro de 2017). Portanto, todos os casos **suspeitos ou confirmados** devem ser obrigatoriamente **notificados em 24 horas** às autoridades de saúde, via

telefone e digitados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizando-se as fichas de notificação e investigação do referido sistema (Anexo 2).

A carta anofélica do estado demonstra que o vetor da malária (mosquito *Anopheles*) está presente em todo o território baiano. Portanto, para impedir a disseminação da doença no estado, é imprescindível que as equipes de vigilância epidemiológica (estadual, municipal e dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar) estabeleçam mecanismos de busca ativa para identificar precocemente todos os casos importados e tratá-los em até 48 horas, a partir da data dos primeiros sintomas, visto que o indivíduo doente potencializa o risco da transmissão da doença.

V - DO DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da malária deve ser realizado pelo método de **Gota Espessa**, considerado padrão ouro. Após a coleta do sangue, preparação e leitura da lâmina, orienta-se encaminhar ao LACEN junto com uma amostra de sangue (entre 2 ml e 5 ml) para confirmação, acompanhado de uma cópia da ficha de notificação do SINAN totalmente preenchida. Havendo resultado de lâmina negativa, repetir o exame e, caso continue negativando, investigar outros agravos (leishmaniose, dengue, leptospirose, hepatites etc.). Não há necessidade de esperar pelo pico febril para coletar lâminas de malária e a administração de antitérmicos não inviabiliza o diagnóstico. O resultado pode ser liberado entre 15 a 30 minutos.

Os **testes de diagnóstico por imunocromatografia (ICT)** para malária, também conhecidos como teste rápido, tornam o acesso ao diagnóstico da malária possível onde o exame microscópico da lâmina não está disponível e em áreas de baixa incidência da doença. Apesar disso, **não substituem e não dispensam o diagnóstico pelo exame gota espessa**, pois possibilitam o resultado falso negativo, não identifica a parasitemia em cruzeiros (importante para avaliar a gravidade) e são inadequados para realizar o controle de cura devido a presença de proteínas do parasito por 15 a 20 dias após o tratamento, fornecendo um resultado falso-positivo em indivíduos já tratados. O resultado sai entre 15 a 30 minutos.

Sem o diagnóstico correto e oportuno, o tratamento não funciona (PNCM/MS).

VI- DO TRATAMENTO

O tratamento da malária é o maior alicerce para o controle da doença e visa, principalmente, **a interrupção da esquizogonia sanguínea**, responsável pela patogenia e manifestações clínicas da infecção.

O Ministério da Saúde, através de uma política nacional de medicamentos para tratamento da malária, disponibiliza no Sistema Único de Saúde todas as drogas necessárias. O tipo de tratamento varia de acordo com a espécie de plasmódio infectante, a gravidade do caso, idade do

paciente, história de exposição anterior e suscetibilidade dos parasitos aos antimaláricos convencionais, devendo ser iniciado nas primeiras 24 horas do início da febre.

Os esquemas terapêuticos recomendados pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde estão disponíveis no *link*:

<https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/29/af-guia-tratamento-malaria-28jan20-isbn.pdf>

VII - DO ACOMPANHAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS

A Lâmina de Verificação de Cura (LVC) é uma lâmina de gota espessa realizada durante e após tratamento recente, em paciente previamente diagnosticado para malária, por meio de busca ativa ou busca passiva. Constitui importante indicador para acompanhar o tratamento do doente com malária.

A realização dos controles periódicos pela LVC durante os primeiros 40 (*P. falciparum*) e 60 dias (*P. vivax*) após o início do tratamento deve constituir-se na conduta regular na atenção a todos os pacientes maláricos para a Região não-Amazônica. Dessa forma, a LVC deverá ser realizada nos dias 7, 14, 21, 28, 42 e 63 após o início do tratamento de pacientes com malária pelo *P. vivax* ou *mista* e nos dias 7, 14, 21, 28 e 42 após o início do tratamento de pacientes com malária pelo *P. falciparum*.

VIII – MEDIDAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

As medidas de proteção individual têm como objetivo principal reduzir a possibilidade da picada do mosquito transmissor de malária:

- Evitar frequentar locais próximos a criadouros naturais de mosquitos, como beira de rio ou áreas alagadas ao final da tarde até o amanhecer, pois nesses horários há um maior número de mosquitos transmissores de malária circulando;
- Usar repelentes nas partes descobertas do corpo (seguir orientações do fabricante). Em crianças menores de 2 anos de idade, não é recomendado o uso de repelente sem orientação médica;
- Diminuir ao mínimo possível as áreas descobertas do corpo onde o mosquito possa picar com o uso de calças e camisas de mangas compridas e cores claras.

IX - REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5ª edição, Brasília, DF: MS, 2021.

CONTATOS PARA NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE MALÁRIA NO ESTADO DA BAHIA

Grupo Técnico Malária/CODTV/DIVEP: de segunda a sexta, das 8 às 17 horas (71) 3103-7719 ou pelo e-mail divep.malaria@saude.ba.gov.br.

CIEVS Bahia: Todos os dias, inclusive finais de semana e feriados, das 8 às 18 horas - (71) 99994-1088.