

Malária (Aspectos Gerais)

1 – Introdução – trata-se de uma enfermidade reemergente e o aumento da incidência da malária é resultado da baixa capacidade de atendimento de um programa de prevenção e controle da doença e da resistência do agente causal da malária, o *Plasmodium*, aos tratamentos atuais. Os desafios atuais envolvem o desenvolvimento de novas drogas contra a doença, pois a modificação molecular de substâncias e a exploração de fontes vegetais são alternativas para o desenvolvimento de novos medicamentos.

A OMS considera a malária como maior problema de saúde pública em muitos países, particularmente nos do Terceiro Mundo. Entre as principais dificuldades encontradas para o controle da malária e sua profilaxia nas áreas de alta transmissão destacam-se: higiene insuficiente e condições de vidas precárias; deficiência de recursos econômicos; insuficiência de conhecimentos sobre bioecologia dos vetores; inadequação das medidas de controle vetorial; expansão das fronteiras agrícolas e da exploração florestal e mineral que demandam novas correntes migratórias; infraestrutura sanitária deficiente ou quase sempre inexistente nos novos projetos de colonização.

2 – Epidemiologia:

2.1 – Distribuição Geográfica:

2.1.1 – No Mundo – a malária continua sendo um dos grandes problemas de Saúde Pública no mundo, com mais de 40% sua população – mais de 2 bilhões (cerca de 2,6 bilhões de indivíduos – 40% da população mundial) de pessoas expostas a diferentes áreas de riscos de contrair a doença em cerca de 100 países; com 300 a 500 milhões de infecções anualmente e aproximadamente e mata até 2,7 milhões por ano (1 a 2 milhões de óbitos em média, uma a cada 10 segundos) de óbitos, sobretudo na Ásia, África e América Latina.

Mais de 90% de todos os casos encontram-se nos países da África tropical, no entanto, com os rápidos meios de transportes modernos, grande número de pessoas provenientes de áreas onde não existe a malária, ficam expostas à infecção que talvez venham a afetá-las depois que regressa aos seus países, pois existe um constante risco de disseminação da malária em áreas onde nunca se registrou transmissão autóctone, além da possibilidade de reativação de focos de transmissão em áreas de transmissão onde se encontra estabelecido.

Na África Tropical cerca de 90% dos casos de malária ocorrem pelo *P. falciparum* e com 80% dos doentes, ocorrendo 3 mil mortes diariamente, sendo a grande maioria crianças. Na Índia, existem aproximadamente 5 milhões de casos de malária e na América Latina cerca de 600 a 700 mil de pessoas infectadas anualmente.

Os principais disseminadores da tragédia, o mosquito anofelino (principais vetores: *Anopheles Myzomya gambiae*, na África e *Anopheles Nyssorhynchus darlingi*, na América Latina), já foi identificado há mais de um século. Mas só agora uma nova vacina, desenvolvida por brasileiros, pode ajudar no controle do mal. Os esforços para seu controle nesta área não obtiveram sucesso, devido à resistência dos parasitos, do vetor, o difícil acesso aos locais onde a doença ocorre, às migrações para estas áreas, o tipo de moradia da população e a sua grande exposição aos vetores. Isto tem determinado seu ressurgimento na periferia das grandes cidades da região, pois no restante do país, a doença está controlada.

Deve-se ressaltar que o Exército americano perdeu a Guerra do Vietnã para a malária, e não para os vietnamitas. Os soldados nunca tinham entrado em contato com o mal e foram presas fáceis do mosquito. Como não fica bem um exército se render a um plasmódio, os americanos estão sempre atrás de mais munição. Convém lembrar que o exército de Alexandre, o Grande, foi acometido de malária, morrendo o grande comandante vitimado pela maleita.

2.1.2 – No Brasil – em nosso país, a malária acomete mais de meio milhão de pessoas anualmente, com 99% dos casos concentrados na região Amazônica e cerca de 15% da população está exposta à doença. Em 1.990, gerou 560.000 pacientes e estes representam 53% de todos os casos registrados nas Américas. Entretanto, este número vem aumentando ultimamente, pois em 1.999 foram registrados 637.000 casos, no ano 2.000 ocorreram 615.000 casos, em 2.006, 610.000 casos e em 2.009 310.000 casos.

