



GOVERNO DO DISTRITO
FEDERAL

SECRETARIA DE
ESTADO
DE
SAÚDE



SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

GERÊNCIA DE
DOENÇAS CRÔNICAS
E AGRAVOS
TRANSMISSÍVEIS

NÚCLEO DE
CONTROLE DE
ENDEMIAS,
DOENÇAS
TRANSMISSÍVEIS E
EMERGENTES

Chefe do Núcleo:
Dalcy de O. Albuquerque
Filho

Equipe Técnica:
Enf^ª. Ana Karla da Silva
Biol. Franciene Oliveira
APPb. Harley Cunha
Biol. Nádia Martins
Enf^ª. Sandra Maria Cortez
Biol. Sara Camilo

Equipe Volante:
APPb Agenildo Mendes
Ag. Sd João Afonso
Sobrinho
Ag. Sd Sebastião Almeida
Filho

Informativo Epidemiológico

Ano 2, Nº 1- Janeiro de 2012
Até semana epidemiológica Nº 52 de 2011.

Foram notificados em 2011 no Distrito Federal cinquenta e nove casos suspeitos de malária. Destes, 45 foram positivos e todos tratados. Aconteceu um óbito, relacionado à malária, de paciente brasileiro infectado na África e tratado no DF.

Dos 20 casos suspeitos de febre amarela notificados, nenhum apresentou sorologia positiva.

Foram dois casos de febre maculosa, confirmados, de cinco notificados. Todos os casos confirmados são importados.

Esquistossomose: de sete notificados seis foram confirmados. Temos dois casos com local de infecção indeterminado, porem, nenhuma autoctonia.

Não tivemos casos suspeitos de doença de Chagas aguda.

Todos os números deste boletim são parciais.

1 – Malária

O DF é área com possibilidade de transmissão esporádica, de malária. A malária é uma doença infecciosa febril aguda, cujos agentes etiológicos são protozoários do gênero *Plasmodium* transmitidos por vetores (mosquito *Anopheles*). No Brasil, aproximadamente 97% dos casos se concentraram na região amazônica. Maranhão, Mato Grosso e Tocantins são responsáveis por menos de 3% dos casos. A transmissão ocorre em áreas rurais (próximo a florestas), mas podem acontecer em áreas urbanas.

Sua importância é devida à elevada incidência na região amazônica, potencial gravidade clínica e a altíssima taxa de letalidade, fora da região amazônica. Os óbitos, fora da Amazônia, muitas vezes ocorrem pela confusão no diagnóstico, com outras doenças febris, como dengue, por profissionais não acostumados a suspeitar da doença, por isto, não interrogam, pior, não acreditam e menosprezam as informações prestadas, espontaneamente, de que o paciente esteve em área endêmica, por lazer/trabalho, nos últimos 6 meses, na consulta em consultórios, enfermari-

“Brasília – Patrimônio Cultural da Humanidade”

Núcleo de Controle de Endemias e Doenças Transmissíveis Emergentes
SGAN 601 Bloco O/P – Brasília/DF - CEP: 70.830010 Tel.: 3905-7912 - 3322 0369
e-mail: endemias@saude.df.gov.br e endemias.df@gmail.com

as ou pronto socorros. Este relato se ouvido e analisado, pelo médico, leva, em tempo, ao tratamento correto, evitando complicações graves e o óbito. A Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP, da Subsecretaria de Vigilância a Saúde/SES-DF, tem uma equipe volante, subordinada ao Núcleo de Controle de Endemias, que, em caso de suspeita de malária, pelo médico ou equipe de saúde, deve ser chamada por telefone, em qualquer dia e irá ao local de atendimento para colher o sangue para exame específico, de diagnóstico de malária, o tipo do parasita infectante e sua concentração no sangue, com resultado disponível em poucas horas. Caso seja positivo, disponibiliza imediatamente o tratamento, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Os telefones da equipe são: **61 96682512 ou 92011684.**

Este Informe apresenta os casos inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no ano de 2011, por semana epidemiológica (SE) de início dos sintomas.

