

Análise dos óbitos por malária em Minas Gerais, 2005 – 2016

Fernanda M. de Faria¹; José F.Zumpano²; Kátia M.Chaves³; Maria Helena Betti⁴; Reinaldo César Freitas⁵; Manoel Otávio da Costa Rocha⁶

¹Graduanda em Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). ²Centro de Referência em Malária de Minas Gerais. UFMG. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) ³Secretaria Nacional de Saúde. FUNASA. SES. ⁴Centro de Referência em Malária de Minas Gerais. UFMG. ⁵Centro de Referência em Malária de Minas Gerais. UFMG. ⁶Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG

O estudo dos óbitos por malária é importante para prevenção da ocorrência de novos casos. No Brasil, a principal causa de morte por malária é o diagnóstico tardio, em parte devido à pouca familiaridade dos profissionais da saúde com a doença, fora das regiões endêmicas. O objetivo deste trabalho é analisar os casos de óbitos por malária no estado de Minas Gerais, área não endêmica, no período de 2007 a 2016. Foram analisados os óbitos confirmados pela doença nesse período, com base nos sistemas SINAN-MG, DVA/SES –MG e SIM - MG. As variáveis utilizadas foram: origem infecciosa; primeiros sintomas; cepa (exame da gota espessa); parasitemia; suspeita diagnóstica na primeira consulta; intervalo de dias entre primeiro sintoma e diagnóstico. Foram registrados 18 óbitos dentre 1265 casos confirmados no período, com letalidade de 1,4%. Não foram encontrados dados sobre o caso de óbito registrado em 2006. Todos os óbitos corresponderam a casos importados, tendo como local provável de infecção (LPI) principalmente a África (76,47% dos óbitos), Rondônia (11,76%) e Guiana Francesa e Pará com o mesmo percentual de óbitos (5,88%). Esses achados apontam para a necessidade de se dar orientação adequada para os viajantes a áreas endêmicas, assim como para a vigilância de portos e aeroportos. A febre esteve inicialmente presente em todos os casos; vômitos e cefaleia em 29,41% dos casos; mialgia e calafrios em 23,53%; diarreia em 17,65%; inapetência, dor abdominal e desidratação em 11,76%. O diagnóstico, comprovado por exame de gota espessa, evidenciou frequência predominante de infecção por *P.falciparum* (58,82% ;10 óbitos) seguida por infecção mista por *P.falciparum* e *P.vivax* (7,68% ; 3 óbitos) e *P.falciparum* e *P.ovale* (17,68% ; 3 óbitos); e por último *P.vivax* (5,88% ;1óbito). A intensidade da parasitemia foi acima de +++ em quase todos os casos de óbito, exceto em um. A principal hipótese diagnóstica na primeira consulta foi a de dengue, em 35,30 % (6 óbitos) enquanto a de malária ocorreu em apenas 11,76% (2 óbitos). O intervalo médio entre a primeira manifestação clínica e a confirmação diagnóstica foi de 9,94 dias, o que é preocupante, visto que o ideal entre o tempo de início dos sintomas e o diagnóstico deve ser de, no máximo, três dias, para não se perder a oportunidade terapêutica e se evitar o pior desenlace. Os dados epidemiológicos e clínicos indicam a necessidade de se alertar constantemente os profissionais de saúde em áreas não-endêmicas para a importância e pertinência da suspeita

diagnóstica de malária - consciência malárica - frente a pacientes febris procedentes de áreas endêmicas da doença.

Palavras-chave: malária; letalidade, tratamento, controle, áreas não endêmicas.