

PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ



Manual de referência para
profissionais de saúde

Segunda edição



USAID
DO POVO AMERICANO

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

innovating to save lives

Jhpiego

an affiliate of Johns Hopkins University

PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ



Manual de referência para
profissionais de saúde

Segunda edição



USAID
DO POVO AMERICANO

aécess

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

innovating to save lives

Jhpiego

an affiliate of Johns Hopkins University

Copyright© 2008 pela Jhpiego, uma filial da Universidade Johns Hopkins. Todos os direitos reservados.

Para mais informação:

Jhpiego
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231-3492, USA
Tel.: 410-537.1800
www.jhpiego.org

O Programa ACESSO é o programa global da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional para melhorar a saúde materna e neo-natal. O programa ACESSO trabalha para expandir a cobertura, o acesso e o uso dos serviços sanitários maternos e neo-natais chave através de uma série contínua de cuidados desde o agregado familiar até ao hospital-com o objectivo de tornar os serviços sanitários de qualidade acessíveis o mais próximo de casa quanto possível. A Jhpiego implementa o programa em parceria com a Save the Children, Constella Futures, the Academy for Educational Development (Academia para o Desenvolvimento Educacional), the American College of Nurse-Midwives (O Instituto Superior Americano para Enfermeiras-Parteiras) e IMA World Health (Saúde Mundial).
www.accessstohealth.org

A Jhpiego é uma organização sem fins lucrativos na área de saúde, e afiliada com a Universidade Johns Hopkins. Ao longo de quase 40 anos, a Jhpiego tem capacitado os trabalhadores de saúde da linha de frente através do desenho e implementação de soluções efectivas, de baixo custo e práticas a fim de reforçar os serviços de saúde para as mulheres e suas famílias. Através da execução de inovações na área de saúde com base em evidências, a Jhpiego trabalha para aniquilar barreiras no acesso a cuidados de saúde de alta qualidade para as populações mais vulneráveis do mundo.

Editores técnicos: Frances Ganges e Patricia Gómez

Assistência editorial: Dana Lewison

Desenho gráfico: Trudy Conley

MARCAS REGISTRADAS: Todos nomes de marcas e produto são nomes comerciais ou marcas registadas das suas respectivas empresas

ÍNDICE

TABELAS E FIGURAS	iv
AGRADECIMENTOS	v
ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	vi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO UM: CUIDADOS PRÉ-NATAIS FOCALIZADOS	5
Objectivos de Aprendizagem	5
Antecedentes	5
Âmbito dos Cuidados Pré-natais Focalizados	7
Objectivos dos Cuidados Básicos.....	9
Detecção Precoce de Complicações e Doenças	10
Preparação para o Parto e para Responder a complicações	10
Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	13
Periodicidade das Consultas.....	14
Manutenção de Registos das Consultas Pré-natais e Actividades de Prevenção da Malária	18
CAPÍTULO DOIS: TRANSMISSÃO DA MALÁRIA	21
Objectivos de Aprendizagem	21
Antecedentes	21
Como se Transmite a Malária	22
Populações mais Afectadas pela Malária	25
Efeitos da Malária nas Grávidas	26
Interacção entre o HIV/SIDA e a Malária durante a Gravidez	30
Malária e Anemia Falciforme	33
Efeitos da Malária em Bebés ainda não Nascidos.....	33
Efeitos da Malária nas Comunidades	33
Educação sobre Saúde e Pontos de Aconselhamento.....	34
CAPÍTULO TRÊS: PREVENÇÃO DA MALÁRIA	35
Objectivos de Aprendizagem	35
Estratégia de Prevenção da Malária	35
Redes Tratadas com Insecticida.....	36
Pulverização Residual de Interiores (PRI)	40
Tratamento Intermitente Preventivo	41
Outras Formas de Prevenção da Malária	44
Educação sobre Saúde e Pontos de Aconselhamento.....	44

CAPÍTULO QUATRO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA MALÁRIA	45
Objectivos de Aprendizagem	45
Diagnóstico da Malária.....	45
Febre durante a Gravidez	54
Reconhecimento da Malária nas Grávidas	55
Gestão de casos de Malária durante a Gravidez.....	56
Recomendações para o Tratamento da Malária sem Complicações durante a Gravidez....	59
Tratamento Pré-transferência para a Malária Grave	61
REFERÊNCIAS	65

TABELAS E FIGURAS

Figura 1	Abito dos Cuidados Pré-natais
Tabela 1	Componentes das Consultas de Cuidados Pré-natais
Figura 2	Diferença entre os Mosquitos <i>Anopheles</i> e Outros Mosquitos
Figura 3	Formas de Transmissão da Malária
Figura 4	O ciclo de Infecção com Malária
Figura 5	Mapa de Localização das Áreas de Malária Endémica no Mundo
Figura 6	Malária durante a Gravidez em Áreas de Transmissão Estável
Figura 7	Malária durante a Gravidez em Áreas de Transmissão Instável
Tabela 2	Estratégia da OMS para a Malária durante a Gravidez por Nível de Transmissão
Figura 8	Rede Tratada com Insecticida Presa sob a Cama ou sob o Colchão
Tabela 3	Comparação entre Redes não Tratadas e Redes Tratadas com Insecticida
Tabela 4	Comparação entre o Diagnóstico Microscópico e a Testagem Rápida
Figura 9	Modelo de Ficha para Tomada de Decisão sobre o Tratamento da Malária em Áreas Remotas com Base nos Resultados da RDT da Malária ou Microscopia
Tabela 5	Sinais e Sintomas da Malária Grave e Sem complicações
Tabela 6	Determinação das Causas de Convulsões durante a Gravidez
Figura 10	Gestão de Casos de Malária durante a Gravidez

AGRADECIMENTOS

O presente manual de referência é uma revisão e actualização do Manual para Profissionais de Saúde: *Prevenção e Controle da Malária durante Gravidez*, publicado pela Jhpiego/Programa de Saúde Materna e Neo-natal em 2003. Os editores técnicos, Frances Ganges e Patricia Gómez, gostariam de reconhecer a contribuição significativa de Emmanuel Otolorin na primeira edição, assim como agradecer aos seguintes indivíduos pela sua contribuição neste manual revisto:

Os editores gostariam de reconhecer a contribuição significativa de Emmanuel Otolorin na primeira edição.

Os editores gostariam de agradecer aos seguintes indivíduos pela sua contribuição neste manual revisto:

Kwame Asamoah, Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças
William Brieger, Jhpiego Baltimore
Annett H. Cole, Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças
Aimee Dickerson, Jhpiego Baltimore
Rebecca Dineen, Jhpiego Baltimore
Scott Filler, Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças
Tiba Gaudiosa, Jhpiego Tanzânia
Robert Newman, Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças
Emmanuel Otolorin, Jhpiego Nigeria
Harshad Sanghvi, Jhpiego Baltimore
Emmanuel Rwamushaija, Jhpiego Tanzânia
Juliana Yartey, Organização Mundial da Saúde

Esta publicação foi possível graças ao apoio prestado pelo Departamento de Saúde Materna e Infantil, pelo Gabinete de Saúde, Doenças Infecciosas e Nutrição, pelo Departamento de Saúde Global, e pela Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional, ao abrigo dos termos do Acordo Cooperativo Líder com Associados GHS-A-00-04-00002-00. As opiniões expressas no presente são as dos editores e não reflectem necessariamente os pontos de vista da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional.

ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AQ	Amodiaquina
BPN	Baixo Peso à Nascimento
CPN	Cuidados Pré-Natais
CQ	Cloroquina
FRM	Fazer Recuar a Malária (Organização Mundial da Saúde)
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HPP	Hemorragia Pós-Parto
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MdG	Malária durante a Gravidez
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRI	Pulverização Residual de Interiores
RTI	Rede Tratada Com Insecticida
RTILD	Rede Tratada com Insecticida de Longa Duração
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SP	Sulfadoxina-pirimetamina
TCA	Terapia Combinada com base em Artemisina
TDO	Tratamento de Observação Directa
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
TIPi	Tratamento Intermitente Preventivo, infantil
TIPg	Tratamento Intermitente Preventivo, gravidez
USAID	Agência Americana para o desenvolvimento Internacional

INTRODUÇÃO

Com 250 milhões de casos todos os anos, no mundo inteiro, a malária causa cinco vezes mais doenças do que a TB, a SIDA, o sarampo e a lepra combinados (OMS 2008). Noventa por cento destes casos de malária ocorrem em África, onde pelo menos 25 milhões de mulheres engravidam nas áreas maláricas todos os anos. As mulheres grávidas são particularmente vulneráveis porque a gravidez reduz a imunidade da mulher contra a malária, tornando-a mais susceptível de contrair a infecção com malária e aumentando o risco de doença, anemia grave e morte. Para a criança por nascer, a malária materna aumenta o risco de aborto espontâneo, de nados mortos, parto prematuro e de baixo peso à nascença. A presença do HIV resulta numa resposta mais fraca tanto à prevenção e como ao tratamento da malária durante a gravidez.

Na Cimeira de Abuja sobre Fazer Recuar a Malária (Roll Back Malária) (FRM) em Abril de 2000, os líderes regionais esboçaram o seu compromisso com a redução da incidência da malária especialmente para os grandes grupos de risco: crianças, mulheres grávidas e pessoas com HIV/SIDA. Desde então foram envidados esforços de pesquisa significativa, compromisso político e programáticos produziram estratégias e ferramentas prometedoras para abordar este grande problema de saúde pública. A comunidade internacional também juntou-se com seu compromisso com a redução do fardo da malária. Os exemplos incluem:

- **A Iniciativa do Presidente para a Malária.** A Iniciativa do Presidente para a Malária (IPM) foi anunciada nos E.U. em Junho de 2005. Como um programa quinquenal, a IPM desafia o sector privado a juntar-se ao governo dos E.U. na luta contra a malária em 15 dos países africanos mais afectados. A primeira cimeira sobre a malária da Casa Branca teve lugar em Dezembro de 2006.
- **Fundo Global para a SIDA, TB e Malária (FGSTM).** O Fundo Global para a SIDA, TB e Malária foi criado pelas Nações Unidas em 2002 para aumentar dramaticamente os recursos para lutar contra três das doenças mais devastadores no mundo e para dirigir estes recursos para as áreas de maior necessidade.

Os progressos feitos para atingir as metas de Abuja foram avaliados na cimeira FRM em Yaoundé, República dos Camarões em 2005. Os líderes em Yaoundé reconheceram que muitos países não tinham atingido os objectivos definidos em 2000, e ficaram alarmados ao perceber que a despesa global com a malária correspondia a aproximadamente só 20% das necessidades estimadas. Eles recomendaram a tomada urgente de acções prioritárias e

outras iniciativas chave esboçadas no Plano Estratégico Global para FRM 2005–2015 (Parceria FRM 2005). As metas actualizadas deste plano centram-se em esforços dentro dos grupos mais vulneráveis. Uma meta importante é que 80% das mulheres grávidas nas áreas da transmissão estável recebam **tratamento intermitente preventivo (TIP)** até 2010. A estratégia está primeiramente visada à intensificação da implementação e aumento proporcional das intervenções de tratamento e prevenção comprovadas.

Este manual de referência, desenvolvido primeiramente em 2002, é um dos componentes de um pacote de aprendizagem para ser usado no ensino destas intervenções comprovadas aos profissionais de saúde de modo que possam evitar, reconhecer e tratar a malária durante a gravidez. Esta edição actualizada baseia-se no enquadramento estratégico da OMS para a malária durante a gravidez (MdG) (OMS 2004d) assim como as directrizes de tratamento mais recentes apresentadas pela OMS em 2006 (OMS 2006b). Ele apresenta informação actualizada, com base em evidências que responde aos três elementos da MdG recomendados pela OMS:

- Utilização de redes tratadas com insecticida
- TIP com sulfadoxina-pyrimethamina (SP)
- Diagnóstico precoce e rápida gestão dos casos

Uma vez que o objectivo é de fornecer estes serviços como parte dos cuidados pré-natais de rotina, este manual recomenda os cuidados pré-natais focalizados como a sua plataforma principal. O elevado nível de aderência à clínica pré-natal na região Africana fornece uma oportunidade única de prestar prevenção e tratamento eficazes, e de proteger os milhões de mulheres e seus bebês em risco de contrair malária. A prevenção e tratamento da malária estão integrados como parte das intervenções particularizadas realizadas nestes cuidados focalizados.

Este manual de referência fornece informação actualizada sobre a transmissão, prevenção e tratamento da malária. Devido à constante disponibilidade de informação com base em evidências, os recursos de Internet são destacados para auxiliar aos profissionais de saúde a manterem-se informados sobre novas pesquisas e recomendações internacionais. Como sempre, os profissionais de saúde são incentivados a cumprir com as políticas e directrizes locais, uma vez que muitos regimes de tratamento são específicos ao país ou região.

Ao longo do manual, são usados os seguintes símbolos:

	Indica os objectivos de aprendizagem de cada capítulo
	Chama a atenção do formando para informação importante
	Sugere recursos Internet para informação importante e actualizações

Introdução

CUIDADOS PRÉ-NATAIS FOCALIZADOS



OBJECTIVOS DE APRENDIZAGEM

No geral, a cobertura dos cuidados pré-natais é elevada em África, com cerca de 70% das grávidas a receberem pelo menos uma consulta durante a gravidez (OMS 2005). Em alguns países, a aderência é de 90% ou mais. (UNICEF 2005) Isto apresenta uma oportunidade única de integrar os serviços voltados para a prevenção e tratamento da MdG, tais como o tratamento intermitente preventivo (TIPg). Neste capítulo são descritos os componentes dos cuidados pré-natais focalizados (CPN) e os traços gerais de orientação para a sua organização e prestação da forma mais eficaz. No final deste capítulo, os formandos devem estar aptos a:

- Explicar as diferenças entre os cuidados básicos, adicionais e primeiros cuidados especializados.
- Descrever as quatro metas principais dos CPN focalizados.
- Descrever os elementos essenciais para um planeamento do parto que inclua a preparação para resposta a complicações.
- Discutir a frequência e periodicidade das consultas de CPN.
- Descrever os componentes de manutenção de registos para CPN focalizados.

ANTECEDENTES

O cuidado que é prestado a uma mulher durante a sua gravidez, contribui para garantir que a mulher e o recém-nascido sobrevivam à gravidez, parto e que o período pós-parto/pós-natal decorra em boas condições de saúde. Uma nova abordagem, designada CPN **focalizados**, é uma forma muito eficaz de prestar serviços pré-natais. Os CPN focalizados contam com intervenções baseadas em evidências que se “focalizam” numa determinada mulher (por exemplo, as suas necessidades e preocupações) e são adequados à idade gestacional da gravidez.

Enquanto uma abordagem tradicional aos CPN parte do princípio que quanto maior for o número de consultas melhores serão os cuidados providenciados à grávida, os cuidados focalizados enfatizam a qualidade das consultas e dos cuidados individualizados em vez da quantidade de consultas. Esta abordagem, baseada na pesquisa da OMS (OMS 2002) reconhece que:

Cuidados pré-natais focalizados

- As consultas frequentes não melhoram necessariamente os resultados da gravidez. A OMS recomenda pelo menos quatro consultas pré-natais para as mulheres com gravidezes normais.
- Muitas mulheres identificadas como sujeitas a um “risco elevado” nunca desenvolvem complicações, enquanto as mulheres “de baixo-risco” frequentemente as desenvolvem. Os cuidados focalizados baseiam-se na premissa de que cada mulher grávida corre o risco de desenvolver complicações, e que todas as mulheres devem consequentemente receber os mesmos cuidado básicos—incluindo a monitorização das complicações.



Documentos Importantes da Organização Mundial da Saúde:

CPN nos países em vias de desenvolvimento e o estudo CPN da OMS

http://www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal_care.pdf

http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/antenatal_care_randomized_trial.pdf

Os cuidados focalizados também poupam tempo e dinheiro quando comparados com os cuidados tradicionais porque as mulheres recebem somente os cuidados que precisam. Por exemplo, algumas medidas previamente rotineiras e indicadores de risco (por exemplo, avaliação da altura materna, edema no tornozelo, ou da posição fetal antes da 36ª semana) são eliminados porque, tal como as visitas frequentes, não se provaram eficazes na melhoria dos resultados da gravidez.

A maioria das mulheres em África recebe CPN pelo menos uma vez, o que representa uma oportunidade para que os profissionais de saúde respondam não só às questões que afectam a saúde materno-perinatal, mas outras necessidades de cuidados médicos. Os CPN focalizados são projectados para servirem de plataforma para a prestação de serviços integrados apropriados às necessidades da mulher. Também podem servir de ligação eficaz com as intervenções tais como TIPg. As mulheres receberão não só a instrução sobre a doença, mas cuidados baseados em evidências para a prevenção e tratamento. A integração da prevenção e tratamento da malária nos CPN focalizados são fundamentais para melhorar os resultados para mães e neonatos em áreas de malária endémica.

