

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE – FANESE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA DA FAMÍLIA X**

DANIELLE SOUZA BARRETO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MALÁRIA NO ESTADO
DE SERGIPE 2001-2006**

**Aracaju – SE
2009**

DANIELLE SOUZA BARRETO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MALÁRIA NO ESTADO
DE SERGIPE 2001-2006**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-
Graduação e Extensão da
FANESE, como requisito para
obtenção do título de Especialista
em Saúde Pública da Família X.**

**Aracaju – SE
2009**

DANIELLE SOUZA BARRETO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MALÁRIA NO ESTADO
DE SERGIPE 2001-2006**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública da Família X.

Nome completo do Avaliador

Nome completo do coordenador de Curso

Nome completo do Aluno

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), ____ de _____ de 2009.

RESUMO

A malária, maleita, impaludismo, paludismo, febre terçã ou quartã é uma doença infecciosa febril e aguda tipicamente tropical. Ocorre geralmente próximo às florestas, onde reside o vetor, em zonas com a presença de pessoas infectadas, que permitem a persistência do parasito em seu reservatório humano. É uma infecção causada por protozoário intracelulares do gênero *Plasmodium*. A enfermidade se transmite através da picada das fêmeas do mosquito do gênero *Anopheles* destacando-se pela sua importância o *A. darling*. É tipicamente uma doença do mundo subdesenvolvido e permanece como a mais prevalente endemia no mundo. Atualmente, pelo menos 300 a 500 milhões de pessoas contraem a doença por ano em todo o mundo. Continua sendo um grave problema de saúde pública na região amazônica ou Amazônia legal devido à alta incidência (correspondendo a aproximadamente 99,5% dos casos no Brasil) e aos efeitos debilitantes para as pessoas acometidas por essa doença. Esse trabalho objetivou caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de malária confirmados no estado de Sergipe, no período compreendido entre 2001 a 2006. A pesquisa de campo foi realizada através da análise dos dados informatizados consolidados no sistema de informação de agravos notificáveis (SINAN), registrados na secretaria de estado da saúde de Sergipe (SES/SE). Observou-se que a maior prevalência de casos foi registrada em 2003 e 2005, a infecção ocorreu principalmente fora do estado de Sergipe, sendo Angola o principal país envolvido neste processo, o Amazonas, estado brasileiro onde os casos analisados tem sido local de infecção e Manaus o município de maior frequência neste tipo de parâmetro. A maioria dos acometidos era residente em zona urbana, pertenciam ao gênero masculino, eram residentes no município de Aracaju, tinham faixa etária compreendida entre 21 a 30 anos, de cor parda, utilizaram como terapêutica principalmente a cloroquina e primaquina, não foram submetidos à transfusão de sangue nos últimos seis meses anteriores à infecção; metade dos casos registrados relatou já ter tido malária anteriormente, não houve correlação da infecção malárica com atividade profissional exercida pelo acometido e evoluíram para a cura.

Palavras-chave: Malária. *Plasmodium*. Epidemiologia.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição Proporcional de Casos confirmados de Malária em Sergipe por Anos de ocorrência.....	14
GRÁFICO 2 - Distribuição Proporcional de Casos confirmados de Malária em Sergipe de acordo com a Origem da Infecção.....	15
GRÁFICO 3 - Distribuição Proporcional de Casos confirmados de Malária em Sergipe de acordo com Raça/Cor do acometido.....	16
GRÁFICO 4 - Distribuição Proporcional de Casos confirmados de Malária em Sergipe de acordo com o Município de Residência do acometido.....	17
GRÁFICO 5 - Distribuição Proporcional de Casos confirmados de Malária em Sergipe de acordo com as Medicações utilizadas no Tratamento dos acometidos.....	18

SUMÁRIO

RESUMO.....	04
LISTA DE GRÁFICOS.....	05
1. INTRODUÇÃO.....	07
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
ABSTRACT.....	21

1 INTRODUÇÃO

A malária, também chamada de maleita, impaludismo, paludismo e febre terçã ou quartã, sempre foi, desde a Antigüidade, um dos principais flagelos da humanidade. É uma doença infecciosa, febril e aguda que apresenta sintomatologia típica, quase inconfundível.

