

Prevenção e Controlo da Malária na Gravidez



Um Workshop para Trabalhadores de Saúde



Esta publicação foi adaptada do Pacote de Recursos de Aprendizagem para Prevenção e Controlo da malária na Gravidez possível graças ao apoio da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) nos termos do Apoio N° HRN-A-00-98-00043-00/Programa de Saúde Materna e Neonatal e pela Divisão para Saúde Materna e Infantil, Gabinete de Saúde, Doenças Infecciosas e Nutrição, Gabinete para Saúde Global, ao abrigo dos termos do Acordo de Cooperação Líder e Associados GHS-A-00-04-00002-00/Programa ACCESS. As opiniões expressas no presente são dos autores e não reflectem necessariamente as opiniões da USAID ou do Governo dos Estados Unidos.

A USAID não contribuiu para a informação ou financiamento da edição de 2015.



Malária na Gravidez (MIP): Objectivo do Workshop



- Este workshop foi concebido para fornecer aos formandos os conhecimentos e habilidades que necessitam para prevenir, reconhecer e tratar a malária na gravidez nas zonas de transmissão moderada a alta da malária.
- A consulta pré-natal focalizada (CPN-F) é recomendada como plataforma para integração de serviços suportados por evidências para a mulher grávida, incluindo serviços para prevenção e tratamento da malária na gravidez.



3

MIP: Objectivo do Workshop (cont.)



A CPN-F enfatiza a qualidade das consultas e cuidados individualizados em vez da quantidade das consultas. Esta abordagem baseia-se em estudos realizados em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e apoiada pela recomendação política da OMS em 2012 para TIP-Malária com SP (OMS 2013c).



4

Especificidades do Workshop



Nota para o formador: Preencha este slide com informação sobre o calendário do seu workshop. Inclua estatísticas relevantes sobre malária na gravidez no seu país e/ou região.



5

Introdução: Factos sobre a Malária



- 198 milhões de casos em todo o mundo em 2013
- 584.000 mortes estimadas
- 82% das mortes na África Subsariana
- Maior risco para mulheres grávidas e crianças pequenas
- Um criança morre com malária por minuto

Fonte: OMS 2013a.



6

Factos sobre Malária na Gravidez

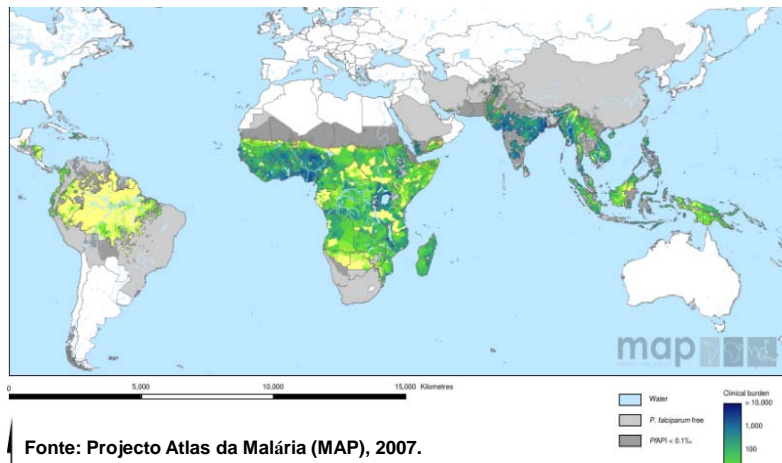


- 25–30 milhões de mulheres africanas grávidas em zonas maláricas todos os anos
- A malária é mais frequente e mais complicada durante a gravidez
- Nas zonas de malária endémica, a malária na gravidez pode ser responsável por:
 - Até 25% da anemia materna (Schantz-Dunn)
 - Aborto espontâneo e baixo peso à nascença prevenível
 - 11% das mortes neonatais (Guyatt and Snow 2001)



7

Peso Clínico: Mapa Mundial do Plasmodium falciparum 2007



8

Factos: Parceria Roll Back Malaria



- A RBM foi lançada pela OMS, UNICEF, PNUD e o Banco Mundial em 1998 para oferecer uma abordagem global coordenada para combate da malária.
- A RBM compreende mais de 500 parceiros: governos, grupos privados, organizações de pesquisa, sociedade civil e os media.
- Visão: Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativos a malária alcançados até 2015 A malária já não é a principal causa de mortalidade e deixou de ser uma barreira para o desenvolvimento social e económico e crescimento em todas as partes do mundo.



9

Parceria RBM (cont.)



- Prioridade: Prevenir fracos desfechos causados pela malária na gravidez
- Cimeira RBM em Yaoundé em 2005: Plano estratégico visando assistir os grupos vulneráveis
 - Meta: 80% das mulheres grávidas nas zonas de transmissão estável a receberem TIP-Malária até 2010
- A Iniciativa do Presidente dos EUA para a Malária (PMI), também lançada em 2005, visa reduzir em 50% as mortes causadas pela malária em 19 países com peso elevado. A PMI definiu uma meta de 85% para uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RTI) e IPTp pelas mulheres grávidas.

Recursos e ferramentas de advocacia gratuitas: www.rbm.who.int



10

Parceria RBM (cont.)



- Desenvolvido pela Parceria Roll Back Malaria Partnership (RBM), a primeira meta do Plano de Acção contra a Malária (GMAP)—2008–2015 para um mundo livre da malária foi apoiado por líderes mundiais e a comunidade de combate contra a malária durante a Cimeira dos ODM em 2008 em Nova Iorque e é um instrumento de advocacia valioso, mapa para progresso e estratégia suportada por evidências para prestação de prevenção e tratamento eficazes.
- Acção e Investimento para derrotar a malária 2016–2030 (AIM)—Para um Mundo Livre da Malária reforça o sucesso do primeiro Plano de Acção Global Contra a Malária que serve de chamada clarion e guia para acção colectiva (OMS 2015a).



11

Parceria RBM (cont.)



- A Estratégia Técnica Global contra a Malária 2016–2030 foi adoptada pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2015:
 - Define a meta de reduzir a incidência global da malária e índices de mortalidade no mínimo em 90% até 2030.
 - Enfatiza a necessidade de cobertura universal das intervenções nucleares para a malária para todas as populações em risco e evidencia a importância de usar dados de vigilância de alta qualidade para a tomada de decisões. (OMS, 2015c)



12

Parceria RBM (cont.)



- Em Abril de 2015: a Convocatória Global para Acção da RBM para Aumento da Cobertura Nacional do Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez para Impacto Imediato: Até 2030 alcançar uma cobertura mínima de 90% com 3 ou mais doses de TIP-Malária nas zonas de transmissão estável para toda a malária endémica.



13

Prevenção e Controlo da MIP



Módulo Um: CPN-F



14

CPN-F: Objectivos de Aprendizagem do Módulo Um



- Explicar as diferenças entre cuidados básicos, adicionais e iniciais especializados.
- Definir as quatro metas principais da CPN-F e a abordagem tripla da OMS.
- Descrever os elementos essenciais de um plano de preparação do parto e prontidão para complicações.
- Discutir a frequência e calendário das consultas CPN-F.
- Descrever as componentes da manutenção de registos para CPN-F.



15

Enquadramento Geral: CPN Tradicional e CPN-F



A abordagem CPN tradicional:

- Pressupões que mais consultas resultam em melhores cuidados para a mulher grávida
- Enfatiza:
 - Cuidados ritualistas, de rotina, onde as acções frequentemente não se baseiam em evidências nem orientadas por metas
 - Frequência das consultas
- Não enfatiza necessariamente as necessidades da utente em particular
- Frequentemente com base na abordagem de risco



16

CPN Tradicional e CPN-F (cont.)



- Uma abordagem focalizada para CPN enfatiza:
- Acções suportadas por evidências, orientadas por metas
- Cuidados por trabalhadores capacitados
- Qualidade das consultas e cuidados individualizados, em vez de quantidade das consultas

A CPN-F baseia-se em estudos da OMS em 2002 e é apoiado pela recomendação da política da OMS para TIP-Malária com SP.



17

CPN-F: Gana



Fotografia de: William Brieger/Jhpiego



18

Âmbito da CPN-F: Acções Suportadas por Evidências, Guiadas por Metas



Acções da CPN-F suportadas por evidências e orientadas para os objectivos:

- Respondem aos problemas de saúde mais prevalentes que afectam a saúde da mulher e recém-nascido
- Ajustam-se a populações/regiões específicas
- São apropriadas a idade gestacional
- Baseiam-se numa justificação firme



19

Âmbito da CPN-F: Cuidados Individualizados, Centrados na Mulher



A CPN-F baseia-se nas... de cada mulher:

- Necessidades específicas e preocupações
- Circunstâncias
- Historial, exame físico e testagem
- Recursos disponíveis



20

Qualidade vs. Quantidade das Consultas CPN



- O estudo multi-centro da OMS reconheceu que o número de consultas pré-natais pode ser reduzido sem afectar os desfechos para as mães ou bebés.
- Recomendações:
 - O conteúdo e qualidade dos cuidados são mais importantes do que o número de consultas.
 - Prestar cuidados orientados por metas.
 - As mulheres devem ir no mínimo a quatro consultas pré-natais.



21

Deixou de Ser Recomendado



- Numerosas consultas de rotina:
 - Porque são um peso para as mulheres e para o sistema de saúde
- Medições e exames de rotina:
 - Altura e peso maternos
 - Edema nos tornozelos
 - Posição fetal antes das 36 semanas
- Cuidados com base na avaliação de risco, porque toda a mulher corre risco de complicações



22

Abordagem de Risco



Não é uma estratégia CPN eficaz porque:

- Não dá para prever complicações – toda a mulher grávida corre o risco de desenvolver complicações.
- Os factores de risco normalmente não são a causa directa das complicações.

Cuidados focalizados baseiam-se na premissa que:

- Toda mulher grávida corre risco de complicações e portanto todas as mulheres devem receber os mesmos cuidados básicos – incluindo monitoria das complicações.



23

Abordagem de Risco (cont.)



- Muitas mulheres de “baixo risco” desenvolvem complicações:
 - Quando definidas como de baixo risco, elas podem ter uma falsa sensação de segurança
 - Podem não saber como reconhecer/responder aos problemas
- A maioria das mulheres de “alto risco” dá a luz sem complicações:
 - A abordagem de risco resulta no uso ineficiente de recursos escassos



24

Provedor Capacitado



Características:

- Tem formação formal e experiência
- Possui conhecimentos, habilidades e qualificações para prestar cuidados de saúde materna e neonatal seguros e eficazes
- Práticas em casa, no hospital ou Centro de Saúde
- Pode ser uma parteira, enfermeira, médico, técnico de medicina etc.