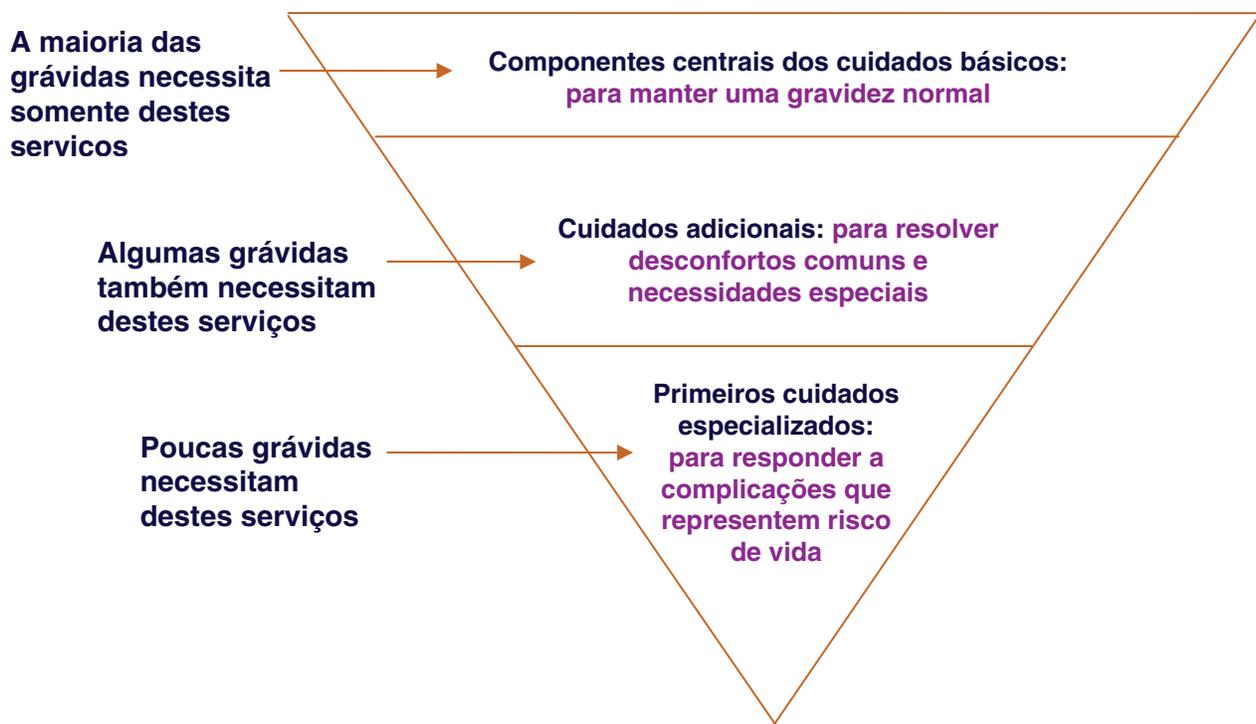
Um outro componente importante dos CPN focalizados é a prestação de cuidados por um profissional qualificado. Cada consulta deve ser conduzida por uma parteira, médico, enfermeira ou o outro profissional de saúde qualificado—que tenha conhecimentos, as capacidades e atitudes necessárias

para trabalhar eficazmente para atingir os objectivos dos CPN, como descrito abaixo.¹

ÂMBITO DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS FOCALIZADOS

Todas as mulheres grávidas desejam uma gravidez normal com um resultado saudável para si e para o seu bebé. Esta é a razão porque muitas procuram os CPN. O âmbito dos serviços pré-natais inclui cuidados básicos, cuidados para necessidades adicionais e os primeiros cuidados especializados (vide **Figura 1**). O profissional qualificado poderá prestar serviços confiáveis às mulheres grávidas que precisarem qualquer ou todos os aspectos dos cuidados.

Figura 1. Âmbito dos cuidados pré-natais focalizados



Os cuidados básicos incluem os serviços que todas as mulheres devem receber para assegurar, apoiar e manter um ciclo normal de gravidez. Os cuidados básicos devem incluir, sem se limitar ao seguinte:

- Detecção precoce de complicações, condições crónicas e outros problemas/potenciais problemas
- Promoção de saúde para facilitar práticas saudáveis

¹ De acordo com a OMS, o termo “profissional qualificado” refere-se a “um profissional de saúde acreditado—tal como uma parteira, médico ou—que tenha sido formado e educado em termos de proficiência nas capacidades necessárias para gerir gravidezes normais (sem complicações), partos e o período pós-natal imediato, e na identificação, gestão e de complicações nas grávidas e recém-nascidos” (OMS 2006b).

Cuidados pré-natais focalizados

- Apoio nutricional
- Ajudar a grávida e a sua família a preparem-se para o parto e possíveis complicações
- Testagem e aconselhamento para a infecção com HIV (a menos que a paciente “opte por recusar”)
- Imunizações e outras medidas preventivas

Algumas mulheres precisarão de **cuidados adicionais** para responder às suas preocupações tais como desconfortos comuns durante a gravidez (por exemplo, dor nas costas, seios sensíveis, edema nos tornozelos) ou necessidades especiais. As necessidades especiais são condições ou factores pessoais/sociais que devem ser considerados ao planear e implementar os cuidados. Exemplos de cuidados adicionais incluem intervenções tais como o aconselhamento sobre tópicos de saúde específicos, respondendo às necessidades das adolescentes grávidas ou aos cuidados para as mulheres infectadas com HIV.

Algumas mulheres grávidas precisarão dos primeiros **cuidados especializados**, incluindo consultas CPN adicionais e/ou transferência por motivos de problemas mais graves ou complicações tais como malária grave, anemia ou a hemorragia pré-natal. Este aspecto dos cuidados não inclui a gestão do problema, mas a estabilização e preparação para a transferência a um nível cuidados mais elevado.

OBJECTIVOS DOS CUIDADOS BÁSICOS

O principal objectivo dos CPN é um resultado saudável para a mãe e o seu recém-nascido. Nos CPN focalizados, isto é obtido através das seguintes intervenções voltadas para as metas:

- Identificação e tratamento das condições de saúde existentes
- Detecção precoce de complicações e/ou doenças surgidas durante a gravidez
- Preparação para o parto e prontidão para complicações
- Promoção da saúde e prevenção da doença

Uma meta importante dos CPN é a detecção e tratamento precoce dos problemas que podem complicar a gravidez. Isto inclui a prestação (ou facilitação) do tratamento adequado. Os CPN focalizados promovem a avaliação direccionada, durante a qual o profissional qualificado entrevista, examina e realiza testes à mulher para detectar sinais/sintomas de condições crónicas que são comuns à população alvo bem como complicações

relacionadas com a gravidez. As seguintes complicações durante a gravidez afectam significativamente a saúde materna e do recém-nascido:

- Anemia grave
- Eclâmpsia
- Malária
- Sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)
- HIV/SIDA

Como será discutido mais tarde, os efeitos da malária nas mulheres grávidas variarão de acordo com níveis de transmissão e de imunidade. Por exemplo, onde a malária for mais predominante, as mulheres grávidas serão largamente assintomáticas. No entanto, quando os níveis de transmissão são baixos, as mulheres desenvolverão a doença clínica e são mais susceptíveis de sofrer de malária grave. É crucial para os profissionais de saúde reconhecerem que diferentes níveis de transmissão ocorrem numa série contínua e que diversas condições podem ocorrer dentro de um país ou de uma região. Uma vez que as mulheres que recebem CPN podem vir destes cenários diferentes, os cuidados devem ser individualizados em conformidade.

DETEÇÃO PRECOCE DE COMPLICAÇÕES E DOENÇAS

Uma outra componente da avaliação direccionada é a detecção de sinais e sintomas de complicações maternas. O profissional de saúde qualificado também controla estas complicações ou presta a gestão inicial e estabilização, incluindo medidas de salvaguarda da vida, conforme necessário. Facilitar a gestão ou transferência a um nível de cuidados mais elevado é também um papel importante do profissional de saúde que preste CPN focalizados. As seguintes complicações são as principais causas da mortalidade materna e neo-natal:

- Hemorragia
- Parto obstruído
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia
- Sepsis/infecção

PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PREPARAÇÃO PARA RESPONDER A COMPLICAÇÕES

Se uma mulher estiver bem preparada para um parto normal e possíveis complicações, ela estará mais receptiva a receber os cuidados de saúde profissionais e atempados de que irá necessitar para proteger a sua saúde e possivelmente a sua vida e a do seu recém-nascido. Como parte dos CPN focalizados, o profissional qualificado presta assistência à mulher e sua família através do desenvolvimento de um **plano para o parto** para garantir que são feitas as preparações necessárias para um parto normal antes da data prevista para o mesmo. Visto que toda a mulher e respectiva família devem estar preparadas para responder de forma apropriada a uma situação de emergência, o plano para o parto deve também incluir a **preparação para responder a complicações**. Os principais componentes de um plano para o parto estão descritos abaixo.

Profissional qualificado

Auxiliar a grávida no sentido de ser um profissional qualificado a acompanhar o parto; esta pessoa deverá ter a formação necessária para prestar apoio ao desenvolvimento do trabalho de parto normal/parto e a ultrapassar complicações caso surjam.

Certificar-se de que a grávida sabe como contactar o profissional qualificado ou a unidade de saúde na altura apropriada.

Local do parto

Auxiliar a grávida nos preparativos relativos ao local do parto—quer seja o hospital distrital, centro de saúde primário, posto de saúde da comunidade ou em casa.

Dependendo das necessidades individuais da grávida, pode ser necessário recomendar uma unidade de saúde mais especializada para o local do parto, ou simplesmente apoiar a grávida a fazer o parto onde ela escolher.

Transporte/transporte de emergência

Certifique-se de que ela conhece os sistemas de transporte e que já foram tomadas as medidas necessárias para:

- O transporte para o local do parto (se não for em casa), e
- O transporte de emergência para uma unidade de saúde apropriada, caso surja sinais de perigo.

Fundos/fundos de emergência

Certifique-se de que ela tem fundos de maneiio pessoais ou outros meios económicos para pagar os cuidados de saúde durante o parto normal e/ou cuidados de emergência.

Se for relevante, fale com ela sobre os fundos de emergência que estão disponibilizados pela comunidade e/ou instalação sanitária.

Tomada de decisões

Questione a grávida relativamente a quem é que habitualmente toma as decisões na família e decida:

- Como serão tomadas as decisões quando se iniciar o trabalho de parto ou em caso de sinais de perigo (quem é que decide?); e
- Quem mais tomará decisões se essa pessoa não estiver presente.

Apoio

Apoie a grávida na tomada de decisão sobre/providências para o apoio necessário, incluindo:

- A companhia da sua escolha para ficar com ela durante o trabalho de parto e nascimento, e acompanhá-la durante o transporte, se necessário; e
- Alguém que trate da sua casa e filhos durante a sua ausência.

Dador de sangue

Certifique-se de que a grávida já identificou um dador de sangue apropriado e que esta pessoa estará acessível em caso de emergência.

Itens necessários para um parto limpo e seguro e para o recém-nascido

Certifique-se de que a grávida dispõe dos itens necessários para um parto limpo e seguro. Discuta a importância de manter os itens reunidos para serem facilmente acessíveis quando necessários.

- Para o parto: pensos higiénicos/panos, sabão, roupa de cama limpa, recipiente para a placenta, lâmina de barbear nova não utilizada, cobertura de plástico/à prova de água, faixas umbilicais, etc.
- Para o recém-nascido: lençóis, fraldas, roupas, etc.

Nota: Os itens necessários dependem dos requisitos individuais face ao local escolhido para o parto, seja numa unidade de saúde ou em casa.

Sinais de perigo e sinais de trabalho de parto

Certifique-se de que a grávida saiba reconhecer os sinais de perigo, que indiquem a necessidade de activar o plano de preparação para responder a complicações:

- Sangramento vaginal
- Dificuldade respiratória
- Febre*
- Dor abdominal forte
- Cefaleia forte*/visão turva
- Convulsões*/perda de consciência
- Dores de trabalho de parto antes das 37 semanas

**Estes também podem ser sinais de malária. Cefaleias e convulsões (ataques) podem indicar malária grave.*

Finalmente, certifique-se de que a grávida conhece os sinais do trabalho de parto, bem como quando e como contactar o profissional qualificado.

- Contrações com dores progressivas e regulares
- Dores nos rins irradiando do útero (passagem de sangue com muco cervical)
- Ruptura de membranas

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Os CPN focalizados promovem a reserva de algum tempo durante cada consulta para discutir tópicos de saúde importantes. O profissional qualificado deve certificar-se que a grávida e a sua família têm a informação necessária para poderem tomar decisões correctas durante a gravidez, parto e período pós-parto/recém-nascido—assim como orientações suficientes para a aplicação dessa informação à sua situação específica.

Em áreas de alta predominância de malária, devem ser transmitidas às grávidas e respectivas famílias mensagens sobre saúde e aconselhamento relativamente aos seguintes tópicos:

- TIP (onde aplicável): Como funciona para proteger contra a malária e suas complicações; a importância de voltarem às consultas de CPN de acompanhamento para receberem todas as doses recomendadas.

- Redes tratadas com insecticida (RTI): Onde conseguir como e como usá-las eficazmente, como funcionam, e os seus benefícios e segurança para a grávida e feto.
- Diagnóstico precoce da malária e rápida gestão do caso: informação atempada ao centro de saúde quando houver suspeita de malária e cumprimento com o regime de tratamento.
- Prevenção da malária: o que a grávida e a sua família podem fazer para minimizar a proliferação e picadas do mosquito.
- Outras questões importantes a serem discutidas incluem:
- Nutrição
 - Cuidados para estados normais de desconforto
 - Evitar o uso de substâncias potencialmente nocivas
 - Higiene
 - Repouso e actividade
 - Relações sexuais e sexo seguro
 - Aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida
 - Aconselhamento e testagem para o HIV (se a grávida não “optar por recusar”)
 - Planeamento familiar/periodicidade e espaçamento saudável das gravidezes
 - Juntamente com mensagens de saúde, outro aspecto da promoção de saúde é o fornecimento de intervenções seguras e racionais para evitar certas condições. Algumas intervenções chave que se provaram eficazes na redução da morbidade e mortalidade materna e neo-natal incluem:
- Prevenção do tétano e da anemia
 - Imunização com toxóide tetânico (TT)
 - Suplementos de ferro/ácido fólico
 - Tratamento preventivo para infecção com ténia
- Prevenção de quaisquer doenças/deficiências endémicas
 - Suplementos de vitamina A
 - Ajuda a evitar cegueira nocturna e apoia o crescimento e desenvolvimento fetal
- Suplementos de iodo

Cuidados pré-natais focalizados

- A deficiência de iodo é a principal causa de atrasos mentais e danos cerebrais evitáveis, especialmente no feto em desenvolvimento e crianças pequenas. Durante a gravidez, também aumenta as chances de aborto espontâneo e nascidos mortos.
- PTV (prevenção da transmissão vertical)
 - Seguir as directrizes locais

PERIODICIDADE DAS CONSULTAS

A periodicidade adequada depende da idade gestacional da gravidez e também das necessidades individuais da mulher. Para as mulheres cujas gravidezes estão a progredir normalmente, a OMS recomenda a seguinte periodicidade para um mínimo de quatro consultas CPN (OMS 2002). Estas consultas podem ocorrer nas ou por volta dos seguintes estágios:

Primeira consulta: antes da 16^a semana (no fim do 4^o mês). Idealmente, esta consulta deve ocorrer no primeiro trimestre (até a 12^a semana) ou quando a mulher descobrir que está grávida.

Segunda consulta: Entre a 24^a–28^a semana (6^o–7^o meses) ou, pelo menos, uma vez durante o segundo trimestre.

Terceira consulta: por volta da 32^a semana (8 meses).

Quarta consulta: por volta da 36^a semana (9 meses), para um total de duas consultas durante o terceiro trimestre.

As mulheres com sinais de perigo, necessidades especiais, condições que se encontram além do âmbito dos cuidados básicos (tais como sangramento pré-natal, pressão sanguínea elevada ou anemia falciforme), ou outros problemas podem exigir consultas adicionais. Além disso, a mulher deve sempre ser incentivada a procurar cuidados entre as consultas, sempre que tiver um problema ou uma preocupação. (Vide a **Tabela 1** para os componentes das consultas dos cuidados pré-natais focalizados.)

Tabela 1. Componentes das consultas dos cuidados pré-natais

ACTIVIDADE	PRIMEIRA CONSULTA (16ª SEMANA*)	SEGUNDA CONSULTA (24–28 SEMANAS)	TERCEIRA CONSULTA (32ª SEMANA)	QUARTA CONSULTA (36ª SEMANA)
AVALIAÇÃO Para: <ul style="list-style-type: none"> • Detectar sinais/sintomas de malária e outras complicações ou doenças • Calcule DPN/idade gestacional • Determine se o progresso é normal Efectue uma avaliação cuidadosa: <ul style="list-style-type: none"> • Verificação rápida: Pergunte sobre problemas/sinais de perigo • Historial: Historial menstrual e contraceptivo, gravidez actual, historial obstétrico, historial médico • Exame físico: Estado geral de saúde; pressão arterial; seios, abdómen, genitais • Testes: nível de hemoglobina, RRP (para a sífilis), HIV (a menos que ela “opte por recusar”) 	Para: <ul style="list-style-type: none"> • Detectar sinais/sintomas de malária e outras complicações ou doenças • Confirmar DPN e progresso normal Efectue uma avaliação direccionada: <ul style="list-style-type: none"> • Verificação rápida: Pergunte sobre problemas/sinais de perigo • Historial: problemas/sinais de perigo • Exame físico: estado geral de saúde; pressão arterial; abdómen (incluindo BCF), outros elementos como indicado • Testes: como indicado 	Para: <ul style="list-style-type: none"> • Detectar sinais/sintomas de malária e outras complicações ou doenças • Confirmar DPN e progresso normal Efectue uma avaliação direccionada: <ul style="list-style-type: none"> • Verificação rápida: Pergunte sobre problemas/sinais de perigo • Historial: problemas/alterações desde a última consulta • Exame físico: estado geral de saúde; pressão arterial; abdómen (incluindo BCF), outros elementos como indicado • Testes: como indicado 	Para: <ul style="list-style-type: none"> • Detectar sinais/sintomas de malária e outras complicações ou doenças • Confirmar DPN e progresso normal • Identificar o mau posicionamento Efectue uma avaliação direccionada: <ul style="list-style-type: none"> • Verificação rápida: Pergunte sobre problemas/sinais de perigo • Historial: problemas/alterações desde a última consulta • Exame físico: estado geral de saúde; pressão arterial; abdómen (incluindo BCF e mau posicionamento fetal), outros elementos como indicado • Testes: como indicado 	

ACTIVIDADE	PRIMEIRA CONSULTA (16ª SEMANA*)	SEGUNDA CONSULTA (24–28 SEMANAS)	TERCEIRA CONSULTA (32ª SEMANA)	QUARTA CONSULTA (36ª SEMANA)
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados /Transferência apropriados para os problemas identificados • Aconselhamento e testagem para o HIV • Desenvolvimento de plano para o parto (incluindo a revisão dos sinais de perigo e preparação para resposta a complicações) • Início do TIP: • Se a consulta tiver lugar depois da 16ª semana, administre a primeira dose de TIPg • Primeira dose de TT • Ferro/ácido fólico, • Mensagens sobre saúde/aconselhamento relativamente aos tópicos tais como prevenção da malária através de TIP e RTI, nutrição, desconfortos comuns 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação ou revisão (se apropriado) do plano para os cuidados de saúde • Cuidados /Transferência apropriados para os problemas identificados • Desenvolvimento adicional/revisão do plano do parto • Continuação das medidas de prevenção: • Se não houver TIPg anterior, administre a 1ª dose, administre a 2ª dose se a 1ª tiver sido há pelo menos 4 semanas • Administre a 2ª dose de TT se tiver sido administrado e tenha sido pelo menos 4 semanas depois da 1ª • Administre ferro/ácido fólico como apropriado • Continuação das mensagens sobre saúde/aconselhamento como apropriado 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação ou revisão (se apropriado) do plano para os cuidados de saúde • Cuidados /Transferência apropriados para os problemas identificados • Desenvolvimento adicional/revisão do plano do parto • Continuação das medidas de prevenção: • Se não houver TIPg anterior, administre a 1ª dose; administre a 2ª dose se a 1ª tiver sido há pelo menos 4 semanas • Se for HIV-positiva, administre a 3ª dose de TIPg, se tiverem decorrido pelo menos 4 semanas da 2ª dose • Se não tiver recebido TT nesta gravidez, administre a 1ª dose; Administre a 2ª dose se tiver sido administrado e tenha sido pelo menos 4 semanas depois da 1ª • Administre ferro/ácido fólico como apropriado • Continuação das mensagens sobre saúde/aconselhamento como apropriado 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação ou revisão (se apropriado) do plano para os cuidados de saúde • Cuidados /Transferência apropriados para os problemas identificados • Finalização do plano do parto • Continuação das medidas de prevenção: • Se não houver TIPg anterior, administre a 1ª dose; administre a 2ª dose se a 1ª tiver sido há pelo menos 4 semanas • TT e ferro/ácido fólico como apropriado • Mensagens sobre saúde/aconselhamento relativamente aos tópicos tais como prevenção da malária através de TIP e RTI, planeamento familiar, puericultura, sinais de trabalho de parto
REGISTO	Antes de cada consulta, examine os registos da última consulta de CPN, se existirem. Durante a consulta, registre as observações, os cuidados prestados e a data da próxima consulta de CPN.			

