

366P

### RESISTÊNCIA DO *Plasmodium vivax*: EXISTE ESTA AMEAÇA?

Américo, Ana P.L., Ventura, Ana M.R.S., Pinto, Ana Y.N., Silva, Isabel B.A., Valente, Maria I.A., Libonati, Rosana M.F., Castro, Jairo A.A., De Souza, José M. Programa de Ensaios Clínicos em Malária/Instituto Evandro Chagas/Fundação Nacional de Saúde (PECM/IEC/FUNASA) Belém, Pará.

**Introdução:** A cada ano, a malária vivax vem se tornando uma das doenças de maior importância em nosso país e mundialmente e que mais atinge populações de países subdesenvolvidos de clima tropical. Um dos motivos que a torna significativamente relevante, diz respeito ao comportamento de seus parasitos frente às drogas de controle à doença, sendo relatado até mesmo casos de resistência, o que de certa forma é preocupante por tratar-se de problema de saúde pública. **Objetivos:** Foi com o objetivo de investigar o comportamento do *Plasmodium vivax* em relação a sua negatificação e parasitemia, que fizemos um estudo retrospectivo utilizando prontuários de pacientes do Ambulatório do PECM/IEC durante a última década do século XX, comparando os achados com aqueles encontrados para os dois últimos anos da década anterior e os dois primeiros anos da nova década em início, visto que em nosso ambulatório ainda não foram relatados casos de resistência do referido parasito. **Material e Métodos:** Foram utilizados prontuários de pacientes atendidos de Janeiro à Dezembro dos anos 1989 e 1990, 1991 a 2000 e 2001 e 2002, para verificar a negatificação da parasitemia entre D1 e D7 após iniciado o tratamento, e, ainda a densidade parasitária distribuída em 07 intervalos: 1 a 1000; 1001 a 5000; 5001 a 10000; 10001 a 15000; 15001 a 20000; 20001 a 25000; 25001 a 30000 e mais. Foram excluídos pacientes que mesmo possuindo parasitemia em D0, abandonaram o tratamento antes de sua negatificação. **Resultados:** Dos 10.696 prontuários analisados durante os 14 (catorze) anos, encontramos um percentual maior de pacientes que negativaram em D2 nos anos de 1989 (59%) e 1990 (71%), se comparados com os pacientes da década final do 2º milênio quando em D2 tiveram percentuais de 53% para 1991 e 44% para 2000. Houve ainda um deslocamento visível para os outros dias como D6 a D7, enquanto nos dois primeiros anos da nova década, os números percentuais se mantiveram entre 55% em 2001 e 47% em 2002 para a negatificação em D2, quando também se observou desvio para os dias mais tardios de negatificação. O mesmo aconteceu com a parasitemia, que em 1989 e 1990 tinha com mais frequência pacientes localizados entre os de baixa parasitemia (1 a 5000 parasitos por mm<sup>3</sup> de sangue), e com o passar dos anos aumentou em torno de 10.000 a 30.000 parasitos por mm<sup>3</sup>, chegando a valores acima de 30.000 no início desta nova década. **Conclusões:** Tendo em vista a crescente demora de negatificação nos pacientes com malária vivax, assim como o aumento da sua parasitemia com o passar dos anos, percebemos que *P. vivax* tem se comportado de maneira tal, que nos leva a pensar que parece estar criando mecanismos de defesa para tentar passar por todas as barreiras que lhe são impostas pelo organismo humano assim como pelas drogas que visam combatê-lo. Por mais que, mesmo não tendo encontrado até o momento casos de resistência do parasito, é preciso atentar para o futuro e buscar formas de amenizar o sofrimento das pessoas que tem a infelicidade de adquirir a doença.

367P

### MALÁRIA DE ALTA ENDEMICIDADE NO MUNICÍPIO DE ANAJÁS/PA II - ESTUDO PILOTO DE AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO DE CRIANÇAS À INFECÇÃO E RESPOSTAS AO TRATAMENTO ANTIMALÁRICO.

Pinto, Ana Y.N., Silva, Isabel B.A., Ventura, Ana M.R.S., Faro, Carlos J.C., Ferreira, Ana L.S., De Souza, José M. Programa de Ensaios Clínicos em Malária/Instituto Evandro Chagas/Fundação Nacional de Saúde (PECM/IEC/FUNASA) – DIVEP/COREPA/FUNASA Belém, Pará.