Sendo uma moléstia tipicamente tropical e complexa, está relacionada com a interação entre o parasito, o vetor, o hospedeiro humano e o meio ambiente, necessitando de todos esses fatores envolvidos no seu ciclo para se manter endêmica. Ocorre geralmente próximo às florestas, onde reside o vetor, em zonas com a presença de pessoas infectadas, que permitem a persistência do parasito em seu reservatório.

A descoberta do agente etiológico ocorreu em 1880, por Laveran, e do mecanismo natural de transmissão por meio da identificação do mosquito do gênero *Anopheles* como vetor da doença, por Ross, em 1897.

É uma infecção causada por protozoários intracelulares do gênero *Plasmodium*. A enfermidade se transmite através da picada das fêmeas do mosquito do gênero *Anopheles* destacando-se pela sua importância o *A. darling*. Os agentes etiológicos da malária presentes no Brasil são das espécies *Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum* e, eventualmente, *Plasmodium*.

Esta enfermidade já desapareceu da Europa e da América do Norte, onde vicejou até a metade do século XX. Na última década, apenas cerca de 400 casos anuais de malária foram registrados no Canadá e 900 nos Estados Unidos. Porém, a grande maioria destes casos era importada. Apenas uma dezena se originou no próprio país, sendo a maioria resultante de transfusões de sangue. A malária é tipicamente uma doença do mundo subdesenvolvido e

permanece como a mais prevalente endemia no mundo. Atualmente, pelo menos 300 a 500 milhões de pessoas contraem a doença por ano em todo o mundo. As zonas endêmicas ocupam mais de 100 países da África, Ásia, Oceania, Oriente Médio, América Latina e algumas ilhas do Caribe. 90% das cifras citadas correspondem ao continente africano. Destas, cerca de 1,5 a 2 milhões morrem. Quase 3 mil crianças morrem por dia de malária na África.

A malária continua sendo um grave problema de Saúde Pública na Região Amazônica ou Amazônia Legal, que é composta pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e Maranhão, devido à alta incidência (correspondendo a aproximadamente 99,5% dos casos no Brasil) e aos efeitos debilitantes para as pessoas acometidas por essa doença, com um importante potencial de influenciar o próprio desenvolvimento daquela região.

A doença causa óbitos, sofrimento e perdas sociais. Existe elevada perda econômica, em virtude dos dias em que os doentes deixam de trabalhar. Investimentos empresariais são prejudicados em função da doença. A exploração do potencial turístico da região também é afetada.

Este trabalho objetivou caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de malária confirmados no Estado de Sergipe, no período compreendido entre 2001 a 2006.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A malária é reconhecida como um grave problema de saúde pública mundial, notadamente nas áreas tropicais e subtropicais, estimando-se que representa 2,3% da carga global das enfermidades do planeta. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998, mais de 2 bilhões de pessoas, 40% da população mundial, estará exposta ao risco de contrair a doença. O impacto global referente aos danos socioeconômicos causados pela doença é extenso. A enfermidade tem se propagado de um continente para o outro e de um país a outro, seguindo as comunicações terrestres, marítimas e aéreas, registrando novos casos em países qualificados de estar livres dela. Devido ao maior deslocamento migratório e ao crescente incremento do turismo em áreas onde os parasitos continuam sendo endêmicos. A dispersão da malária no Brasil assumiu maior importância epidemiológica a partir da década de 60, quando foram construídas importantes rodovias unindo a região norte às outras regiões. A partir dos anos 70 e até o final dos anos 80, houve um aumento do número de casos de malária registrados nessa região, oportunidade em que foram evidenciadas altas taxas de crescimento demográfico, influenciadas, principalmente pela construção de novas rodovias, aberturas de projetos de colonização e expansão de áreas de garimpos. Essa migração desordenada à Amazônia foi considerada como determinante para o aumento quantitativo de casos e a expansão territorial da malária na região.

O Brasil é responsável por um terço dos casos notificados de malária. A doença atinge todo o norte do Brasil, estendendo-se ao maranhão ocidental, sendo expostos, ocasionalmente, alguns casos para outras regiões, sendo 99% deles na Amazônia legal que possui características ecológicas altamente favoráveis a interação do plasmodium e do anofelino vetor, constituindo-se, portanto numa área de alto e médio risco de infecção. Entre os

estados que constituem a Amazônia brasileira, o Pará é um dos que apresenta maior morbidade por malária.