* Ou quando a paciente se aperceber de que está grávida

Abreviaturas utilizadas: DPN—data prevista para o parto; BCF—batimento cardíaco fetal; TIP—Tratamento Intermitente Preventivo ; TT—toxóide tetânico

MANUTENÇÃO DE REGISTOS DAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS E ACTIVIDADES DE PREVENÇÃO DA MALÁRIA

A manutenção de registos é uma ferramenta importante na prestação de CPN. A manutenção de registos precisos é necessária para monitorizar de forma adequada o estado da paciente, para prestar cuidados de saúde contínuos (ao longo do tempo e entre profissionais de saúde), para planear e avaliar os cuidados de saúde e para comunicar de forma eficaz entre profissionais de saúde e entre instalações sanitárias onde seja necessária a transferência. A unidade de saúde deve organizar e manter um registo de cada grávida e respectivo recém-nascido alvo dos cuidados de saúde. O profissional recolhe a informação, regista-a, consulta-a e faz a actualização em cada consulta.

Tenha em mente que a informação que registar não precisa de ser longa, mas tem que ser precisa. Também deverá estar claramente escrita para que os outros profissionais possam facilmente perceber o que documentou. A lista abaixo define o que deverá ser incluído no registo pré-natal.

Primeira consulta

- Historial
- Exame físico
- Prestação de cuidados, incluindo a provisão de TIPg, se necessário
- Inclua outro tratamento preventivo tal como o toxóide tetânico e ferro/ácido fólico
- Aconselhamento apropriado à idade gestacional, tais como plano para o parto/de preparação para complicações, e utilização de RTI ou redes tratadas com insecticida de longa duração (RTILD), se disponível (onde ter acesso e como usá-las), outras medidas de prevenção da malária e sinais de perigo (incluindo sinais/sintomas de malária) e a reacção adequada
- Testagem para despiste de malária e outros
- Incluir a testagem HIV ou documentação se a paciente “optar por recusar”
- Data da próxima consulta de CPN

Cuidados pré-natais focalizados

Consultas seguintes

- Historial provisório
- Exame físico direccionado
- Prestação de cuidados, incluindo a provisão de TIPg, se necessário
- Aconselhamento de saúde apropriado, incluindo a revisão do plano para o parto/de preparação para complicações, e utilização de RTI (e informação relevante sobre como a paciente as obteve, pode obter ou tenha usado as RTI)
- Testagem e aconselhamento para o HIV se não tiver sido efectuado nas consultas anteriores ou se a paciente o pedir
- Data da próxima consulta de CPN

Cuidados pré-natais focalizados em Tema, Ghana

As mulheres frequentemente esperam pelo menos 4–6 horas pelos CPN no Hospital Geral de Tema no Ghana. Inicialmente havia uma fila para ter a pressão sanguínea medida, a outra para a altura e o peso; e ainda outra para o registo do historial. A participação em grupos de educação sanitária era frequentemente de pouco interesse para as mulheres porque estavam cansadas, aborrecidas e impacientes para ver a parteira—isto é, até a implementação dos CPN focalizados.

Foram construídos quatro compartimentos e atribuída uma parteira permanentemente para cada um. Quando as mulheres se registam para CPN, são atribuídas a uma das quatro parteiras e consultam com a mesma parteira ao longo da sua gravidez. Esta parteira é responsável por todos os cuidados: historial e exame físico, aconselhamento/educação sanitária, medidas preventivas, e detecção e tratamento de complicações. Também lhes é prestado TIP contra a malária. As mulheres familiarizam-se com as suas parteiras e desenvolvem um relacionamento. Também consultam com a mesma parteira nas suas consultas clínicas pós-parto. Agora, ao andar pela clínica pré-natal em Tema, vêem-se caras felizes porque o tempo de espera foi reduzido para 2½ horas em média. Muitas mães agora chegam mesmo a apreciar as sessões de instrução em grupo. As parteiras também reportam que os CPN focalizados resultaram na melhoria da qualidade dos cuidados.

TRANSMISSÃO DA MALÁRIA



OBJECTIVOS DE APRENDIZAGEM

Neste capítulo apresenta-se de forma resumida o que é a malária, como se transmite e os seus efeitos, especialmente nas grávidas. No final deste capítulo, os formandos devem estar aptos para:

- Definir malária e sua forma de transmissão.
- Descrever os efeitos da malária em África no geral, e especificamente no seu próprio país.
- Comparar os efeitos da malária nas áreas de transmissão estável e instável.
- Enumerar os efeitos da malária em grávidas e nos bebés ainda não nascidos.
- Descrever os efeitos da malária em grávidas com HIV/SIDA.

ANTECEDENTES

A malária é uma doença causada por um grupo de parasitas chamado *Plasmodium*. Um parasita é um organismo muito pequeno (ser vivo) que não pode ser visto a olho nu. Não consegue sobreviver por si só; necessita de se alimentar de outros organismos para se poder reproduzir e sobreviver. Existem vários tipos de *Plasmodium* que podem transmitir a malária aos animais e humanos. Os quatro tipos que afectam aos humanos, somente são:

- *Plasmodium falciparum*
- *Plasmodium vivax*
- *Plasmodium ovale*
- *Plasmodium malária*

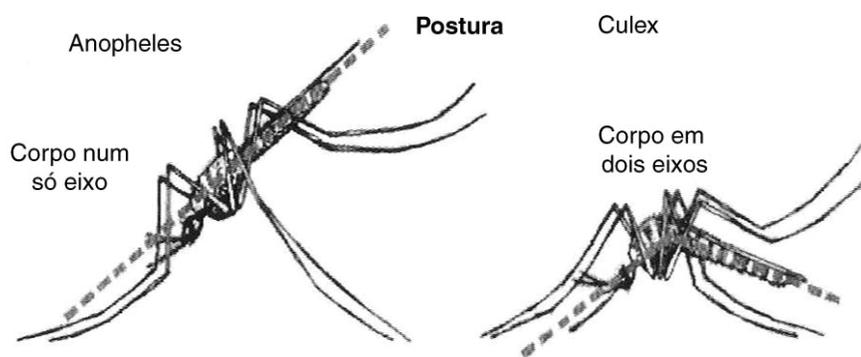
Destes quatro somente um, o *Plasmodium falciparum*, é de importância primária na maior parte de África visto ser o mais comum.

A malária não pode passar (ser transmitida) directamente de um ser humano para outro. A malária é disseminada por mosquitos infectados com parasitas de malária. O mosquito pode contrair estes parasitas ao picar uma pessoa infectada. Contudo, nem todos os mosquitos transmitem a malária. Os mosquitos fêmeas da família dos *Anopheles* disseminam o parasita da malária. Tal como indicado na **Figura 2**, o mosquito *Anopheles* é diferente de um

Transmissão da malária

mosquito que não transmite a malária pela forma como posiciona o seu corpo ao pousar sobre qualquer objecto.

Figura 2. Diferença entre mosquitos anopheles e outros mosquitos



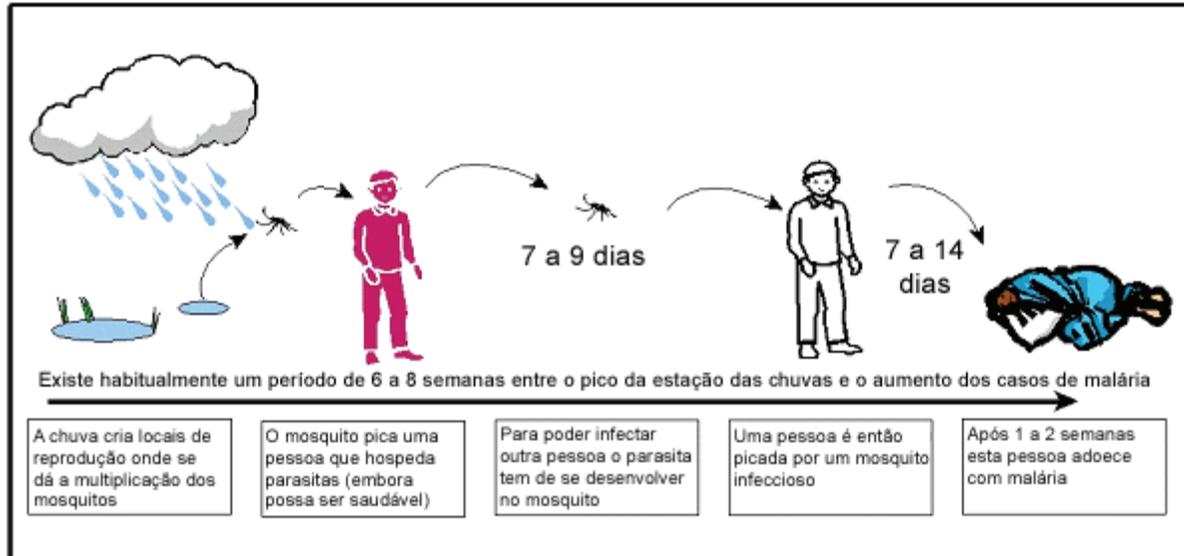
Nota: O corpo do *Anopheles* aponta para o ar numa linha, enquanto nos outros mosquitos, a parte traseira faz um ângulo e aponta para baixo.

COMO SE TRANSMITE A MALÁRIA

Uma pessoa fica infectada após ter sido picada por um mosquito *Anopheles* fêmea infectado. Um mosquito chupa sangue para nutrir os seus ovos. Quando o mosquito fêmea pica, injecta saliva que contém os parasitas para a corrente sanguínea humana. Os parasitas deslocam-se então até às células do fígado humano onde se escondem do sistema imunitário e começam a multiplicar-se.

Cerca de 1 a 2 semanas depois de a pessoa ser picada, os parasitas fazem com que as células do fígado infectadas rebentem, e novos parasitas entram na corrente sanguínea (**Figura 3**).

Figura 3. Como se transmite a malária



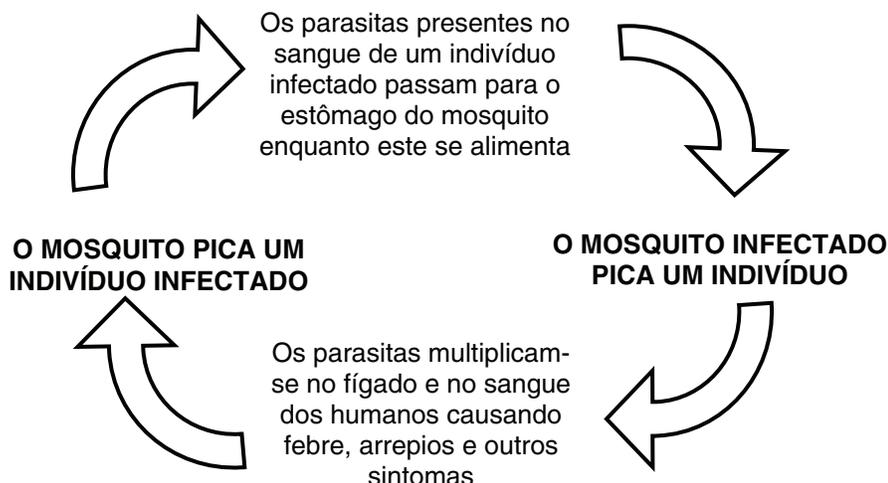
Depois, os parasitas atacam os glóbulos vermelhos e começam a consumir a hemoglobina, o componente do sangue que transporta o oxigénio. A perda destes glóbulos vermelhos causa anemia. Enquanto estiverem nos glóbulos vermelhos, os parasitas se multiplicam e eventualmente fazem com que os glóbulos vermelhos expludam, novamente libertando parasitas para o sangue. Quando isto acontece, normalmente a pessoa começa a sentir os sinais de malária. Os sinais comuns da malária incluem febre, arrepios, suores e cefaleia.

A pessoa pode-se sentir bem por pouco tempo até mais glóbulos vermelhos rebentarem (a cada 2 a 3 dias) e começa a sentir-se mal novamente. Este ciclo continua vez após vez até o sistema imunitário ou medicação parar a infecção ou a pessoa morrer.

Dado que os mosquitos *Anopheles* só são activos de noite, os esforços para prevenir a malária são mais eficazes do crepúsculo até ao amanhecer. Contudo, porque os mosquitos podem transmitir outras doenças, é preferível prevenir-se sempre das picadas. É importante notar que embora os mosquitos possam ser o foco de outras doenças, eles não podem transmitir o HIV.

Enquanto uma pessoa estiver exposta aos mosquitos, o ciclo de infecção pela malária pode repetir-se, tal como ilustrado na **Figura 4**. Por vezes, alguns parasitas permanecem no fígado e podem vir a ser libertados meses ou anos mais tarde.

Figura 4. O ciclo de infecção da malária



Os quatro factores seguintes afectam a transmissão da malária e a doença. Quanto maior o número de factores presente numa comunidade, maior será a taxa de ocorrência de malária.

- **Locais de reprodução:** Os mosquitos necessitam de zonas de água estagnada ou água parada para utilizarem como locais de reprodução para depositarem os seus ovos. Estes locais, que podem aumentar durante a estação das chuvas, incluem:
 - Pequenos lagos, regos, minas e canais
 - Pântanos, reservatórios e arrozais
 - Poças de água causadas pela chuva
 - Tanques de água descobertos
 - Ribeiros com água de curso lento ao longo das margens
 - Sulcos com água feitos por pegadas de animais
 - Objectos que acumulam água: pneus de carros velhos, latas vazias e recipientes
- **Parasitas:** Tem de existir um número suficiente de parasitas na população humana para infectar um mosquito.
- **Clima:** A temperatura deve rondar em média 18–20 °C e a humidade acima de 60% para que o mosquito sobreviva e para que o parasita se desenvolva e se torne um agente infeccioso. Quanto mais quente a temperatura, mais rápido será o desenvolvimento do parasita.

- **População:** Dado que os mosquitos não voam para distâncias superiores a 1–2 km dos seus locais de reprodução. As pessoas têm de estar perto dos locais de reprodução para virem a ser picado por um mosquito infectado.

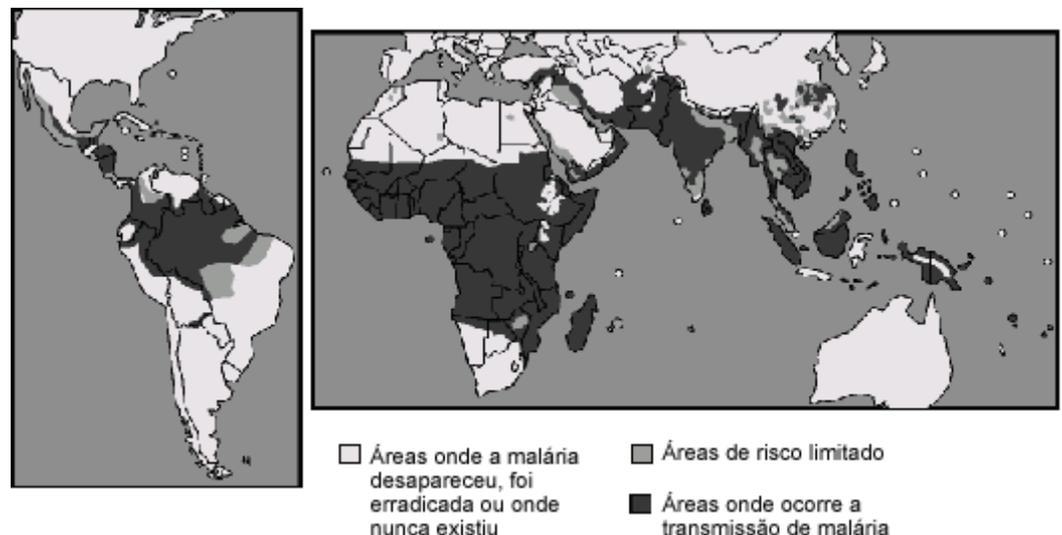
POPULAÇÕES MAIS AFECTADAS PELA MALÁRIA

A malária é um problema de saúde pública em todo o mundo. Dos 250 milhões de casos estimados todos os anos em todo o mundo, mais de 86% ocorrem na África Subsaariana (OMS 2008) (vide **Figura 5**). Crianças pequenas e grávidas são os dois grupos de pessoas de maior risco de infecção. Milhões de gravidezes ocorrem entre mulheres que vivem em áreas endémicas de malária em África, no entanto só uma fracção destas mulheres têm acesso a intervenções efectivas.