3 – Resistência dos Hospedeiros – o plasmódio muda de cara o tempo todo, para desespero dos médicos, farmacêuticos, e pesquisadores; uma droga que, no início, diminuiu rapidamente os sintomas da malária, tornou-se ineficaz em poucos anos porque o plasmódio dribla o seu efeito. Foi o que aconteceu com a cloroquina, remédio desenvolvido pelo Exército americano durante a Segunda Guerra Mundial. A partir da década de 1960, já havia plasmódios resistentes à cloroquina na América do Sul.

Novas drogas surgiram, algumas bem recentes, mas todas acabam caindo nas armadilhas do parasito. A indústria farmacêutica tem que buscar algo muito diferente, capaz de surpreender o inimigo. Só que o investimento para desenvolver um remédio desses é altíssimo e o lucro, quase zero. Por isso as indústrias não se entusiasmam, pois passados 100 anos da descoberta de seu agente transmissor, a malária continua quase imbatível.

A ressurreição da malária no mundo inteiro segue o padrão da dengue e do cólera: isto é, ela também avança pelo campo e à margem das cidades. Nesse caso, não foram os micróbios que se tornaram mais resistentes. Foram os mosquitos vetores da doença, em cujo organismo os micróbios se alojam e viajam até encontrar suas vítimas humanas. Combatidos por meio de

inseticidas, os insetos, de certo modo, também se tornaram supervetores. Em 1.955, a arma básica contra a malária era o inseticida e pesticida Dicloro-difenil-tri-cloro-etano (DDT). Naquele ano, a OMS organizou um plano relativamente barato de combate, com custo calculado em 25 centavos de dólar por pessoa. Espalhou-se DDT, e outros tóxicos, nas regiões endêmicas do planeta, numa tentativa de eliminar o mosquito e, de quebra, bloquear o seu perigoso parasito. Só por isso já se vê que o sucesso imediato do plano da OMS era ilusório e que seu abandono, em seguida, foi prematuro.

Utilizando-se de uma combinação de dados geográficos, demográficos e epidemiológicos, pesquisadores ligados à Universidade de Oxford estimaram a ocorrência de 515 milhões de episódios clínicos de malária em 2.002. A estimativa anterior da OMS, de 1.998, era de 273 milhões. O número da OMS fora obtido com base nos casos registrados nos países afetados, onde é notória a subnotificação. Já o pessoal de Oxford levantou as áreas do planeta em que ocorre o mosquito transmissor, considerou a densidade populacional e o risco de infecção nessas regiões e calculou a nova prevalência. A OMS planeja agora trabalhar com a equipe de Oxford para refinar suas estimativas.

O ponto de partida para combater pandemias globais é uma boa avaliação sobre as regiões atingidas e o número de pessoas afetadas pela moléstia. Ainda que óbvia essa providência é com frequência deixada de lado, diante das dificuldades para obter dados confiáveis. Com efeito, são quase invariavelmente os países pobres os mais devastados pelas grandes epidemias. E são justamente os países pobres que apresentam estatísticas subestimadas – quando as apresentam. O novo mapa da epidemia ajudará a definir a quantidade de dinheiro e remédios que cada região necessita. Mais do que isso fornecerá sólidos argumentos para levantar fundos para combater essa que é uma das mais antigas chagas da humanidade. Embora ainda não exista uma vacina efetiva contra a malária, a pandemia pode ser mantida sob algum controle com medidas relativamente simples como a utilização de inseticidas e mosquiteiros.

Nota – este texto é, na realidade, uma breve introdução, por isso queremos esclarecer aos interessados no assunto, que para obter o texto na íntegra (total), basta solicitá-lo, que atenderemos todos os pedidos e enviaremos os mesmos pelos Correios e Telégrafos; portanto, entre em contato conosco através dos nossos telefones ou e-mail.

À Direção.

Maceió, Janeiro de 2.012

Autor: Mário Jorge Martins.

Prof. Adjunto de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Mestre em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
Médico da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).