Nos anos de 2001 e 2002, esse estado contribuiu com 48% e 53,5% do total de casos registrados na Amazônia legal, respectivamente. O grande fluxo migratório da região amazônica para outros estados brasileiros, com potencial malarígeno, tem levado, nos últimos anos, ao surgimento de surtos de malária, como registrados recentemente no Paraná, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Ceará, Minas Gerais e Bahia. Há registro de surtos ocorridos em vários estados onde se destaca o Ceará, que apresentou, em 2002, 402 casos autóctones de malária por *P. vivax*. No ano de 2004, os surtos mais importantes ocorreram nos estados do Piauí e Espírito Santo, com registro de 89 e 81 casos respectivamente.

A malária esta ligada principalmente as mudanças ambientais e aos problemas sociais. O desmatamento agregado ao fluxo migratório de pessoas que passam a ter contato direto com os vetores acarreta epidemias sem quer os órgãos de saúde consigam controlar. De um modo geral, essa população migrante vive em condições precárias de habitação, de nutrição e de saúde, o que favorece a transmissão e dificulta seu controle. Embora a redução da umidade relativa seja um fator que iniba a proliferação dos vetores, existe grande disponibilidade (margens, rios, represas), assim a elevação da temperatura pode proporcionar uma explosão de mosquitos vetores de doença. Em regiões remotas da Amazônia, existem indivíduos que são assintomáticos, isto é, são portadores do parasita, mas não desenvolvem a doença. Esses indivíduos são nativos da Amazônia e certamente contraem infecções maláricas desde infância. com o tempo, e depois de repetidas infecções desenvolvem certo grau de imunidade. Quando reinfetados têm uma forma branda da doença. Por serem assintomáticos, não são detectados pelo serviço de saúde e, portanto não são tratados, servindo assim como fonte de infecção para novos indivíduos, funcionando como reservatório da doença.

A ocorrência de maior número de óbitos do gênero masculinos, na faixa etária de 20 e 49 anos indica uma exposição predominantemente com

atividades laborais. Já a presença de óbitos no gênero feminino e de crianças possivelmente está relacionada à transmissão intra e peridomiciliar.

Os fatores de risco para malária incluem fatores ecológicos, geográficos, entomológicos, sociais, econômicos, demográficos e relacionados com a organização dos serviços de saúde. A malária é causada por protozoários, que se multiplicam nos glóbulos vermelhos do sangue do homem. As espécies causadoras da malária são quatro: *Plasmodium vivax*, *P. falciparum*, *P. malarie*, *P. ovale*. O *P. falciparum* é responsável por uma forma muito grave de malária, outra chamada de terçã maligna. Das mortes anuais devidas à malária, mais de 95% são causadas pelo *P. falciparum*. O *P. vivax* causa uma doença mais branda, a terçã benigna, que, no entanto, tem o inconveniente de retornar após ter sido aparentemente curada. Isso porque nas células do fígado do homem infectado podem permanecer algumas formas em hibernação. Esta quatro espécies desenvolvem um ciclo evolutivo complexo constituído essencialmente: por uma fase assexuada no homem que por sua vez tem dois componentes: a fase exoeritrocitária e a fase eritrocitária, e por uma fase sexuada que tem lugar no mosquito do gênero *Anopheles*. A fase assexuada ou esquizogônica se inicia quando os esporozoítos introduzidos pela picada do mosquito alcançam o fígado e se replicam nos hepatócitos (esquizogonia exoeritrocitária). O homem é o único hospedeiro em natureza das espécies de plasmódio, que são transmitidas de homem a homem pela picada de mosquitos hematófagos (pernilongos, carapanãs) que albergam as formas infectantes do plasmódio em suas glândulas salivares.

É a espécie de maior importância epidemiológica pela sua abundância, pela sua ampla distribuição no território nacional, atingindo todo o interior do Brasil, pelo seu alto grau de antropofilia e endofagia e pela sua capacidade de transmitir diferentes espécies de *plasmodium*. Tem como criadouros preferenciais: água limpa, de baixo fluxo, quente e sombreada, situação muito freqüente na região Amazônica. A malária também pode transmitir-se através de transfusões de sangue ou compartilhando a mesma seringa entre drogados, dando lugar em alguns casos a uma malária importada.