- A cada 10 segundos, morre uma pessoa em África devido à malária.
- ✓ • Cerca de 70 % das mortes causadas por malária ocorrem em crianças com menos de 5 anos.
- As grávidas estão duplamente expostas ao risco de infecção comparativamente às não grávidas.
- As primigestas ou secundigestas estão mais expostas ao risco.

Outros que correm maior risco de infecção por malária incluem as pessoas provenientes de outras áreas de pouca ou nenhuma predominância de malária (tais como os imigrantes e refugiados) que vêm de visita ou que vivem em áreas de alta transmissão de malária, e pessoas com HIV/SIDA.

Figura 5. Mapa mundial das áreas endémicas de malária



Fonte: Organização Mundial da Saúde 1997



A malária afecta cerca de cinco vezes mais pessoas do que a SIDA, a lepra, o sarampo e a tuberculose em conjunto

Níveis de transmissão

As áreas de transmissão “estável” ou elevada-moderada são os lugares onde as populações estão continuamente expostas a uma taxa de malária razoavelmente constante. Nestas áreas, a imunidade é desenvolvida durante a infância. Os adolescentes e os adultos são parcialmente imunes, embora possam ter alguns parasita no seu sangue. A imunidade é reduzida com a gravidez e pode ser perdida quando os indivíduos se movem para fora da área de transmissão elevada por muito tempo. As crianças e as mulheres grávidas nas áreas da transmissão estável têm o maior risco de ficarem doentes com malária.

Nas áreas de transmissão “instável” ou baixa, a população não é exposta à malária com muita frequência. A malária pode às vezes ser sazonal nestas áreas (como na estação das chuvas). Devido a estes baixos níveis de infecção com malária, a população não desenvolve quase nenhuma imunidade. Em consequência, as crianças, adultos, mulheres grávidas e as mulheres não grávidas são igualmente susceptíveis de contrair infecções com malária. Consequentemente, nas áreas de transmissão instável, a malária durante a gravidez pode ser muito grave e as complicações podem ocorrer num curto período de tempo.

Frequentemente, podem ocorrer diferentes níveis de transmissão dentro de um país ou de uma região. Dentro de uma região malárica (como a África Austral) pode também haver áreas sem malária (Controlo da Malária na África Austral 2006). Os factores que afectam a transmissão incluem a temperatura, humidade e altitude. Por exemplo, a vida do mosquito é aumentada com humidade elevada, enquanto no tempo frio (abaixo de 16°C) retarda o desenvolvimento do parasita da malária.

EFEITOS DA MALÁRIA NAS GRÁVIDAS

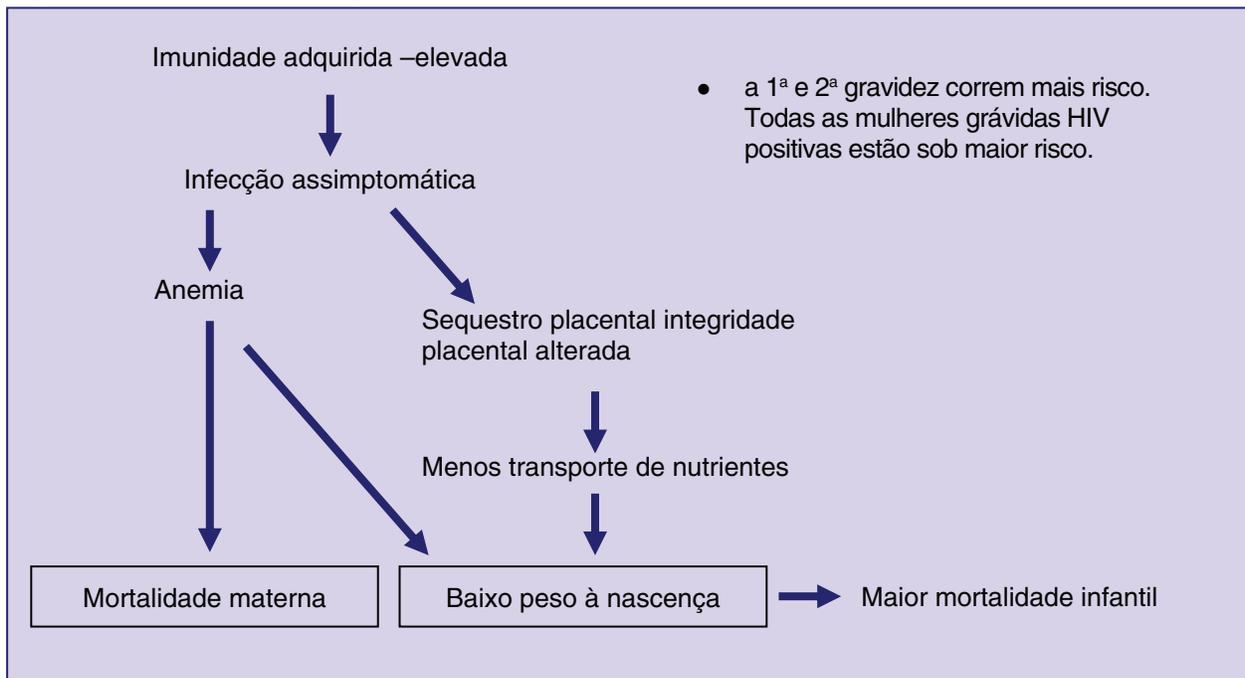
Os efeitos da infecção com malária na mulher grávida podem variar de ligeiros a graves, dependendo do nível de transmissão num determinado cenário e no nível de imunidade da grávida (OMS 2004d). O nível de imunidade depende de vários factores:

- Intensidade da transmissão da malária
- Número de gravidezes anteriores
- Presença de outras condições, tais como o HIV, que pode baixar a resposta imunológica durante a gravidez

Gravidez nas áreas de transmissão estável

Apesar de haver mais infecções com malária nestas áreas, muitas grávidas com parasitas de malária não apresentam sintomas (sem febre ou sinais de doença clínica). Isto porque as mulheres nas áreas estáveis (vide **Figura 6**) têm alguma imunidade, que diminui as chances de malária grave. No entanto, a ausência de sintomas clínicos não implica que a saúde da grávida não esteja afectada. A principal complicação da malária entre mulheres grávidas em áreas estáveis é a anemia, que pode eventualmente causar a morte em casos graves. As primi e secundigestas correm maiores riscos de tais complicações.

Figura 6. Malária durante a gravidez nas áreas de transmissão estável

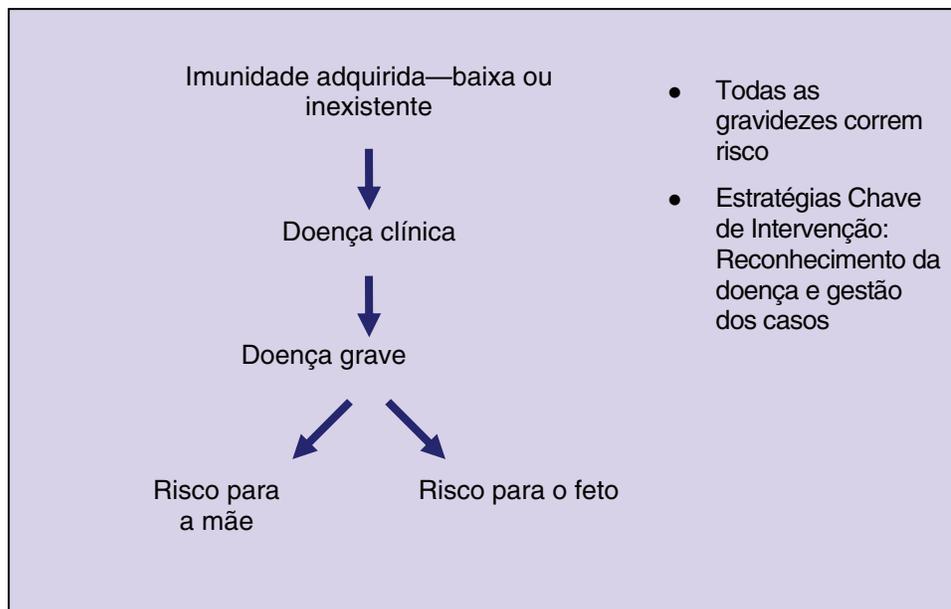


Adaptado de: *Organização Mundial da Saúde (OMS). 2004d. Um Enquadramento Estratégico para a Prevenção e Controlo da Malária durante a Gravidez na Região Africana. OMS/ Gabinete Regional para África: Brazzaville.*

Gravidez nas áreas de transmissão instável

Todas as mulheres grávidas correm riscos similares de infecção com malária nos lugares onde a transmissão seja baixa ou instável (vide **Figura 7**) (OMS 2004d). Estas mulheres geralmente apresentam sinais/sintomas clínicos e às vezes malária grave, que representa um risco de vida. Abortos, nados mortos e baixo peso à nascença são também resultados comuns da infecção com malária nas regiões de transmissão instável. A figura abaixo ilustra os potenciais riscos para todas as mulheres grávidas nestas áreas.

Figura 7. Malária durante a gravidez nas áreas de transmissão instável



Adaptado de: *Organização Mundial da Saúde (OMS). 2004d. Um Enquadramento Estratégico para a Prevenção e Controlo da Malária durante a Gravidez na Região Africana. OMS/ Gabinete Regional para África: Brazzaville*



As grávidas correm maiores riscos de infecção com malária se:

- Estiverem na sua primeira ou segunda gravidez
- Imigrantes/visitantes provenientes de áreas de baixa transmissão de malária
- Estiverem infectadas com HIV/SIDA
- Adolescentes

A **Tabela 2** na página seguinte resume a estratégia da OMS para a malária durante a gravidez por nível de transmissão.

Tabela 2. Estratégia da OMS para a malária durante a gravidez por nível de transmissão

	GESTÃO DE CASOS	TRATAMENTO INTERMITENTE PREVENTIVO	REDES TRATADAS COM INSECTICIDA (RTI)
Transmissão elevada/média— permanente (estável)*	Risco limitado de febres e malária grave. Faça a triagem e trate a anemia com a medicação antimalárica recomendada e suplementos de ferro. Detecte e trate prontamente todas as doenças com malária com uma medicação eficaz.	Administre uma dose padrão de TIP ¹ na primeira consulta pré-natal regularmente marcada após os primeiros movimentos fetais. Na consulta de rotina seguinte ² , administre uma dose de TIP, com um mínimo de duas doses administradas com um intervalo não inferior a um mês. ³	Inicie o uso no início da gravidez e continue após o parto. Enfatize a necessidade de as crianças pequenas dormirem sob RTI.
Transmissão elevada/média— sazonal (estável)*	Risco limitado de febres e malária grave. Faça a triagem e trate a anemia com a medicação antimalárica recomendada e suplementos de ferro. Detecte e trate prontamente todas as doenças com malária com uma medicação eficaz. Risco elevado de febres e anemia.	Administre uma dose padrão de TIP ¹ na primeira consulta pré-natal regularmente marcada após os primeiros movimentos fetais. Na consulta de rotina seguinte ² , administre uma dose de TIP, com um mínimo de duas doses administradas com um intervalo não inferior a um mês. ³	Inicie o uso no início da gravidez e continue após o parto. Enfatize a necessidade de as crianças pequenas dormirem sob RTI.
Transmissão baixa (instável)**	Risco limitado de febres e malária grave. Detecte e trate prontamente ² todas as doenças com malária com uma medicação eficaz. Faça a triagem e trate a anemia com a medicação antimalárica recomendada e suplementos de ferro. Considere a infecção com <i>P. vivax</i> na África Ocidental. ⁴	Com base nas evidências actuais, o TIP não será recomendado nestas áreas.	Inicie o uso no início da gravidez e continue após o parto. Enfatize a necessidade de as crianças pequenas dormirem sob RTI.
<p>* As mulheres adultas possuem um nível elevado de imunidade contra a malária; a primeira e segunda gestação correm maiores riscos de consequências adversas da malária.</p> <p>** As mulheres adultas possuem pouca ou nenhuma imunidade contra a malária; todas as gravidezes correm risco de consequências adversas da malária.</p> <p>¹ Actualmente a medicação mais eficaz para TIP é a SP.</p> <p>² A OMS recomenda uma periodicidade ideal de três consultas pré-natais após os primeiros movimentos fetais.</p> <p>³ Nas áreas onde a prevalência do HIV entre as grávidas seja > 10%, será administrada uma terceira dose na última consulta prevista.</p> <p>⁴ A quimioprofilaxia com CQ para reduzir o peso do <i>P. Vivax</i> durante a gravidez pode ser considerada, mas actualmente não existem evidências da eficácia desta estratégia disponíveis.</p>			

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). 2004d. Um Enquadramento Estratégico para a Prevenção e Controlo da Malária durante a Gravidez na Região Africana. OMS/ Gabinete Regional para África: Brazzaville

INTERACÇÃO ENTRE O HIV/SIDA E A MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ

Actualmente existem mais de 29 milhões de pessoas com HIV/SIDA só em África. A presença do HIV resulta numa reacção mais fraca tanto à prevenção quanto ao tratamento da malária durante a gravidez (OMS 2004c). Estudos mostraram que infecção com HIV/SIDA durante a gravidez:

- Reduz a resistência da mulher contra a malária
- Aumenta as probabilidades de a grávida desenvolver malária clínica
- Reduz a eficácia do tratamento anti malária
- Aumenta o risco de ocorrência de problemas relacionados com a malária durante a gravidez
- Aumenta os riscos de restrições de crescimento intra-uterina originando baixo peso à nascença
- Aumenta o risco de parto prematuro
- Aumenta o risco de anemia materna

Estudos também comprovaram que as mulheres infectadas pelo HIV podem infectar os seus recém-nascidos com HIV durante a gravidez, durante o parto ou através da amamentação. O risco de infecção pelo HIV pode ser reduzido se o recém-nascido for alimentado somente com leite materno em vez de uma combinação de leite materno e leite de substituição durante os primeiros 6 meses de vida. Algumas mães infectadas pelo HIV podem preferir usar o leite de substituição se certos critérios—aceptabilidade, exequibilidade, acessibilidade, sustentabilidade e segurança (AACSS)—puderem ser cumpridos. (Vide descrição dos critérios AACSS na página a seguir.)



Durante o aconselhamento pré-natal das mulheres infectadas pelo HIV, deve ser dada informação relativa aos riscos e benefícios da amamentação e do aleitamento com leite de substituição.

As mulheres grávidas que estão co-infectadas com HIV e malária correm maiores riscos de anemia e infecção da placenta com malária. Os seus recém-nascidos são conseqüentemente mais susceptíveis de terem baixo peso à nascença e a morrerem durante a infância (OMS 2004b). São necessários mais estudos para determinar o relacionamento entre a MdG e o risco de transmissão vertical do HIV.

Descrição dos Critérios AACSS

Aceitável: A mãe não percebe nenhuma barreira para a alimentação de substituição. As barreiras podem ter motivos culturais ou sociais, ou deverem-se ao medo do estigma ou da discriminação. De acordo com este conceito a mãe não está sob nenhuma pressão social ou cultural para não usar a alimentação alternativa, e é apoiada pela família e pela comunidade na opção pela alimentação alternativa, ou poderá lidar com a pressão da família e dos amigos relativos à amamentação, e pode lidar com o possível estigma associado a ser vista com alimentos de substituição.

Exequível: A mãe (ou a família) tem o tempo, conhecimento, capacidades e outros recursos adequados para preparar a alimentação de substituição e para alimentar ao bebé até 12 vezes em 24 horas. De acordo com este conceito a mãe pode compreender e seguir as instruções para preparar a fórmula infantil e com apoio da família pode preparar bastantes refeições de substituição de forma correcta de dia, e de noite, apesar de quebrar a rotina de preparação das refeições da família ou de outro trabalho.

Acessível: A mãe e a família, com o apoio da comunidade ou do sistema de saúde caso necessário, podem pagar o custo da compra/produção, preparação e uso da alimentação de substituição, incluindo todos os ingredientes, combustível, água potável, sabão e equipamento, sem comprometer a saúde e a nutrição da família. Este conceito também inclui o acesso aos cuidados médicos para a diarreia se necessário e o respectivo custo.

Sustentável: Disponibilidade de uma fonte contínua e ininterrupta e de um sistema seguro de distribuição de todos os ingredientes e produtos necessários para a alimentação de substituição segura, para todo o período em que o bebé vai precisar, até um ano de idade ou mais tempo. De acordo com este conceito existem poucos riscos de a fórmula estar indisponível ou inacessível, e de uma outra pessoa estar indisponível para alimentar a criança na ausência da mãe, e para poder preparar e dar a alimentação de substituição.

Seguro: Os alimentos de substituição são correctamente e higienicamente preparados, armazenados, e administrados em quantidades nutritivamente adequadas, com mãos limpas e utilização utensílios limpos, preferivelmente por chávenas. Este conceito significa que a mãe ou a pessoa que toma conta:

- tem acesso a uma fonte segura de água potável (de uma fonte canalizada ou poço protegido)
- prepara a alimentação de substituição nutricionalmente sadias e livres de micróbios patogénicos
- pode lavar cuidadosamente as mãos e os utensílios com sabão, e ferver regularmente os utensílios para os esterilizar
- pode ferver a água para preparar cada uma das refeições do bebé
- pode armazenar as refeições não-preparadas dentro de recipientes limpos, com tampa e protegê-los dos roedores, insectos e outros animais

Fonte: Organização Mundial De Saúde (OMS). 2004. *Quais São as Opções? Utilizando a Pesquisa Formativa para Adaptar Recomendações Globais sobre o HIV e a Alimentação Infantil ao Contexto Local*. OMS: Genebra.

Recomendações da OMS para a Integração dos Serviços de Malária e do HIV²

1. Porque as pessoas que vivem com o HIV/SIDA nas áreas de transmissão de malária são particularmente vulneráveis à malária, sua protecção por RTI é uma grande prioridade.
1. Além das RTI, as mulheres infectadas com o HIV em risco de contrair malária (de acordo com o estágio da infecção com HIV) recebem TIPg com SP (pelo menos três doses espaçadas com pelo menos 1 mês ou de acordo com directrizes do país) ou a profilaxia diária com cotrimoxazole. **NÃO DAR** SP a pacientes a receberem a profilaxia diária com cotrimoxazole (vide abaixo).
2. A colaboração entre os programas de saúde reprodutiva com os programas de controlo do HIV e da malária deve ocorrer para garantir a prestação de serviços integrados. Isto significa que durante cada consulta de CPN, as mulheres devem receber assistência e cuidados dirigidos para a prevenção e tratamento da malária e do HIV. Ferramentas de diagnóstico apropriadas para ambas doenças, os antiretrovirais e as medicações antimaláricas devem estar disponíveis a todos os níveis do sistema sanitário.
3. Estudos adicionais sobre as interacções entre os medicamentos antiretrovirais e antimaláricos são necessários com urgência.

