

Malária: a crise global

WANIR JOSÉ BARROSO

Farmacêutico-bioquímico, sanitarista, especialista em epidemiologia e controle de endemias pela Fiocruz, coordenador do Programa de Controle de Malária da FNS/RJ, de 1996 a 1999. *E-mail:* wbarroso@netyet.com.br

A malária representa, hoje, a antroponose de maior prevalência, no planeta, isto é, nenhuma outra doença do homem transmitida a outro homem atinge e mata um número tão grande de pessoas, constituindo-se num dos maiores e mais graves problemas de saúde pública mundial deste século. Estima-se, hoje, que sua ocorrência no planeta fique perto dos quinhentos milhões de casos, com 1,5 à 2,7 milhões de óbitos anuais. Destes, aproximadamente 1 milhão de crianças com menos de cinco anos de idade são penalizadas com o óbito por malária ou outra doença associada, sendo uma a cada 30 segundos. Quarenta por cento da população mundial vive em áreas de transmissão e exposta ao risco de contrair a doença. São 101 países endêmicos de malária, que comportam 112 áreas endêmicas (regiões que apresentam registros contínuos de casos), todas localizadas na área tropical do planeta e definidas, há pelo menos três

décadas. (OMS – Malária: a global crisis, 1999).

Nenhum progresso foi observado, neste período, na maioria dos países, com relação ao controle da doença. Falência dos sistemas de saúde, resistência à drogas, movimentação populacional com a doença, variações climáticas, a não preservação ambiental e o desenvolvimento de atividades em áreas endêmicas, entre outras causas, têm contribuído para a sua expansão.

A província de Hubei, na China, foi um dos poucos lugares em que houve progresso com relação ao controle da malária, quando a sua morbidade foi reduzida de quase 1.000 casos para menos de um caso por 10.000 habitantes, depois de mais de 22 anos de trabalho ininterrupto, em que decisão política e participação comunitária foram decisivas para o início e manutenção do controle.

Hoje, Hubei é uma região de transmissão inter-

rompida pelo tratamento de casos, mas ainda exposta à reintrodução da doença, vista a existência de vetores e a mobilidade populacional com malária. Nesta região, a vigilância se dá com o pronto diagnóstico e tratamento dos doentes, em que cada médico é responsável pelo atendimento de todos os agravos de saúde em cerca de pelo menos 700 pessoas da comunidade.

O nível de informação sobre a doença, em Hubei, esteve representado pela existência da cultura da malária, na região, cujos principais sintomas iniciais eram conhecidos da população em função do nível endêmico ter sido expressivo, por muito tempo, isto é, a população se acostumou com ela, a exemplo do que acontece, hoje, na Amazônia.

O Brasil vem registrando, desde 1987, notificações de mais de quinhentos mil casos anuais de malária, que expressam um nível endêmico próximo de um controle cego da endemia. A subnotificação é expressiva e suas principais causas são: o número elevado de casos, a questão da automedicação, a dificuldade de acesso geográfico e assistencial, na Amazônia, e a desinformação sobre a doença.

Os casos notificados, que representam apenas uma parcela do número real de casos (OMS-1996), são de distribuição heterogênea, onde as áreas de alto risco de transmissão estão relacionadas com atividades envolvendo questões ambientais, como desmatamentos, assentamentos, exploração de minérios, madeira e argila.

Nos outros Estados brasileiros, a situação é de desconhecimento total da doença e só se pensa, às vezes, em malária, quando a Amazônia, a África ou outra área endêmica passa a ser rota para trabalho, sobrevivência ou lazer. Aquele sentimento de que a "Amazônia é nossa ou é brasileira" não tem o mesmo simbolismo, quando o assunto é malária, isto é, para os não atingidos pela doença, o seu controle é encarado como um problema exclusivamente amazônico e para os atingidos, como algo que apenas faz parte da região.

O risco de reintrodução de malária em várias regiões da Extra-amazônia brasileira é permanente, não só por causa da pressão exercida pela doença das áreas endêmicas mais próximas, como a Amazônia e a África, em função da movimentação populacional com a doença, mas pela existência de anofelinos (mosquitos transmissores), nestas regiões.

A migração de vetores (anofelinos) infectados em meios de transportes representa uma outra possibilidade de pressão ou disseminação da doença, sendo que algumas condições são necessárias para que isto aconteça, pois o *Plasmodium* (protozoário causador da doença) só viaja com o homem doente ou com o mosquito infectado, levando malária para outras regiões.