25

Secção 1.1 do Módulo



Metas, âmbito, Estratégias e Serviços CPN-F



26

Quatro Metas Principais para CPN-F



- As quatro metas principais da CPN-F culminam num desfecho saudável para a mãe e o seu recém-nascido:
 1. Identificação e tratamento dos estados de saúde existentes
 2. Detecção precoce de complicações e/ou doenças durante a gravidez
 3. Preparação para o parto e prontidão para complicações
 4. Promoção da saúde e prevenção de doenças



27

Prevenção e Controlo da Malária na Gravidez



Estratégia tripla da OMS:

1. Uso de RTI
2. Tratamento Intermitente Preventivo (TIP-Malária) com Sulfadoxine-Pyrimethamine (SP)
3. Manejo de casos de mulheres com sintomas e sinais de malária

A plataforma para estas intervenções:
CPN-F com educação de saúde sobre malária



28

Âmbito da CPN-F



A maioria das mulheres grávidas precisam apenas destes serviços

Componentes centrais dos cuidados básicos— para manter uma gravidez normal

Algumas mulheres grávidas também requerem estes serviços

Cuidados adicionais— para resolver desconfortos comuns e necessidades especiais

Menos mulheres grávidas requerem estes serviços

Primeiros cuidados especializados— para responder a complicações que representem risco de vida



Cuidados Básicos para **TODAS** as Mulheres



- A CPN-F promove avaliações direcionadas
- Procurar por sinais/sintomas de estados clínicos que são comuns na população servida, além de complicações relativas a gravidez:
 - Anemia severa
 - Hipertensão
 - Malária
 - Sífilis e outras infecções de transmissão sexual (ITSs)
 - HIV/SIDA e tuberculose (TB)



Cuidados Básicos para **TODAS** as Mulheres (cont.)



Serviços que todas as mulheres deveriam receber para garantir, apoiar e manter um ciclo de gestação normal:

- Detecção de problemas ou potenciais problemas
- Promoção da saúde para facilitar práticas saudáveis
- Aconselhamento nutricional
- Planificação da preparação para o parto/prontidão para complicações
- Testagem/aconselhamento para o HIV e detecção de casos de TB
- Vacinações e outras medidas preventivas



31

Cuidados Adicionais para **ALGUMAS** Mulheres



- Para responder a preocupações, como desconfortos comuns na gravidez ou necessidades especiais
- Necessidades especiais: condições ou factores pessoais/sociais que devem ser considerados quando se planifica e implementam cuidados.
- Exemplos de cuidados adicionais:
 - Aconselhamento sobre tópicos de saúde específicos
 - Questões relativas a violência de género
 - Responder as necessidades das adolescentes grávidas
 - Cuidar de mulheres que estejam infectadas pelo HIV



32

Cuidados Iniciais Especializados para POUCAS Mulheres



- Algumas mulheres grávidas vão necessitar de cuidados iniciais especializados, incluindo mais consultas CPN e/ou referência, para problemas ou complicações mais graves.
- As mulheres com gravidezes complicadas pelo HIV, traço de célula falciforme ou TB precisam de cuidados especiais ou possível referência.
- Exemplos de complicações com risco de vida incluem malária severa, anemia e hemorragia pré-natal.
- Cuidados especializados podem não significar manejo do problema, mas estabilização e preparação para referência para um nível de cuidados mais elevado.



33

Identificação e Tratamento de Problemas de Saúde Existentes



- Reconhecer e tratar problemas que podem complicar a gravidez da mulher
- Fornecer avaliações direccionadas:
 - Inquirir, examinar e testar a mulher para detectar sinais/sintomas de estados clínicos que são comuns na população servida além de complicações associadas a gravidez.
- Oferecer (ou facilitar) tratamento apropriado



34

Identificação e Tratamento de Problemas de Saúde Existentes (cont.)



- **Malária – historial e exame físico:**
 - A mulher vive numa zona de transmissão estável ou instável da malária?
 - Febre e sinais/sintomas acompanhantes
 - Casos não complicados vs. severos
- **Anemia severa – exame físico, testagem do nível de hemoglobina**
- **Hipertensão – medição da tensão arterial**
- **Testagem e aconselhamento HIV; deteção de casos de TB**
- **Testagem para infecção de transmissão sexual:**
 - Incluindo sífilis (RPR) e outros rastreios apropriados



35

Deteção Precoce de Complicações e/ou Doenças



- **Outra componente da avaliação direccionada**
- **Deteção dos sinais e sintomas de complicações maternas, tais como:**
 - Hemorragia
 - Pré-eclampsia/eclampsia
 - Anemia severa
 - Sepsis/infecção



36

Detecção Precoce de Complicações e/ou Doenças (cont.)



- Manejo de complicações ou manejo inicial e estabilização, incluindo medidas salva-vidas, conforme necessário
- Facilitação do manejo ou referência para nível de cuidados superior



37

Preparação para o Parto e Prontidão para Complicações



- Desenvolver o plano para parto normal e possíveis complicações:
 - Providências tomadas com antecedência pela mulher e família (com ajuda de um trabalhador de saúde capacitado)
 - Normalmente não é um documento escrito
 - Revisto/avaliado em cada consulta
- Minimiza a desorganização no momento do parto ou numa emergência
- Garante cuidados atempados e apropriados



38

Elementos Essenciais de um Plano de Parto



- Local do Parto: Casa ou unidade sanitária; também menciona o nível da unidade sanitária apropriada para emergências
- Trabalhador de saúde capacitado: Para assistir o parto
- Trabalhador de saúde/unidade sanitária: Dados de contacto
- Transporte: Fiável e acessível, especialmente em fora de horas
- Fundos: Poupança pessoal, fundos de emergência
- Tomada de Decisões: Quem tomará decisões, especialmente numa emergência?



39

Elementos Essenciais de um Plano de Parto (cont.)



- Apoio familiar e comunitário: Cuidar da família na ausência da mulher e acompanhante para o parto durante o trabalho de parto
- Dador de Sangue: Em caso de emergência e se os serviços de transfusão não forem adequados
- Itens necessários: Para um parto limpo e seguro e para cuidados neonatais
- Conhecimentos: Sinais de Alerta/sinais do trabalho de parto avançado



40

Sinais de alerta na Gravidez



- Hemorragia vaginal
- Dificuldades respiratórias
- Febre
- Dor abdominal severa
- Cefaleia severa/visão nublada
- Convulsões/perda de consciência
- Tosse persistente, suores nocturnos, expectoração manchada de sangue
- Dor de parto/perda de fluido amniótico antes das 37 semanas



41

Secção 1.2 do Módulo



Promoção da saúde e Prevenção de Doenças



42

Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças



Prevenção e controlo da malária—abordagem tripla da OMS:

1. TIP-Malária com SP começando o mais cedo possível no segundo trimestre da gravidez para mulheres nas áreas de transmissão moderada-a-alta da malária
2. Uso de RTI por todas as mulheres grávidas
3. Diagnóstico precoce e manejo pronto e efectivo dos casos



43

Mulher Grávida a Receber TIP-Malária com SP durante a CPN-F no Senegal



Fotografia de: Karim Seck/Jhpiego



44

Actividades de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças



- Informar e educar a mulher com mensagens de saúde e aconselhamento apropriados para:
 - As suas necessidades individuais, preocupações e circunstâncias;
 - A idade gestacional da sua gravidez; e
 - Os problemas de saúde mais prevalentes.
- Apoiar a mulher na tomada de decisões e resolução de problemas reais ou previstos.
- Envolver o seu parceiro e família no apoio e adopção de práticas saudáveis.



45

Actividades de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças (cont.)



- Outras questões importantes a discutir:
- Nutrição (materna e do lactente)
 - Cuidados para desconfortos comuns
 - Uso de substâncias potencialmente nocivas
 - Violência de Género
 - Higiene
 - Descanso e actividade



46

Tópicos de Proção de Saúde



- Relações sexuais e sexo mais seguro
- Amamentação precoce e exclusiva
- Testagem/aconselhamento para infecção HIV e sífilis; rastreio de TB
- Planeamento Familiar/programação saudável e espaçamento das gravidezes



47

Envolvimento do Homem na CPN-F



- Muitos homens não têm a certeza de como podem contribuir para um desfecho saudável para as suas esposas ou parceiras.
- Com base na preferência da mulher e normas culturais, os homens podem ser encorajados a fazer o seguinte:
 - Apoiar e encorajar a mulher ao longo da gravidez.
 - Garantir repouso e nutrição adequados para ela.
 - Oferecer apoio financeiro para parto normal, complicações e cuidar do recém-nascido.



48

Envolvimento do Homem na CPN-F (cont.)



- Ajudar a mulher a criar um plano do parto.
- Encorajá-la a frequentar o serviço pré-natal e tomar SP sob supervisão do trabalhador de saúde.
- Certificar que ela tenha uma rede mosquiteiras tratadas com insecticida (RTI ou REMTIL) e durma debaixo dela todas as noites.
- Acompanhá-la para a unidade sanitária e estar lá durante o parto.
- Permanecer fiel (ou usar o preservativo consistente e correctamente) para prevenir ITSs ou HIV.



49

Poster do Ministério Federal da Saúde na Nigéria



Exemplo de plano de um país:

- Três formas para prevenir a malária durante a gravidez:
 1. RTI
 2. TIP-Malária com SP
 3. Manejo de casos, para mulheres com sintomas de malária

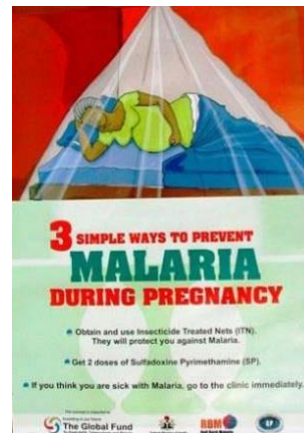


Foto gentilmente cedida pelo FMOH da Nigéria



50

Prevenção de Doenças



Juntamente com mensagens de saúde, outro aspecto importante da promoção da saúde é a provisão de intervenções seguras e custo-efectivas para prevenir determinados estados clínicos.



Mulher grávida a segurar comprimidos de SP na mão, com o trabalhador de saúde a segurar um copo. Fotografia de: Aleisha Monique Rozario/ Jhpiego



51

Prevenção de Doenças (cont.)



- Intervenções para prevenção da malária:
 - Tratamento Intermitente Preventivo (TIP-Malária) com Sulfadoxine-Pyrimethamine (SP)
 - Uso de RTI—especificamente REMTIL
 - Discussão de onde e como se pode ter acesso
 - Discussão do que a mulher e a sua família podem fazer para minimizar a reprodução e/ou a picada do mosquito
- Intervenções para prevenção da transmissão vertical do HIV (PTV)
 - Seguir as directrizes locais



52

Prevenção de Doenças (cont.)



- Intervenções para prevenção de outras doenças endêmicas/deficiências:
 - Anemia:
 - Suplementos de ferro/ácido fólico e aconselhamento sobre nutrição
 - Tratamento preventivo da infecção do ancilóstomo
 - Tétano:
 - Vacina anti-tetânica



53

Prevenção de Doenças (cont.)



- Suplementos de Vitamina A (de acordo com directrizes nacionais):
 - Ajuda a prevenir a cegueira noturna e apoia o crescimento e desenvolvimento fetal
- Suplementos de Iodo (de acordo com directrizes nacionais):
 - 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, a deficiência de iodo também aumenta a possibilidade de aborto espontâneo e mortinascimento.