**Introdução:** Em áreas de malária holoendêmica é comum encontrarmos a freqüente exposição de crianças à doença. Em virtude da prevalência de malária falciparum nestas áreas, a mortalidade infantil assume proporções importantes e incrementa as estatísticas mundiais. O município de Anajás situado na Ilha de Marajó, no estado do Pará, constitui área malarígena problemática e de difícil controle de malária. Neste município, as crianças são vítimas freqüentes da doença apresentando índices de infecção só comparáveis aos das áreas acima citadas. Contudo, estas crianças demonstram experiência imune considerável, o que lhes garante uma excelente resistência à doença e rápido restabelecimento após tratamento antimalárico. **Objetivos:** Avaliar os determinantes epidemiológicos da intensa exposição de crianças à malária no município; avaliar as apresentações clínicas mais comuns da doença na infância; avaliar as respostas ao tratamento antimalárico de crianças do município de Anajás. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo com duração de um ano, iniciado em outubro de 2002. A população estudada é constituída por crianças portadoras de malária, procedentes da demanda espontânea da Unidade Mista de Saúde de Anajás. Os responsáveis respondem a um questionário contendo informações epidemiológicas. As crianças iniciam tratamento antimalárico supervisionado, conforme especificações da Fundação Nacional de Saúde/MS e são acompanhadas conforme protocolos de seguimento de avaliação de resistência às drogas antimaláricas, durante o período de 28 dias para portadores de malária falciparum e 60 dias para portadores de malária vivax. Estudo piloto realizado no período de 03 a 09 de junho de 2002. **Resultados:** Durante o período

referente ao estudo piloto foram atendidos na Unidade Mista de Anajás, 98 indivíduos portadores de malária. Destes, 55 (56,12%) eram crianças na faixa etária de 0 a 15 anos com média de idade de 6,5. Crianças menores de 5 anos de idade freqüentemente referiam dois episódios ou mais de malária anteriores ao atual. A maioria apresentou quadro febril, acompanhado de palidez moderada a intensa, raramente apresentando outros sinais ou sintomas, a despeito do encontro de parasitemias assexuadas de *P.falciparum* relativamente elevadas no início de tratamento. Foram diagnosticadas em média com 2 dias após início dos sintomas. Encontro freqüente de gametócitos no sangue periférico, vistos na gota espessa de acompanhamento de tratamento. O tratamento específico mais indicado para *P.falciparum* foi o artemeter associado à doxiciclina ou quinino. **Conclusões:** Há indícios de intensa mobilidade infantil. As crianças expostas à infecção são levadas pelos pais para o interior das áreas de extração de palmito, somada a exposição dentro do próprio município que é intensa em todas as faixas etárias. A utilização de quinino em crianças eleva consideravelmente a chance de abandono do tratamento nos casos de tratamento não supervisionado. Há necessidade de indicação de esquemas opcionais próprios para crianças naquela área.

### 368P

#### MALÁRIA VIVAX GRAVE COM EDEMA PULMONAR NÃO CARDIOGÊNICO.

Silva, Isabel B.A., Araújo, José R.M., Silva, Cleonardo A., Ventura, Ana M.R.S., Pinto, Ana Y.N., Libonati, Rosana M.F., Silva Filho, Manoel G., Valente, Maria I.A., Castro, Jairo A.A., De Souza, José M. Programa de Ensaios Clínicos em Malária/ Instituto Evandro Chagas/ Fundação Nacional de Saúde (PECM/IEC/FUNASA) - Hospital da UNIMED Belém, Pará.