Fontes:

1. SINAN/W
2. SINAN/NET
3. Relatórios do Núcleo de Controle de Endemias, Doenças transmissíveis e Emergentes/GDCAT
4. Relatórios da Gerência de Controle de Zoonoses/DIVAL
5. Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ª Ed. 2009/SVS/MS

Situação epidemiológica da malária no Distrito Federal - DF

No SINAN/NET foram inseridos, até a 52ª semana epidemiológica (SE) de 2011, 59 casos suspeitos de malária, 45 (76,27%) dos quais foram confirmados (Tabela 1). Considerando o local provável de infectado - LPI, em nenhum dos casos a transmissão ocorreu no DF. A proporção de casos confirmados, segundo o local de residência, indica Lago Sul e Taguatinga com o maior percentual (8,9%) de registros.

Tabela 1: Casos de Malária (autóctones e importados) % de confirmados no DF, segundo local de residência - DF, 2011*

Distrito de Residência	Nº de Casos			Total de Confirmados	% de Confirmados
	Not.	Confirmados			
		Infeção no DF	Infeção fora do DF		
Águas Claras	1	-	1	1	2,2
Asa Norte	4	-	3	3	6,7
Asa Sul	3	-	3	3	6,7
Brazlândia	-	-	-	-	-
Candangolândia	-	-	-	-	-
Ceilândia	4	-	3	3	6,7
Cruzeiro	-	-	-	-	-
Gama	3	-	3	3	6,7
Guará	-	-	-	-	-
Itapoã	1	-	1	1	2,2
Jardim Botânico	3	-	1	1	2,2
Lago Norte	-	-	-	-	-
Lago Sul	4	-	4	4	8,9
N.Bandeirante	1	-	-	-	-
Paranoá	-	-	-	-	-
Park Way	-	-	-	-	-
Planaltina	2	-	1	1	2,2
Rec. Emas	2	-	2	2	4,4
Riac. Fundo I	-	-	-	-	-
Riac. Fundo II	1	-	1	1	2,2
Samambaia	4	-	3	3	6,7
Santa Maria	2	-	1	1	2,2
São Sebastião	-	-	-	-	-
Scia (Estrutural)	1	-	1	1	2,2
SIA	-	-	-	-	-
Sobradinho	-	-	-	-	-
Sobradinho II	-	-	-	-	-
Sudoeste/Octog.	-	-	-	-	-
Taguatinga	6	-	4	4	8,9
Varjão	-	-	-	-	-
Vicente Pires	1	-	1	1	2,2
Res outra UF	16	-	12	12	26,7
Reg Ig/branco	-	-	-	-	-
Total	59	-	45	45	100,0

Fonte: SINANNET/DIVEP/SVS/SES-DF

*Dados atualizados de 2011 de acordo com a data dos 1º sintomas.

A distribuição dos casos confirmados por Unidade Federada (UF) de infecção (tabela 2) mostra que a maioria das transmissões ocorreu em Rondônia (13), Pará (7) e Amazonas (5) e tivemos um caso de Sergipe. Em dezesseis casos, a transmissão aconteceu fora do país (tabela 3). Houve um óbito por complicação da malária, de paciente infectado na Guiné Equatorial, África que apresentou sintomas e foi tratado no DF (tabela 4). Nossa taxa de letalidade foi de 2,22%.

Tabela 2: Casos confirmados de malária, óbitos e letalidade segundo UF (Brasil) de infecção - DF, 2011, **

Nº de casos		Nº Óbitos	Letalidade (%)
UF	Nº		
AC	2	-	-
AL	-	-	-
AM	5	-	-
AP	1	-	-
BA	-	-	-
CE	-	-	-
DF	-	-	-
ES	-	-	-
GO	-	-	-
MA	-	-	-
MG	-	-	-
MS	-	-	-
MT	-	-	-
PA	7	-	-
PB	-	-	-
PE	-	-	-
PI	-	-	-
PR	-	-	-
RJ	-	-	-
RN	-	-	-
RO	13	-	-
RR	-	-	-
SE	1	-	-
SP	-	-	-
TO	-	-	-
Outros/Ign	-	-	-
Total	29	0	0%

Fonte: SINAN/SES-DF

*Dados atualizados de 2011 de acordo com a data dos 1º sintomas.