54

Mãe Recebe RTI em Angola



Fotografia de: William Brieger/Jhpiego



55

Secção 1.3 do Módulo



Gestão e Manutenção de Registos da CPN-F



56

Marcação e Calendarização das Consultas



- **Primeira consulta:** Quando a mulher pensa estar grávida, idealmente no primeiro trimestre (até as 12 semanas)
- **Segunda consulta:** Nas ou por volta das 24–28 semanas (6–7 meses) ou no mínimo uma vez no segundo trimestre
- **Terceira consulta:** Na ou por volta das 32 semanas (8 meses)
- **Quarta consulta:** Na ou por volta das 36 semanas (9 meses)
- **Outras consultas:** Se ocorrer uma complicação; se for necessário seguimento ou referência; se uma quiser se vista por um trabalhador de saúde; ou se o trabalhador de saúde mudar a frequência com base nos achados ou política local



57

Manutenção de Registos para Consultas CPN



É necessário o seguinte:

- Monitoria adequada do estado clínico da mulher
- Continuidade dos cuidados
- Comunicação efectiva entre trabalhadores de saúde e entre unidades sanitárias (quando referida)



58

Responsabilidades de Manutenção de Registos



- **Unidade Sanitária:**
 - Define mantém registo de cada mulher e recém-nascido que recebe cuidados
- **Trabalhador de saúde:**
 - Recolhe a informação, regista, refere e actualiza no momento de cada consulta.
 - Certifica que a informação esteja correcta e claramente escrita
- **Mulher:**
 - Deve ser encorajada a guardar o cartão ou caderneta CPN num local seguro e trazer em cada consulta, e para a unidade sanitária para trabalho de parto e parto



59

Procedimento de Manutenção de Registos



Registrar **toda** a informação no cartão CPN e cartão clínico:

- **Primeira consulta CPN:**
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Testagem/triagem conforme apropriado (ex. malária, HIV, TB)
 - Prestação de cuidados, incluindo TIP-Malária, vacina anti-tetânica e ferro/folato
 - Discussão de mensagens de saúde, incluindo plano do parto, prevenção da malária (uso de RTI) e sinais de alerta
 - Data da consulta CPN seguinte



60

Procedimento de Manutenção de Registos (cont.)



Consultas CPN subsequentes:

- Anamnese provisória
- Exame físico direccionado, testagem
- Prestação de cuidados, incluindo TIP-Malária com SP, quando apropriado
- Discussão de mensagens de saúde (incluindo apreciação/revisão do plano do parto)
- Aconselhamento/testagem para HIV, se não tiver sido efectuada previamente ou se a mulher pedir
- Data marcada para a próxima consulta CPN



61

Manutenção de Registos CPN na Nigéria



Fotografia de: William Brieger/Jhpiego



62

Secção 1.4 do Módulo



Cuidados Respeitosos na Maternidade



63

Definição de Cuidados Respeitosos na Maternidade



Cuidados respeitosos na maternidade (RMC) incluem:

- Assistência prestada por um trabalhador de saúde qualificado durante o trabalho de parto e parto, com base nos seguintes pressupostos:
 - A mulher deve ser participante activa nos seus próprios cuidados.
 - A mulher tem direitos e valores que devem ser sempre respeitados .
- Monitoria de todos os serviços por sistemas de saúde para encorajar e garantir RMC e dar passos para corrigir desrespeito e abuso

Fonte: Bowser and Hill 2010.



64

Elementos dos RMC e habilidades de Comunicação Interpessoal



- Garantir privacidade auditiva e visual durante a consulta CPN
- Falar num tom de voz, calmo e gentil
- Escutar a mulher/família e responder adequadamente (escuta activa)
- Encorajá-los a fazer perguntas e expressar preocupações
- Permitir-lhes demonstrar compreensão da informação fornecida
- Observar sinais pouco usuais



65

Elementos dos RMC e habilidades de Comunicação Interpessoal (cont.)



- Explicar todos os procedimentos/acções e obter a permissão antes de prosseguir
- Demonstrar respeito pelas crenças culturais e normas sociais
- Demonstrar empatia e não julgar
- Evitar distrações durante a condução da consulta
- Lembrar de dizer a utente quando regressar



66

Importância dos RMC



Lembre-se:

- Cuidados respeitosos são uma habilidade que salva vidas.
- O tratamento e cuidados para cada utente deve resultar nelas escolherem por regressar para mais cuidados na sua unidade sempre que precisarem.



Mulher grávida a ir para a CPN de bicicleta.
Fotografia de: Peter Chisambiro



67

Resumo: CPN-F



O objectivo da CPN-F é promover a saúde e sobrevivência materna e neonatal através:

- Identificação e Tratamento de Problemas de Saúde Existentes
- Detecção precoce de complicações e/ou doenças que surjam durante a gravidez
- Preparação para o Parto e Prontidão para Complicações
- Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças



68

Prevenção e Controlo da Malária na Gravidez



Módulo Dois: Transmissão da Malária



69

Transmissão da Malária: Objectivos do Módulo Dois



- Definir a malária e como é transmitida.
- Descrever a extensão da malária em África no geral e no seu próprio país.
- Comparar os efeitos da malária em zonas de transmissão estável e instável.
- Enumerar os efeitos da malária na mulher grávida, seus nascituros e a comunidade.
- Descrever os efeitos da malária na mulher grávida com HIV/SIDA.
- Discutir a integração dos serviços MIP e PTV na CPN-F.



70

Transmissão da Malária: Contexto de Base



Causada por parasitas Plasmodium:

- *Plasmodium falciparum*:
 - O tipo mais comum em grande parte de África
 - Causa a doença mais severa
- *Plasmodium vivax*
- *Plasmodium ovale*
- *Plasmodium malaria*



71

Transmissão da Malária: Contexto de Base (cont)



- A malária é disseminada pelos mosquitos anopheles fêmea infectados com parasitas.
- Os mosquitos anopheles normalmente são activos durante a noite.
- Os parasitas da malária reproduzem-se no sangue humano.
- Um mosquito pica uma pessoa infectada, é infectado com parasitas, e a seguir vai picar e infectar outra pessoa.

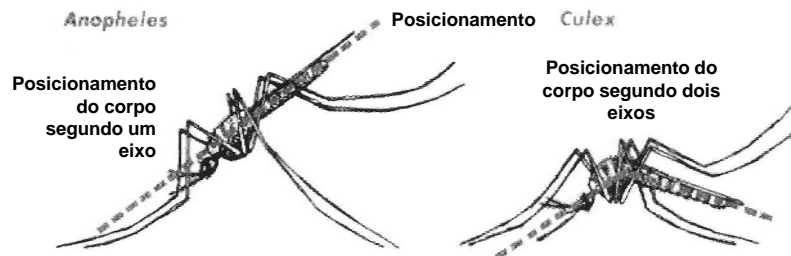


72

Mosquito Anopheles



Os mosquitos *Anopheles* diferem de outros mosquitos na forma como o seu corpo está posicionado. O corpo do mosquito *anopheles* aponta para cima, para o ar em linha, mas o corpo dos outros mosquitos está dobrado e a cauda aponta para baixo.



73

Factores que Afectam a Transmissão



- Locais de reprodução
- Parasitas
- Clima
- População



74

Locais de reprodução



- Corpos de água estagnada ou parada:
 - Pequenos lagos, valas, poços e canais
 - Pântanos, reservatórios e campos de arroz
 - charcos de água depois da chuva
 - Tanques de água sem tampa
 - Nascentes com águas paradas ao longo das margens
 - Pegadas de animais cheias de água
 - Objectos que armazenam água: latas e recipientes vazios



75

Parasitas e Clima



- Para infectar o mosquito devem existir parasitas suficientes na população humana.
- A temperatura deve ser uma média mínima de 18–20 (C e a humidade acima dos 60% para o mosquito sobreviver e para o parasita se desenvolver.
- Quanto mais quente o clima, mais rápido o desenvolvimento do parasita.



76

População



- Em África, os mosquitos *anopheles* não voam mais de 1–2 km dos seus locais de reprodução a menos que tenham a ajuda do vento.
- As pessoas devem estar próximas dos locais de reprodução para serem picadas pelo mosquito infectado.



77

Populações Mais Afectadas pela Malária



- Mulheres grávidas:
 - Mais propensas a infecção do que as mulheres não grávidas.
 - As mulheres na sua primeira ou segunda gravidez correm mais riscos.
- Crianças com menos de 5 anos de idade:
 - Cerca de 90% das mortes provocadas por malária ocorram em África e a maioria é entre crianças com menos de 5 anos de idade (OMS 2014d).
- Nascituros
- Imigrantes de zonas de baixa transmissão
- Pessoas infectadas pelo HIV



78

Níveis de Transmissão – Zonas de Transmissão Estável

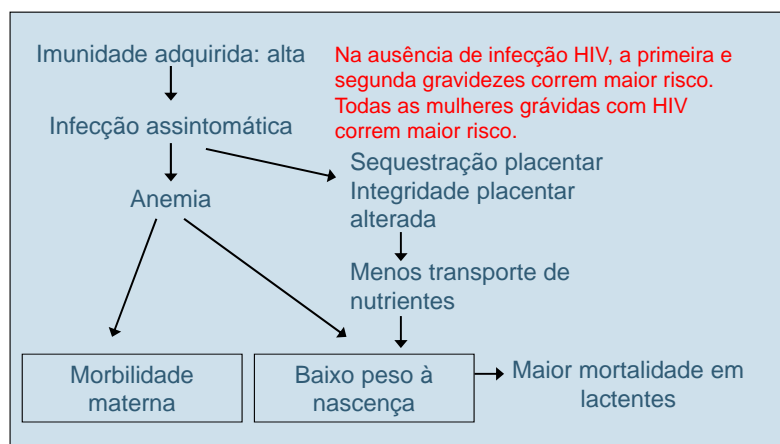


- As zonas de transmissão estável são locais onde as pessoas são continuamente expostas a um índice de malária bastante constantes.
- A imunidade desenvolve durante a infância.
- Adolescentes e adultos são parcialmente imunes, embora possam ter poucos parasitas no seu sangue.
- A imunidade é reduzida na gravidez e pode ser perdida se uma pessoa ausentar-se de uma zona de alta transmissão durante muito tempo.
- As mulheres grávidas e crianças em zonas de transmissão estável têm o maior risco de adoecer com malária.



79

Transmissão Estável



Fonte: OMS 2004.



80

Níveis de Transmissão – Zonas de Transmissão Instável



- A população não é exposta a malária com muita frequência.
- A malária é as vezes sazonal (ex. estação chuvosa).
- A população desenvolve pouca ou nenhuma imunidade.
- Crianças e adultos, incluindo mulheres grávidas ou não são igualmente susceptíveis à malária.



81

Níveis de Transmissão— Zonas de Transmissão Instável (cont.)

