

D.4 – Índice parasitário anual (IPA) de malária

1. Conceituação

Número de exames positivos de malária (códigos B50 a B53 da CID-10), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A positividade resulta da comprovação da presença do parasita na corrente sanguínea do indivíduo infectado, por meio de exames laboratoriais específicos.

Definição de caso

Suspeito

Área endêmica

- Toda pessoa que apresente quadro febril, seja residente ou tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária no período de 8 a 30 dias anteriores à data dos primeiros sintomas.

Área não-endêmica

- Toda pessoa procedente de área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anteriores à data dos primeiros sintomas, e apresente quadro de paroxismo febril com os seguintes sintomas: calafrios, tremores generalizados, cansaço, mialgia.

Confirmado

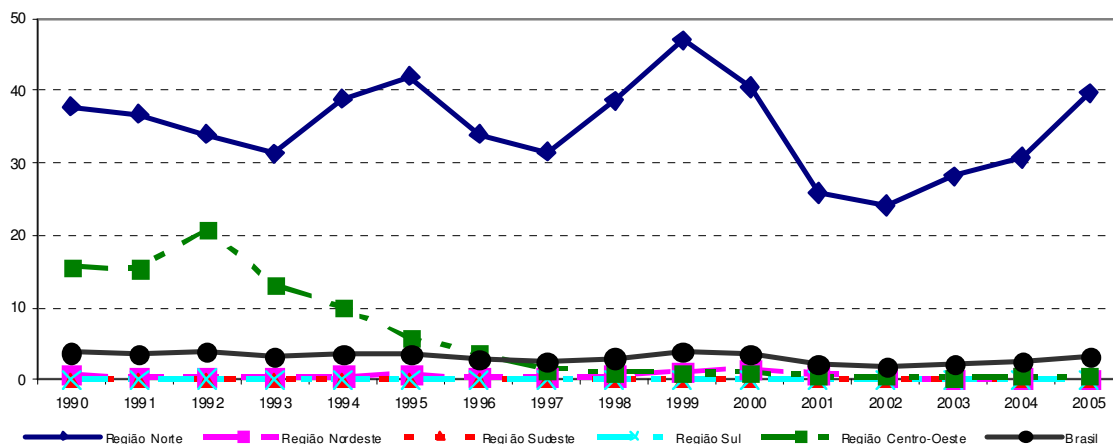
Critério clínico-laboratorial

- Toda pessoa cuja presença de parasito no sangue, sua espécie e parasitemia tenham sido identificadas através de exame laboratorial.

2. Identificação das tendências da curva temporal – período 1990 a 2005.

O Índice Parasitário Anual (IPA) de malária para o Brasil foi de 3,8 exames positivos por 1.000 habitantes em 1990 e de 3,3 em 2005. Durante o período de 1990 a 2005 houve, no entanto, oscilações tendo atingido o seu menor valor no ano de 2002 (2,0). A região Norte apresenta os maiores valores do IPA em toda a serie histórica. No ano de 1990 foi de 36,7 caindo a partir do ano de 1999 até atingir seu menor valor em 2002 (24,0). Porém, apresenta aumento no período de 2003 a 2005 atingindo nesse último ano valor superior ao do início da década de 90 (39,7). Na Região Centro-Oeste houve um decréscimo do índice a partir do ano de 1992 (20,8) sendo de 0,7 em 2005. A media anual do IPA para o período para as Regiões Nordeste, Sudeste e Sul correspondeu a 0,62, 0,01 e 0,01, respectivamente (Figura 1).

Figura 1 - Índice parasitário anual de malária. Brasil e Grandes Regiões, 1990-2005



3. Conformidade com o conhecimento epidemiológico disponível sobre a doença.

O IPA é obtido por meio de exames positivos de malária, não necessariamente representando um caso novo de malária, uma vez que há possibilidade de exames positivos, podendo desta forma superestimar o indicador.

Os dados referentes ao IPA de malária no período avaliado encontram-se em conformidade com o conhecimento epidemiológico disponível considerando que a malária é uma doença de caráter endêmico e que mais de 99% dos casos ocorrem na Amazônia Legal que abrange nove estados: todos os da região Norte, o Estado de Maranhão na região Nordeste e de Mato Grosso na região Centro-Oeste. Na avaliação da série histórica do IPA de malária no período de 1990 a 2005 identifica-se, entretanto uma situação heterogênea característica dos diversos níveis de transmissão que se expressam com maior clareza quando avaliados no nível de desagregação de Estado.