Tabela 3 - Casos de malária (nº e proporção) segundo país de infecção. DF, 2011*.

País	Nº de Casos	%
Angola	1	2
Brasil	29	64
Burkina Faso	1	2
Congo	1	2
Gana	1	2
Guiana	1	2
Guiana Francesa	3	7
Guiné Equatorial	2	4
Haiti	1	2
Moçambique	1	2
Somália	1	2
Suriname	2	4
Venezuela	1	2
Ign/branco	-	-
Total	45	100

*Dados atualizados de 2011 de acordo com a data dos 1º sintomas.

Tabela 4: Casos confirmados de malária, óbitos e letalidade - 2011*

País	Nº de Casos	Nº de óbitos	Letalidade
Angola	1	-	-
Brasil	29	-	-
Burkina Faso	1	-	-
Congo	1	-	-
Gana	1	-	-
Guiana	1	-	-
Guiana Francesa	3	-	-
Guiné Equatorial	2	1	-
Haiti	1	-	-
Moçambique	1	-	-
Somália	1	-	-
Suriname	2	-	-
Venezuela	1	-	-
Ign/branco	-	-	-
Total	45	1	2,22%

*Dados atualizados de 2011 de acordo com a data dos 1º sintomas.

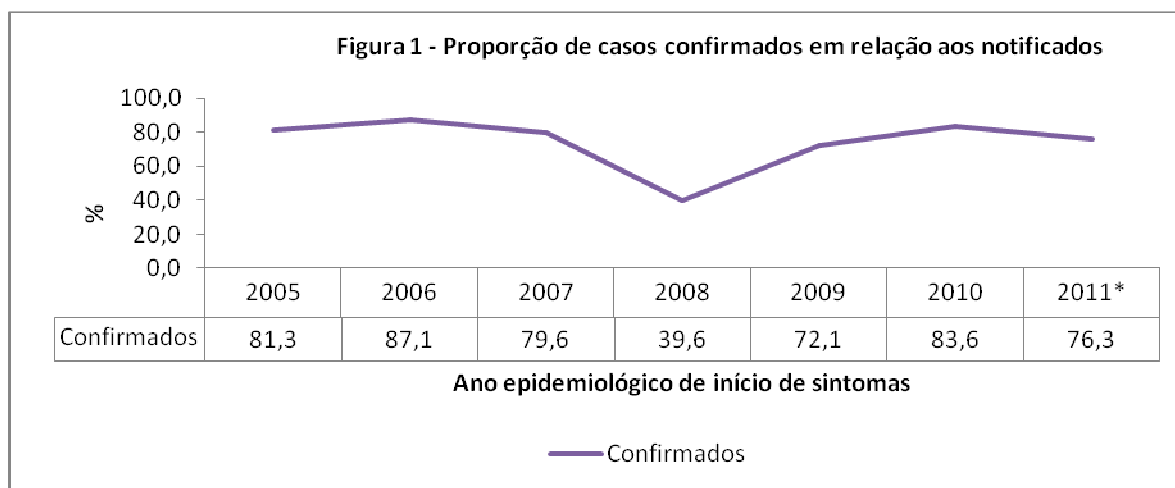
A tabela 5 apresenta o percentual de casos de malária de acordo com as espécies parasitárias (tipo de plasmódio) identificadas no exame laboratorial (Gota Espessa). Esse resultado orienta o tratamento e permite a vigilância epidemiológica das espécies parasitárias que ocorrem em cada localidade. Nos casos detectados no DF predominam duas espécies: *P. falciparum* e *P. vivax*, sendo que o *P. vivax* representa 78% dos casos confirmados.