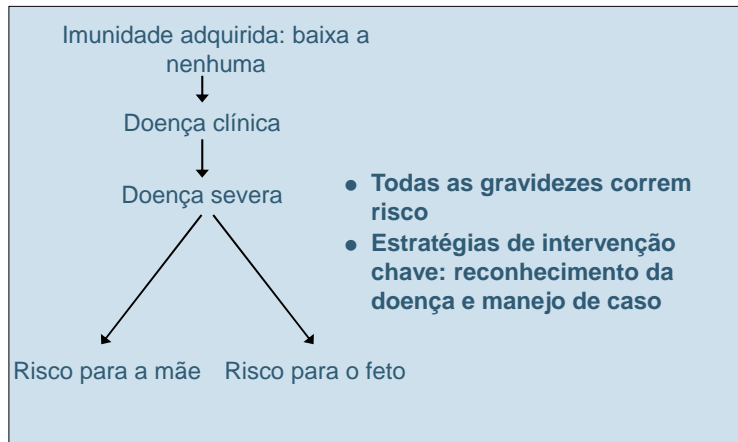


- Malária na gravidez pode ser muito grave; complicações podem ocorrer em pouco tempo.
- As mulheres grávidas normalmente apresentam febres, sinais clínicos ou sintomas e as vezes malária severa, que é um risco de vida.
- Desfechos comuns da malária em zonas instáveis incluem aborto, mortinascimento e baixo peso à nascença.



82

Transmissão Instável



Fonte: OMS 2004.



83

Níveis de Transmissão – Zonas de Transmissão Mista



- Níveis de transmissão diferentes podem ocorrer dentro de um país ou região.
- Dentro de regiões maláricas (tais como a África Austral) também podem haver zonas livres da malária.
- Factores que afectam a transmissão incluem temperatura, humidade e altitude.
 - A vida de um mosquito é aumentada com alta humidade, enquanto um clima frio (abaixo dos 16 ° C) atrasa o desenvolvimento do parasita da malária.



84

Secção 2.1 do Módulo



Efeitos da Malária na Mulher Grávida



85

Efeitos da Malária na Mulher Grávida



- Todas as mulheres grávidas nas zonas de malária endémica correm risco.
- A placenta fica susceptível à infecção com malária no fim do primeiro trimestres (Walker et al. 2014).
- Os parasitas atacam e destroem os glóbulos vermelhos.
- A malária provoca até 25% de anemia na gravidez (Schantz-Dunn and Nour 2009).
- Malária pode provocar anemia severa.
- Em África, a anemia associada a malária causa até 10.000 mortes maternas por ano (Aliança dos Líderes Africanos Contra a Malária 2009).



86

Efeitos da Malária na Mulher Grávida (cont.)



- Aproximadamente 11% dos óbitos neonatais nos países Africanos com endemias de malária devem-se ao baixo peso à nascença resultante de infecções por *P. falciparum* na gravidez
- Os efeitos da infecção com malária na mulher grávida podem variar de ligeiros a severos, dependendo do nível de transmissão da malária num cenário particular e do grau de imunidade da mulher
- O nível de imunidade depende de vários factores:
 - Intensidade da transmissão da malária
 - Número de gravidezes anteriores
 - Presença de outros estados clínicos, tais como o HIV, que podem reduzir a resposta imunitária da mulher durante a gravidez



87

Co-infecções: HIV/SIDA durante a Gravidez



- Reduz a resistência da mulher contra a malária
- Aumenta a probabilidade de desenvolver malária clínica e morte
- Faz com que o tratamento da malária seja menos eficaz
- Aumenta o risco de problemas associados a malária na gravidez
- Aumenta o risco de restrição do crescimento intrauterino
- Aumenta o risco de parto prematuro
- Aumenta o risco de anemia materna



88

Co-infecções: HIV/SIDA durante a Gravidez (cont.)



- Mulheres grávidas que estejam co-infectadas com HIV e malária correm um risco muito alto de infecção da placenta com anemia e malária
- Portanto, os seus recém-nascidos estão mais propensos a terem baixo peso à nascença e a morte durante a infância.



89

Integração dos Serviços de Controlo da Malária e do HIV: Recomendações da OMS



- Protecção por RTI é uma alta prioridade:
 - Garantir que as mulheres infectadas pelo HIV que correm risco de malária recebam TIP-Malária com SP o mais cedo possível no segundo trimestre, se não estiverem já a tomar a profilaxia com cotrimoxazole.
 - **Não** administrar SP a utentes que tomem cotrimoxazole diário.
 - **Não** administrar SP a mulheres grávidas que estiverem a receber ácido fólico a uma dose diária de ≥ 5 mg, uma vez que esta dose de ácido fólico neutraliza a eficácia da SP como anti-palúdico).



90

Integração dos Serviços de Controlo da Malária e do HIV: Recomendações da OMS (cont.)



- Programas de Saúde Reprodutiva devem colaborar com os programas de controlo do HIV e malária para garantir um plano de prestação de serviços integrados.
 - Deve garantir harmonização das políticas nacionais, guias e materiais de formação para evitar confusão entre os trabalhadores de saúde e apoiar a implementação coordenada dos serviços
- Aconselhar e prestar cuidados voltados para prevenção e tratamento do HIV e malária.
- Instrumentos de diagnóstico apropriado para as duas doenças, e antiretrovirais e anti-palúdicos devem ser disponibilizados a todos os níveis do sistema de cuidados de saúde.



91

Mulheres Infectadas pelo HIV e Lactantes com ARVs Disponíveis



- Estudos demonstraram que a prestação de medicamentos antirretroviral (ARV) para mães infectadas pelo HIV durante a gravidez, parto e período pós-parto e lactentes expostos ao HIV podem reduzir significativamente o risco de transmissão perinatal do HIV, incluindo o importante período de amamentação.
- Adicionalmente, se houver ARVs *disponíveis*, recomenda-se a amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade e recomenda-se juntamente com alimentos complementares de bebés dos 6 aos 12 meses de idade (OMS 2010).



92

Mulheres Infectadas pelo HIV e Lactantes sem ARVs Disponíveis



- Quando ARVs **não** estiverem *disponíveis*:
 - Aconselhar as mães infectadas pelo HIV a amamentar exclusivamente nos primeiros seis meses de vida e continuar a amamentar (introduzindo alimentos complementares apropriados até aos 12 meses de vida, a menos que as circunstâncias ambientais e sociais sejam seguras para e favoráveis para alimentação substituta.)
 - A amamentação só deve parar assim que puder ser oferecida uma dieta sem leite materno adequada e segura (OMS 2010).



93

Amamentação: Mulher Não Infectada



- As mães **não** infectadas com HIV ou com estado HIV desconhecido devem:
 - Ser aconselhadas a amamentar exclusivamente os seus lactentes durante os primeiros seis meses;
 - Aconselhadas a introduzir alimentos complementares enquanto continuam a amamentar durante 24 meses ou mais;
 - Receber testagem HIV se o estado for desconhecido; e
 - Aconselhadas sobre formas de prevenção da infecção HIV e sobre os serviços disponíveis, tais como planeamento familiar.
- Além disso, devem ser passadas mensagens de saúde à população geral para que a informação sobre amamentação ideal seja compreendida (OMS 2010).



94

Integração dos Serviços MIP e PTV na CPN-F



- Recomendações da OMS para integração dos serviços MIP e PTV nos CPN-F, incluem os seguintes:
 - Pessoas com HIV devem dormir sempre debaixo de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração, por estarem mais vulneráveis a adoecer com malária.
 - Mulheres grávidas HIV positivas devem receber diariamente **ou** profilaxia com cotrimoxazole **ou** TIP-Malária com SP em cada consulta CPN marcada (com frequência máxima de um mês).



95

Integração dos Serviços MIP e PTV na CPN-F



- A colaboração entre programas de Saúde Reprodutiva e de controlo do HIV e da malária é essencial para que a prevenção e tratamento da malária e do HIV acontece em cada consulta CPN.
- Instrumentos de diagnóstico apropriado para doenças e medicamentos antiretrovirais e anti-palúdicos devem ser disponibilizados a todos os níveis do sistema de cuidados de saúde.
- Necessitamos urgentemente de mais estudos sobre a interação entre os medicamentos antirretroviral.



96

Outros Estados Clínicos Comuns na Gravidez: Traço Falciforme



- Desconhece-se porque exactamente quem tem o traço de célula falciforme tem um nível de resistência a malária falciparum, especialmente na primeira infância.
- Embora possam ter alguma protecção, continua a ser importante quem tem traço de célula falciforme receber TIP-Malária com SP e usar RTI e outras medidas preventivas.



97

Efeitos da Malária no Feto



- Durante a gravidez, os parasitas da malária escondem-se na placenta.
- O que interfere com a transferência de oxigénio e nutrientes para o feto, aumentando o risco do seguinte:
 - Aborto espontâneo
 - Parto prematuro
 - Baixo peso à nascença – **o maior factor de risco de morte durante o primeiro mês de vida.**
 - Mortinascimento



98

Efeitos da Malária nas Comunidades



- Provoca que as pessoas doentes faltem ao trabalho (e percam rendimento)
- Faz com que crianças doentes faltem à escola
- Pode provocar anemia crónica nas crianças, inibindo o crescimento e desenvolvimento intelectual e afectando a futura produtividade
- Usa recursos escassos
- Pesa sobre os recursos financeiros (o tratamento é mais dispendioso do que a prevenção)
- O custo dos medicamentos pode ser um peso para a comunidade
- Causa mortes evitáveis, especialmente entre crianças e mulheres grávidas



99

Resumo: Transmissão da Malária



- A malária pode levar a anemia severa, aborto espontâneo e recém-nascidos com baixo peso à nascença.
- A malária pode ser prevenida.
- A malária tem tratamento.



100

Prevenção e Controlo da Malária na Gravidez



Módulo Três: Prevenção da Malária



101

Prevenção da malária: Objectivos do Módulo Três



- Descrever a abordagem tripla para prevenção e controlo da malária de acordo com a actual estratégia da OMS para malária na gravidez (MIP) (OMS 2013c).
- Mencionar os elementos do aconselhamento a mulher sobre uso de RTI—**especificamente REMTIL**—para TIP-Malária e outros meios de prevenção da malária.
- Descrever o uso de sulfadoxine-pyrimethamine (SP) para TIP-Malária, incluindo dosagem, calendário e contra-indicações.
- Abordar a pulverização intra-domiciliária com insecticida de efeito residual (PIDOM) e outras formas de prevenção da malária.
- Assistir a mulher grávida na preparação de um plano de preparação do parto e prontidão para complicações.



102

Estratégia da OMS/AFRO para Prevenção da Malária



- Desenhada para ser apropriada para grande parte dos cenários Africanos, com orientação para adaptação as situações locais
- Com base no facto de a maioria dos Africanos subsarianos viverem em zonas de transmissão estável



103

OMS: Abordagem Tripla



- RTI
- TIP-Malária com SP
- Manejo de casos de doença com malária e anemia



104

Evidências para a abordagem tripla da OMS



- Uma meta-análise dos conjuntos de dados de inquéritos nacionais demonstrou que sob condições de rotina do programa, a exposição a TIP-Malária com SP e RTI esteve associada a reduções tanto na nati-mortalidade e baixo peso à nascença (Eisele et al 2012).
- O papel protector do TIP-Malária com SP na redução da nati-mortalidade sob condições do ensaio e custo benefício do TIP-Malária durante serviços da consulta pré-natal (CPN) de rotina foram demonstrados (Menendez et al 2010; Sicuri et al. 2010).
- Estes estudos evidenciam a importância crucial de se continuar o TIP-Malária além do uso de RTI entre mulheres grávidas para prevenir as consequências adversas da malária na gravidez.



