

A MALÁRIA DE MATA ATLÂNTICA NO BRASIL

Wanir José Barroso

Sanitarista do Centro de Referência Prof. Hélio Fraga/MS, especialista em Epidemiologia e Controle de Endemias pela Fiocruz/RJ – E-mail wbarroso@netvet.com.br

As principais áreas maláricas dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo e outros do Sul do País estão, hoje, praticamente restritas às suas regiões de Mata Atlântica, onde ainda ocorrem casos autóctones de malária por *Plasmodium vivax*. Outra área receptiva para transmissão de malária na região Sudeste, além da Mata Atlântica, no litoral, está o Vale do Rio Paraná, no interior.

Estas e as demais regiões destes estados tornaram-se regiões de transmissão interrompida, a partir das décadas de 60 e 70, pelo tratamento de casos e não pela eliminação do mosquito transmissor, o que torna estas regiões vulneráveis à ocorrência de episódios de reintrodução da doença.

Os principais mosquitos transmissores da malária, nesses estados, são o *Anopheles aquasalis*, o *Anopheles cruzii* e o *Anopheles darlingi*, cujos principais criadouros são as áreas alagadas com água salobra ou do mar no entorno do litoral, as plantas que acumulam água em suas folhas como as bromélias, abundantes em toda região de Mata Atlântica, e as áreas alagadas e sombreadas do Vale do Rio Paraná, respectivamente.

A malária de Mata Atlântica, no Rio de Janeiro, tem como características: a ocorrência de casos isolados entre visitantes e moradores da região que necessariamente entraram em contato com a mata, o registro de casos em vários municípios possuidores de Mata Atlântica, a presença preponderante do *Anopheles cruzii* como transmissor, o diagnóstico de malária por *Plasmodium vivax* com baixa parasitemia para todos os casos e a existência de uma considerável população de assintomáticos e oligossintomáticos detectada em torno de alguns casos estudados, através de inquéritos sorológicos para *Plasmodium vivax* e pesquisa de *Plasmodium* em esfregaços sangüíneos.

Inquéritos sorológicos foram realizados, em 93 e 96, pela Fiocruz (Azevedo, A.L., 1997), em Rio Bonito, localidade de vales montanhosos de Nova Friburgo/RJ, onde alguns pesquisadores e pessoas da comunidade local contraíram a doença. Estes inquéritos revelaram a existência de pacientes assintomáticos infectados, em 93, que se mantinham infectados e assintomáticos, em 96, pacientes não infectados, em 93, que apareceram infectados e assintomáticos, em 96, e pacientes assintomáticos infectados, em 93, que deixaram de estar infectados, em 96, o que confirma a reinfeção constante de alguns pacientes e a circulação do *Plasmodium* na região.

Na população estudada houve também pacientes que não estavam infectados, em 93, e que continuaram não infectados, em 96, além de pacientes soroconvertidos e com pesquisa sangüínea para *Plasmodium* positivas e negativas, sendo que todos que fizeram parte da pesquisa estavam na mesma área de transmissão e expostos ao risco de contrair a doença.

A malária só se instala como doença quando o organismo infectado não mais consegue interferir imunologicamente na multiplicação do protozoário. E a cura só se dá com a eliminação total de todas as formas plasmódias do protozoário no paciente.

O comportamento epidemiológico da doença, após a ocorrência de múltiplos e discretos surtos, ao longo destes últimos anos, nas regiões de Mata Atlântica, no Brasil, nos sugere que ela ainda esteja enfrentando a fase de transposição da barreira imunológica dos reservatórios, isto é, enquanto os anticorpos específicos dos pacientes assintomáticos estiverem contendo a multipli-

cação do protozoário, estarão baixas a circulação de gametócitos e a infectividade nos mosquitos transmissores.

Neste período de constantes e discretos surtos, enquanto não se observa o registro de níveis endêmicos mais expressivos da doença, o esperado é que continuem a ocorrer novos e esporádicos casos de malária entre visitantes e moradores não imunes na região, pela existência da população de assintomáticos ao redor de cada caso. O fato de haver poucos registros de casos não quer dizer que a doença esteja sob controle, pois os infectados assintomáticos sem diagnóstico e sem tratamento oferecem a possibilidade de continuar mantendo o *Plasmodium* em circulação na região e produzindo casos.