**Introdução:** A malária *vivax* é uma doença benigna em relação à malária *falciparum*. Contudo, na literatura existem relatos de casos com evolução grave, em primoinfectados, como edema pulmonar não cardiogênico (Pukrittayakamee *et al*, 1998; Carlini *et al*, 1999; Curlin *et al*, 1999), falência multissistêmica (Modebe & Jain, 1999) e plaquetopenia intensa e sintomática (Silva F<sup>o</sup>. *et al*, 2000). Neste contexto, relata-se o acompanhamento de um caso de malária *vivax*, em paciente primoinfectado, apresentando plaquetopenia e evolução grave, com edema pulmonar não cardiogênico. **Caso clínico:** T.H.S., 21 anos, sexo feminino, parda, solteira, balconista, residente em Belém. Malária *vivax* adquirida na localidade de Ponta de Urumajó, Município de Bragança (estadia: 12 a 24/07/02). No dia 27/07/02 começou a sentir febre, calafrios, cefaléia e mialgias diariamente. No dia 05/08/02 foi admitida no Hospital da Unimed e internada em enfermaria com o mesmo quadro, acrescido de vômitos, insônia, colúria, tosse e dispnéia moderadas. Antecedentes: doenças da infância; dengue aos 17 anos. Ao exame físico encontrava-se debilitada, pele e mucosas hipocoradas (2/4+), escleróticas ictéricas (1/4+), pulso: 104 b.p.m., PA: 90x60 mmHg, aparelhos cardiovascular e respiratório normais, abdômen doloroso difusamente, hipertimpânico, sem visceromegalias palpáveis. Medicada com solução glico-fisiológica e sintomáticos. No dia 06/08/02 foi diagnosticada malária *vivax* ao exame da gota espessa, observando-se parasitemia de 20.000 formas/mm<sup>3</sup> de sangue. Iniciado esquema terapêutico, via oral, com cloroquina 150 mg (4 comp. no 1<sup>o</sup> dia + 3 comp. no 2<sup>o</sup> dia + 3 comp. no 3<sup>o</sup> dia) e primaquina 15 mg (2 comp. durante 7 dias), concomitantes. Nos exames laboratoriais iniciais tinha hemoglobina: 9,4 g%, hematócrito: 29,1%, leucócitos: 5.400/mm<sup>3</sup> (predominância de neutrófilos segmentados: 3.402/mm<sup>3</sup>), plaquetas: 23.000/mm<sup>3</sup>, ALT: 48 mg/dl, AST: 61 mg/dl, bilirrubina total: 2,86 mg/dl (predominância de direta: 1,74 mg/dl), uréia: 27 mg/dl, creatinina: 0,8 mg/dl. No dia 08/08/02 foi transferida para a UTI com diagnóstico de insuficiência respiratória aguda, comprovada clinicamente (dispnéia intensa, tosse com escarros sanguinolentos, cianose, estertores crepitantes difusos) e radiologicamente (infiltrado pulmonar intersticial difuso, bilateral, com reforço nas regiões hilares). A parasitemia negatizou no dia 09/09/02 e as plaquetas normalizaram, porém a paciente evoluiu com torpor, ausculta respiratória alterada, pressão de O<sub>2</sub> baixa e dependente de oxigenioterapia. Após instalação da técnica de avaliação da pressão venosa central fez-se redução da hidratação venosa e uso de diurético sistematicamente para mantê-la negativa, verificando-se melhora progressiva do quadro respiratório. No dia 12/08/02 retornou à enfermaria, recebendo alta hospitalar melhorada, após 5 dias, com radiografia torácica apresentando poucas áreas de infiltrado intersticial. No dia 05/09/02 apresentava-se assintomática e com os pulmões, radiologicamente, normais. A paciente continua sendo acompanhada no ambulatório do PECM/IEC. **Conclusão:** O médico deve estar preparado para evoluções desfavoráveis na malária *vivax*, principalmente nos primoinfectados. Até o momento permanecem desconhecidos os mecanismos envolvidos nestes casos.

### 369P

#### EPIDEMIOLOGIA DA MALÁRIA EM UMA ÁREA DE TRANSMISSÃO ESTÁVEL LOCALIZADA NO ESTADO PARÁ.

Silva, Eliane, S.<sup>1</sup>; Mota, Marcelo, P.<sup>1</sup>; Oliveira, Salma, G.<sup>2</sup>; Póvoa, Marinete, M.<sup>2</sup>; Nascimento, José, M.<sup>2</sup>; Nina, Janice, C.<sup>1</sup>; Cunha, Maristela, G.<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará e <sup>2</sup>Instituto Evandro Chagas - CNPq.

**Introdução:** No Brasil, a transmissão da malária ocorre, principalmente, na região Amazônica, como uma endemia de transmissão sazonal e focal. A malária causada por *Plasmodium vivax* é a mais prevalente e constitui-se um dos