O conseqüente aumento do IPA nos anos de 2003 a 2005, em alguns estados para níveis superiores aos do início da série histórica pode ser devido a diversos fatores entre eles a falta de sustentabilidade de algumas das ações/estratégias do plano bem como a alterações na dinâmica de transmissão (Ladislau et al., 2006). A “urbanização” da malária tem sido um fator importante a considerar nos Estados de Acre, Amazonas e Rondônia, bem como no Amapá embora em menor intensidade (Cardoso e Goldenbergh, 2007). Outros fatores relevantes incluem a piscicultura como alternativa econômica no Acre e Amazonas; a resistência do *Plasmodium falciparum* aos antimaláricos e o aumento de infecções assintomáticas em várias regiões da Amazônia Legal (Coura et al., 2006).

Os casos registrados em estados da região fora da amazônia (denominada extra amazônia) correspondem, em sua grande maioria a casos importados seja de pacientes que provêm dos estados endêmicos ou de países também endêmicos, com freqüência do continente Africano. Há, entretanto, casos autóctones em áreas com condições ambientais propícias para a transmissão da malária como, nas regiões Sudeste, e outras nas regiões Nordeste e Centro-oeste. Surtos tem-se apresentado no Paraná, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Ceará,

Minas Gerais, Pernambuco, Piauí e Bahia (SVS, 2005). O IPA não permite revelar estas situações com clareza por isso não sendo adotado nessas regiões.

4. Fatores explicativos dos dados em relação ao comportamento esperado do fenômeno:

A diminuição nos índices experimentada pela maioria dos estados nos anos de 2000 e 2002 é atribuída à implantação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (PIACM) que tinha como um de seus objetivos reduzir em 50% a incidência da malária até o final de 2001 (Funasa, 2000). A intensificação das ações ainda se deu no contexto da descentralização das ações da vigilância e controle de doenças (Portaria 1.399/MS, 1999), tendo a malária, recebido investimentos importantes para esse fim. Utilizando diversas fontes de dados gerados pelos sistemas de informação em saúde verificou-se uma importante diminuição dos indicadores malariométricos, inclusive o IPA, entretanto de forma heterogênea, devido possivelmente a diferenças na capacidade de implantação das diversas ações no período de 2000 a 2002 (Ladislau et al., 2006, Tauil, 2002).

O PIACM de fato constitui a principal medida de intervenção durante o período de 2000 a 2002. As associações do plano tiveram continuidade com o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (SVS; 2003). As ações principais consistem no diagnóstico precoce e tratamento oportuno, no controle vetorial seletivo, no fortalecimento da capacidade de detecção de epidemias e no fortalecimento da capacidade do nível local na execução das medidas e na avaliação da situação por meio da vigilância. Para atingir tais objetivos diversas ações tem sido promovidas. Entretanto, merecem destaque as articulações intersetoriais junto ao Ministério de Meio ambiente, da Reforma Agrária, entre outros, visando minimizar o impacto de projetos de assentamento e/ou desenvolvimento e a inserção das ações de controle no âmbito da atenção básica (PACS, PSF). O impacto de tais medidas ainda precisa de maior aprofundamento e avaliação.

Todo caso de malária é de notificação compulsória. Diversas têm sido as fontes de informação dos dados gerados pela vigilância ao longo do tempo. Para o período de 1990 a 1995 os registros encontravam-se disponíveis no Sistema de Informação Série Histórica de Malária (SHM). No ano de 1996 foi implantado o Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Malária (SISMAL), que para a Região da Amazônia Legal, foi substituído pelo Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica - Malária (Sivep-Malária) em 2003 com preenchimento *online*, permitindo uma maior agilidade da apuração dos dados. Para a Região Extra-Amazônica foi utilizado o SISMAL até o ano de 2003 e a partir do ano 2004 utiliza-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, 16 dez. 1999. Seção 1.

Braz RM & Tauil PL - Informações sobre malária no Brasil: uma proposta de registro em meio magnético [Monografia de Especialização em Saúde Coletiva]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 1999.

Cardoso RF e Goldenberg P. Malária no Estado do Amapá, Brasil, de 1970 a 2003: trajetória e controle. Cadernos de Saúde Pública 2007, 23(6):1339-1348.

Coura JR, Mutis MS, Andrade SL. A new challenge for malaria control in Brazil: asymptomatic Plasmodium infection - A Review. Memórias do Instituto Oswaldo 2006; 101(3): 229-237.

Duarte EL, Fontes CJF. Associação entre a produção anual de ouro em garimpos e incidência de malária em Mato Grosso - Brasil, 1985-1996. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2002; 35(6):665-668.

Fundação Nacional de Saúde. Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal. Brasília: Funasa; 2000.

Ladislau JLB, Leal MC, Tauil PL. Avaliação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Região da Amazônia Legal, Brasil, no contexto da descentralização. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(2):9-20.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária. Brasília: SVS; 2003.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – A Malária no Brasil nº1: Brasília: SVS; 2005.

Tauil PL. Avaliação de uma nova estratégia de controle da malária na Amazônia Brasileira [Tese de Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2002.

World Health Organization. Roll Back Malaria/ Framework for Monitoring & Progress Evaluating Outcomes and Impact. 2000.