Tabela 5: Casos de malária (incidência e proporção) por tipo de Plasmódio - DF, 2011*

Plasmódio	Nº de Casos	%
Falciparum	8	18
Vivax	35	78
Ovale	-	-
Falcip + Vivax	-	-
FG	1	2
Falcip + FG	1	2
Ign/branco	-	-
Total	45	100,0

*Dados atualizados de 2011 de acordo com a data dos 1º sintomas.

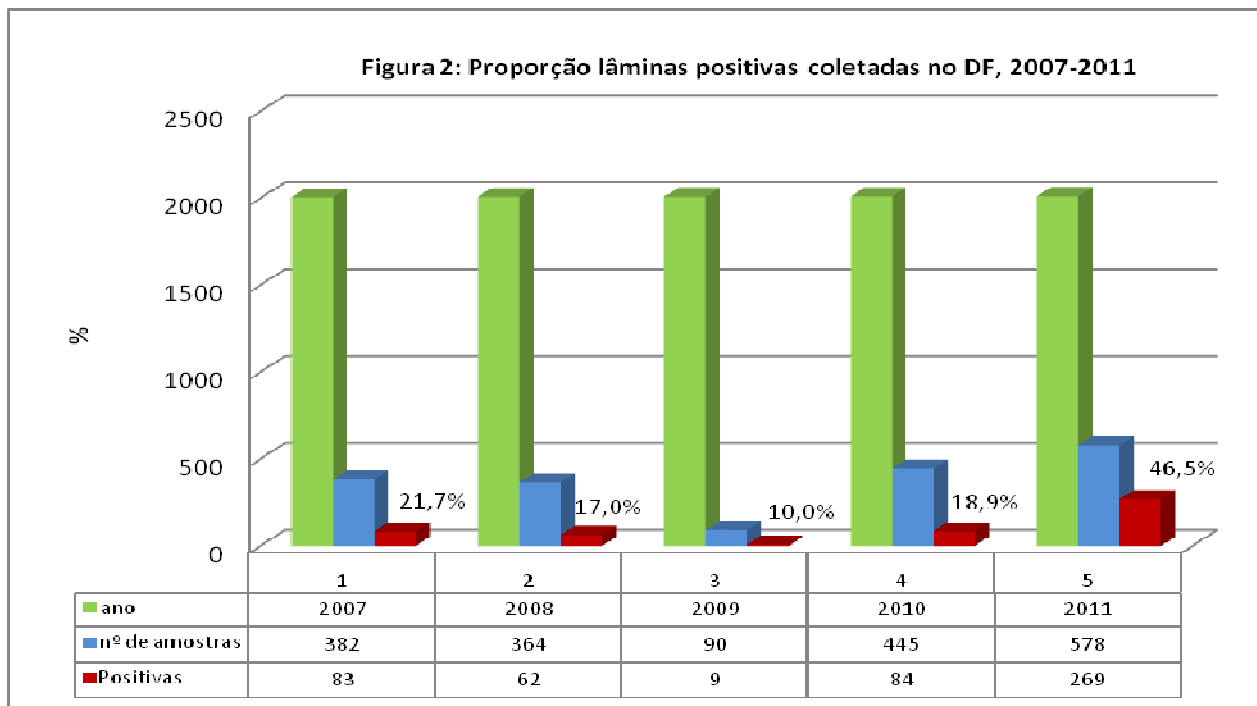
A Figura 1 mostra a proporção de casos confirmados em relação aos notificados. Aconteceu uma redução entre 2007 e 2008 retornando em 2009 aos níveis da série histórica.



*Dados atualizados de 2011 de acordo com a data dos 1º sintomas.

