

### ASPECTO HISTÓRICO DA MALÁRIA<sup>1</sup>

Maria de Nazaré Almeida ROCHA<sup>2</sup>, Eleonora A. P. FERREIRA<sup>3</sup> e José Maria de SOUZA<sup>4</sup>

Os países envolvidos com a 1<sup>a</sup> Guerra Mundial reportaram grandes baixas em decorrência da malária. Esse fato estimulou a pesquisa, especialmente na Europa, visando encontrar medidas eficazes no combate e controle da doença.

De fato, a malária foi identificada como “*a doença que causou mais mal ao maior número de nações do Continente*” pela XI Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1942.

O uso do diclorodifeniltricloroetano (DDT), inseticida de ação residual, foi elemento importante no controle da malária durante a segunda Guerra Mundial. Este inseticida, borrifado nos domicílios semestralmente, foi uma das principais intervenções na tentativa de erradicar a doença<sup>1</sup>.

Porém, a utilização do DDT foi abandonada em virtude dos prejuízos causados ao ecossistema. Os ambientalistas argumentaram que seu principal problema é a ação indiscriminada, que atinge tanto as pragas quanto o resto da fauna e flora da área afetada<sup>2</sup>.

Em 1942, criou-se no nível federal, para controlar a doença, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), na região amazônica e no Vale do Rio São Francisco, e o Serviço Anti-Malaria do Estado de São Paulo. O objetivo foi alcançado e em 1970 foram notificados apenas 52.500 casos de malária, sendo 73% na Região Amazônica<sup>3</sup>.

Em cumprimento ao estabelecido pela XVIII Assembléia Mundial da Saúde, no México em 1955, foi aprovada a criação de uma campanha de erradicação da malária.

Nos anos 70, surge no país novo perfil demográfico com mudanças ecológicas decorrentes da instalação de projetos de colonização na Região Amazônica<sup>1</sup>. Isso contribuiu para o recrudescimento da malária e o surgimento de epidemias localizadas,

principalmente, nas zonas de garimpo, em áreas habitacionais dos projetos de colonização e em canteiro de obras<sup>3</sup>.

O empenho na erradicação mundial da malária, apoiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) até 1992, concentrou-se no combate aos mosquitos. Essa linha de ação foi substituída pela Estratégia Mundial de Luta contra a Malária, formulada para: (a) fornecer diagnóstico precoce, efetivo e tratamento imediato e eficaz da doença; (b) planejar e implementar medidas preventivas seletivas e sustentáveis, incluindo o controle de vetores; (c) detectar cedo a doença, conter ou prevenir as epidemias; (d) fortalecer as capacidades locais na investigação aplicada e básica para permitir e promover a avaliação regular da situação da malária de um país, em particular os fatores ecológicos, sociais e econômicos determinantes da doença<sup>4</sup>.

De acordo com a OPAS foram registrados 1.187.316 casos da doença nas Américas em 1992<sup>5</sup>.

Porém, observamos que a situação epidemiológica da malária tem se agravado nas últimas décadas, mesmo na presença das medidas vinculadas aos programas oficiais de controle.

O Brasil, a partir de 1993, mudou a estratégia de erradicação para um controle integrado da malária por meio de: diagnóstico - *precoce e preciso* - e tratamento - *imediato e eficaz* - dos casos; escolha seletiva de objetivos, estratégias e métodos específicos de controle ajustados às características particulares da transmissão existentes em cada localidade<sup>6</sup>. Essas novas medidas adotadas parecem que não foram suficientes para conter o avanço da doença. Pois, na Amazônia, a incidência da malária voltou a crescer registrando 635.644 (IPA 31,9) casos até o final de 1999. Essa reincidência apresentou como agravante maior letalidade e

<sup>1</sup> Trabalho realizado nas Comunidades São Pedro, São João e Santa Maria localizadas no Lago do Reservatório da Usina Hidrelétrica de Tucuruí, Município de Tucuruí, Pará

<sup>2</sup> Mestre e Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da UFPA

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia pela UNB e Professora do Curso de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da UFPA

<sup>4</sup> Pesquisador do Instituto Evandro Chagas, Ambulatório/Laboratório de Ensaios Clínicos em Malária/SVS/MS, Doutor em Medicina

resistência do agente etiológico aos esquemas terapêuticos utilizados<sup>1</sup>.

No Brasil, 99% dos casos existentes, concentram-se na Amazônia, formada pelos Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins<sup>1 e 6</sup>.

Na Amazônia Legal, em 1999, o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (PIACM), estabeleceu como meta a redução da incidência de malária em 50% até o final de 2001, em função do elevadíssimo número de casos. Para os gastos com esse Plano, o Governo Federal liberou uma verba de R\$ 103,4 milhões e coube aos estados e municípios a contribuição de R\$ 36,6 milhões<sup>6</sup>.

Como resultado desse Plano, no Estado do Pará, houve uma redução de 34,01% no número de lâminas positivas, no período 1999-2001<sup>6</sup>. Em 2002, foram observadas apenas 183.574 lâminas positivas<sup>3</sup>.

Em seqüência ao PIACM, o governo brasileiro criou o Programa Nacional de Controle da Malária

(PNCM), com o objetivo de fornecer diretrizes aos governos: federal, estadual e municipal, em parceria com a sociedade organizada, para desenvolver atividades de controle da doença. Essa iniciativa melhorou tanto a estrutura das unidades de saúde quanto o controle dos riscos de transmissão da doença na Região<sup>1</sup>.

Apesar das descobertas de novos produtos, e novas estratégias de tratamento, a doença ainda apresenta índice de incidência muito elevado<sup>4</sup>. Tal fato reforça a necessidade de se criar medidas de prevenção e controle da doença através de estratégias pedagógicas que permitam a mudança de comportamento e que reforcem a participação comunitária na adesão ao tratamento e na análise preliminar dos fatores de riscos das populações afetadas. Acreditamos que apenas com continuidade dessas ações, somadas ao surgimento de novas pesquisas reveladoras de melhores estratégias, novos produtos e tratamentos, poderíamos sonhar com uma erradicação efetiva da doença.

## REFERÊNCIAS

01. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (2003) Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM). Brasília.
02. AMBIENTE BRASIL S/S LTDA. DDT - Dicloro-difenil-tricloroetano (2005). Disponível em: [www.webmaster@ambientebrasil.com.br](http://www.webmaster@ambientebrasil.com.br)
03. SILVA, IBA. (2003). Malária vivax: Manifestações clínicas e laboratoriais relacionadas com o fator de necrose tumoral alfa. Dissertação de doutorado apresentada ao Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará, Belém-PA.
04. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (2005). 136ª. Sessão do Comitê Executivo. Malária e Objetivos de desenvolvimento do Milenium. Buenos Aires, Argentina.
05. DE SOUZA, JM. (1997). Malária. In. Leão, RNQ. (Cord.). *Doenças Infecciosas e Parasitárias: Enfoque Amazônico*. Belém: CEJUP; UEPA; Instituto Evandro Chagas.
06. COUTO, AARA. (2001). Caracterização de Cepas de Plasmodium falciparum e Monitoração Longitudinal da Resistência às Drogas em Duas Áreas da Amazônia Brasileira. Tese de doutorado apresentada à Universidade Federal do Pará e Museu Paraense Emílio Goeldi, Belém-Pará.

## Endereço para correspondência

Maria de Nazaré Almeida Rocha  
Trav. Angustura, 3669, Marco  
CEP 66095040, Belém PA.  
Fone: 3276.5756  
Celular: (91) 91122094 - Email: [mnar@amazon.com.br](mailto:mnar@amazon.com.br)