Cotrimoxazole e seus efeitos na malária

Nos adultos infectados com HIV, a profilaxia diária com cotrimoxazole mostrou indícios da prevenção de algumas infecções, incluindo a malária (Anglaret et al 1999). Alguns programas já estão a usar esta abordagem. No entanto, por o cotrimoxazole e a SP terem propriedades similares (ambos contêm sulfa), existe uma preocupação sobre as possíveis reacções adversas graves aos medicamentos sulfa nos pacientes com HIV a receberem cotrimoxazole diário. A OMS recomenda conseqüentemente que as pessoas a receberem cotrimoxazole diário não devem ser administradas SP (OMS 2006c). Visto que a SP é ainda o medicamento de primeira linha para o tratamento da malária e para TIPg em muitas partes de África, o impacto do uso do cotrimoxazole na eficácia do SP ainda está a ser investigado (Laufer and Plowe 2006; Malamba et al. 2006).

² Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). 2004a. Interacções entre a Malaria e o HIV/SIDA e Implicações: Conclusões de uma Consultoria Técnica organizada pela OMS, 23–25 Junho, 2004. (panfleto). OMS: Genebra. Em: http://www.who.int/malaria/malaria_HIV/malaria_hiv_flyer.pdf.

A MALÁRIA E A ANEMIA FALCIFORME

A anemia falciforme é uma condição genética devido a um problema na hemoglobina. É particularmente comum entre pessoas de ascendência Africana, Mediterrânea, Saudita e Indiana. Uma pessoa tem o traço da falciforme quando carrega um gene de produção de hemoglobina falciforme herdado dos progenitores e um gene normal. Aqueles com o traço (frequentemente chamados “portadores”) não desenvolverão a anemia falciforme.

Não se sabe exactamente porque aqueles com traço da anemia falciforme apresentam alguma resistência à malária falciparum, especialmente na primeira infância. Embora possam ter protecção (OMS 200â), é ainda importante que recebam TIPg e usem RTI e outras medidas preventivas.

EFEITOS DA MALÁRIA EM BEBÉS AINDA NÃO NASCIDOS

Durante a gravidez, os parasitas da malária escondem-se na placenta e interferem com a transferência de oxigénio e de nutrientes (alimento) da mãe para o bebé ainda não nascido. Combinado com a anemia, isto aumenta o risco de aborto espontâneo, nado-morto, bebé prematuro e baixo peso à nascença. Cerca de 5–14% de todos os bebés com baixo peso à nascença nascem de mães infectadas com malária, e uma estimativa de 3–5% de mortes infantis podem também ser atribuídas a infecção por malária nas mães. Em alguns casos, os parasitas da malária podem atravessar a placenta para a corrente sanguínea do bebé e causar anemia no bebé.



Os bebés nascidos de mães com malária são aqueles que têm maior probabilidade de nascer com baixo peso—o factor de maior risco de morte durante o primeiro mês de vida.

EFEITOS DA MALÁRIA NAS COMUNIDADES

- Leva a que indivíduos doentes faltem ao trabalho (e percam os salários)
- Leva a que as crianças doentes faltem à escola
- Pode causar anemia crónica em crianças, inibindo o seu crescimento e desenvolvimento intelectual e afectando a produtividade futura no seio da comunidade
- Utiliza recursos escassos:
 - Fundos (o tratamento é mais caro do que a prevenção)
 - Medicamentos
 - Tempo do pessoal
- Causa mortes evitáveis, especialmente entre crianças e grávidas

EDUCAÇÃO SOBRE SAÚDE E PONTOS DE ACONSELHAMENTO

- A malária é transmitida através da picada do mosquito.
- As grávidas e as crianças estão mais expostas ao risco de contrair malária.
- As grávidas infectadas com malária podem não apresentar sintomas.
- As grávidas com HIV/SIDA correm maiores riscos de infecção com malária.
- A malária pode causar anemia grave, aborto espontâneo e baixo peso à nascença.
- É possível prevenir a malária.
- Existe tratamento para a malária.



Informação Geral, Factos e FAQs sobre a Malária

<http://www.cdc.gov/malaria>

<http://www.who.int/topics/malaria/en/>

PREVENÇÃO DA MALÁRIA



OBJECTIVOS DE APRENDIZAGEM

Este capítulo esboça a estratégia da OMS para a prevenção da malária. Também inclui pontos de aconselhamento sobre a prevenção da malária para as grávidas e suas famílias. No final deste capítulo, os formandos devem estar aptos para:

- Enumerar os três elementos da prevenção e controlo da malária de acordo com a estratégia da OMS para a MdG.
- Enumerar os elementos do aconselhamento das grávidas sobre o uso de RTI, TIPg, e outros meios de prevenção da malária.
- Descrever o uso de SP no TIPg, incluindo a posologia, periodicidade e as contra-indicações.

ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DA MALÁRIA

O Gabinete da OMS para a Região de África desenvolveu uma estratégia com base em evidências para a prevenção e controlo da MdG na região (OMS 2004d). A estratégia foi concebida para se adequar à maioria dos cenários Africanos, mas possui directrizes sobre a sua adaptação às situações locais. Visto que a maioria da população da África Sub-Sahariana vive em áreas de transmissão estável, a OMS recomenda três intervenções como base desta estratégia:

- Redes tratadas com insecticida (RTI)
- Tratamento Intermitente Preventivo durante a gravidez (TIPg)
- Gestão dos casos de malária e anemia

Conforme mostrado na **Tabela 2 (Capítulo Dois)**, a OMS não recomenda o TIPg para as grávidas que vivem em áreas de transmissão instável. No entanto, a gestão dos casos de malária e RTI são recomendados para todas.

Nota sobre a Informação Relativa aos Medicamentos

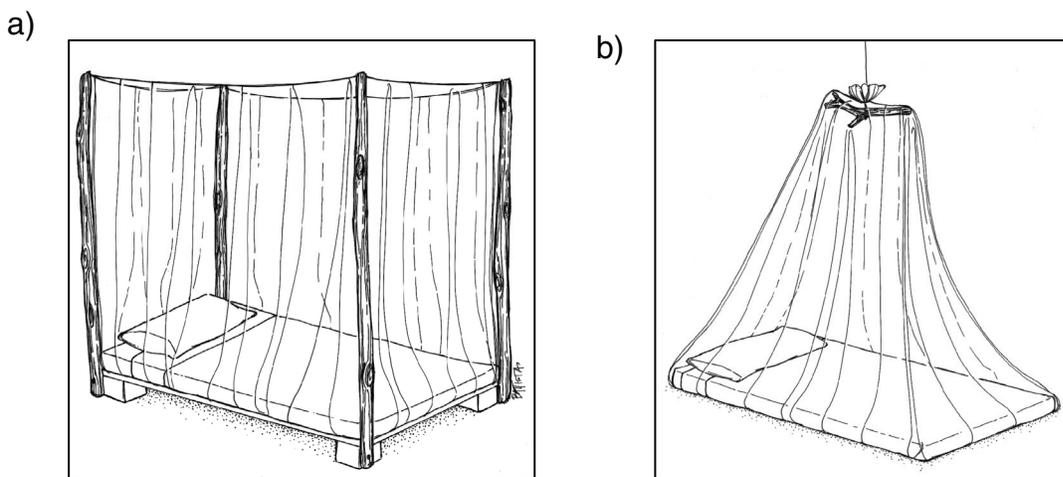
Na altura de publicação deste manual (Junho 2007) o medicamento de selecção para o TIPg era a SP. No entanto, visto que existem estudos para definir medicamentos alternativas, os países deveriam estar em contacto regular com a OMS relativamente a novas informações sobre recomendações para a prevenção da malária.

O elevado índice de adesão aos CPN em grande parte dos países Africanos é uma plataforma ideal para implementar cada componente desta estratégia. Apesar de cada cenário ser diferente, os programas nacionais de saúde reprodutiva e controlo da malária devem colaborar e disseminar as estratégias e directrizes. O sistema de cuidados de saúde, a comunidade, o sector privado e organizações não governamentais devem trabalhar em conjunto para garantir serviços de qualidade elevada com medicamentos e provisões adequados. Por exemplo, a colaboração com grupos baseados na comunidade para disponibilizar RTI em vários locais irá auxiliar o aumento do uso das RTI.

REDES TRATADAS COM INSECTICIDA

De todos os métodos de prevenção das picadas dos mosquitos, dormir sob uma RTI (**Figura 8**) é provavelmente o mais eficaz porque os mosquitos picam de noite enquanto a grávida está a dormir. As RTI reduzem o contacto entre humanos e mosquitos porque estes são mortos ou repelidos quando pousam na rede, afastando-os para longe do local onde as pessoas estão a dormir.

Figura 8. Rede tratada com insecticida presa sob a cama (a) e sob o colchão (b)



Muitos estudos demonstraram a eficácia das RTI na redução do risco de baixo peso à nascença e de anemia materna. Numerosos programas contribuíram para tornar as RTI acessíveis através da redução dos custos e aumento da disponibilidade. Infelizmente, muitas mães não usam RTI, mesmo quando possuem recursos para tal. Algumas razões são:

- As pessoas não têm o hábito de usar redes, e hesitam em comprá-las.
- As pessoas precisam ser convencidos da sua utilidade e segurança.
- A necessidade de re-tratar as redes periodicamente é incómoda ou acarreta custos.

- Outros membros da família (tais como maridos) podem não gostar de dormir sob as redes, desencorajando a mulher de fazê-lo. Isto resulta frequentemente da falta do conhecimento sobre os benefícios das RTI para as mulheres grávidas e crianças.

Alguns factos e perguntas frequentes sobre RTI

As redes não tratadas são tão eficazes quanto as redes tratadas com insecticida?

Embora as redes não tratadas também protejam contra os mosquitos, elas são menos eficazes do que as redes tratadas. A **Tabela 3** compara as redes não tratadas com aquelas tratadas com insecticida.

Tabela 2. Comparação entre as redes não tratadas e redes tratadas com insecticida

REDES NÃO TRATADAS	REDES TRATADAS COM INSECTICIDA
Fornecem alguma protecção contra a malária	Fornecem um alto nível de protecção contra a malária
Não matam nem repelem os mosquitos que entram em contacto com a rede	Matam ou repelem os mosquitos em contacto com a rede
Não reduzem o número de mosquitos	Reduzem o número de mosquitos, quer dentro quer fora da rede
Não matam outros insectos como piolhos, carraças, e percevejos	Matam outros insectos tais como piolhos, carraças, e percevejos (Lindsay et al. 1989)
São seguras para as grávidas, crianças e bebés	São seguras para as grávidas, crianças e bebés

Quais são os benefícios do uso de RTI?

Para as grávidas, as RTI constituem uma protecção contra a malária e consequentemente reduzem o risco de anemia e de morte materna.

- Para os recém-nascidos, as RTI contribuem para:
- O decréscimo da incidência de baixo peso à nascença
- A diminuição da incidência de anemia no recém-nascido
- A redução do risco de morte no recém-nascido
- A promoção do crescimento e do desenvolvimento durante a gravidez e as primeiras semanas de vida

As RTI ajudam a comunidade das seguintes formas:

- Custam menos do que o tratamento da infecção por malária.
- Reduzem o número de pessoas que adoecem devido à malária e reduzem o número de pessoas que morrem devido à malária grave.

Prevenção da malária

- Ao contribuir para a prevenção da doença nas crianças, as RTI ajudam as crianças a crescer de forma saudável. Ao contribuir para a prevenção de doenças em adultos, as RTI ajudam as pessoas a permanecerem mais tempo nos seus locais de trabalho, melhorando a produtividade e a sua situação económica.

As RTI são seguras?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou o uso de insecticidas no tratamento das RTI. Estas são seguras para os seres humanos e estão a ser usadas em diversos países em todo o mundo. As quantidades de insecticidas usadas nas RTI são diluídas e são muito pequenas para terem efeitos nos humanos, incluindo os recém-nascidos.

Onde obter as RTI?

- Clínicas pré-natais
- Comércio normal
- Drogarias ou farmácias
- Mercados
- Unidades de saúde públicas e privadas
- Organizações não governamentais e grupos formados pelas comunidades, tais como a Fundação para a Investigação Médica Africana (African Medical Research Foundation—AMREF)
- Profissionais de saúde da comunidade

Como são usadas as RTI?

Para que uma RTI contribua eficazmente para a redução do número de mosquitos numa casa, esta deve ser usada e tratada correctamente. Eis algumas sugestões quanto à utilização de uma RTI:

- Pendure a rede de forma a cobrir toda a cama ou o todo o colchão e prenda-a sob o colchão ou esteira conforme a **Figura 8**.
- Use a rede todas as noites e durante todo o ano, e não somente quando os mosquitos estão a incomodar.
- Manuseie a rede com cuidado para não a rasgar. Durante o dia, retire-a para evitar que se danifique.
- Inspeccione a rede regularmente para verificar se existem buracos e repare-os (mesmo rasgadas, as redes tratadas continuam a oferecer alguma protecção).

- Quando as redes deixarem de ser eficazes, repita o tratamento com os insecticidas aprovados, antes da estação das chuvas ou as substitua.
- Consulte as directrizes locais para saber quando deve voltar a tratar a rede.
- Não fume ou faça fogo na proximidade da rede; pois pode incendiar-se facilmente.

Como é que se trata as redes com insecticidas?

Para tratar uma rede com insecticida, siga as instruções seguintes.

- Materiais necessários:
 - Rede lavada e seca
 - Kit de tratamento com insecticida
 - Recipiente para mistura (bacia de plástico, balde ou saco de plástico grande)
 - Luvas de protecção
 - Água
 - Garrafas de água gaseificada ou de cerveja para medir a água
 - Um plástico para secar a rede após o tratamento

Etapas para o tratamento de uma rede mosquiteira com insecticida

1. Selecciona um espaço ou área bem ventilada para o tratamento.
2. Certifique-se de que a rede está limpa, seca e não está dobrada.
3. Coloque luvas de protecção em ambas as mãos.
4. Misture o insecticida (líquido ou em pastilha) com água numa bacia seguindo as instruções do fabricante. Evite qualquer contacto do insecticida com o rosto.
5. Coloque a rede na bacia com a solução e envolva bem até que o material esteja cuidadosamente embebido. Em alternativa, ponha a rede num saco de plástico à prova de fugas, junte a solução preparada de insecticida e embeba cuidadosamente durante, pelo menos, 2 minutos ou até que a rede esteja suficientemente ensopada.
6. Retire a rede e, se necessário, esprema suavemente o excesso de solução de insecticida para a bacia. É importante manter as redes fora do alcance das crianças.

Prevenção da malária

7. Coloque a rede a secar numa superfície lisa e limpa afastada da luz solar directa (por exemplo, numa toalha de plástico, numa cama, num colchão ou num tapete. Não se esqueça de que a luz solar directa pode reduzir a eficácia do insecticida.
8. Elimine o excesso de insecticida num poço de latrina. Não deite o excesso de insecticida para lagos porque a sua composição é tóxica para os peixes e abelhas.

Redes tratadas com insecticida de longa duração

Uma rede tratada com insecticida de longa duração (RTILD) é uma rede pré-tratada, pronta a usar dura entre 3 e 5 anos (dependendo do tipo) e não necessita de ser novamente tratada durante esse tempo. As RTILD têm diversas vantagens. Relativamente às RTI, as redes de longa duração:

- Geralmente tem um único custo
- Não necessitam de tratamentos adicionais
- Pouparam dinheiro porque não existe nenhum custo adicional associado com o novo tratamento ou campanhas de re-tratamento e insecticidas adicionais

A demanda por RTILD aumentou rapidamente desde 2004. Muitos programas governamentais e de ONG preferem as RTILD às redes convencionais. Esta alta demanda pode causar um atraso na disponibilidade, mas os profissionais de saúde são incentivados a promover o uso de RTI regulares quando as RTILD não estiverem disponíveis. Por causa das variações na qualidade, recomenda-se que somente as RTILD recomendadas pela OMS sejam usadas até que sejam executados testes adicionais. As redes de longa duração actualmente aprovadas pela OMS incluem Olyset® e Permanet®.

PULVERIZAÇÃO RESÍDUAL DE INTERIORES (PRI)

O objectivo principal da pulverização residual de interiores é de baixar a transmissão da malária através da redução da sobrevivência dos mosquitos que entram nas casas ou áreas de dormir.

A pulverização residual de interiores é uma intervenção eficaz somente quando são respeitadas as seguintes condições:

- Um grande número estruturas numa área possuem superfícies bastantes para poderem ser pulverizadas
- Grande parte da população vector dorme em áreas protegidas:

- A maioria de vectores da malária em África descansam no interior, e esta é razão porque a PRI pode ser uma medida eficaz para o controlo da malária.
- O vector é susceptível ao insecticida em uso:
 - insecticidas eficazes anualmente para evitar criar resistência nos mosquitos.

Actualmente, a PRI está sendo usada por alguns programas nacionais (por exemplo, Angola, Zâmbia) para aumentar a prevenção da malária. A maioria de programas de PRI tem pessoal especialmente formado para efectuar a pulverização. Os profissionais de saúde devem manter-se actualizado sobre todos os programas de PRI locais nas suas áreas e educar pacientes de acordo.

TRATAMENTO INTERMITENTE PREVENTIVO

O Tratamento Intermitente Preventivo (TIPg) da malária durante a gravidez parte do princípio que todas as grávidas que vivem numa área de elevado grau de transmissão da malária têm parasitas da malária no seu sangue ou placenta, quer apresentem ou não os sintomas da malária. Nesse sentido, a OMS recomenda que a todas as grávidas recebam duas doses de sulfadoxina-pirimetamina (SP). A primeira após os primeiros movimentos fetais e não antes da 16ª semana de gravidez, e a segunda pelo menos um mês (4 semanas) depois. A prevenção do ataque dos parasitas da malária à placenta ajuda o desenvolvimento normal do feto e evita o baixo peso à nascença.