O histórico do quantitativo de amostras de sangue coletadas para pesquisa do plasmódio demonstrou que, em média, são processadas 370 lâminas/ano no Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN-DF. Até a 52ª SE de 2011 foram analisadas 578 lâminas. No período de

2007 a 2011, a positividade variou de 10 a 50,5 % em pessoas com suspeita da doença e/ou naquelas que estavam em tratamento (figura 2).



Legenda

Not.=	Notificados
Conf.=	Confirmados
Aut.=	Autóctones
Imp.=	Importados
LPI=	Local provável de infecção
FG=	Forma Gametócita

2 - Febre amarela

A febre amarela é uma endemia encontrada nas regiões tropicais úmidas da África e da América do Sul, com prevenção por vacina. Ocorre com maior freqüência nos meses chuvosos de janeiro a abril.

A série histórica do Distrito Federal para os anos de 2005 a 2011 (tabela 1) mostra um total de 147 casos notificados. Durante esse período no ano de 2008 houve o maior número de casos suspeitos, com 13 confirmados.

No ano de 2011, 20 notificações de casos suspeitos sem nenhuma confirmação laboratorial.

Tabela 1. Série histórica de casos de Febre Amarela no DF. 2005-2011.

Ano	Notificados	Confirmados	Autoctones	Importados
2005	-	-	-	-
2006	-	-	-	-
2007	18	2	1	1
2008	72	13	4	9
2009	11	-	-	-
2010	26	-	-	-
2011*	20	-	-	-

*Dados atualizados até 31/12/11 de acordo com a data dos 1º sintomas.

Fontes:

- SINAN/NET,
- Relatórios NCEDTE/GDCAT,
- Relatórios GCZ/DIVAL;
- Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ª Ed. (revista) 2009, MS.

3 – Esquistossomose.

Em 2011 foram 7 casos suspeitos, com 6 confirmados, importados de MG (2), BA (2, sendo 1 crônico). Em 2 casos investigados, o LPI – Local Provável de Infecção ficou indeterminado. (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparativo de casos notificados e confirmados (autóctones e importados) de Esquistossomose. DF, Janeiro a Dezembro – Ano 2010 e 2011

Casos	Ano	
	2010	2011
Notificados	7	7
Confirmados	3	6
Autoctones	-	-
Importados	3	4
Indeterminado	-	2

Fonte: SINAN/SINANNET/NCEDTE/GeDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF

Estamos em fase de preparação para realização do Inquérito nacional, organizado pelo Ministério da Saúde.

4 – Febre maculosa

Em 2011 tivemos 5 casos suspeitos, 2 foram confirmados, todos importados de GO (1) e AM (1). Tres foram descartados (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparativo de casos notificados e confirmados (autóctones e importados) de Febre Maculosa. DF, Janeiro a Dezembro – Ano 2010 e 2011.

Casos	Ano	
	2010	2011
Notificados	4	5
Confirmados	-	2
Autoctones	-	-
Importados	-	2

Fonte: SINAN/SINANNET/NCEDTE/GEDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF

6 – Doença de Chagas aguda - DCA.

Em todo o ano de 2011, não foi notificado nenhum caso suspeito de doença de Chagas aguda.

Anexo:



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Doenças Crônicas e Agravos Transmissíveis
Núcleo de Controle de Endemias e Doenças Transmissíveis Emergentes



NCEDTE/GDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF.

Brasília, janeiro de 2012.

Prevenção e controle de malária em viagens

- O que é malária?

Uma doença infecciosa aguda, causada por protozoário do gênero Plasmodium, que provoca acessos (crises) febris, cíclicos. É chamada, popularmente, nas diversas regiões de: “febre”, tremedeira, batedeira, maleita, sezão, paludismo ou impaludismo.

- Sinais e sintomas da malária.

Os primeiros sintomas, em geral, surgem de 8 a 30 dias (o período de incubação), após a exposição, dependendo do plasmodium infectante.

