

## Surto de malária no assentamento Três Pontões, município de Nova Venécia, estado do Espírito Santo, 2012

Apesar do elevado grau de desenvolvimento científico e tecnológico alcançado pela humanidade, os países tropicais e subtropicais não conseguiram, ainda, eliminar a malária, destacada como um dos problemas de saúde coletiva mais importante do planeta. Atualmente, milhões de pessoas, nos diferentes continentes, padecem dessa enfermidade e, um número considerável, vai a óbito.

Mais de 60,0% do território brasileiro possui condições de transmissão da malária ou encontra-se em franca fase de transmissão da doença. Apesar de a malária ser notificada em todo o território brasileiro, a distribuição do risco de transmissão é heterogênea. No Brasil, 99,9% da transmissão da malária concentra-se em 807 municípios que integram a imensa região Amazônica, distribuídos entre os estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima e parte dos estados do Maranhão, Mato Grosso e Tocantins.

Mesmo diante dos resultados que se vem obtendo, com a adoção da estratégia global de controle integrado da malária, especialmente com a expansão da rede de laboratórios para efetuar o diagnóstico e o tratamento oportuno dos doentes, permitindo que muitos óbitos e casos graves sejam evitados, continua-se a testemunhar a ocorrência de surtos da doença fora da região Amazônica.

A região denominada de “não-Amazônica”, compreendida pelos outros 18 estados brasileiros, hoje é considerada livre de transmissão ou com transmissão mínima dita residual, porém receptiva à endemia, devido à presença do vetor transmissor. Nesta região, a transmissão restringe-se a raros focos de pequena magnitude e que surgem, na grande maioria das vezes, a partir de casos importados da região Amazônica, onde a doença é endêmica, como o ocorrido recentemente no assentamento Três Pontões, município de Nova Venécia, estado do Espírito Santo.

O estado do Espírito Santo registrou cerca de 40 casos de malária autóctones ao ano, no período de 2007 a 2011, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), sendo que o município de Nova Venécia não registrava casos autóctones há três anos.

Em 6 de março de 2012, um relatório da Superintendência Regional de Saúde de Colatina, no Espírito Santo (SRSC-ES), enviado à Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária (CGPNM), comunicava que um morador de Colatina, que apresentava febre e dor no corpo, havia sido submetido a exame parasitológico para malária, cujo resultado fora positivo para *Plasmodium vivax*. Na investigação epidemiológica, foi identificado que era um caso autóctone, sem histórico de ter estado na região Amazônica ou outra área endêmica, tendo apenas visitado a família há aproximadamente 30 dias, no assentamento Três Pontões, em Nova Venécia (limítrofe ao município de São Gabriel da Palha-ES), onde permaneceu por um período não superior a três dias.

A SRSC-ES notificou a Coordenação da Vigilância Ambiental do município de São Gabriel da Palha, que iniciou uma investigação com busca ativa de casos suspeitos também no seu território, caracterizada por presença de febre e/ou dor no corpo, em toda a localidade, objetivando identificar possível foco de transmissão da doença.

Durante a investigação inicial, foram identificados cinco casos suspeitos e coletadas amostras de sangue para exame parasitológico da gota espessa, das quais quatro amostras foram positivas para *P. vivax*, confirmando a transmissão autóctone da doença na região investigada, o assentamento Três Pontões, localizado no município de Nova Venécia. O total de casos detectados neste município foram 11 casos.

Segundo a pesquisa entomológica realizada no período pelo Núcleo de Entomologia e Malacologia do Espírito Santo (Nemes), ambos os municípios possuem o transmissor *Anopheles darlingi* (o principal vetor nestes casos de surto).

Como origem do foco, foi identificada uma residência na localidade de Três Pontões em Nova Venécia que, no dia 20 de dezembro de 2011, havia recebido em sua casa um familiar procedente do município de Buritis, estado de Rondônia, e que lá permaneceu por um período de 20 dias. O proprietário da residência informou à equipe técnica da SRSC/ES que o visitante de Rondônia tinha relatado ser portador de malária e que estava fazendo uso de chá caseiro para a cura da doença. Este visitante, residente de Rondônia, foi considerado o introdutor da doença na região.

No município de São Gabriel da Palha, outra área considerada sob risco abrangia os bairros de

Santa Terezinha e Nossa Senhora da Aparecida onde foram registrados um total de seis casos de malária, desde o início do surto, todos confirmados por laboratório como malária *vivax*.

As autoridades de saúde municipais expediram alerta sobre a situação de transmissão de malária na área, informando às localidades envolvidas, e a necessidade de pronto atendimento a todos os casos suspeitos. Foi feita a busca de casos casa a casa em 100,0% das localidades, com a realização de exame de gota espessa em todos os casos suspeitos em localidades de Nova Venécia e São Gabriel da Palha.

As equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) realizam visitas domiciliares casa a casa, aos sábados e domingos, com o propósito de orientar a população local sobre a prevenção da doença. O controle vetorial foi realizado, na área urbana, com equipamento de UBV pesado acoplado a veículo. A Secretaria Estadual de Saúde disponibilizou, para reforçar as atividades, equipamentos (bombas costais), laboratoristas do Lacen/ES para reforço à

equipe de diagnóstico de malária e um técnico do Centro de Investigação em Vigilância em Saúde (Cievs) para coordenação técnica das ações de vigilância e controle da doença.

### **Considerações finais**

Com este informe sobre o surto no Espírito Santo, confirma-se a importância da realização do tratamento adequado de pacientes, evitando-se a administração de chás ou medicamentos sem comprovada eficácia, que podem causar um risco individual devido à persistência do parasito no organismo e um risco em saúde pública pela possibilidade de desencadear surtos da doença. No Brasil, há extensas áreas sem transmissão ou com transmissão limitada, que exigem um trabalho constante e alerta de vigilância por serem áreas receptivas, com presença de vetor, e que apresentam uma vulnerabilidade variável devido à grande mobilidade de pessoas infectadas com o parasito.

### **Referências**

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.