Quem deve receber TIPg?

O TIPg deve ser administrado a todas as grávidas (depois da 16ª semana de gravidez), que vivam em áreas de transmissão estável, quer tenham sintomas de malária ou não.

Como deve ser administrado o TIPg?

- Devem ser administradas pelo menos duas doses de TIPg, espaçadas de 1 mês, a todas as grávidas após os primeiros movimentos fetais. Uma única dose é composta por três comprimidos de sulfadoxina 500 mg + pirimetamina 25 mg.
- Preferencialmente, a primeira dose deve ser administrada na primeira consulta de CPN após os primeiros movimentos fetais, e a segunda na consulta seguinte com pelo menos um mês de intervalo. Para evitar a acumulação de altos níveis de SP no sangue da mulher, não deve ser administrada SP a mulheres que a tomaram no mês anterior.

Prevenção da malária

- Dê um copo de água potável à grávida e observe-a a engolir os comprimidos.
- Registe a dose de SP no boletim de CPN e no boletim clínico.
- Indique à grávida a data da próxima consulta. Aconselhe-a a vir à consulta mais cedo se aparecerem sinais de malária ou sinais de perigo.
- Insista no uso das RTI.



O TIP é importante porque muitas das grávidas com malária não apresentam sintomas.

Porque o TIPg deve ser administrado numa altura específica?

Porque a presença de parasitas na placenta interfere com a transferência de nutrientes para o feto, é importante garantir que a placenta esteja livre de parasitas de malária quando o crescimento fetal for mais acelerado. A taxa de crescimento fetal é relativamente lenta na primeira metade da gravidez, mas aumenta rapidamente após a 20ª semana. O TIPg é melhor quando administrado quando a taxa de crescimento fetal estiver no máximo de forma a reduzir a parasitemia placentar e a consequente restrição do crescimento fetal.

Outras considerações importantes sobre o TIPg

- Se uma grávida apresentar-se à sua primeira consulta pré-natal com gravidez já avançada, ela ainda pode receber duas doses de TIPg, desde que exista um intervalo de 1 mês entre elas.
- A OMS recomenda que a grávida receba não mais do que três doses de TIPg.
- Administre suplementos de ferro e ácido fólico para evitar anemia grave durante a gravidez, e educar a grávida sobre os alimentos ricos nestes nutrientes que possam ser encontrados localmente. Certifique-se de cumprir com as directrizes locais sobre o uso de ácido fólico durante e depois da SP para o tratamento da malária.

Algumas evidências sugerem que doses ≥ 5 mg de suplementos de ácido fólico podem reduzir a eficácia da SP para o tratamento da malária (Ouma et al. 2006). O uso de pequenas doses (0.4mg) de ácido fólico aparenta não reduzir a eficácia da SP. Por este motivo, alguns programas que usam doses mais elevadas de ácido fólico instruem as grávidas a não tomarem ácido fólico durante 14 dias após terem tomado SP. Os profissionais de saúde devem seguir os protocolos locais.

Perguntas frequentes sobre a administração do TIPg

O que fazer se a paciente vomitar?

- Se o vômito ocorrer dentro de trinta minutos depois da toma de SP, a paciente deverá repetir a dose de SP porque pode ter vomitado o medicamento antes de ser absorvido.
- Instrua a grávida a beber muitos líquidos para evitar desidratação.

Quando evitar a administração de SP?

- Inquirir a grávida sobre quaisquer alergias a medicação sulfa, incluindo SP, antes de administrá-la. Se for alérgica à medicação sulfa, não a administre; em vez disso enfatize a importância das RTI e de outras medidas preventivas e a reação adequada para estes sinais e sintomas.
- A SP não deve ser administrada a mulheres com menos de 16 semanas (4 meses) de gravidez.
- As mulheres que estão a tomar cotrimoxazole para tratar outras infecções (por exemplo, grávidas com HIV) não devem tomar a SP.
- Não administre SP quando a paciente a tiver tomado dentro do mês anterior.

E se a paciente também estiver a tomar outras medicações sulfa?

Se a paciente estiver a tomar outras medicações sulfa (como o cotrimoxazole) para infecções diferentes do HIV, considere outros antibióticos, tais como a amoxicilina ou eritromicina, para substituí-las. Deve consultar o profissional que prescreveu a medicação sulfa antes de alterá-la.

Tratamento Intermitente Preventivo Infantil (TIPi)

Pesquisas recentes demonstraram que o TIP infantil, consistindo numa dose única de SP administrada aos 2, 3 e 9 meses por altura das imunizações EPI de rotina, podem reduzir de forma significativa a malária, anemia e hospitalizações durante o primeiro ano de vida. Uma parceria de 27 instituições de pesquisa baseadas em África, Europa e EUA, mais a OMS UNICEF, formou o Consórcio TIPi. Um programa de pesquisa coordenada em 10 países Africanos está agora em progresso para gerar evidências adicionais sobre a eficácia e segurança. Mais além, testes na Tanzânia e no Ghana produziram resultados promissores, mas ainda não foram formuladas directrizes para o TIPi.

Para mais informações, visite o sítio do Consórcio TIPi:
<http://www.ipti-malaria.org>.

OUTRAS FORMAS DE PREVENIR A MALÁRIA

A probabilidade das grávidas serem picadas é o dobro da das não Grávidas (Lindsay e tal. 2000) talvez porque a pele abdominal das grávidas esteja a uma temperatura ligeiramente superior à das mulheres não grávidas. Embora as RTI e o TIP sejam os meios mais eficazes de prevenir a malária nas grávidas, também existem outros meios de evitar a infecção. É importante informar as grávidas sobre a prevenção da malária através das seguintes acções adicionais, se apropriado, para minimizar o contacto com os mosquitos:

- Tapar as portas e as janelas com grelhas/redes de arame ou de nylon para impedir a entrada dos mosquitos em casa.
- Evitar sair de casa após o crepúsculo. Quando sair à noite:
 - Usar vestuário de protecção que cubra os braços e as pernas.
 - Aplicar um creme repelente químico de mosquitos sobre a superfície da pele exposta.
 - Usar serpentinas anti-mosquitos (especialmente quando estiver no exterior) que libertem fumo. O fumo mantém os mosquitos afastados ou mata-os quando o sobrevoam.
- Pulverize todas as noites os quartos com insecticida antes de se deitar. Dado que o efeito dos sprays só se mantém durante algumas horas, este método só deve ser usado em combinação com outras medidas, tais como portas ou janelas protegidas com grelhas ou redes.
- Pode matar os mosquitos de forma física dentro de casa pelo esmagamento.

EDUCAÇÃO SOBRE SAÚDE E PONTOS DE ACONSELHAMENTO

- Existem muitas maneiras de evitar as picadas e reduzir os locais de procriação dos mosquitos.
- Dormir sob RTIs. Onde disponíveis, as RTILD são preferíveis na medida em que duram mais tempo e não necessitam de novo tratamento.
- O uso de TIPg evita o ataque dos parasitas à placenta.
- O TIP contribui para a prevenção da malária, o que por sua vez reduz a incidência da anemia materna, abortos espontâneos, parto prematuro, nado-morto e baixo peso à nascença.
- Os programas de PRI (onde aplicáveis) podem ser eficazes na redução do número de mosquitos que transmitem a malária. Eles não substituem as RTI e o TIPg, mas apoiam e melhoram estes esforços.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



OBJECTIVOS DE APRENDIZAGEM

Neste capítulo são apresentados os traços gerais sobre como reconhecer a malária sem complicações e a malária grave, como tratar a malária sem complicações e como transferir os casos de malária grave. No final deste capítulo, os formandos devem estar aptos para:

1. Descrever porque o auto-diagnóstico/tratamento pode levar à falha do tratamento ou infecção recorrente.
2. Descrever os tipos de testes de diagnóstico disponíveis para a malária e as respectivas vantagens e desvantagens.
3. Identificar outras causas de febre durante a gravidez.
4. Enumerar os sinais e sintomas de malária não complicada e complicada durante a gravidez.
5. Descrever o tratamento da malária grave e sem complicações durante a gravidez.
6. Explicar as etapas para transferir adequadamente uma grávida com malária complicada.

DIAGNÓSTICO DA MALÁRIA

O diagnóstico da malária geralmente baseia-se nos sinais e sintomas, historial clínico e exame físico da paciente, e quando disponível, da confirmação laboratorial do parasita da malária. A avaliação rápida e precisa irá resultar num diagnóstico diferencial melhorado para a febre durante a gravidez e gestão melhorada de outras doenças bem como uma gestão eficaz dos casos de malária.

Auto-diagnóstico

Nos países de malária endémica, onde muitas vezes o acesso aos cuidados de saúde é limitado, as pacientes que apresentem sintomas normalmente associados à doença muitas vezes confiam no auto-diagnóstico e tratamento. mas por os sintomas serem similares aos de outras enfermidades comuns, o erro de diagnóstico é muito provável. E mais, a paciente pode não tomar a medicação apropriada para responder às causas da doença. Ou, pode tomar os medicamentos certos mas não nas doses ou duração recomendadas. Qualquer um destes cenários podem resultar na malária parcialmente tratada,

Diagnóstico e tratamento

continuação dos sintomas, desenvolvimento de malária grave, que pode ser fatal, ou ter recaídas. O diagnóstico correcto e tratamento adequado, com as medicações, posologias e durações correctas irá evitar a falha dos tratamentos, enquanto o uso de RTI irá reduzir a infecção recorrente. Quando uma paciente que se auto diagnosticou/medicou apresenta sintomas de malária ou diz que estes pioraram ou voltaram a aparecer, é possível que ela:

- Se tenha auto-medicado com o medicamento ou posologia erradas
- Não tenha completado o tratamento
- Tenha recebido instruções de tratamento incorrectas (ou não percebeu as instruções)
- Recebeu medicamentos de má qualidade ou pirateados (isto pode ocorrer até mesmo nas unidades sanitárias)
- Não tem malária

Frequentemente, os clientes compram medicamentos sem prescrição ou verificação do diagnóstico nas farmácias, lojas locais, quiosques de beira de estrada e outros locais de fácil acesso.

Algumas pacientes podem apresentar-se para receber cuidados antes de iniciarem o tratamento. Exemplos incluem:

- Uma grávida que tem perguntas ou preocupações sobre a auto-medicação ou como esta pode afectar o feto
- Uma paciente que deseja certificar-se do diagnóstico antes de iniciar o tratamento por causa dos efeitos secundários desagradáveis e/ou custo de alguns medicamentos antimaláricos

Os profissionais de saúde desempenham um papel importante no reconhecimento da necessidade do diagnóstico e/ou tratamento da malária independentemente do motivo da paciente para procurar os cuidados. As mensagens de saúde que enfatizem os perigos do tratamento incorrecto ou inadequado da malária irá ajudar a educar a comunidade. Finalmente, encorajar todas as pacientes a procurarem os cuidados de um profissional qualificado sempre que suspeitarem de malária ou apresentem quaisquer sinais de perigo pode ajudar a evitar problemas com auto-medicações.

Testagem diagnóstico

A introdução da terapia combinada com base na artemisinina (TCA) para o tratamento da malária atribuiu maior importância à garantia do diagnóstico correcto da malária, visto que os medicamentos são caros. O diagnóstico parasitológico tem várias vantagens importantes, incluindo:

- Evita o desperdício de medicamentos por tratamentos desnecessários, resultando na redução de custos
- Melhora os cuidados nas pacientes com parasitas devido à maior certeza do diagnóstico da malária
- Evita exposição desnecessária à medicação antimalárica
- Confirma a falha do tratamento

Os dois métodos comuns de testagem, diagnóstico ou parasitológica para a malária são as microscopias leves e os testes de diagnóstico rápido (TDR). Uma vez que a mulher apresente sintomas de malária e é testada, os resultados devem estar disponíveis dentro de um curto período de tempo (menos de 2 horas). Quando isto não é possível, deve ser tratada com base no diagnóstico clínico (OMS 2006b).

Microscopia

A infecção com malária pode ser detectada pelo exame de microscópio do sangue da paciente, espalhado num “esfregaço de sangue” espesso ou fino numa lâmina microscópica. Esta análise de sangue, se disponível, confirmará a presença do parasita de malária e conseqüentemente o diagnóstico da malária, e é útil também quando uma paciente apresenta sintomas vagos. O exame microscópico continua a ser o “padrão de ouro” para a confirmação laboratorial da malária. No entanto, onde os recursos são limitados, os serviços laboratoriais nem sempre podem estar disponíveis para o diagnóstico microscópico devido à falta de pessoal, equipamento apropriado ou de reagentes.

- A **película de sangue fina** é frequentemente preferida para a identificação rotineira do parasita porque os organismos são mais fáceis de ver e contar. No entanto, o processo e a pequena quantidade de sangue necessária para este tipo de película torna-a inadequada quando a densidade do parasita for baixa.
- A **película de sangue espessa** concentra as camadas de glóbulos vermelhos na lâmina, usando aproximadamente duas a três vezes mais sangue do que a película fina. É melhor do que a película fina na detecção de níveis baixos de parasitas e a reparação de parasitas circulantes durante recaídas. No entanto, exige um técnico experiente porque o processo de rastreio do parasita entre os glóbulos brancos e as plaquetas pode ser difícil.

Se as instalações para a testagem do sangue não estiverem disponíveis ou forem recebidos resultados laboratoriais negativos, a malária será considerada o diagnóstico mais provável numa mulher grávida que recentemente tenha estado exposta às picadas de mosquito e tenha

Diagnóstico e tratamento

sintomas de malária. Os sintomas mais comuns da malária são febre, calafrios, cefaleias, e dores musculares ou articulares.

Período de Incubação da Malária

O período de incubação da malária geralmente é de 9 e 30 dias, dependendo da espécie de contaminação (a mais curta para o *P. falciparum*, mais longa para o *P. malariae*). Em algumas estirpes de *P. vivax*, o período incubação pode durar uns 89 dias.

A malária *Falciparum*, que pode ser fatal, deve sempre ser suspeitada se se desenvolver febre, com ou sem outros sintomas, em qualquer altura entre 1 semana após a primeira possível exposição à malária e 2 meses (ou mesmo mais em casos excepcionais) após a última possível exposição.

Adaptado de: Organização Mundial da Saúde (OMS). 2004a. Perguntas frequentes sobre a malária. Programa Global da OMS para a Malária: Genebra. Em: <http://www.who.int/malaria/faq.html#incubation>

Testes de diagnóstico rápido

O diagnóstico errado da malária pode ser um problema quando o teste laboratorial não estiver disponível e pode resultar em complicações, tratamento incorrecto ou mesmo morte. Uma alternativa prometedora sob a forma dos testes de diagnóstico rápidos (TDR) foi desenvolvida para fornecer diagnóstico de malária rápidos, precisos e acessíveis sem a necessidade de instalações laboratoriais.

TDR existem em três formatos diferentes. Muitos profissionais de saúde preferem a vareta, que é mais económico do que os outros formatos e fácil de usar. Nos países onde a TCA tenha sido introduzida como o tratamento de primeira linha para a malária, o uso de TDR pode reduzir o custo de tratamento com TCA através da eliminação do tratamento desnecessário. No entanto, em algumas situações, a rentabilidade ainda precisa de ser avaliada, especialmente nas áreas de transmissão elevada da malária. Os programas de TDR bem sucedidos necessitam também de uma “câmara fria” para o transporte e armazenamento, formação para profissionais de saúde e uma política clara sobre a acção para atingir os resultados (OMS/WPRO 2005).

Quando é que o TDR é útil?

Quando usado correctamente, os TDR para malária podem fornecer uma ferramenta útil para a detecção da presença da infecção clínica significativa com malária, particularmente quando o diagnóstico microscópico de boa qualidade não estiver disponível. No entanto, as decisões de gestão não devem ser tomadas somente com base no resultado do TDR.

Os potenciais usos dos TDR da malária incluem³:

- O diagnóstico por profissionais de saúde distantes dos melhores serviços de microscopia
- Diagnóstico remoto para a mão-de-obra organizada em áreas de malária endémica, por exemplo, forças armadas ou empresas de mineração
- Investigação de surtos e estudos sobre a prevalência da malária
- Auto-diagnóstico por indivíduos ou por grupos qualificados
- Diagnóstico “fora de horas” em laboratórios hospitalares ou clínicos
- Diagnóstico da malária resistente aos medicamentos ou sem reacção

Interpretação dos resultados do TDR

Ao usar TDR, lembre-se de que um **resultado negativo** nem sempre exclui a malária porque:

- Podem existir parasitas insuficientes para registar um resultado positivo.
- O TDR pode ter sido danificado, reduzindo a sua sensibilidade.
- A doença pode ser causada por uma outra espécie de parasita de malária que o TDR não tenha sido projectado para detectar.

Um **resultado positivo** nem sempre significa infecção com malária porque:

- O antígeno às vezes pode ser detectado depois que os parasitas de contaminação tenham morrido (isto é, depois do tratamento) ou devido à persistência dos gametócitos da malária que não causam a doença.
- A presença de outras substâncias no sangue pode às vezes produzir um falso resultado positivo.
- A presença de parasitas nem sempre significa infecção com malária nos indivíduos com imunidade elevada porque pode haver outras causas para a febre, como descrita em “Febre durante a Gravidez” abaixo.

Manutenção de uma “câmara fria”

O armazenamento entre 2°C e 30°C é recomendado pelos fabricantes de TDR. As datas de expiração geralmente são definidas de acordo com estas condições. Se as temperaturas de armazenamento excederem estes limites recomendados, é provável que a vida útil do TDRS seja reduzida e a sensibilidade perdida antes da data de validade.

³ Adaptado de: Organização Mundial da Saúde (OMS). 2004e. *O Uso dos Testes de Diagnóstico da Malária*. OMS: Genebra. Em: www.who.int/tdr/diseases/malaria/files/wpro_guidelines.pdf.