A presença de imunidade adquirida passiva e naturalmente à infecção está relacionada com o grau de transmissão e apresenta uma relação com as características clínicas da infecção. Em áreas endêmicas, como na África, onde os indivíduos apresentam um alto grau de imunidade adquirida, o processo de tal aquisição é lento e envolve mecanismos imunológicos complexos, assim como um constante estímulo antigênico. As formas graves da doença são mais frequentes em indivíduos não expostos à infecção e também estão associados à virulência da cepa do parasito. Alguns autores consideram que o risco. O período de incubação de acordo com a espécie de plasmódio varia entre 12 a 30 dias; com algumas cepas de plasmódio, principalmente em zonas temperadas, pode haver um período de incubação de 8 a 10 meses.

A clínica consiste em cefaléia, mal estar geral, mialgias e calafrios seguidos de febre alta que duram de 3 a 4 horas. Posteriormente aparecem surtos febris com rubor facial (período febril). O período de lise se caracteriza por grande sudorese, abatimento, e diminuição da temperatura, além de sintomatologia secundária a acometimento do SNC, como desorientação, delírios, torpor e prostração. A presença da diarreia e outros sintomas gastrointestinais que ocorrem com certa frequência no paludismo, podem provocar erros no diagnóstico. A malária pode ser confundida inicialmente com febre tifóide e hepatite viral. Em todo caso o hemograma e a busca cuidadosa de plasmódios da malária no esfregaço sanguíneo são muito importantes, e quando esta é negativa deve recorrer ao exame de gota grossa de sangue. Não é infrequente que o atraso no tratamento se deva a erro de diagnóstico. Estudos demonstram que a letalidade foi significativa maior entre os pacientes com diagnóstico incorreto. Há um elevado índice de erro no diagnóstico e na condução terapêutica específica na malária grave. A gota espessa e o esfregaço sanguíneo permitem a visualização do parasito, sua qualificação e um diagnóstico de espécie. A técnica de laranja de acridina ou Quantitative Buffy Coat (QBC) não melhora a sensibilidade do procedimento, mas oferece maior precisão na determinação de espécies e no diagnóstico de infecções mistas. É um teste específico e sensível, recomendado para triagens em bancos de sangue.

As técnicas de PCR são úteis na determinação de parasitemias muito baixas, mas não estão ao alcance de muitos hospitais. As técnicas baseadas na captura de antígeno podem ajudar também em alguns casos ou quando se dispõe de um biólogo experiente. O tratamento da malária nos imigrantes não difere do que se utiliza para o resto de viajantes. Nos casos de paludismo por *P. vivax*, *P. ovale* e *P. malariae*, o fármaco indicado para tratamento de crises agudas é a cloroquina (dose total de 25 mg/kg de cloroquina base; distribuído em três dias e dando a metade da dose no primeiro dia e em dois toma separado). Nos casos de *P. vivax* e *P. ovale*, o tratamento deve continuar com a primaquina para erradicar os hipnozoítos hepáticos e evitar assim recidivas. É obrigatória a determinação prévia da g6pd (glicose-6-fosfato) para evitar o risco de anemia hemolítica farmacológica.

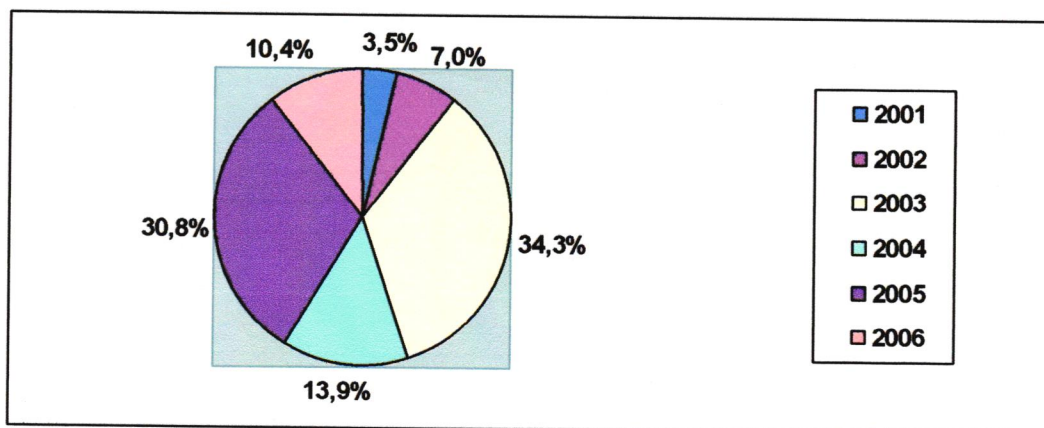
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No gráfico 1 observa-se que dos 29 casos de malária confirmada em Sergipe no período compreendido entre 2001 a 2006 a maior prevalência de casos foi registrada em 2003 correspondendo a 34,3% (10), seguido do ano 2005 que registrou 30,8% (09).