Os acessos febris iniciam com:

- ✓ Dor de cabeça (cefaléia);
- ✓ Dores pelo corpo;
- ✓ Mal estar geral e “moleza” (astenia);

A este início, se segue em minutos ou horas:

- ✓ Febre alta (>39° C);
- ✓ Calafrios (tremores) intensos;
- ✓ Náuseas e/ou vômitos;
- ✓ Suor abundante (sudorese intensa);
- ✓ Conclui com sensação de melhora.

A duração do acesso, pode variar de 10 a 60 minutos e tem melhora espontânea (mesmo sem uso de anti-térmicos).

- Como se pega malária (formas de transmissão)?

A transmissão é pela picada do mosquito infectado, em Áreas de Risco de Transmissão (ART). É mais comum em regiões rurais, próximas de florestas, periurbanas ou periferia de cidades, nas ART, acontece também em áreas urbanas. O mosquito “ataca” nas áreas externas e no interior de construções (habitações, barracas, estabelecimentos comerciais, hotéis, escolas, rodoviárias, aeroportos, galpões, barcos, etc).

- ✓ A forma principal de transmissão é pela picada da fêmea do mosquito transmissor, o mosquito prego (*Anopheles*), contaminada (sugou sangue de uma pessoa com malária). Ela pica, especialmente, nos períodos de entardecer e amanhecer (crepúsculo) e em menor intensidade durante a noite.
- ✓ Raramente a transmissão acontece, em transfusões de sangue, com sangue não tratado adequadamente, compartilhamento de seringas usadas e vertical (da mãe para o bebê, durante a gestação e parto);
- ✓ Não existe transmissão pessoa a pessoa.

- Áreas de Risco de Transmissão de Malária.

Em geral são locais com altitude inferior a 1000m do nível do mar.

O indicador de risco de transmissão é a Incidência Parasitária Anual - IPA (número de casos/1000 habitantes), que pode ser avaliado por dois critérios. O primeiro é o utilizado pelo Ministério da Saúde, para os diversos municípios no Brasil. O segundo é utilizado pela OMS:

IPA: 0	Sem transmissão
IPA: 0,1 a 9	Baixo risco
IPA: 10 a 49	Médio risco
IPA 50 a 451	Alto risco

Fonte: Ministério da Saúde/Brasil

ou

IPA: 0	Sem transmissão autóctone
IPA: < 1	Baixa endemicidade
IPA: > 1	Alta endemicidade

Fonte: OMS

- ✓ No Brasil na Região Norte;
- ✓ Na América do Sul, na região amazônica e Central;
- ✓ América do Norte, nas áreas rurais do México;
- ✓ África sub-Saariana e Madagascar;
- ✓ Irian Jaia;
- ✓ Papua Nova Guiné;
- ✓ Sudoeste da Ásia;
- ✓ Vanatu;
- ✓ Afeganistão na região leste;
- ✓ China na região norte;
- ✓ Egito, Irã, sul do Iraque, Península Arábica;
- ✓ Paquistão, Índia;
- ✓ Oriente Médio;
- ✓ Malásia, Indonésia e Sri Lanka;

Observação: O país, região e cidade, para qual acontecerá o deslocamento, devem ser avaliados de forma individualizada, na época da viagem.

- Como evitar pegar malária?
 - ✓ Usar calças compridas e camisas de mangas compridas, de preferência com cores claras;
 - ✓ Usar repelentes nas partes expostas do corpo;
 - ✓ Evitar ficar ou transitar em locais com muito mosquito, nos horários de crepúsculo;
 - ✓ Dormir em cômodos com telas nas portas e janelas;
 - ✓ Evitar dormir ao ar livre;
 - ✓ Usar mosquiteiros e outras medidas repelentes do mosquito;
 - ✓ Evitar viajar para as ART, na estação chuvosa;
 - ✓ Tomar medidas ambientais para combate à larva e ao mosquito.