Diagnóstico e tratamento

O desenvolvimento de uma “câmara de frio” começa antes do envio pelo fabricante:

- O transportador aéreo ou marítimo é informado pelo fabricante por escrito sobre os requisitos de temperatura de armazenamento e através de marcações claras nas caixas e documentos.
- O fabricante inicia a expedição somente depois de o consignatário confirmar a recepção da notificação do envio.
- Depois os consignatários devem providenciar alguém para receber os materiais de modo que os testes sejam imediatamente transportados para a temperatura de armazenamento de menos do que 30°C. O pessoal também deve garantir que a mercadoria não seja abandonada em galpões de aeroporto, instalações aduaneira ou viaturas.
 - Transporte terrestre:
 - O transporte terrestre em qualquer estágio da entrega deve ser realizado tendo em consideração as temperaturas exteriores enquanto a viatura estiver em movimento e estacionada. Evitar deixar os TDRs em viaturas estacionados ao sol.
 - Armazenagem:
 - O armazenamento em qualquer estágio antes de chegar ao destino final deve conformar com as especificações dos fabricantes, que é geralmente <30°C.
 - Maximizar o tempo em que os TDRs estão armazenados em condições controladas centralizadas; minimizar armazenamento descontrolado em áreas remotas.
 - Seleccionar uma posição de armazenamento fresca, periférica; a cobertura em colmo pode ser mais fresca do que o ferro; maximizar a sombra.

Indicações para a testagem diagnóstica

- Nas mulheres grávidas, é recomendado um diagnóstico parasitológico antes de começar o tratamento.
 - Aquelas que vivem ou vieram de áreas de transmissão instável são as candidatas mais prováveis para malária grave, que pode representar um risco de vida.
 - É um teste de cura nas pacientes que foram tratadas para a malária mas que ainda apresentem sintomas:
 - Se o tratamento for adequado, as pacientes podem ter sido re-infectadas ou um outro problema é a causa dos sintomas similares

(vide a secção febre durante a gravidez abaixo). As medicações de baixa qualidade ou pirateadas podem também ser uma causa da falha do tratamento.

Seleção entre a Microscopia e os TDRs

Caso tanto os TDR como a microscopia estejam disponíveis numa instalação sanitária, a decisão para usar um ou outro depende de factores tais como o número de casos de pacientes, a disponibilidade de pessoal laboratorial e clínico qualificado, e a utilidade da microscopia para outras doenças na população local. Outras considerações são esboçadas na **Tabela 4**.

Diagnóstico e tratamento

Tabela 4. Comparação entre a microscopia e o teste diagnóstico rápido

FERRAMENTA DE DIAGNÓSTICO	SENSIBILIDADE/ ESPECIFICIDADE	CUSTO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Microscopia	Elevada—quando usada por pessoal bem formado	Baixo (especialmente quando o número de casos de pacientes febris for elevado)	<ul style="list-style-type: none"> • Pode especificar e quantificar parasitas • Pode identificar outras causas para a febre • Evita a exposição desnecessária aos antimaláricos • Pode ser usada para confirmar o sucesso e a falha do tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente indisponível fora das instalações sanitárias • Exige pessoal qualificado • Exige provisões laboratoriais
TDR	Variável—depende de: <ul style="list-style-type: none"> • Espécie de parasita • Número de parasitas • Condição do TDR • Técnica correcta • Interpretação correcta pelo leitor 	Variável; depende do tipo de TDR	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser usado em cenários remotos, comunidades e lares, tomando o diagnóstico da malária mais acessível • Pode ser usado por indivíduos ou por grupos formados • Impede a exposição desnecessária aos antimaláricos • Fácil de usar 	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerável para altas temperaturas e humidade • Exige manuseamento e armazenamento especial (“câmara fria”) • Pode ser caro quando comparado à microscopia • Ainda indisponível em algumas áreas • Experiência prática e implementação limitadas, relativamente à microscopia • O custo pode ser elevado devido ao transporte, armazenamento, formação e controlo de qualidade

Diagnóstico clínico

O diagnóstico clínico baseia-se nos sintomas da paciente e nas observações clínicas do exame. Os primeiros sintomas da malária sem complicações (mais frequentemente febre, calafrios, suores, cefaleias, dores musculares, náusea e vômitos) e de observações clínicas frequentemente não são específicos e são comuns a outras doenças. Assim, na maioria dos casos os primeiros sintomas e as observações clínicas da malária não são típicos e podem precisar de ser confirmados por uma análise laboratorial.

Na malária grave (causada pelo *Plasmodium falciparum*), as observações clínicas (confusão, coma, sinais focais neurológicos, anemia grave, dificuldades respiratórias) são mais aparentes e podem aumentar o índice da suspeita de malária.

As seguintes são as actuais recomendações da OMS para o diagnóstico clínico:

- Geralmente, onde o **risco de malária for baixo**, o diagnóstico clínico da malária sem complicações deve-se basear no grau de exposição à malária e num historial de febre nos 3 dias anteriores, sem características de outras doenças graves.
- Nas áreas onde o **risco de malária seja elevado**, o diagnóstico clínico deve ser baseado num historial de febre nas 24 horas anteriores e/ou presença de anemia.

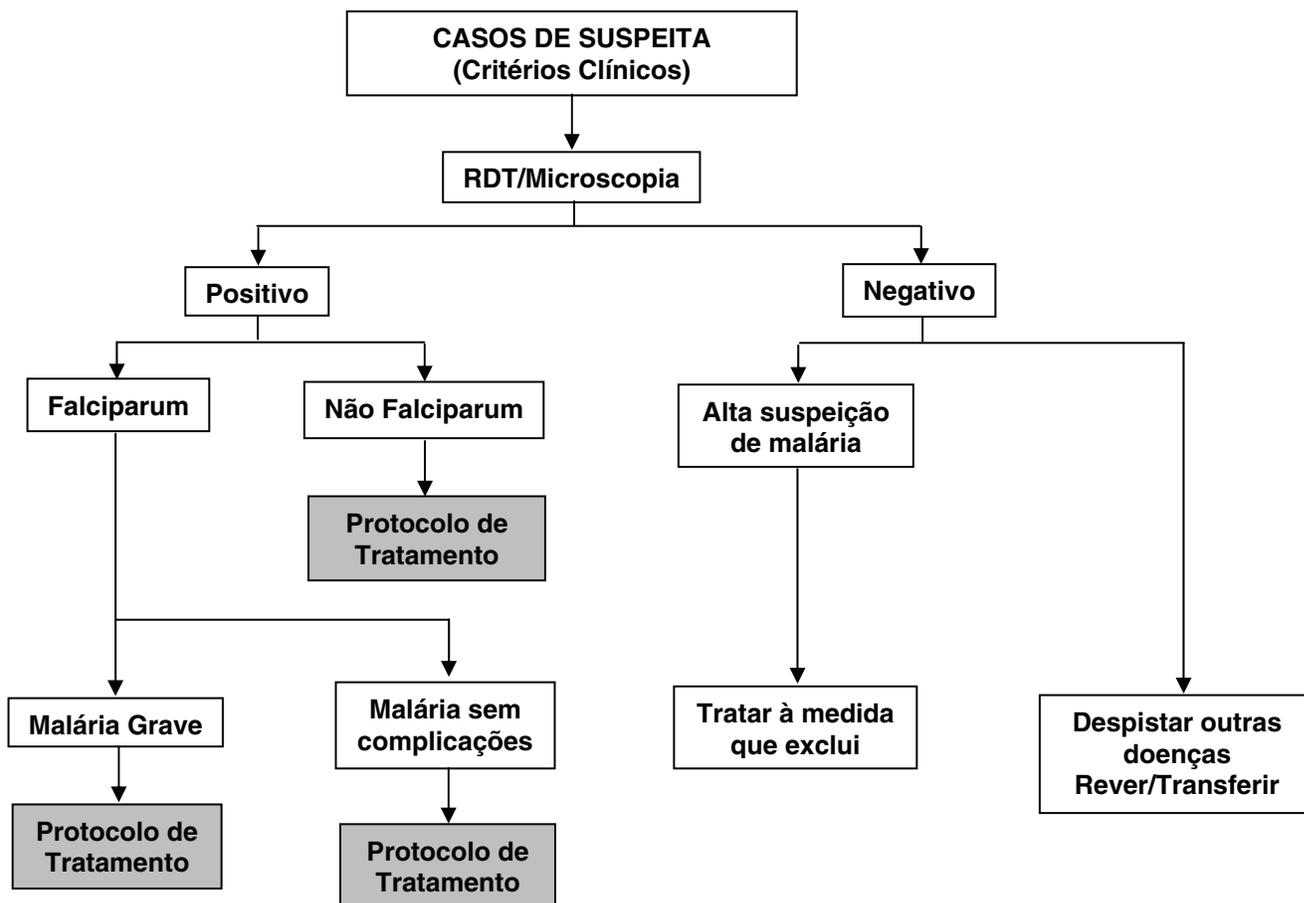
Tratamento Presuntivo

Nas áreas altamente endémicas, a grande prevalência de infecções assintomáticas e a falta de recursos fizeram com que os profissionais de saúde confiassem “no tratamento presuntivo.” Ou seja, as pacientes que sofrem de febre que não tenha nenhuma causa óbvia estão presumidamente infectadas com malária e tratadas, somente com base nos sinais clínicos e no exame físico, e sem o benefício da confirmação do laboratório. Esta prática é ditada por considerações práticas e permite o tratamento de uma doença potencialmente fatal. Mas frequentemente também pode conduzir a diagnósticos incorrectos e ao uso desnecessário de drogas antimaláricas. Isto resulta em despesas adicionais e aumenta o risco de selecção de parasitas resistentes aos medicamentos. Nas crianças e nas mulheres grávidas, o tratamento presuntivo pode ser a melhor opção quando o teste diagnóstico não estiver disponível.

Adaptado de: Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças. 2005. “Malária: Diagnóstico.” Em: http://www.cdc.gov/malaria/diagnosis_treatment/diagnosis.htm.

Figura 9 mostra uma árvore para a tomada de decisões para tratar a malária com base nos resultados do TDR ou microscopia.

Figura 9. Modelo de árvore para a tomada de decisões para tratar a malária em áreas remotas com base nos resultados do TDR ou microscopia



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS) 2004e. *O Uso de Testes de Diagnóstico Rápido*. OMS: Genebra. Em: www.who.int/tdr/diseases/malária/files/wpro_guidelines.pdf

FEBRE DURANTE A GRAVIDEZ

A febre durante a gravidez (uma temperatura de 38°C ou Mais) pode ser um sintoma comum de malária, especialmente nas áreas de transmissão instável se houve exposição à picada do mosquito. Outras condições, incluindo infecções da bexiga ou renais, pneumonia, e infecções uterinas podem causar febre durante a gravidez. Também podemos necessitar de excluir as doenças tropicais tais como a tifoide, dengue ou febre-amarela, todas as quais têm a febre como sintoma primário.

Uma vez que a febre também é um sinal de perigo durante a gravidez, deverá rapidamente verificar:

- O tipo, duração e/ou grau de febre e a temperatura actual medida

- Se a grávida tem ou teve:
 - Arrepios/calafrios
 - Febre extrema
 - Ataques/convulsões

Além de descobrir se a grávida tem febre, é essencial que o profissional de saúde reúna o máximo de informação possível sobre a grávida e/ou sobre a sua família para despistar outras causas antes de diagnosticar a malária. Faça perguntas à grávida e examine-a relativamente a:

- Uso de quaisquer medicações para a febre ou malária
- Qualquer fluido da vagina/ruptura de membranas
- Corrimento vaginal líquido com mau cheiro
- Abdómen ou útero sensível/mole
- Cefaleias
- Dores musculares/articulares
- Tosse seca ou expectorante
- Dores no peito e/ou dificuldade respiratória
- Dor ou ardor ao urinar; urinar com frequência, urgência, dores laterais
- Outros sinais de perigo

Escute sempre com atenção as queixas e preocupações da paciente. Também é importante não esquecer que o historial da paciente não se limita às suas queixas. Sintomas adicionais podem revelar-se quando o profissional de saúde fizer perguntas específicas. Uma vez obtido o historial, podem recolher-se outras informações via o exame físico e, às vezes testes laboratoriais.

RECONHECIMENTO DA MALÁRIA NAS GRÁVIDAS

A malária pode ser sem complicações ou grave. Embora a malária sem complicações seja facilmente tratada, a malária grave pode representar um risco de vida e, portanto, deve ser rapidamente reconhecida e tratada.

A **Tabela 5** resume os sinais e sintomas de malária sem complicações e grave.

Se existirem outras suspeitas para além da malária sem complicações, administre o tratamento/gestão pré-transferência e transfira a grávida imediatamente (vide as directrizes pré-transferência abaixo).

Tabela 5. Sinais e sintomas de malária grave e sem complicações

TIPO DE MALÁRIA	SINAIS E SINTOMAS HABITUAIS	SINAIS E SINTOMAS POUCO HABITUAIS
SEM COMPLICAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Febre • Tremores/arrepios/calafrios • Cefaleias • Dores musculares/articulares • Perda de apetite • Náuseas e vômitos • Falso trabalho de parto (contrações uterinas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Baço inchado
GRAVE	<p>Sintomas e sinais de malária sem complicações, mais um ou mais dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tonturas, confusão, coma • Respiração acelerada/falta de fôlego/dificuldade respiratória • Vômitos após refeições, incapacidade de se alimentar • Palidez das pálpebras interiores, interior da boca, língua e palmas das mãos • Icterícia 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsões • Icterícia grave • Sinais de desidratação grave, especialmente se a grávida tiver vomitado repetidamente: <ul style="list-style-type: none"> – Perda repentina de peso – Olhos encovados – Pele solta – Boca seca • Quantidade reduzida de urina ou ausência de urina • Hemorragia espontânea das gengivas, pele e locais de punctura das veias

GESTÃO DE CASOS DE MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ

Não obstante as medidas preventivas, algumas grávidas ainda virão a infectar-se com malária. O objectivo do tratamento da malária durante a gravidez é de eliminar totalmente a infecção porque quaisquer quantidades de parasitas no sangue pode afectar a mãe ou provocar a infecção da placenta além de afectar o feto. Depois de determinar se a infecção é grave ou sem complicações, o profissional de saúde selecciona o tratamento com base na idade gestacional da gravidez e medicação disponível (por exemplo, medicamentos aprovados para o tratamento da malária de acordo com as directrizes nacionais).

Apesar de a malária sem complicações ser facilmente tratada, a malária grave é de gestão mais difícil e conseqüentemente exige, uma transferência imediata. As grávidas podem ser transferidas para cuidados mais especializados dentro da unidade ou para a unidade mais próxima, onde elas possam receber os cuidados apropriados o mais rapidamente possível.

De acordo com as directrizes mais recentes da OMS sobre o tratamento da malária (OMS 2006b), os antimaláricos considerados seguros no primeiro trimestre da gravidez são o quinino, cloroquina (CQ), proguanil e pirimetamina. O clindamicina também é seguro, mas deve ser usado em combinação com um medicamento artesunato (vide abaixo). Destes, o quinino é o medicamento de selecção por ser mais eficaz e pode ser usado em todos os trimestres da gravidez. Outros medicamentos (especialmente CQ e SP) podem ser ineficazes devido à crescente resistência. As medicações que nunca devem ser administradas na gravidez incluem tetraciclina, doxicilina, primaquine e halofantrine.

Tratamento com Terapia Combinada

Em muitas partes de África e do mundo, a malária do *plasmodium falciparum* tornou-se resistente à terapia de um só medicamento, resultando em tratamento ineficaz e aumento das taxas de morbidade e mortalidade. Por este motivo, a OMS agora recomenda que os países usem uma combinação de medicação para lutar contra a malária. Uma vantagem principal da terapia combinada é que a resistência à medicação é muito menos provável do que com tratamentos de um só medicamento.

Terapia Combinada com base em Artemisinina

O uso simultâneo das medicações contendo um derivado da artemisinina (de uma planta chamada *Artemisia annua*), junto com uma outra medicação antimalárica, chama-se terapia combinada com base em artemisinina (TCA). Esta combinação é actualmente o tratamento mais eficaz contra a malária.

No geral, as TCA são aproximadamente 95% eficazes em curar a malária e são bem toleradas pela maioria das pacientes. Existe também uma evidência que as TCA reduzem a transmissão do *P. falciparum*. Por estes motivos, quase 60 países (metade deles em África) mudaram a política nacional e adoptaram as TCAs como o seu tratamento de primeira linha, embora muitos ainda não implementaram a nova política. Uma barreira pode ser o custo dos TCAs, que é muito mais elevado do que o das medicações convencionais contra a malária.

Apesar das notícias prometedoras sobre TCAs, ainda existem algumas questões que necessitam de mais pesquisa em termos de segurança durante a gravidez (especialmente no primeiro trimestre), interacções entre medicamentos e estratégias para o tratamento. Alguns governos querem usar a terapia combinada antes que a malária se torne resistente às drogas tradicionais como a SP. Então a SP ainda será eficaz e reservada para uso em TIPg. Outros países estão a lidar com a aderência das pacientes, intolerância de medicamentos em algumas pacientes e uma falta geral de experiência clínica com a terapia combinada.

Diagnóstico e tratamento

É importante seguir as directrizes nacionais ou regionais relativas a que terapias combinadas usar (se existentes) e como usá-las. Para a malária sem complicações na primeira medicação a droga de escolha é o quinino. Se as TCA forem o único tratamento eficaz disponível, podem ser usadas no primeiro trimestre.

Para o segundo e terceiro trimestres, as TCA devem ser o tratamento de primeira-linha. Se estas não estiverem disponíveis, administre uma combinação de artesunato e clindamicina ou quinino e clindamicina como esboçado abaixo.

Uma mulher grávida que seja tratada com TCA para uma infecção com malária deve esperar 2 semanas após ter terminado este tratamento antes de receber dose marcada de TIPg (Newman 2007).

Terapia combinada com base noutras medicações (diferentes da artemisinina) (OMS 2006b)

As combinações diferentes da artemisinina (não-TCA) incluem a sulfadoxina-pirimetamina com cloroquina (SP + CQ) ou amodiaquina (SP + AQ). No entanto, devido aos altos níveis de resistência à CQ e da falta de evidências que a SP + CQ forneçam qualquer benefício adicional relativamente à SP, a combinação SP + CQ não é recomendada. A combinação SP + AQ pode ser mais eficaz do que qualquer uma das medicações sozinhas, mas precisa de ser considerada em comparação com TCA. As actuais directrizes para o tratamento recomendam que se não estão disponíveis as TCA mais eficazes, e como tanto a SP e AQ são eficazes (a eficácia é superior a 80%), então a SP + AQ podem ser usadas como uma medida provisória.