Um exemplo de reintrodução de malária em regiões de transmissão interrompida ocorreu, em Itaipuaçu, Distrito de Maricá, no Rio de Janeiro, em 1997, quando um garimpeiro, dentre os milhares de casos exportados pela Amazônia, todos os anos, permaneceu na região,

por 13 dias, com sintomas, reintroduzindo a doença em três outras pessoas da região, que só foram diagnosticadas e tratadas, dois meses após a transmissão ter ocorrido.

Estes três casos introduzidos tiveram como causas:

1 - a inexistência da cultura da malária na região, o que dificulta o diagnóstico em áreas não endêmicas, isto é, não se pensa nesta possibilidade de diagnóstico, até porque a malária tem sintomas semelhantes a outras doenças, em sua fase inicial. O diagnóstico de malária importada em áreas não endêmicas deixa de ser clínico-laboratorial para ser epidemiológico-laboratorial, ou seja, a origem do paciente, a data do início dos sintomas, transfusões sanguíneas em áreas endêmicas ou história de malárias anteriores dão a principal pista para o diagnóstico. O Brasil é um País endêmico de malária e essa possibilidade de diagnóstico deve ser encarada sempre como possível, em qualquer parte de seu território;

2 - outra causa refere-se à questão da automedicação com antimaláricos, na Amazônia, em função de sua venda livre, quando o introdutor da malária, na região, se automedicou com o mesmo medicamento, quando contraiu sua primeira malária, provocando o episódio de recaída por *P. vivax*.

É comum, na Amazônia, as pessoas se automedicarem com o que têm disponível, sem saber que cada medicamento antimalárico tem suas especificidades para cada espécie e forma evolutiva do protozoário. A maior parte dos antimaláricos tem ação sobre as formas plasmodiais sanguíneas, e apenas um grupo tem ação sobre as formas plasmodiais hepáticas. O mau uso destes medicamentos aumentam a resistência do protozoário e a possibilidade de recidivas, além de outras complicações por conta da contra-indicação. A cura só se dá com a eliminação total dos protozoários, tanto em nível sanguíneo, quanto hepático;

3 - uma terceira causa desta reintrodução de malária refere-se à questão da não preservação ambiental, quando ocorreu a formação de criadouros de anofelinos, a partir da retirada ilegal de areia da região, usada por empresas navais, em jateamento de navios, fazendo com que vários terrenos ficassem abaixo do nível do mar, formando-se os criadouros por infiltração. Nesta região, o principal transmissor é o mosquito "*Anopheles aquasalis*" cujos criadouros são formados por água salobra ou até mesmo do mar.

A desinformação sobre a doença ainda é uma das principais causas de óbito por malária, que provoca o retardamento de diagnóstico e o desenvolvimento da forma grave da doença, quase sempre irreversível. Numa área endêmica este retardamento mantém o protozoário, por mais tempo, circulando, viabilizando a doença e mantendo-a como endêmica.

O folder "Informações sobre medidas de prevenção contra malária para viajantes®", produzido pelo Programa de Controle de Malária, da FNS/RJ, em 96/97, ex-

plica o que é a doença, suas formas de transmissão, o grupo de risco que desenvolve suas formas graves, medidas de proteção individual com os prós e contra da quimioprofilaxia, quando se pensar na possibilidade de diagnóstico de malária, as formas de prevenção em uma área endêmica, os transmissores e seus criadouros, a lista de áreas endêmicas no planeta, seus principais sintomas, além dos endereços e telefones dos Centros de Referência para informações e/ou tratamento de malária, no Rio de Janeiro.

Num primeiro momento, a divulgação deste fez com que vários casos e casos suspeitos de malária, no Rio de Janeiro, procurassem espontaneamente os Centros de Referência, o que propiciou a redução do tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, a redução da possibilidade de reintrodução de malária, na região, o não sofrimento do paciente com a evolução para a forma grave e a não ocorrência de possíveis óbitos.

À luz dos fatos, a informação sobre a doença representa uma importante estratégia de vigilância e controle de malária, tanto em regiões endêmicas, como não endêmicas, sendo que a principal estratégia ainda é o pronto diagnóstico e tratamento do homem doente, em qualquer região do planeta.

A presença e o controle de anofelinos passam a ter importância secundária, em regiões onde não ocorram casos (áreas não endêmicas), ou em regiões em que estes são prontamente diagnosticados e tratados, situação esta em que a oferta e a circulação das formas plasmódias sanguíneas que infectam os mosquitos transmissores ficam reduzidas pela ausência ou não exposição do homem doente, etapas estas necessárias para a continuidade do ciclo evolutivo da doença.

O controle de anofelinos em áreas endêmicas, representa outra importante estratégia de controle.