Segundo Bértoli e Moitinho (2001), no Brasil, pode-se observar aumento crescente dos casos de malária a partir de 1960, saltando de um registro de aproximadamente 40 mil casos para cerca de 106 mil, em 1966. Um decréscimo contínuo dos casos foi, entanto, observado nos anos subseqüentes, tendo sido registrados, em 1969, cerca de 52 mil casos, revelando possivelmente o impacto das ações de controle desenvolvidas, simultaneamente, em toda a área endêmica.

GRÁFICO 1

Distribuição Proporcional de Casos confirmados de Malária em Sergipe por Anos de ocorrência.



Fonte: SINAN/SES/SE (2001 – 2006)

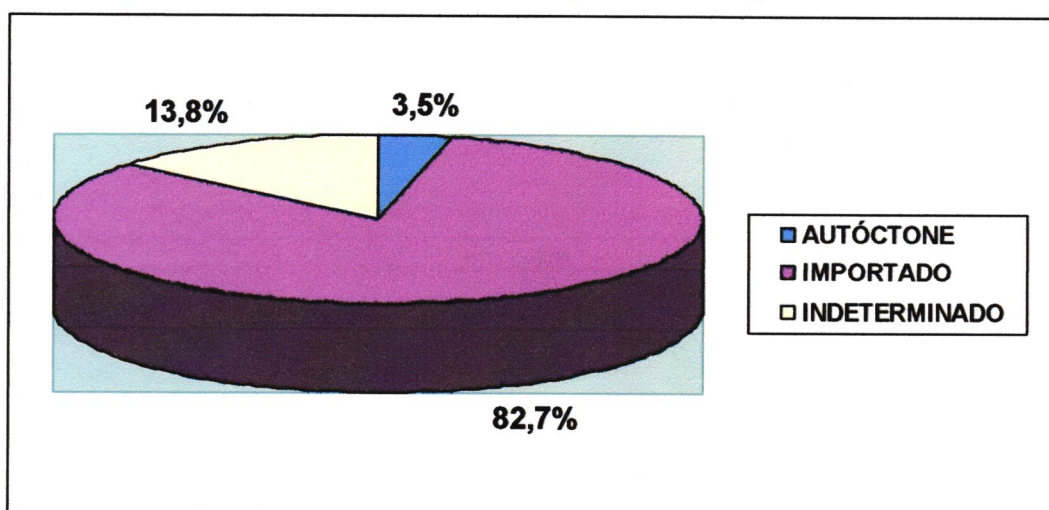
No Gráfico 2 percebe-se que dos 29 casos confirmados de malária em Sergipe entre 2001 e 2006, apenas 3,5% (1) foi classificado como

autóctone, ou seja, a fonte de infecção foi um município sergipano, enquanto 82,7% (24) tiveram como fonte de infecção municípios localizados fora do estado, ficando ainda 13,8% (4) rotulados como indeterminado para este parâmetro.

Para Schenone *et al* (2002), Braga *et al* (2004) e Miranda *et al* (2004), a malária importada é conhecida há mais de meio século. Brasil (2003) relatou que na região extra-amazônica são notificados apenas 1% do total de casos de malária do Brasil. Casos autóctones esporádicos ocorrem em áreas focais restritas desta região.

