



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



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

Melhores Práticas na Prevenção e Manejo da Malária e de Outras Causas de Febre durante a Gravidez

Melhores Práticas em Cuidados Maternos e Neonatais

Jhpiego em parceria com a Save the Children, Constella Futures, A Academia para Desenvolvimento Educacional, O Instituto Superior Americano de Enfermeiras-Parteiras e IMA World Health

Objectivos da Sessão

- **Descrever o efeito da malária sobre as mulheres grávidas e os seus recém-nascidos**
- **Discutir as considerações na transmissão da malária**
- **Descrever as quatro principais estratégias para abordar a malária durante a gravidez**
- **Definir os principais pontos de educação em saúde para as mulheres grávidas que vivam em áreas de malária**
- **Descrever a avaliação geral de uma mulher com febre durante a gravidez**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

aécess

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

Factos sobre a Malária

- 300 milhões de casos por ano em todo o mundo
- 9 em cada 10 casos registam-se em África
- Em África, morre uma pessoa vítima de malária a cada 10 segundos
- Afecta 5 vezes mais pessoas do que a TB, SIDA, o sarampo e a lepra, em conjunto

Significância da Malária na Gravidez

- **Por ano, 30 milhões de mulheres Africanas estão grávidas**
- **A malária é mais frequente e grave durante a gravidez:**
 - As mulheres na 1^a ou 2^a gravidez correm mais riscos



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

a^eccess

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

Pergunta ??



Quais são os efeitos da malária sobre a mulher e o bebê ainda por nascer?



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Porque a malária é importante para as mulheres grávidas?

- **Nas zonas endémicas de malária, a malária durante a gravidez pode ser responsável por:**
 - Até 15% da anemia materna
 - 5–14% de baixo peso à nascença (BPN)
 - 30% de baixo peso à nascença “evitável”

Transmissão da Malária

- Causada pelo parasita *Plasmodium falciparum*
- Propaga-se através dos mosquitos *Anopheles* fêmeas *que* geralmente picam durante a noite
- Mosquito infectado pica a pessoa
- Os parasitas da malária reproduzem-se no sangue humano
- O mosquito pica uma pessoa infectada, e vai picar e infectar outra pessoa

Efeito da Malária

O efeito da malária sobre a mulher grávida varia de ligeiro a grave, dependendo da sua imunidade. O nível de imunidade depende de:

- Intensidade da transmissão da malária – áreas estáveis ou instáveis
- Número de gravidezes anteriores (as mulheres na primeira gravidez têm menos imunidade do que as mulheres com mais de duas gravidezes)
- Presença de outros estados clínicos, tais como o HIV, que podem diminuir a resposta imunitária

Efeito da Malária na Gravidez: Zonas de Transmissão Estável



Fonte: CDC 2001.

RISCO DE MORTALIDADE NEONATAL



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Efeito da Malária na Gravidez: Zonas de Transmissão Instável



Fonte: OMS 2002.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

HIV/SIDA e Malária na Gravidez

- **Ser HIV+ reduz a resistência da mulher contra a malária:**
 - Maior risco de malária
- **Menor eficácia do tratamento para a malária**
- **Aumento da anemia materna**
- **Aumento do risco de parto prematuro e PBN**
- **A malária aumenta os riscos de uma mulher HIV+ transmitir o HIV para o seu bebê**

Controlo da Malária durante a Gravidez

1. Cuidados pré-natais focalizados e educação em saúde
2. Tratamento Intermitente Preventivo (TIP)
3. Redes tratadas com insecticida (RTIs)
4. Manejo dos casos de doença por malária

1. CPNF e Educação em Saúde

- **Em África, pelo menos 70% das mulheres tem pelo menos uma consulta pré-natal, uma oportunidade única para:**
 - Educação em saúde/aconselhamento sobre a malária na gravidez
 - Administração de ferro e ácido fólico
 - TIP
 - Pronto diagnóstico e tratamento da malária

Pergunta ??

Quais são alguns dos pontos de que se pretendem lembrar ao aconselhar uma mulher grávida numa zona de malária?