A realização de novos inquéritos sorológicos para *Plasmodium vivax* nas diversas regiões de transmissão da malária de Mata Atlântica, permitirá a identificação e o tratamento dos portadores da doença, além de permitir avaliar a extensão do problema.

A principal estratégia de controle desta malária ainda é o pronto diagnóstico e tratamento de sintomáticos e assintomáticos, sob pena de ela continuar sendo por desinformação confundida com outras doenças e tratada muitas vezes apenas como febre de origem obscura.

A reintrodução de malária por *Plasmodium vivax* nestas regiões, através de casos importados oriundos de áreas endêmicas, pode interferir na infectividade do mosquito, difundir novas cepas, acelerar a ocorrência de surtos além de oferecer a possibilidade de descaracterizar do ponto de vista epidemiológico a evolução da doença, enquanto malária de Mata Atlântica.

Fazer a vigilância para impedir a reintrodução da doença onde existe esta possibilidade, no Brasil, equivale a consumir recursos infinitos e realizar um trabalho sem fim, caso medidas de impacto epidemiológico não aconteçam nas áreas endêmicas mais próximas, como a Amazônia e a África.

Desequilíbrios ambientais podem reduzir a população de predadores da larva de anofelinos e consequentemente favorecer a possibilidade de manutenção e expansão da doença. Situações de equilíbrio ambiental mantêm estes insetos na cadeia alimentar de seus principais predadores e praticamente incapazes de se envolverem em surtos ou epidemias pela baixa densidade de suas formas adultas.

Investir na informação sobre a doença para quem vai ou chega de área endêmica é uma estratégia que alivia a pressão exercida pela reintrodução de casos em áreas de transmissão interrompida, além de possibilitar a não evolução para suas formas graves e o óbito desnecessário por malária em qualquer região. As principais causas de óbito por malária ainda são o retardo de diagnóstico e a desinformação sobre a doença em qualquer região do planeta.

O Brasil é um País endêmico de malária, e esta possibilidade de diagnóstico deve ser encarada sempre como possível em qualquer parte de seu território, principalmente pela ocorrência de casos importados que podem ser detectados em qualquer região.

Pensar em malária, diante de um paciente febril sem outros diagnósticos conclusivos em qualquer região do País, não se constitui em nenhum absurdo do ponto de vista epidemiológico ou da suspeita diagnóstica, principalmente se o paciente tem história de malárias anteriores ou de transfusões sangüíneas, ou se

esteve em área endêmica ou frequentou regiões de Mata Atlântica no sudeste brasileiro. Neste caso, o diagnóstico deixa de ser clínico-laboratorial para ser epidemiológico-laboratorial. Assim como navegar, pensar em malária e em seus órfãos, também é preciso!

* Agradecimentos ao Prof. Dr. Pedro Luiz Tauil, da Fac. de Medicina da UnB.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Azevedo, A. L.; Aspectos da epidemiologia da malária e da biologia do *Anopheles (Kerteszia) cruzii* DYAR&KNAB em vales montanhosos do sistema de Mata Atlântica. Tese de Mestrado, Instituto Oswaldo Cruz, 1997.

Barroso, W.J.; Aspectos Epidemiológicos da Malária no Rio de Janeiro. 6ª Reunião Nacional de Pesquisa em Malária, Goiânia/GO, 1998.

Barroso, W.J.; Malária: a informação como estratégia de controle da doença. XVI Congresso Brasileiro de Parasitologia, Poços de Caldas/MG, 1999.

Barroso, W.J.; Folder “Informações sobre Medidas de Prevenção Contra Malária Para Viajantes®” – (Fundação Biblioteca Nacional/MC – Reg. 181.816, L 308, F 478). Programa de Controle de Malária FNS/RJ. Ministério da Saúde, 1997.

Barroso, W.J.; Aspectos epidemiológicos de casos autóctones de malária por *P. vivax* ocorridos em regiões de Mata Atlântica no Rio de Janeiro, 7ª Reunião Nacional de Pesquisa em Malária, Rio de Janeiro/RJ, 2000.