- Medidas de controle da malária

Algumas devem ser tomadas antes da viagem, com atenção especial se o tempo que for passar na Área de Risco de Transmissão (ART) for superior ao período médio de incubação (7 dias):

1. Saber o IPA da região ou cidade(s) a qual se destina;
2. Identificar o hospital/posto médico, de referência, que atende, diagnostica e trata os casos suspeitos de malária, mais próximo da localidade (acesso em menos de 24h), aonde o viajante vai se hospedar e/ou trabalhar;
3. Procurar orientação de prevenção antes da viagem e na ocorrência de qualquer “tipo de febre”, no local e até seis meses após a saída da ART de malária, mesmo que tenha realizado quimioprofilaxia, procurar serviço médico especializado ou seu médico e informar que esteve em ART de malária.

- Quimioprofilaxia (QPX).

Outra medida de prevenção da malária é a quimioprofilaxia (QPX), o uso de drogas antimaláricas, para reduzir as formas clínicas graves da infecção por *P. falciparum*. A QPX tem eficácia de 75 a 95%, de acordo com o esquema utilizado, a espécie de *Plasmodium* infectante e adesão do paciente ao uso das medicações. Deve ser indicada quando o risco da doença for superior aos riscos e conseqüências de eventos adversos graves, das drogas utilizadas.

No Brasil, devido à baixa Incidência Parasitária Anual (IPA) nos principais pontos turísticos, predomínio de *P. vivax* em toda a área endêmica, baixa eficácia da profilaxia para essa espécie de *Plasmodium* e pela ampla distribuição da rede de diagnóstico e tratamento para malária, não se indica a QPX para viajantes no território nacional.

A indicação de quimioprofilaxia está condicionada a:

- Alta de exposição à transmissão de malária.
- Visita a localidades com indicadores elevados de transmissão de malária.
- Transmissão de malária no perímetro urbano do local de destino.
- Elevada incidência de malária por *P. falciparum*.
- Resistência à antimaláricos na região.
- Acesso a serviço de saúde de referência em tempo superior a 24 horas.
- Se o viajante for portador de alguma co-morbidade.
- Tempo da viagem menor que seis meses.

No ato da prescrição da QPX o profissional de saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, etc) deve informar, de forma clara e o viajante ter a perfeita compreensão, que:

- São de fundamental importância a adesão e ciência, pelo viajante, dos eventos adversos da droga antimalárica.
- É necessário manter o esquema antimalárico após a saída da área de transmissão.

- Se o viajante permanecer em área de risco por mais de seis meses, não deve usar QPX.
- Os antimaláricos reduzem o risco de apresentar as formas graves da doença, porem, não garantem proteção total, devendo o viajante procurar atendimento médico diante de qualquer sintoma sugestivo de doença. Também, pode ser acometido de um quadro de malária sem sintomas ou com sintomas discretos ou atípicos, se está usando drogas profiláticas (QPX).
- Deve ir a um centro de referência para malária, após o retorno, mesmo que não apresente nenhum sintoma (não sentindo absolutamente nada), para avaliação médica e pesquisa de hematozoário no sangue periférico (gota espessa), após o término da QPX.

O profissional de saúde quando indica e prescreve a QPX para malária e, principalmente, o viajante que vai usá-la podem ter a **falsa sensação** de estar tomando a melhor, a mais simples e “confortável” medida para prevenir malária. Todavia, a indicação de QPX é apenas um item da combinação das várias medidas preventivas, já citadas, e não deve ser usada, em hipótese alguma, como medida “milagrosa” e isolada.

Este documento foi elaborado pela equipe técnica do Núcleo de Controle de Endemias, Doenças Transmissíveis e Emergentes / GDCAT / DIVEP/SVS da Secretaria de Estado de Saúde do DF.

Referências:

BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Diretoria Técnica de Gestão. Guia para profissionais de saúde sobre prevenção da malária em viajantes, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Diretoria Técnica de Gestão. Guia de bolso – Doenças infecciosas, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia prático de tratamento da malária no Brasil, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Diretoria Técnica de Gestão / Guia de vigilância epidemiológica, 7ª edição, 2009.