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Pontos de Educação em Saúde

- A Malária é transmitida por picadas de mosquito
- As mulheres grávidas e crianças correm maiores riscos
- As mulheres grávidas infectadas pela malária podem não ter sintomas
- As mulheres com o HIV/SIDA correm mais riscos
- Pode causar anemia grave, aborto, PBN
- A malária é evitável
- A malária pode ser facilmente tratada quando reconhecida precocemente



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

a^eccess

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

Pontos de Educação em Saúde (cont.)

- **Controlar a reprodução do mosquito**
- **Evitar a picada dos mosquitos (e matar aos mosquitos antes de picarem) – Redes tratadas com insecticida: onde encontrá-las, como usá-las, como funcionam**
- **Matar os parasitas da malária no sangue – Tratamento preventivo periódico: como funciona, a importância de se regressar para receber todas as doses recomendadas**

2. Tratamento Intermitente Preventivo

- Baseado no pressuposto de que todas as grávidas que vivem numa zona endémica de malária tenham malária
- Recomenda que todas mulheres grávidas recebam pelo menos 2 doses de tratamento com um fármaco anti-malárico eficaz
- Sulfadoxina-pirimetamina (SP ou Fansidar) actualmente é considerado o fármaco TIP mais eficaz

TIP

- **TIP com sulfadoxina-pirimetamina:**
 - Dose única: 3 comprimidos tomados de uma vez, de preferência sob observação directa
 - Fansidar é a marca mais comum; Outras incluem Falcidin, Laradox, Maladox
 - A SP é geralmente mais eficaz do que a cloroquina por causa do aumento da prevalência da resistência à cloroquina

Cronograma das Doses de TIP

- **A SP deverá ser evitada durante as primeiras 16 semanas de gravidez:**
 - Desenvolvimento inicial do feto e formação dos órgãos
 - Período de crescimento lento do feto
- **Administrar a primeira dose após os primeiros movimentos:**
 - Limpar os parasitas durante o período de crescimento fetal máximo

Cronograma das Doses de TIP(cont.)

- **Recomendação da OMS:**
 - O TIP deverá ser administrado a todas as mulheres nas consultas CPN regulamente marcadas após os primeiros movimentos fetais (depois da 16ª semana de gestação).
 - Calendário CPN ideal com quatro consultas, três após os primeiros movimentos fetais: o TIP deverá ser administrado nestas consultas CPN após os primeiros movimentos fetais

Passos para a Provisão de TIP

- Seguir o protocolo local
- Determinar a ocorrência dos primeiros movimentos fetais
- Perguntar sobre alergias a fármacos sulfa (historia de erupção cutânea grave)
- Perguntar sobre o uso de SP no último mês
- Fornecer 3 comprimidos de SP com água limpa num copo limpo
- Observar a paciente a engolir todos os 3 comprimidos (TOD)

Passos para a Provisão de TIP (cont.)

- Registrar a SP no cartão pré-natal e no processo clínico
- Instruir a paciente a regressar na consulta seguinte marcada ou mais cedo se houver sinais de perigo ou se ela se sentir doente
- Perguntar sobre efeitos secundários da dose anterior antes de administrar a dose seguinte, que não deverá ser a menos de 4 semanas da última dose



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

a^occess

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

TIP – Instruções para SP

- **Contra-indicações para o uso da SP:**
 - NÃO administrar a mulheres que tomem Septrin, Cotrimoxazol ou outros fármacos contendo Sulfa, **Além de** perguntar sobre o uso destes medicamentos antes de administrar a SP
 - Não administrar SP com frequência superior a um mês, **Além de** se certificar de que tenha passado 1 mês desde a última dose de SP

Precauções do TIP

- **As mulheres HIV+ que façam a profilaxia com cotrimoxazol não necessitam de TIP; elas devem dormir sob uma RTI**
- **As mulheres que tomem ferro e ácido fólico podem continuar a tomá-lo todos os dias depois de receber a TIP desde que a dose de ácido fólico seja inferior a 0,4 mg (400 microgramas); Normalmente as mulheres recebem 0,4 mg/dia**