Na Amazônia, a "malária de fronteira", oriunda da ocupação e exploração desordenada da região, foi constatada pelo sanitarista Agostinho Cruz Marques, em 1986, e descrita com as seguintes características: "elevadas densidade vetorial, exposição a vetores e transmissão extradomiciliar, reduzida imunidade da população migrante, reduzido conhecimento da doença, elevada proporção de malária por *P. falciparum*, reduzida aplicabilidade de medidas de controle convencionais, fraca presença de outras instituições, reduzido senso de comunidade, elevada mobilidade populacional e marginalização política".

Passaram-se os anos e as fronteiras desta malária, hoje, apenas delimitam extensas áreas de alta transmissão que, se acrescidas da instabilidade epidemiológica do *Plasmodium* frente aos antimaláricos e dos transmissores (anofelinos) frente aos inseticidas, torna atual a malária de fronteira de ACM para o início do milênio.

Diante dos consideráveis avanços científicos nas áreas da imunologia, biologia molecular, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento, além de inúmeras constata-

ções epidemiológicas e terapêuticas sobre a doença, não se observou nenhuma evolução no controle da endemia, ao longo destes anos, no País e no planeta. Entusiasmo científico isolado, sensação de impotência institucional e valores sócio-epidemiológicos diferentes para uma mesma doença, em uma única região, são fatores que ampliam a distância de um controle possível, enquanto assiste-se a uma evolução biológica fantástica do protozoário como ser vivo, que consegue gerar cepas cada vez mais resistentes e infestar um número de seres humanos sem precedentes, levando ao óbito principalmente indivíduos marginalizados e desinformados.

A vigilância e o controle de malária, em regiões de transmissão interrompida (que são regiões que já foram endêmicas, trataram todos seus casos autóctones, mas ainda convivem com o mosquito transmissor), como várias regiões da extra-Amazônia brasileira, tem como objetivo evitar a reintrodução de malária, através de casos importados.

Neste sentido, as principais estratégias de controle são o aumento da informação sobre a doença, o pronto diagnóstico e tratamento do homem doente, a avaliação epidemiológica de cada caso e a identificação de outros possíveis sintomáticos, que representam os principais elementos necessários para não convivemos com surtos ou epidemias silenciosas, em que pesem nossos mosquitos transmissores estarem silenciosamente distribuídos.

Realizar estas atividades, até certo ponto complexas, do ponto de vista técnico, e caras, dos pontos de vista financeiro, econômico e social, em regiões onde existe esta possibilidade de reintrodução, equivale a realizar um trabalho sem fim, pelo menos enquanto estratégias mais ousadas de controle da doença não forem implementadas na principal área endêmica do País, a Amazônia. Acreditamos que deva ser reavaliado o modelo de controle da doença praticado, no Brasil, quando nenhum progresso foi constatado, a partir de 1970.

A ocorrência de casos autóctones por *P. vivax*, em regiões de Mata Atlântica, na região sudeste do Brasil, representa uma nova situação epidemiológica da malária. A existência de uma população de assintomáticos e oligossintomáticos soroconvertidos pelo *P. vivax* em torno de alguns casos investigados (Fiocruz-1997) e a presença de anofelinos são responsáveis pela manutenção do *Plasmodium* circulando na região.

A desinformação sobre a doença possivelmente faz com que ocorram casos de pacientes diagnosticados e tratados apenas como portadores de "febre de origem obscura".

Novas medidas nacionais e internacionais de vigilância e controle, maior envolvimento da comunidade científica, inclusive da Organização Mundial de Saúde (OMS), novos critérios para o bom uso de medicamentos antimaláricos e o aumento da informação sobre a doença, é o que nos falta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Li Han-fan; Xu Bo-zhao; Roger Webber - Primary health care: the basis for malaria control in Hubei, China. *Southeast Asian J. Med. Public Health*, v. 26, n. 1, march 1995.
2. OMS, Malaria: a global crisis, 1999.
3. Agostinho Cruz Marques; Pinheiro, E.A; Souza, A.G.; - Um estudo sobre a dispersão de casos de malária no Brasil, *Rev. Bras. de Malariologia e D. Tropicais*, v. 38, 1986.
4. Fundação Nacional de Saúde/MS – Boletim Epidemiológico, 1990-1996.
5. 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. Dissertação de Mestrado, Instituto Oswaldo Cruz, 1997.
6. Barroso, W.J.; Aspectos Epidemiológicos da Malária no Rio de Janeiro. 6ª Reunião Nacional de Pesquisa em Malária, Goiânia, 1998.
7. Barroso, W.J.; Malária: a informação como estratégia de controle da doença. XVI Congresso Brasileiro de Parasitologia, Poços de Caldas/MG, 1999.
8. 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.