GRÁFICO 2

Distribuição Proporcional de Casos confirmados de Malária em Sergipe de acordo com a Origem da Infecção

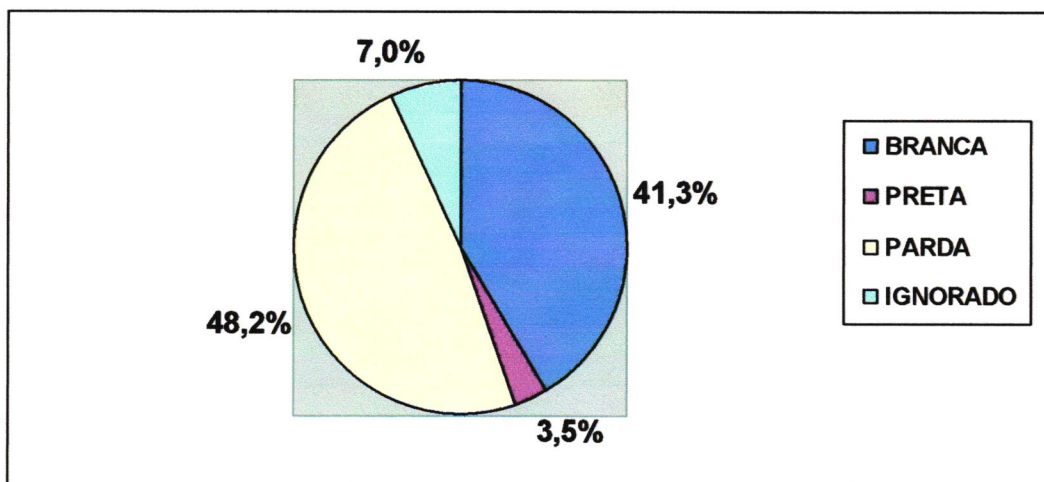


Fonte: SINAN/SES/SE (2001 – 2006)

No Gráfico 3 está demonstrado que 48,2% (14) dos acometidos por malária foram de cor parda e que 41,3% (12) eram de cor branca, 3,5% (1) era negro, 7% (2) não tinham o registro de raça/cor contido na ficha de investigação epidemiológica.

GRÁFICO 3

Distribuição Proporcional de Casos confirmados de Malária em Sergipe de acordo com a Raça/Cor do acometido

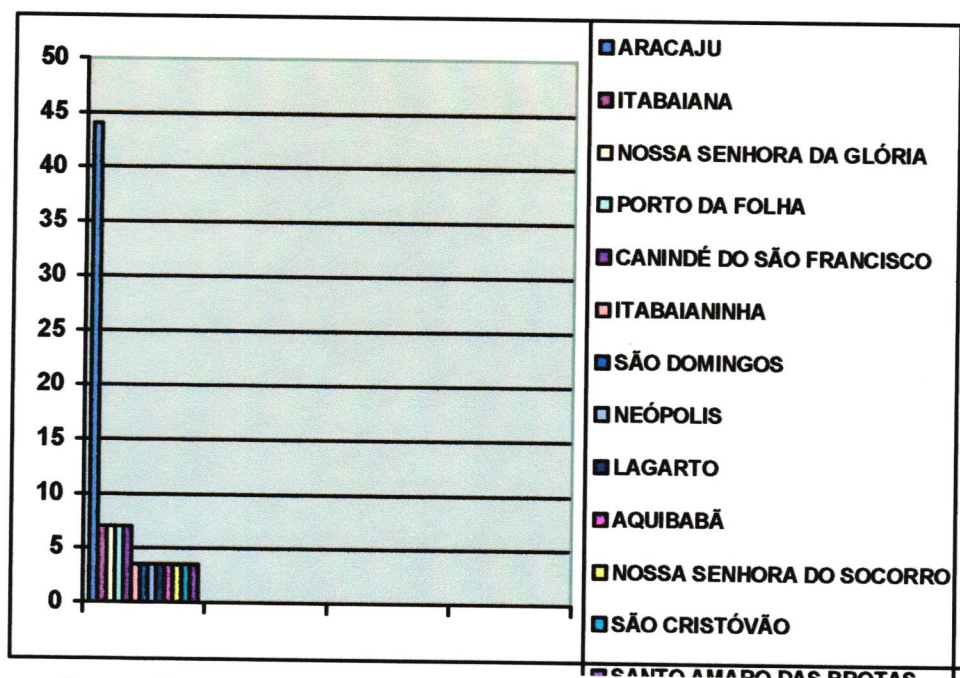


Fonte: SINAN/SES/SE (2001 – 2006)

Na análise do Gráfico 4 percebe-se que 44% (13) dos acometidos eram residentes em Aracaju, 7% (2), em igual percentual moravam em Itabaiana, Nossa Senhora da Glória, Porto da Folha e Canindé do São Francisco e 3,5% (1) tinham registro de residência em Itabaianinha, São Domingos, Neópolis, Lagarto, Aquidabã, São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro e Santo Amaro das Brotas.