105

Secção 3.1 do Módulo



RTI



106

RTI



- RTI, especificamente REMTIL, são mais eficazes.
- Os mosquitos geralmente picam de noite, quando as pessoas dormem.
- RTI reduzem o contacto dos humanos com mosquitos ao:
 - Matar os mosquitos que poizam na rede e
 - Repelindo-os, assim afastando-os das pessoas adormecidas.



107

RTI (cont.)



- Previnem o contacto físico com mosquitos
- Matam ou repelem outros insectos:
 - Piolhos
 - Carraças
 - Percevejos



108

Enfermeira da Consulta Pré-natal com uma RTI em Moçambique



Fotografia de: William Brieger/Jhpiego



109

RTI vs. Redes Não Impregnadas



RTI

- Oferecem um alto nível de protecção contra a malária
- Matam nem repelem os mosquitos que tocam na rede
- Reduzem o número de mosquitos dentro e fora da rede
- Matam outros insectos, como piolhos e percevejos
- Podem ser usadas em segurança por mulheres grávidas, crianças e lactentes

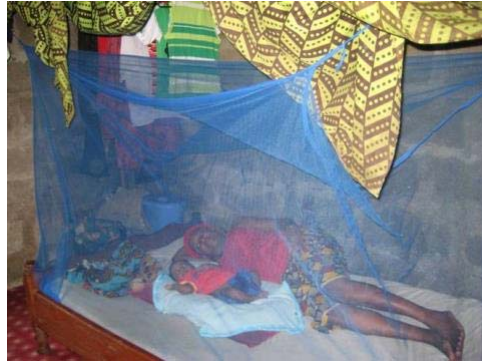
Redes não Impregnadas

- Oferecem um pouco de protecção contra a malária
- Não matam nem repelem os mosquitos que tocam na rede
- Não reduzem o número de mosquitos
- Não repelem/matam outros insectos como piolhos, carraças e percevejos
- Podem ser usadas em segurança por mulheres grávidas, crianças e lactentes



110

Mãe e Lactente a Usar Rede Mosquiteira no Estado Akwa Ibom, Nigéria



Fotografia de: William Brieger/Jhpiego



111

Benefícios das RTI



- Previnem a picada do mosquito
- Protegem contra a malária, resultando em menos:
 - Anemia (materna e neonatal)
 - Lactentes prematuros e com baixo peso à nascença
 - Risco de morte materna e neonatal
- Ajudam as pessoas a dormir melhor
- Promovem o crescimento e desenvolvimento do feto e recém-nascido



112

Benefícios das RTI para a Comunidade



- Custam menos do que tratar a malária
- Reduzem o número de pessoas que adoecem (crianças e adultos)
- Ajudam as crianças a crescerem saudáveis e os adultos a permanecerem produtivos
- Reduzem o número de mortes



113

Onde Encontrar RTI



- Serviços de consulta pré-natal
- Lojas do comércio geral
- Drogarias ou farmácias
- Mercados
- Unidades sanitárias públicas e privadas
- Agentes Polivalentes Elementares
- ONGs, organizações comunitárias de base



114

Como Usar RTI



- Pendurar por cima da cama ou esteira
- Prender as pontas debaixo do colchão ou esteira
- Usar todas as noites, todo o ano
- Usar para todos, se possível, mas dar prioridade as mulheres grávidas, lactentes e crianças

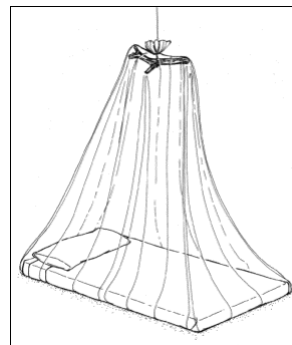


115

RTI



RTI presa debaixo da cama



RTI presa debaixo da esteira



116

Cuidados para RTI



- Manipular com cuidado a rede para evitar rasgos
- Atar a rede durante o dia para evitar danos
- Inspeccionar regularmente para detectar e reparar furos
- Retratar as redes regularmente se não forem de acção prolongada, para permanecerem eficazes (métodos de retratamento disponíveis na página da OMS)
- Afastar de fumo, fogo e sol directo

A procura por RTI de acção prolongada aumentou rapidamente, de 5,6 milhões em 2004 para 145 milhões em 2010 (na África Subsaariana).



117

REMTIL



- Redes pré-tratadas, prontas a usar que duram entre três a cinco anos (dependendo do tipo) e não requer retratamento durante esse tempo
- Comparada as RTI normais, as redes de acção prolongada:
 - Normalmente têm um custo único
 - Não requerem tratamentos adicionais durante três a cinco anos
 - Pouparam dinheiro porque não há custos adicionais associados ao re-tratamento ou campanhas de re-tratamento e insecticidas adicionais



118

REMTIL (cont.)



- Alguns estudos demonstraram que as REMTIL podem não durar os três a cinco anos por muitos motivos.
- Assim, a OMS recomenda que cada país efectue o seu próprio estudo para avaliar o desgaste e integridade física das redes para planear melhor campanhas de reabastecimento de redes (OMS 2013b).



119

Secção 3.2 do Módulo



Tratamento Intermitente Preventivo (TIP)



120

TIP-Malária com SP



- O TIP-Malária com SP baseia-se no pressuposto que toda a mulher grávida que vive nas zonas de alta transmissão da malária tem parasitas da malária no sangue ou placenta, quer tenha ou não sintomas de malária.
- Embora uma mulher grávida com malária possa não ter sintomas, a malária pode ainda afectar a ela e ao feto.
- A infecção placentar pode começar no fim do primeiro trimestre.

Prevenir que os parasitas ataquem a placenta ajuda o feto a desenvolver-se normalmente e previne o baixo peso à nascença.



121

Benefícios Esperados do TIP-Malária com SP de acordo com informe da política da OMS sobre TIP-Malária com SP (2013c)



- O TIP-Malária com SP previne as consequências adversas da malária sobre os desfechos maternos e fetais, tais como infecção da placenta, malária clínica, anemia materna, anemia fetal, baixo peso à nascença e nati-mortalidade.
- O TIP-Malária com SP recentemente demonstrou ser altamente custo efectivo para a prevenção da malária materna e redução da nati-mortalidade nas zonas de transmissão moderada ou alta da malária.
- Apesar da disseminação da resistência à SP, o TIP-Malária com SP continua a oferecer benefícios significativos, resultando na protecção contra a nati-mortalidade (eficácia protectora de 18%) e baixo peso à nascença (21% de redução) sob condições de rotina do programa.



122

Resistência a SP e TIP-Malária com SP



- Evidências demonstram que a SP previne as consequências da malária nas mulheres grávidas que já tiveram inúmeras infecções por malária, e portanto um certo nível de imunidade. Pensa-se que a SP funciona primariamente através do efeito profilático.
- Evidências recentes demonstram que a SP está associada a um peso à nascença médio mais alto e menos nascimentos com baixo peso em todas as escalas de resistência à SP. Mesmo nas zonas onde uma grande proporção de parasitas *P. falciparum* carrega estas mutações quintuplas, o TIP-Malária com SP continua eficaz na prevenção das consequências adversas da malária sobre os desfechos maternos e fetais (2013c).



123

Recomendações Anteriores para TIP-Malária com SP: Dose e Cronograma (OMS 2004)



ANTERIORMENTE

- Todas as mulheres grávidas recebiam no mínimo duas doses de SP durante as consultas CPN-F, no mínimo com um mês de intervalo.
- A primeira dose era dada depois das 16 semanas de gravidez (ou primeiros movimentos fetais).
- A dose recomendada foi e continua a ser três comprimidos em administração sob observação directa (DOT).



124

Actuais Recomendações para TIP-Malária com SP: Dose e Cronograma (OMS 2013c)



ACTUALMENTE

- O mais cedo possível durante o segundo trimestre, todas as mulheres grávidas recebem TIP-Malária com SP (500 mg/25 mg), três comprimidos de uma vez através de administração sob observação directa (DOT).
- TIP-Malária com SP deve ser dado em cada consulta CPN-F marcada, com intervalo mínimo de um mês e apenas depois do primeiro trimestre.
- A última dose de TIP-Malária com SP pode ser administrada até ao período do parto sem preocupações com a segurança.
- A SP pode ser administrada de estômago vazio ou à refeição.



125

Administrar TIP-Malária com SP em Moçambique



Fotografia de: William Brieger/Jhpiego



126

Antes de dar TIP-Malária com SP



- Certifique-se que a mulher esteja no segundo trimestre de gravidez (no mínimo 13 semanas de gravidez)
Inquirir sobre uso de SP no último mês (quatro semanas).
- Certifique que ela não esteja a tomar cotrimoxazole ou outros medicamentos sulfa.
- Aconselhe que se ela tomar doses altas de ácido fólico* (≥ 5 mg) deverá suspender o folato durante no mínimo duas semanas depois de cada dose de SP.
- Inquirir sobre reacções alérgicas a SP ou outros medicamentos sulfa (especialmente rashes severos).
- Explique o que vai fazer; responda as dúvidas da mulher.
- Ofereça um copo de água limpa.

*A OMS recomenda a provisão de ácido fólico diário numa dose de 0,4 mg durante a gravidez.



127

Instruções para Administrar TIP-Malária com SP



- Observar directamente a mulher a engolir três comprimidos de SP.
- Registrar a dose de SP como DOT nos cartões CPN e clínico
- Registrar a dose de SP (TIP-Malária com SPI, TIP-Malária com SP2 etc.) nos registos apropriados.
- Aconselhar a mulher a regressar:
 - Para a próxima consulta marcada
 - Se ela tiver sinais de malária
 - Se ela tiver outros sinais de alerta
- Reforce a importância do uso de RTI.



128

TIP-Malária: Contraindicações para SP



- **Não** administrar SP durante o primeiro trimestre; certificar que a mulher tenha no mínimo 13 semanas de gravidez.
Não administrar SP a mulheres com alergia a SP ou outros medicamentos sulfa; inquirir sobre alergias a medicamentos sulfa antes de administrar SP.
- **Não** dar SP a mulheres que tomem cotrimoxazole ou outros medicamentos sulfa; perguntas sobre o uso destes medicamentos antes de dar SP.
- Não dar SP com frequência superior a mensal; certificar que tenha passado no mínimo um mês desde a última dose de SP.



129

TIP-Malária com SP e Ácido Fólico



- A OMS recomenda a provisão de ácido fólico diário numa dose de 0,4 mg durante a gravidez (WHO 2013c).
- Algumas evidências sugerem que altas doses (≥ 5 mg) de suplementação com folato podem reduzir a eficácia da SP para tratamento da malária (Ouma et al. 2006; OMS 2013c).
- Uso de doses recomendadas mais baixas (0,4 mg) de folato **não** aparenta reduzir a eficácia da SP.
- Se forem usadas doses de ≥ 5 mg de ácido fólico, instruir as mulheres grávidas a não tomar ácido fólico durante duas semanas (14 dias) depois de receberem SP.
- Os trabalhadores de saúde devem entender e seguir os protocolos locais.