As pacientes a receberem não-TCA contendo SP para o tratamento da malária podem continuar a tomar TIPg mas devem esperar pelo menos 1 mês após ter terminado o tratamento. Os profissionais de saúde devem seguir as directrizes locais para mais detalhes (Newman 2007).

Houve poucos efeitos secundários significativos associados com as medicações combinadas para a malária. Os efeitos secundários relatados são geralmente pouco consideráveis ou insuficientes para causar a retirada do tratamento ou intervenção médica (Denis et al. 2006; Jima et al. 2005; Mohamed et al. 2006; Tagbor et al. 2006). O prurido e a fadiga, por exemplo, foram os efeitos secundários mais frequentes da amodiaquina num estudo (Fanello et al. 2006). Por serem combinações novas da medicação em grande parte dos cenários, os efeitos secundários possíveis não são ainda totalmente conhecidos. É importante monitorar cuidadosamente as pacientes para

detectar todos os efeitos secundários ou problemas e reportá-los às autoridades competentes no seu país. Lembre-se também de aconselhar as mulheres a informar prontamente quaisquer problemas.

RECOMENDAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA MALÁRIA SEM COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ

A OMS recomenda o seguinte para o tratamento da MdG sem complicações (OMS 2006b). Vide as directrizes nacionais específicas para o que é aprovado para uso no seu cenário e instruções de uso.

Primeiro trimestre

- Quinino 10mg sal/kg de peso corporal três vezes por dia + clindamicina 10mg sal/kg de peso corporal duas vezes por dia durante 7 dias:
 - Se a clindamicina não estiver disponível, usar somente quinino.
- TCA deve ser usado se for o único tratamento eficaz disponível.

Segundo e terceiro trimestres

- Use TCA reconhecidas como sendo eficazes no país/região, **OU**
- Use artesunato + clindamicina (10 mg/kg de peso corporal duas vezes por dia) durante 7 dias, **OU**
- Use quinino+ clindamicina durante 7 dias.
- Recomendações adicionais baseadas na opinião de peritos:
 - Atrasar o TIPg até 2 semanas depois de ter terminado TCA.
 - Continuar TIPg como programado se a terapia combinada contiver SP:
 - Certifique-se de esperar 1 mês antes de recomeçar TIPg depois do tratamento com as terapias contendo SP.

Importante: A malária não é a única causa de febre. Se o estado de uma grávida não melhorar nas 48 horas após ter sido iniciado um tratamento e/ou após administração de uma terapia medicamentosa de segunda linha, deve suspeitar-se de outras causas para a febre durante a gravidez.

Controlo da temperatura corporal elevada

Ensine à grávida e aos prestadores de cuidados de saúde como controlar a temperatura corporal, usando uma esponja para molhar o corpo com água tépida. Administrar também dois comprimidos de paracetamol 500 mg de 6 em 6 horas até que a temperatura regresse ao normal.

Acompanhamento depois do tratamento da malária sem complicações

Se possível, procure uma parteira ou um profissional de saúde da comunidade para visitar a grávida em casa nos 2–3 dias seguintes ao início do tratamento para acompanhar o progresso. Certifique-se de que a paciente conhece os sinais de perigo e sabe quando deve voltar à unidade de saúde, em caso de necessidade. Se não forem possíveis as consultas ao domicílio, aconselhe a grávida a deslocar-se à unidade de saúde para uma consulta de acompanhamento após a conclusão do tratamento ou se o seu estado piorar.

A maioria das pacientes irá reagir ao tratamento da malária e começará a sentir-se melhor dentro de 1 a 2 dias após o início do tratamento. Porém, se o estado da paciente não melhorar ou se piorar, administre o tratamento de segunda linha para a malária sem complicações seguindo as directrizes nacionais específicas para o tratamento.

Se o estado da grávida não melhorar, transfira-a imediatamente para cuidados mais especializados dentro da unidade de saúde ou para o local mais próximo onde lhe possam ser prestados os cuidados de saúde o mais rapidamente possível.

Malária grave

Estabilize e transfira a grávida imediatamente se tiver quaisquer sintomas que sugiram malária grave.

Se uma mulher grávida apresentar convulsões, é necessário determinar se são devidas à malária ou eclâmpsia. Recolha a seguinte informação (**Tabela 6**) para determinar a causa das convulsões/ataques:

Tabela 6. Determinação da cause de convulsões durante a gravidez

SINAIS/SINTOMAS	MALÁRIA GRAVE	ECLÂMPSIA
Historial recente de febre, arrepios (da paciente ou da família)	Sim	Não
Temperatura	≥ 38°C	< 38°C
Pressão sanguínea	Diastólica < 90 mm Hg	Diastólica ≥ 90 mmHg
Inchaço no baço	Sim	Não
Icterícia	Sim	Não

- **Se suspeitar de eclâmpsia**, estabilize e trate com sulfato de magnésio conforme as directrizes nacionais e transfira.

- **Se suspeitar de malária complicada**, estabilize e trate com quinino e diazepam conforme as directrizes nacionais e transfira.

TRATAMENTO PRÉ-TRANSFERÊNCIA PARA MALÁRIA GRAVE⁴

o risco de morte causada pela malária grave é maior nas primeiras 24 horas. Atrasos no início do tratamento antimalárico adequado pode resultar na degradação do estado de saúde da paciente e mesmo em morte. O tratamento deverá portanto ser imediatamente iniciado, e a grávida deve receber uma dose completa de antimaláricos parenterais antes da transferência. O quinino é o tratamento de preferência no primeiro trimestre, mas o artesunato também é uma opção. Para o segundo e terceiro trimestres, o artesunato IM ou IV é a primeira e o artemeter a segunda opção. A administração rectal de artesunato ou artemeter pode ser administrada se não for possível injectar.

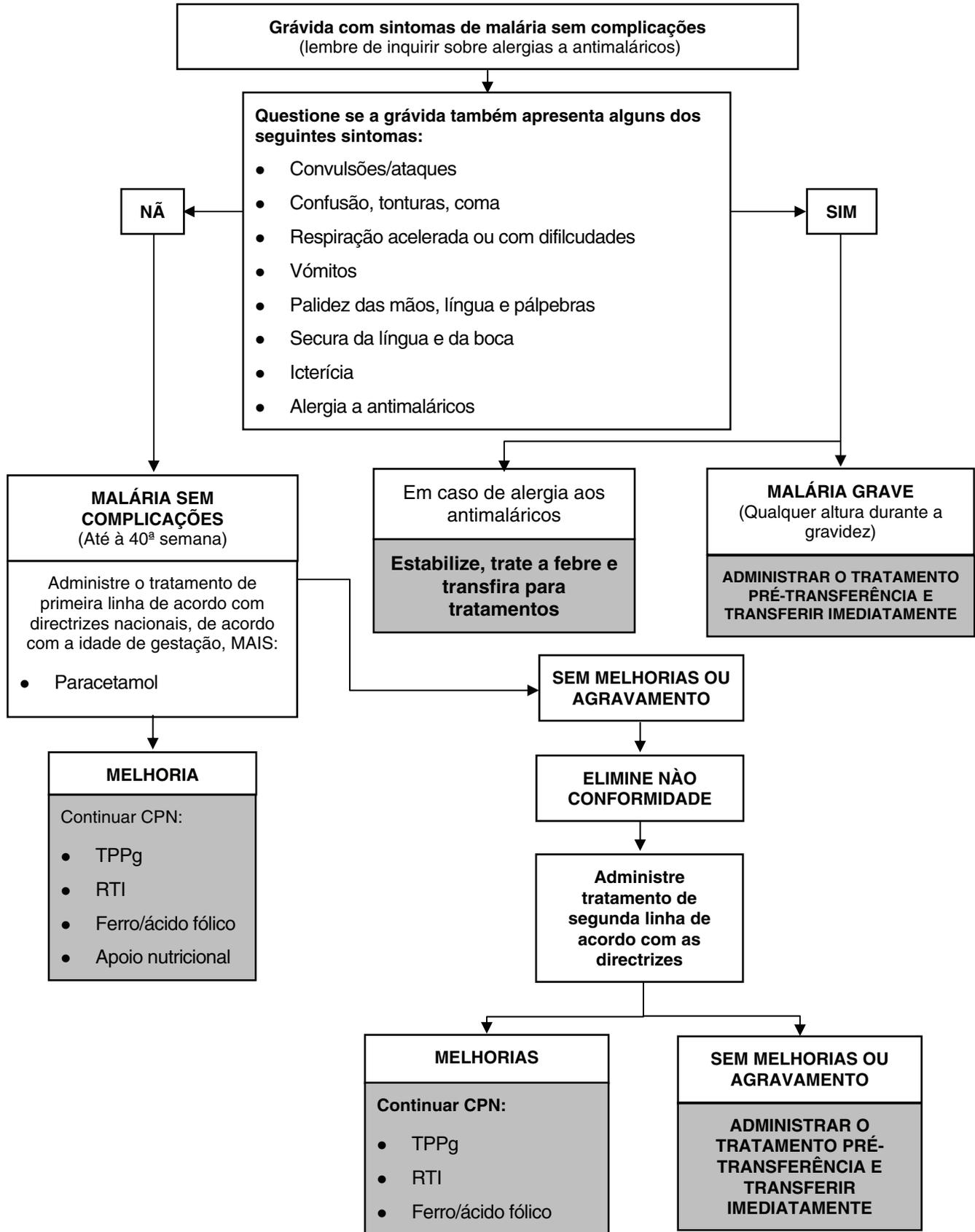
Se for necessária a transferência, siga as seguintes etapas:

- Explique a situação à paciente e à família.
- Administre o tratamento pré-transferência em conformidade com os protocolos locais.
- Ajude a providenciar transporte para outra unidade de saúde.
- Inclua a informação seguinte na nota de encaminhamento:
 - Breve historial do estado da paciente
 - Pormenores sobre qualquer tratamento prescrito
 - Motivos da transferência
 - Quaisquer observações significativas a partir do historial, exame físico ou análise laboratorial
 - Destaques de quaisquer detalhes importantes da presente gravidez
 - Cópia do registo de CPN da paciente, se possível
 - Informação para contacto em caso de dúvidas por parte do profissional ou da unidade de saúde de transferência
- Acompanhar a grávida durante o transporte, se possível, e certificar-se de que está disponível medicação suficiente.
- Registrar informação no boletim de CPN e no boletim clínico.

A gestão de casos de malária durante a gravidez está resumida na **Figura 10**.

⁴ Adaptado de: Organização Mundial da Saúde (OMS). 2004d. *Um Enquadramento Estratégico para a Prevenção e Controlo da Malaria durante a Gravidez na Região Africana*. OMS/Gabinete Regional para África: Brazzaville. Em: www.afro.who.int/malaria/publications/malaria_in_pregnancy_092004.pdf.

Figura 10. Gestão de casos de malária durante a gravidez



REFERÊNCIAS

Anglaret X et al. 1999. Quimioprofilaxia precoce com trimetoprim-sulfametoxazole para HIV-1-adultos infectados em Abidjan, Costa do Marfim: Um estudo aleatório. Grupo de Estudo Cotimo-CI (Early chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV-1-infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire: A randomised trial. Cotimo-CI Study Group). *The Lancet* 353(9163): 1463–1486.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2005. Malária: Diagnóstico. Em: http://www.cdc.gov/malaria/diagnosis_treatment/diagnosis.htm.

Denis MB et al. 2006. Controle da eficácia da combinação de artesunato e mefloquina para o tratamento de malária falciparum sem complicações no Camboja (Surveillance of the efficacy of artesunate and mefloquine combination for the treatment of uncomplicated falciparum malária in Cambodia). *Tropical Medicine and International Health* 11(9): 1360–1366.

Fanello CI et al. 2006. Tolerabilidade da amodiaquina e sulfadoxina-pirimetamine, sozinhas ou combinadas para o tratamento da malária plasmodium falciparum sem complicações em adultos Ruandeses (Tolerability of amodiaquine and sulphadoxine-pyrimethamine, alone or in combination for the treatment of uncomplicated Plasmodium falciparum malária in Rwandan adults). *Tropical Medicine and International Health* 11(5): 589–596.

Jima D et al. 2005. Segurança e eficácia do artemeter-lumefantrina no tratamento da malária falciparum sem complicações na Etiópia (Safety and efficacy of artemether-lumefantrine in the treatment of uncomplicated falciparum malária in Ethiopia). *East African Medical Journal* 82(8): 387–390.

Laufer MK and Plowe CV. 2006. Editorial: Profilaxia de cotrimoxazole para a malária em África: as principais perguntas foram respondidas? (Cotrimoxazole prophylaxis and malária in Africa: have the important questions been answered?) *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 75(3): 373–374.

Lindsay S et al. 2000. Effect of pregnancy on exposure to malária mosquitos. *The Lancet* 355(9219): 1972.

Diagnóstico e tratamento

Lindsay SW et al. 1989. Redes mosquiteiras impregnadas com permethrin reduzem artrópodes redundantes em habitações na Gambia (Permetrin impregnated bednets reduce nuisance arthropods in Gambia houses). *Medical and Veterinary Entomology* 3: 377–383.

Malamba SS et al. 2006. Efeito da profilaxia com clotrimoxazole tomado por pessoas sero-positivas na selecção de parasitas de malária resistentes à SP entre membros de agregados sero-negativos (Effect of cotrimoxazole prophylaxis taken by human immunodeficiency virus (HIV)-infected persons on the selection of sulfadoxine-pyrimethamine-resistant malária parasites among HIV-uninfected household members). *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 75(3): 375–380.

Mohamed AO et al. 2006. A eficácia do artesunato-sulfadoxina-pirimetamina e artemeter-lumefantrina no tratamento de malária plasmodium falciparum sem complicações, numa área de baixa transmissão no centro do Sudão (The efficacies of artesunate-sulfadoxine-pyrimethamine and artemether-lumefantrine in the treatment of uncomplicated, Plasmodium falciparum malária, in an area of low transmission in central Sudan). *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* 100(1): 5–10.

Newman R. 2007. (Centers for Disease Control and Prevention.) Comunicação pessoal (Personal communication).

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2008. *World Malaria Report 2008*. OMS: Geneva. De: www.who.int/malaria/wmr2008

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2006a. Agenda provisória da 59ª Assembleia de Saúde Mundial item: 11.4 Anemia falciforme (59ª World Health Assembly provisional agenda item: 11.4 Sickle Cell Anemia). (24 April). At: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_9-en.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2006b. *Guidelines for the Treatment of Malária*. OMS: Geneva. At: <http://www.who.int/malaria/docs/TreatmentGuidelines2006.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2005. Relatório Mundial sobre a Saúde: Fazer com que cada Mãe e cada Filho Contem (*The World Health Report 2005: Making Every Mother and Child Count*). OMS: Geneva.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2004a. Perguntas frequentes sobre a malária) Frequently asked questions about malária. OMS / Global Malária Programme: Geneva. At: <http://www.who.int/malaria/faq.html#incubation>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2004b. Interações e Implicações da Malária e HIV/SIDA: Conclusões de uma Consultoria Técnica Organizada pela OMS (*Malária and HIV/AIDS Interactions and Implications: Conclusions of a Technical Consultation Convened by WHO*), 23–25 June, 2004. (flyer). OMS: Geneva. At: http://www.who.int/malaria/malaria_HIV/malaria_hiv_flyer.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2004c. Interações entre a Malária e o HIV/SIDA e suas Implicações na Política de Saúde Pública: Relatório a Consultoria Técnica (*Malaria and HIV Interactions and Their Implications for Public Health Policy: Report of a Technical Consultation*). OMS: Geneva. (June).

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2004d. Um Enquadramento Estratégico para a Prevenção e Controlo da Malária durante a Gravidez na região Africana (*A Strategic Framework for Malaria Prevention and Control during Pregnancy in the Africa Region*). OMS /Regional Office for Africa: Brazzaville. At: www.afro.who.int/malaria/publications/malaria_in_pregnancy_092004.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2004e. Uso dos Testes Rápidos de Diagnóstico da Malária (*The Use of Malaria Rapid Diagnostic Tests*). OMS: Geneva. At: http://www.who.int/tdr/diseases/malaria/files/wpro_guidelines.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2004f. Quais são as Opções? Uso da Pesquisa Formativa para Adaptar as Recomendações Globais sobre o HIV e Alimentação de Bebés ao Contexto Local (*What Are the Options? Using Formative Research to Adapt Global Recommendations on HIV and Infant Feeding to the Local Context*). OMS: Geneva.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2002. *WHO Estudo Aleatório aos Cuidados Pré-natais: Manual para a Implementação do Novo Modelo (Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model)*. OMS: Geneva. At: http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/antenatal_care_randomized_trial.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 1997. MAP

Organização Mundial de Saúde (OMS)/Western Pacific Regional Office (WPRO). 2005. Testes Rápidos de Diagnóstico da Malária (Malaria Rapid Diagnostic Tests). At: http://www.wpro.who.int/sites/rdt/using_rdts/.

Diagnóstico e tratamento

Ouma P et al. 2006. Um estudo aleatório controlado sobre a suplementação de ácido fólico no tratamento da malária durante a gravidez com SP (A randomized controlled trial of folate supplementation when treating malária in pregnancy with sulfadoxine-pyrimethamine). *PLoS Clinical Trials* 1(6): e28. At: <http://clinicaltrials.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pctr.0010028>.

Roll Back Malária (RBM) Partnership. 2005. Plano Estratégico Global: Fazer recuar a Malária 2005–2015 (*Global Strategic Plan: Roll Back Malária 2005–2015*). RBM Partnership Secretariat: Geneva). At: http://www.rollbackmalaria.org/forumV/docs/gsp_en.pdf.

Southern Africa Malária Control/ Organização Mundial de Saúde (OMS). 2006. Web site. At: www.malaria.org.zw/s_profile.html.

Tagbor H et al. 2006. Eficácia, segurança, e tolerabilidade da amodiaquina mais sulphadoxina-pirimetamina usadas de forma individual e combinada para o tratamento da malária durante a gravidez (Efficacy, safety, and tolerability of amodiaquine plus sulphadoxine-pyrimethamine used alone or in combination for malária treatment in pregnancy: A randomised trial). *The Lancet* 368(9544): 1349–1356.

United Nations Children's Fund (UNICEF). 2005. Estatísticas do Malawi (Malawi Statistics). At: http://www.unicef.org/infobycountry/malawi_statistics.html#29