GRÁFICO 4

Distribuição Proporcional de Casos confirmados de Malária em Sergipe de acordo com o Município de Residência do acometido



Fonte: SINAN/SES/SE (2001-2006)

Na observação do Gráfico 5 percebe-se que as medicações mais utilizadas no tratamento dos acometidos por malária em Sergipe no período analisado foram a cloroquina e a primaquina, com iguais percentuais, ou seja, 29% (25).

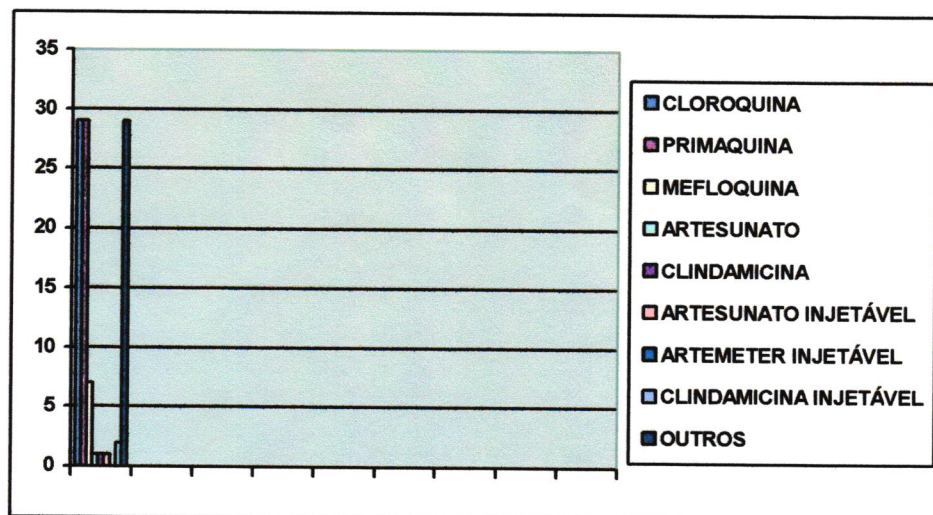
Nos casos de *P. vivax* e *P. ovale*, o tratamento deve continuar com a primaquina para erradicar os hipnozoítos hepáticos e evitar assim as recidivas. As doses de primaquina são de 15 mg/dia durante duas semanas. Para paludismos por *P. vivax* provenientes de certas zonas, a dose utilizada seja de 6 mg/kg (dose total), distribuídos em 30 mg/dia.

Citou ainda, que existem cepas de *P. falciparum* resistentes a cloroquina em praticamente todas as áreas geográficas (exceto, no momento, na América Central e Caribe). Por essa razão um caso de malária por *P. falciparum* proveniente da América Central ou Caribe, podemos utilizar também a cloroquina, nas mesmas doses descritas. Entretanto, para o resto de casos provenientes da América do Sul, da África, da Ásia e do Pacífico, *P. falciparum* deve ser tratado com outros fármacos. Referiu também que o único tratamento

disponível que se pode administrar por via venosa é a quinina + doxiciclina e o tratamento é indicado nos casos graves ou nos que a via oral não é possível (vômitos). Em casos de gestação, a doxiciclina deve ser substituída por clindamicina.

GRÁFICO 5

Distribuição Proporcional de Casos confirmados de Malária em Sergipe de acordo com as Medicações utilizadas no Tratamento dos acometidos



Fonte: SINAN/SES/SE (2001–2006)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico dos casos de malária confirmados no estado de Sergipe, no período compreendido entre 2001 a 2006 revelou que a maior prevalência de casos foi registrada em 2003 e 2005, respectivamente.

A maior prevalência dos acometidos foi infectada fora do estado de Sergipe, sendo Angola o principal país envolvido neste processo, o Amazonas o estado brasileiro onde os casos analisados mais se referiam ao local de infecção e Manaus o município de maior frequência neste tipo de parâmetro. A maioria dos acometidos era residente em zona urbana, pertenciam ao gênero masculino, eram residentes no município de Aracaju, tinham faixa etária compreendida entre 21 a 30 anos, de cor parda, utilizaram como terapêutica principalmente a cloroquina e primaquina, não foram submetidos à transfusão de sangue nos últimos seis meses anteriores, não houve correlação da infecção malárica com a atividade profissional exercida pelo acometido e evoluíram para a cura.