130

Secção 3.3 do Módulo



Educação de Saúde Sobre Outros Métodos de Prevenção



131

Pulverização intra-domiciliária com insecticida de efeito residual (PIDOM)



- O principal objectivo: reduzir a transmissão da malária ao reduzir a sobrevivência dos mosquitos que entrem nas casas e áreas de repouso.
- A PIDOM é uma intervenção eficaz quando se cumprem as seguintes condições:
 - Compromisso adequado e aceitação social
 - Capacidade suficiente do sistema de saúde para oferecer alta cobertura de qualidade e bem programada
 - Informação credível sobre vectores locais, especialmente a sua susceptibilidade ao insecticida, além de alimentação interior versus exterior e comportamentos de repouso

Os trabalhadores de saúde devem manter-se actualizados sobre os programas de PIDOM locais nas suas zonas e educar as utentes em conformidade.



132

Mais Formas para Prevenir a Malária



- Tapar as portas e janelas com redes metálicas ou de nylon para prevenir a entrada de mosquitos na casa.
- Evitar ir para o exterior depois de anoitecer; quando sair de noite:
 - Usar vestuário de protecção que cubra os braços e pernas.
 - Aplicar um produto químico em creme repelente de mosquitos nas superfícies de pele expostas.
 - Usar serpentinas para mosquitos que libertem fumo; o fumo afasta os mosquitos ou mata-os quando o atravessam a voar.
- Pulverizar as divisões com insecticida todas as noites antes de ir para a cama:
 - Por ser eficaz por apenas algumas horas, este método deve ser usado em combinação com outras medidas, tais como colocar redes nas portas e janelas.
- Matar fisicamente os mosquitos dentro de casa com palmadas.



133

Resumo: Prevenção da Malária



- Existem muitas formas para prevenir picadas e reduzir os pontos de reprodução do mosquito.
- Dormir dentro de RTI (com as pontas enfiadas debaixo da esteira ou roupa de cama); quando disponíveis, as REMTIL são preferíveis porque duram mais e não requerem retratamento contínuo.
- O uso de TIP-Malária com SP impede os parasitas de atacarem a placenta.
- O TIP-Malária com SP ajuda a prevenir a malária e, por sua vez, reduz a incidência de anemia materna, abortos espontâneos, partos prematuros, mortinascimento e baixo peso à nascença.
- Os programas de PIDOM podem ser eficazes na redução do número de mosquitos que transmitem a malária; elas não substituem as RTI e TIP-Malária com SP, mas apoiam e melhoram estes esforços.



134

Prevenção e Controlo da Malária na Gravidez



Módulo Quatro: Diagnóstico e Tratamento da Malária



135

Diagnóstico e Tratamento da Malária: Objectivos do Módulo Quatro



- Explicar porque o auto-diagnóstico/tratamento pode levar a falência terapêutica ou infecção recorrente.
- Descrever os tipos de testes de diagnóstico disponíveis para malária e as suas vantagens e desvantagens.
- Identificar outras causas de febre durante a gravidez.
- Mencionar os sinais e sintomas da malária não complicada e da malária severa na gravidez.
- Descrever o tratamento para malária não complicada na gravidez.
- Explicar os passos para referir apropriadamente uma mulher grávida que tenham malária severa.



136

Diagnóstico da Malária



- Normalmente com base nos sinais e sintomas da doente, histórico clínico e exame físico, e confirmação laboratorial do parasita da malária, quando disponível
- O diagnóstico pronto e preciso leva a:
 - Melhor diagnóstico diferencial da doença febril
 - Melhor manejo de doença não palúdica
 - Manejo efectivo de casos de Malária



137

Auto-diagnóstico



- Utentes que apresentem sintomas frequentemente dependem do auto-diagnóstico e tratamento.
- Por os sintomas serem similares aos de várias outras doenças comuns, o erro de diagnóstico é possível.
- A prevalência de infecções assintomáticas torna o auto-diagnóstico ainda mais complexo.
- As utentes podem tomar os medicamentos errados ou tomar os documentos correctos, mas não na dose apropriada ou duração recomendada.



138

Auto-Diagnóstico e Tratamento



- Se uma utente que fez auto-tratamento aparece com sintomas de malária ou reporta que os sintomas pioraram ou recorreram, é possível que ela:
 - Tenha feito o auto-tratamento com o medicamento ou dose errada
 - Não completou o tratamento
 - Pode ter recebido instruções de tratamento incorrectas (ou pode não ter compreendido as instruções)
 - Recebeu um medicamento de má qualidade ou contrafeito (pode acontecer até nas unidades sanitárias)
 - Não tenha malária

Frequentemente, as utentes podem comprar medicamentos sem prescrição ou verificação do diagnóstico—em farmácias, lojas locais, bancas de rua e outros locais facilmente acessíveis.



139

Secção 4.1 do Módulo



Ferramentas de Diagnóstico e Testagem



140

Testagem de Diagnóstico: Vantagens



- O diagnóstico parasitológico tem várias vantagens significativas, incluindo:
 - Prevenção do desperdício de medicamentos através de tratamento desnecessário, resultando na poupança de custos
 - Melhoria dos cuidados nas doentes com resultado positivo para parasitas devido a maior certeza do diagnóstico de malária
 - Prevenção da exposição desnecessária aos medicamentos para malária
 - Confirmação da falência terapêutica



141

Métodos: Testagem Diagnóstica



- Os dois métodos de testagem diagnóstica para malária são microscopia ligeira e TDR.
- Depois de uma mulher aparecer com sintomas de malária e ser testada, os resultados devem estar disponíveis num curto prazo (menos de duas horas).
- Se a testagem diagnóstica não for possível, as mulheres devem ser tratadas com base no diagnóstico clínico, mas devem ser envidados todos os esforços para efectuar a testagem de confirmação.

Fonte: OMS 2015d.



142

Testagem de Diagnóstico: Microscopia



Exame Microscópico:

- Continua a ser o padrão-ouro para confirmação laboratorial da malária
- Envolve exame do sangue da utente, espalhado como mancha grossa ou fina numa lâmina de microscópio
- Confirma a presença de parasitas da malária e portanto o diagnóstico da malária
- Também é útil quando uma utente tem sintomas vagos

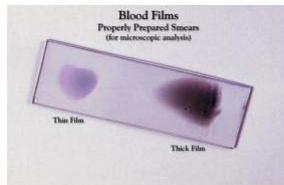


143

Lâmina Fina



- Frequentemente preferível para estimativa de rotina dos parasitas
- Facilita a visualização dos organismos, para que o tipo de parasita possa ser identificado
- Inadequado para detectar baixas densidades de parasitas



Esta lâmina Giemsa manchada ilustra um exemplo de manchas de sangue em película espessa e fina devidamente preparadas para serem examinadas.

Fonte: Gentilmente cedido pela Biblioteca de Imagens de Saúde Pública do CDC <http://phil.cdc.gov/phil/home.asp>



144

Lâmina Grossa



- Concentra as camadas de glóbulos vermelhos na lâmina, usando cerca de duas a três a vezes mais sangue do que a lâmina fina.
- Melhor do que a lâmina fina na detecção de baixos níveis de parasitas e para estimar a densidade de parasitas e reaparecimento de parasitas circulantes durante recaídas
- Requer um técnico experiente porque o scan de parasitas entre glóbulos brancos e plaquetas pode ser difícil



145

TDR



- Desenvolvidos para oferecer um diagnóstico de malária rápido, preciso e acessível sem a necessidade de instalações laboratoriais
- Programas TDR de êxito requerem o seguinte:
 - Uma cadeia de frio para transporte e armazenagem
 - Formação dos trabalhadores de saúde
 - Uma política clara sobre as ações com base nos resultados do teste



146

Manutenção de uma Cadeia de Frio



- Os fabricantes recomendam armazenagem entre 2° C e 30° C.
- Os prazos de validade geralmente são definidos de acordo com estas condições
- Se as temperaturas de armazenamento excederem os limites recomendados, é provável que a vida útil do TDR seja reduzida e a sensibilidade perdida antes do fim do prazo.



147

Manutenção de uma Cadeia de Frio (cont.)



- A cadeia de frio começa antes da remessa proveniente do fabricante:
 - A companhia de navegação ou aérea é notificada sobre os requisitos da temperatura de armazenagem que estão claramente marcados nas caixas e documentos.
- Transporte terrestre:
 - Atenção a temperaturas exteriores enquanto a viatura estiver em movimento e estacionada durante todos estágios da entrega.
- Armazenagem:
 - O armazenamento de TDR em qualquer momento antes de chegarem ao destino final deve conformar-se com as especificações do fabricante, que normalmente são < 30 ° C.



148

Indicações para a Testagem de Diagnostico



- Para as mulheres grávidas, recomenda-se um diagnóstico parasitológico antes do início do tratamento:
 - As que vivem ou vêm de zonas de transmissão instável são as candidatas mais prováveis para malária severa, que pode representar perigo de vida
- Um teste de cura nas utentes que tenham recebido tratamento da malária, mas ainda tenham sintomas.
 - Se o tratamento foi adequado, as utentes podem ter sido reinfectadas ou ter outro problema que provoque sintomas similares.
 - Lembre-se que medicamentos contrafeitos ou de má qualidade também podem ser uma causa da falência terapêutica.



149

Secção 4.2 do Módulo



Diagnóstico Clínico



150

Tipos de Malária



- Não complicada:
 - Mais comum
- Severa:
 - Perigo de vida; pode afectar o cérebro
 - As mulheres grávidas têm maior probabilidade de apanhar malária severa do que as mulheres não grávidas



151

Sinais e Sintomas Clínicos



- Com base nos sintomas da doente e achados físicos do exame
- Primeiros sintomas de malária e achados físicos frequentemente não são específicos e são comuns a outras doenças



152

Malária não Complicada: Sinais e Sintomas



- Os sinais e sintomas da malária não são específicos.
- Suspeita-se clinicamente de malária primariamente com base em febres ou histórico de febres.
- Não existe combinação de sinais ou sintomas que distinga fielmente a malária de outras causas de febre; diagnóstico com base apenas nas características clínicas tem uma especificidade muito reduzida e resulta em tratamento excessivo.



153

Malária Severa: Diagnóstico



- Na malária severa (causada pelo *Plasmodium falciparum*), os achados clínicos são mais acentuados e podem aumentar as suspeitas de malária.
- Assim, na maioria dos casos, os achados clínicos iniciais na malária não são típicos e devem ser confirmados por um teste laboratorial.



154

Malária Severa: Sinais e Sintomas



Uma ou mais das seguintes características clínicas na presença de parasitemia da malária ou TDR positivo:

- Perda de consciência/coma
- Prostração/fraqueza generalizada
- Múltiplas convulsões (>2 em 24 horas)
- Respiração profunda/sofrimento respiratório
- Edema pulmonar agudo
- Choque (TA sistólica BP < 80 mm Hg)
- Lesão renal aguda
- Icterícia clínica, evidência de disfunção de outro órgão vital
- Sangramento significativo



155

Tratamento Pré-referência para Malária Severa na Mulher Grávida



Administrar dose de carga do anti-malárico apropriado e referir a mulher

imediatamente

se suspeitar de algo mais do que malária não complicada.