REFERÊNCIAS

ATANAKA-SANTOS, Marina; CZERESINA, Dina; SOUZA-SANTOS, Reinaldo *et al.* **Comportamento epidemiológico da malária no estado de Mato Grosso, 1980-2003**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 39, n. 2, Uberaba, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://Www.Scielo.Br/Pdf/Rbmt/V39n2/A11v39n2.Pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2007.

BÉRTOLI, Marta; MOITINHO, Maria da Luz Ribeiro. **“Malária no Estado do Paraná, Brasil”**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 34, n.1, Uberaba, jan./fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2007.

BRAGA, Marcus D. M. *et al.* **Malária cerebral no ceará: relato de caso**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 37, n. 1, Uberaba, jan./fev. 2004. Disponível em: <<http://Www.scielo.br/pdf/rbmt/V37n1.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretária de Vigilância em Saúde. **Programa nacional controle e prevenção da malária-pncm**. Brasília, ago. 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pncm.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2007.

BRUSTENGA, J. Gascón I. **“Paludismo importado por imigrantes”**. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol. 29, Suplemento 1, Pamplona, [2006]. Disponível em: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200010&script=sci_arttext&lng=es>. Acesso em: 28 abr. 2007.

CAMARGO, Erney Plessmann. **Malária, maleita, paludismo**. Ciência e cultura, vol.55, São Paulo, jan./mar. 2003. Disponível em: <<http://cienciacultura.bvs.br/scielo.php?>>. Acesso em: 23 mar. 2007.

SCHENONE, Hugo; OLEAN, Andrea; ROJAS, Antonio *et al.* **Malária en Chile: 1913-2001**. Revista Médica de Chile, vol. 130, n. 10, Santiago, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-98872002001000013&lng=es&nrm=isso&lng=es>. Acesso em: 11 abr. 2007.

MACHADO, Ricardo Luiz Dantas; COUTO, Álvaro Augusto Ribeiro D' Almeida; CAVASINI, Carlos Eugênio *et al.* **"Malária em região extra-Amazônica: situação no Estado de Santa Catarina"**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36 n. 5, Uberaba, set./out. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n5/a07v36n5.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2007.

VASCONCELOS, Cíntia Honório; NOVO, Evlyn Márcia Leão de Moraes; DONALISIO, Maria Rita. **"Uso do sensoriamento remoto para estudar a influência de alterações ambientais na distribuição da malária na Amazônia brasileira"**. Cadernos de Saúde Pública, vol. 22, n. 3, Rio de Janeiro, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/06.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2007.

ABSTRACT

The malaria, maleita, impaludism, paludism, fever terçã or quartã is a febrile infectious disease and acute typically tropical. Generally occurs near the forests, where the vector live, in areas with the presence of infected people, allowing the persistence of the parasite in its human reservoir. It's an infection caused by intracellular protozoa of the gender *Plasmodium*. The disease is transmitted through the bite of female mosquito of the gender *Anopheles* is highlighting its importance for the A. darling. It is typically a disease of the underdeveloped world and remains the most prevalent disease in the world. Currently, at least 300 to 500 millions of people contracting the disease each year worldwide. Remains a serious public health problem in the Amazon region or legal Amazon because of high incidence (corresponding to approximately 99.5% of cases in Brazil) and the debilitating effects for persons affected by this disease. This study aimed to characterize the epidemiological profile of cases of malaria confirmed in the state of Sergipe, in the period 2001 to 2006. The fieldwork was conducted by analyzing the data in the consolidated system of notifiable diseases (SINAN), recorded in the secretary of state of health of Sergipe (SES/SE). It was observed that the higher prevalence of cases was recorded in 2003 and 2005, the infection occurred outside the state of Sergipe, with the main country Angola involved in this process, the Amazon, the Brazilian state where the case has been reviewed and site of infection the city of Manaus more frequent in this type of parameter. The most affected was resident in urban area, belonged to males, were living in the city of Aracaju, were aged between 21 to 30 years, the brown color, mainly used as therapy to chloroquine and primaquine, were not subjected to transfusion blood in the last six months prior to infection, half of the registered cases reported have had malaria before, there was no correlation of infection with malaria professional activity exercised by the affected and developed a cure.

Key words: Malaria. *Plasmodium*. Epidemiology.