156

Recomendações para Diagnóstico Clínico



As recomendações da OMS em 2015 para diagnóstico clínico/suspeitas de **malária não complicada** em diferentes cenários epidemiológicos:

- Nas zonas de malária endémica, deve-se suspeitar de malária se uma doente apresentar um histórico de febre ou temperatura $\geq 37,5^{\circ} \text{C}$ e sem outra causa óbvia.
- Nos cenários onde a incidência da malária é muito baixa, diagnóstico parasitológico de todos os casos de febre pode resultar em despesas consideráveis para detectar apenas algumas doentes com malária. Assim, devem ser identificadas as doentes que possam ter sido expostas a malária (ex. viajaram recentemente para uma zona de malária endémica sem medidas de protecção) e têm febre ou historial de febres sem nenhuma outra causa óbvia, antes de ser realizado um teste parasitológico.



157

Recomendações para Diagnóstico Clínico (cont.)



- Os sinais e sintomas da malária não são específicos.
- Efectuar um julgamento ou diagnóstico só com base nas características clínicas tem uma especificidade muito baixa, e o resultado geralmente é o excesso de tratamento.
- Outras causas possíveis das febres e a necessidade de tratamento alternativo ou adicional devem ser consideradas com cautela.
- Em todos os cenários, a suspeita clínica de malária deve ser confirmada com diagnóstico parasitológico.
- Em cenários onde o diagnóstico parasitológico não é possível, a decisão de fornecer tratamento anti-palúdico deve ser com base na probabilidade de a doença ser malária.



158

Module Section 4.3



Atenção: Tratamento Presuntivo



159

Definição: Tratamento Presuntivo (para Utentes)



Presume-se que doentes que sofram de febres sem uma causa óbvia tenham malária e recebem tratamento para essa doença, com base apenas nas suspeitas clínicas e sem o benefício da confirmação laboratorial.



160

Problemas: Tratamento Presuntivo



- Em cenários onde o diagnóstico parasitológico não seja possível, a decisão de fazer tratamento anti-palúdico deve ser com base na probabilidade de a doença ser malária.
- O tratamento presuntivo pode levar a diagnósticos incorrectos e uso desnecessário de medicamentos anti-palúdicos:
 - Resulta em despesa adicional e aumenta o risco de selecção para parasitas resistentes
 - Na criança e mulher grávida, pode ser a melhor opção quando a testagem diagnóstica não estiver disponível



161

Febres durante a Gravidez



- Temperatura axilar $\geq 37,5^{\circ} \text{C}$
- Pode ser provocada por malária ou por:
 - Infecção urinária ou renal
 - Pneumonia
 - Tifo, dengue, febre-amarela
 - Infecção uterina
 - Doenças virais etc.
- Necessária anamnese e exame físico minuciosos para excluir outras causas



162

Febres durante a Gravidez (cont.)



Inquirir a mulher ou examiná-la para saber:

- Tipo, duração e grau de febres
- Se ela tem ou teve:
 - Calafrios ou rigores
 - Episódios de picos de febre
 - Ataques ou convulsões
- Temperatura, tensão arterial, pulso e respiração



163

Febres durante a Gravidez: Outras Coisas para Inquirir



- Sinais de malária severa
- Sinais de outras infecções:
 - Angina de peito/dificuldades respiratórias
 - Corrimento vaginal aguado e com odor desagradável
 - Útero ou abdómen sensível/dorido
 - Frequência/urgência urinária/dores ao urinar/dores lombares
- Saída de fluido da vagina/ruptura das membranas
- Cefaleia
- Dores musculares/articulações
- Tosse seca ou com expectoração
- Outros sinais de alerta



164

Reconhecimento da Malária na Mulher Grávida



Malária Não Complicada

- Os sinais e sintomas são inespecíficos, mas podem incluir febre $\geq 37,5^{\circ} \text{C}$ axilarmente, historial de febre e/ou presença de anemia

Malária Severa

Um ou mais dos seguintes, juntamente com a presença de parasitemia da malária:

- Perda de consciência/coma
- Prostração/fraqueza generalizada
- Múltiplas convulsões (>2 em 24 horas)
- Respiração profunda/sofrimento respiratório
- Edema pulmonar agudo
- Choque (TA sistólica BP < 80 mm Hg)
- Lesão renal aguda
- Icterícia clínica, evidência de disfunção de outro órgão vital
- Sangramento significativo



165

Secção 4.4 do Módulo



Manejo de Casos de Malária durante a Gravidez



166

Objectivo do Manejo de Casos: Malária durante a Gravidez



- Apesar das medidas preventivas, algumas mulheres grávidas ainda são infectadas com malária.
- O tratamento da malária na gravidez visa eliminar completamente a infecção porque ter parasitas no sangue pode afectar a mãe e o feto.



167

Objectivo do Manejo de Casos: Malária durante a Gravidez (cont.)



- Determinar se a malária é não complicada ou severa:
 - Não complicada: Manejar de acordo com o meio de apoio para manejo de casos
 - Severa: Depois de administrar a dose de carga do medicamento anti-palúdico apropriado, referir imediatamente para nível de cuidados especializados



168

Manejo de Casos: Medicamentos



- A selecção do tratamento baseia-se:
 - No trimestre de gravidez
 - Medicamentos disponíveis
 - Medicamentos aprovados para tratamento da malária de acordo com as directrizes nacionais



169

Manejo de Casos: Terapia Combinada



- O *Plasmodium falciparum* desenvolveu resistência à terapia com único medicamento, resultando em tratamento ineficaz e aumento da morbidade e mortalidade.
- A OMS agora recomenda o uso de uma combinação de medicamentos para combater a malária.
- A resistência farmacológica é muito menos provável na terapia combinada do que nos tratamentos com único fármaco.



170

ACTs: Tipos de Terapia Combinada



Terapias Combinadas à base de Artemisinina (ACTs):

- O uso simultâneo de um medicamento que inclui um derivado de artemisinina, juntamente com outro medicamento anti-palúdico
- É actualmente o tratamento mais eficaz contra a malária.
- Deve ser o tratamento de primeira linha no segundo e terceiro trimestres



171

Secção 4.5 do Módulo



Tratamento para Malária Não Complicada



172

Recomendações da OMS em 2015 para ACT na Gravidez



A OMS recomenda o seguinte para tratamento da MIP^a não complicada (OMS 2015d). Pode consultar as directrizes nacionais específicas para saber o que foi aprovado para uso no seu sector e obter instruções sobre o uso.

	1º TRIMESTRE	2º E 3º TRIMESTRES/ADULTAS NÃO GRÁVIDAS **
MEDICAMENTOS DE PRIMEIRA LINHA*	Sal de quinino oral 10 mg/kg de 8 em 8 horas durante 7 dias MAIS, quando disponível + clindamicina 10 mg/kg oral duas vezes por dia durante 7 dias Um ACT só será indicado se for o único tratamento imediatamente disponível, ou em caso de falência do tratamento de 7 dias com quinino mais clindamicina	<ul style="list-style-type: none"> • Artemeter + lumefantrina, OU • Artesunato + amodiaquina^a, OU • Artesunato + mefloquina, OU • Dihidroartemisinina + piperquina, OU • Artesunato + sulfadoxina-pirimetamina (SP)^b
MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINHA*	Artesunato + clindamicina ^a por 7 dias OU ACTs recomendadas como medicamentos de primeira linha para o 2º e 3º trimestres em caso de indisponibilidade de quinino ou de falência do tratamento	<p>Doses das ACTs de uso mais comum na gravidez:</p> <p>Artemeter/lumefantrina (Coartem): 20 mg/120 mg, 4 comprimidos de 12 em 12 horas durante 3 dias (a tomar depois de uma refeição ou bebida gordura), as primeiras 2 doses devem, idealmente, ser administradas a intervalos de 8 horas OU</p> <p>Artesunato/amodiaquina (ASIAQ): 100 mg/270 mg, 2 comprimidos por via oral durante 3 dias durante 3 dias^c</p>

Abreviatura: ACT-Terapia Combinada com Artemisinina.

a. Consulte as orientações nacionais para medicamentos de primeira e segunda linha.

b. Não estão disponíveis formas de artesunato e clindamicina combinadas em comprimido. Para garantir alta aderência ao tratamento, o artesunato e a clindamicina devem ser administrados sob observação para as mulheres grávidas com falências de outros ACTs.

c. WHO, 2015: Guidelines for the treatment of malaria, 3rd edition, pp. 33-34.

d. Quando possível, evite prescrever regimes ACT contendo amodiaquina a doentes infectados pelo HIV que tomem zidovudina ou efavirenz. (WHO, 2015: Guidelines for treatment of malaria, 3rd edition p. 48.)

e. Artesunato + SP é um medicamento aprovado, mas não é uma fórmula de dose fixa e tem maior probabilidade de ser ineficaz nas zonas com alta resistência a SP. Evite prescrever artesunato + SP a doentes infectados pelo HIV que recebam co-trimoxazle. (WHO, 2015: Guidelines for treatment of malaria, 3rd edition p. 48, p. 54.)



173

Tratamento da Malária não Complicada



- Observe a utente a tomar a primeira dose dos seus medicamentos anti-palúdicos (administração sob observação directa ou DOT) e registe as dosagens.
- Aconselhe a utente a:
 - Completar o curso de medicamentos,
 - Regressar em 48 horas para seguimento, ou mais cedo se o estado piorar,
 - Consumir alimentos ricos em ferro e
 - Usar RTI e outras medidas preventivas.
- Seguir as directrizes nacionais relativas ao uso de TIP-Malária com SP e ferro/ácido fólico durante e depois do tratamento da malária.



174

Tratamento da Malária não Complicada (cont.)



- Fornecer medicamentos anti-palúdicos de primeira linha:
 - Consulte o meio de apoio para manejo de casos
- Manejo da febre $\geq 38^{\circ}$ C axilar:
 - Uso de esponja tépida; paracetamol 500 mg, 2 comprimidos de 6 em 6 horas conforme necessário
- Diagnosticar e tratar a anemia
- Dar fluidos



175

Secção 4.6 do Módulo



Manejo da Malária Severa



176

Malária Severa: Ataques ou convulsões



- Se uma mulher grávida aparecer com convulsões, é necessário determinar se são devidas a malária ou eclampsia.
- Recolha a informação no seguinte gráfico para determinar a causa das convulsões ou acessos.



177

Determinação das Causas das Convulsões



Sinais/Sintomas	Malária Severa	Eclampsia
Histórico recente de febre, calafrios	Sim	Não
Temperatura	$\geq 37.5^{\circ} \text{C}$	$< 38^{\circ} \text{C}$
Tensão Arterial	Diastólica $< 90 \text{ mm Hg}$	Diastólica $\geq 90 \text{ mm Hg}$
Proteinúria	Não	Sim
Inchaço do baço	Possivelmente	Não
Icterícia	Sim	Não



178

Outras Considerações (CDC 2013)



- Quando se suspeitar de eclampsia, estabilizar e tratar a mulher com sulfato de magnésio de acordo com as directrizes nacionais e referir.
- Quando suspeitar de malária severa, estabilizar e tratar com o anti-palúdico apropriado e diazepam e referir.
- Não se recomendam medicamentos anti-palúdicos orais para o tratamento inicial da malária severa.
- No caso de forte suspeita de malária severa, mas não puder efectuar o diagnóstico laboratorial, colher sangue para testagem diagnóstica e iniciar medicamentos anti-palúdicos parenterais.



179

Malária Severa: Tratamento Pré-Referência (OMS 2015d)



- No caso de tratamento anti-palúdico para malária severa, o objectivo principal é prevenir a morte.
- O risco de morte de malária severa é maior nas primeiras 24 horas.
- Adiar o início do tratamento anti-palúdico apropriado pode resultar no agravamento do estado clínico da doente ou até mesmo morte.
- Se possível, iniciar imediatamente o tratamento ao dar a mulher grávida uma dose de carga de um anti-palúdico parenteral antes da referência: artesunato parenteral 2,4 mg/kg bolo ('push') IV ou injeção IM como dose de carga.



180

Estabilizar a Malária Severa



Estabilizar ao administrar uma dose de carga do anti-palúdico apropriado e referir a mulher **imediatamente** se tiver algum sintoma que sugira malária severa.



181

Preparação da Referência



- Explicar a situação a utente e seus familiares.
- Dar-lhe o tratamento pré-referência, se possível.
- Ajudar a providenciar transporte para uma unidade de nível superior, se possível.
- Acompanhar a mulher durante o transporte e, se possível, certificar de ter medicação suficiente disponível.
- Registrar a informação de referência no cartão CPN.



182

Notas de Referência



- Incluir a seguinte informação na sua nota de referência:
 - Breve historial do estado da utente
 - Detalhes de todo o tratamento oferecido
 - Motivos para referência
 - Todos achados significativos do historial, exame físico ou testes laboratoriais
 - Evidenciar detalhes importantes da actual gravidez
 - Cópia do processo CPN da utente, se possível
 - Dados de contacto no caso de a unidade ou trabalhador de saúde de referência tiver dúvidas

Fonte: Adaptado de OMS 2015d.



183

Reconhecer e Reportar Potenciais Efeitos Adversos



- Os trabalhadores de saúde devem entender os potenciais efeitos adversos de todas as medicações que administram.
- Inclui as usadas para tratar a malária na gravidez, embora estes medicamentos no geral sejam bem tolerados e tenham efeitos secundários ligeiros quando usados de acordo com as instruções.
- As mulheres precisam saber os efeitos adversos que podem sofrer e o que fazer se eles ocorrerem. Os potenciais efeitos adversos são resumidos no próximo slide.



184

Reconhecer e Reportar Potenciais Efeitos Adversos (cont.)



- **Artemeter/lumefantrina (AL):** Fraqueza, cefaleia, tonturas
- **Artesunato/amodiaquina (AA):** Fraqueza (ligeira ou severa), cefaleia ou tonturas
- **Quinino:** Ruído ou zumbido no ouvido, hipoglicemia (quando administrado parenteralmente)
- **Artemisinina:** Tonturas, cefaleia, vômitos, diarreia



185

Reconhecer e Reportar Potenciais Efeitos Adversos (cont.)



- Os trabalhadores de saúde devem estar cientes do sistema de farmacovigilância (segurança medicamentosa) nos seus países, aos quais podem reportar o seguinte:
 - Efeitos adversos
 - Outras preocupações sobre as medicações que administram



186

Resumo: Diagnóstico e Tratamento da Malária



- Testagem de diagnóstico deve ser feita para confirmar a doença malária.
- A malária não complicada pode ser facilmente tratada se for reconhecida cedo, mas é muito importante terminar o curso de tratamento para ser eficaz.
- Por a malária severa exigir manejo especializado, as mulheres com malária severa devem receber uma dose de carga do anti-palúdico apropriado e imediatamente referidas para evitar complicações e morte.



187

Secção 4.7 do Módulo



Formação em Saúde



188

Mantenha-se Atualizado(a)



- Continuação da formação sobre malária:
 - Este workshop e materiais de formação sobre a malária deveriam actualizar os participantes em termos das actuais políticas e práticas.
 - O controlo da malária é um campo dinâmico, com novas descobertas na área de medicamentos, insecticidas e outras intervenções.
 - Para manter as melhores práticas, os trabalhadores de saúde precisam actualizar-se através da auto-aprendizagem.



189

Revistas/Publicações Científicas Gratuitas



MALARIA JOURNAL IMPACT FACTOR 3.40

Home | **Articles** | Authors | Reviewers | About this journal

Editor-in-Chief
Marcel Hommel, University of Liverpool
Editorial Board | Instructions for authors | FAQ

Articles

Latest | **Most viewed**

Research [Open Access](#)
Designing and implementing interventions to change clinicians' practice in the management of uncomplicated malaria: lessons from Cameroon
Achonduh OA, Mbacham WF, Mangham-Jefferies L, Cundill S, Chandier C, Pamen-Ngako J, Lele AK, Ndong IC et al.
Malaria Journal 2014, 13:204 (29 May 2014)

Paper describing the process of designing health worker training to improve malaria case management.

Research [Open Access](#)
Seasonal genetic partitioning in the neotropical malaria vector, Anopheles

May 2010 Volume 12 Number 4

Africa HEALTH

Counting malaria out: setting targets for 2010
Communicating science clearly to the public
Special education review
Global fund: simplifying aid consolidating
Iron supplements for children in malarial areas?
India: the pharmacy of the developing world



190

A Internet: Crucial para Auto-aprendizagem Continuada



- Revistas Científicas Gratuitas Online
 - Africa Health: <http://www.africa-health.com/>
 - Malaria Journal: <http://www.malariajournal.com/>
- Twitter
 - Se tiver uma conta no twitter, busque a informação mais recente através do: #malaria
- Listserve
 - Subscreva emails sobre a malária
 - <http://knowledge-gateway.org/malaria>



191

Referências e Recursos



- African Leaders Malaria Alliance (ALMA). 2009. About malaria: malaria in pregnancy. <http://www.alma2015.org/about-malaria>
- Bowser D and Hill K. 2010. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health. Accessed August 20, 2014, at: http://www.mhtf.org/wp-content/uploads/sites/17/2013/02/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
- Eisele TP, Larsen DA, Anglewicz PA, Keating J, Yukich J, Bennett A, Hutchinson P, Steketee, RW. Malaria prevention in pregnancy, birthweight, and neonatal mortality; a meta-analysis of 32 national cross-sectional datasets in Africa. The Lancet. Published online Sept 18, 2012.
- Guyatt HL, Snow RW. 2001. Malaria in pregnancy as an indirect cause of infant mortality in sub-Saharan Africa. Soc Trop Med Hyg 95: 569–576.
- Malaria Atlas Project (MAP). 2007. The clinical burden of Plasmodium falciparum map in 2007 globally. Accessed August 26, 2014, at: http://www.map.ox.ac.uk/browse-resources/clinical-burden/Pf_burden/world/
- Menéndez C, Bardaji A, Sigauque B, Sanz S, Aponte JJ, Mabunda S, Alonso PL. Malaria Prevention with IPTp during Pregnancy Reduces Neonatal Mortality. PLoS ONE; Feb 2010; Vol. 5, Issue 2.
- Ouma P, Parise ME, Hamel MJ, ter Kuile FO, Otieno K, Ayisi JG et al. 2006. A randomized controlled trial of folate supplementation when treating malaria in pregnancy with sulfadoxine-pyrimethamine. PLoS Clinical Trials 1(6): e28. Accessed August 25, 2014, at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1617124/>
- Schantz-Dunn J, Nour NM. 2009. Malaria and pregnancy: A global health perspective. Obstetrics & Gynecology 2(3): 186–192. Accessed August 26, 2014, at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760896/>



192

Referências e Recursos



Sicuri E, Bardaji A, Nhampossa T, Maixenchs M, Nhacolo A, Nhalungo D, Alonso PL, Menéndez C. Cost-Effectiveness of Intermittent Preventive Treatment of Malaria in Pregnancy in Southern Mozambique. PLoS ONE; Oct. 2010;Volume 5, Issue 10

United States Agency for International Development (USAID) and Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP). 2013. World Malaria Day 2013: Working tirelessly to prevent malaria in pregnancy in Kenya. Accessed May 15, 2015, at: <http://www.mchip.net/node/1765>

van Eijk AM, Hill J, Alegana VA, Kirui V, Gething PW, ter Kuile FO et al. 2011. Coverage of malaria protection in pregnant women in sub-Saharan Africa: A synthesis and analysis of national survey data. Lancet Infectious Diseases 11(3): 190–207. Accessed August 8, 2014, at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3119932/>

World Health Organization (WHO). 2015a. Action and Investment to defeat Malaria 2016–2030. For a Malaria-Free World. WHO on behalf of the Roll Back Malaria Partnership 2015. Accessed August 9, 2015 at: <http://www.rollbackmalaria.org/about/about-rbm/aim-2016-2030>

———. 2015b. Global Call to Action to Increase National Coverage of Intermittent Preventive Treatment of Malaria in Pregnancy for Immediate Impact. Geneva: WHO/RBM Partnership Secretariat. Accessed July 19, 2015 at: http://www.rollbackmalaria.org/files/resources/call_to_action_report_v5d_EN.pdf

———. 2015c. Global Technical Strategy for Malaria 2016 – 2030. Geneva: WHO. Accessed August 9, 2015 at: <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564991/en/>

———. 2015d. Guidelines for the Treatment of Malaria. 3rd ed. Geneva: WHO. Accessed May 15, 2015, at: <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>



193

Referências e Recursos



———. 2014a. Malaria. Fact sheet N°94. Accessed August 8, 2014, at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/#>

———. 2014b. Ten Facts on Malaria. Accessed August 8, 2014, at: <http://www.who.int/features/factfiles/malaria/en/>

———. 2013a. Factsheet on the World Malaria Report 2013. Accessed August 8, 2014, at: http://www.who.int/malaria/media/world_malaria_report_2013/en

———. 2013b. Guidance Note for Estimating the Longevity of Long-Lasting Insecticidal Nets in Malaria Control. WHO, Global Malaria Program. Accessed August 8, 2014, at: http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who_guidance_longevity_llins/en/

———. 2013c. WHO Policy Brief for the Implementation of Intermittent Preventive Treatment of Malaria in Pregnancy using Sulfadoxine-Pyrimethamine (IPT-p-SP). Accessed August 8, 2014, at: <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/iptp-sp-updated-policy-brief-24jan2014.pdf?ua=1>

———. 2010. Guidelines for the Treatment of Malaria. 2d ed. Geneva: WHO. Accessed August 20, 2014, at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547925_eng.pdf?ua=1 ———. 2010b. Guidelines on HIV and Infant Feeding. Geneva: WHO. Accessed August 20, 2014, at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599535_eng.pdf?ua=1

———. 2004. A Strategic Framework for Malaria Prevention and Control during Pregnancy in the Africa Region.

WHO/Regional Office for Africa: Brazzaville. Accessed August 20, 2014, at: http://whqlibdoc.who.int/afro/2004/AFR_MAL_04.01.pdf?ua=1



194