3. Redes Tratadas com Insecticida

- Reduzem a transmissão ao evitar fisicamente que os mosquitos poísem nas pessoas a dormir
- Repelem e matam os mosquitos que entrem em contacto com a rede
- Matam outros insectos como baratas, piolhos, percevejos e carraças
- Devem ser usadas pelas mulheres grávidas o mais cedo possível durante a gravidez e ao longo da gravidez e pós-parto



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

aécess

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

RTI: Como Usá-las

- **Suspensas sobre a cama ou a esteira**
- **Presas sob o colchão ou esteira**
- **Todas as noites, durante todo ano**
- **Utilizadas por todos, mas se não houver RTIs suficientes para todos, dar prioridade às grávidas, bebês e crianças**
- **Lembrar de usar uma variedade de métodos para evitar picadas**

Resumo dos Pontos de Educação em Saúde

- Administrar o tratamento intermitente preventivo (TIP) com SP pelo menos duas vezes durante a gravidez (de acordo com a política nacional) nas consultas CPN regularmente marcadas após os primeiros movimentos fetais, mas não mais do que uma vez por mês
- Dormir debaixo de RTIs todas as noites
- Usar uma variedade de métodos para evitar picadas



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

aécess

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

4. Manejo de Casos

- **Eficácia dos fármacos**
- ***São necessários fármacos eficazes para *P. falciparum****
- **O fármaco de opção depende do perfil geográfico de resistência farmacológica**
- **ACTs são o tratamento preferido para malária sem complicações no 2º ou 3º trimestre**
- **Quinino fármaco de opção para malária complicada no primeiro trimestre**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Resistência à SP

- A resistência do *P. falciparum* à SP tem aumentado em todo o continente Africano
- A OMS recomenda a continuação do uso da SP como TIP nos países onde a resistência não tenha atingido níveis elevados, visto continuar a ser eficaz para a prevenção malária na gravidez.
- Nenhum fármaco novo disponível para substituir o TIP com SP
- O uso de RTI continua a ser uma das melhores medidas de prevenção disponíveis para as mulheres e famílias



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Manejo de Casos

- **Primeiro decidir se a malária é grave ou se complicações**
- **Se for sem complicações — gerir de acordo com o protocolo nacional**
- **Se for grave — encaminhar imediatamente para um nível de cuidados mais elevado; considerar administrar a primeira dose do anti-malárico, quando disponível, e se o profissional estiver familiarizado com o seu uso**

Pergunta ??



Como é que diferenciamos a malária simples da malária grave numa grávida?



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Reconhecimento da Malária nas Grávidas

Malária sem Complicações

- Febre
- Tremores/calafrios
- Cefaleia
- Dores musculares/articulações
- Náusea/vômitos
- Falsas dores de parto

Grave

- Sinais de malária sem complicações, mais:
 - Tonturas
 - Falta de ar
 - Sono/Sonolência
 - Confusão/coma
 - Às vezes ataques, icterícia, desidratação grave



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

aécess

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

Manejo da Malária Simples

- **Fornecer fármacos anti-palúdicos de primeira linha:**
 - Seguir as directrizes nacionais:
 - No primeiro trimestre, geralmente quinino
 - No segundo e terceiro trimestres, alguns países agora usam a terapia combinada com artemisina (ACTs)
- **Gerir a febre:**
 - Analgésicos, esponjas tépidas
- **Diagnosticar e tratar a anemia**
- **Fornecer fluidos**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

a²ccess

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

Febre durante a Gravidez

- **Temperatura de 38 C° ou mais elevada**
- **A malária NÃO é a única causa de febre:**
 - Infecção vesical ou renal
 - Tifóide
 - Pneumonia
 - Infecção uterina
- **Historia e exame físico cuidadosos (incluindo laboratoriais conforme necessário) para eliminar outras causas**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Febre durante a Gravidez (cont.)

- **Perguntar sobre ou examinar para despistar:**
 - Tipo, duração, grau de febre
 - Sinais de outras infecções:
 - Dores no tórax/dificuldades respiratórias
 - Dores ao urinar/urina com cheiro desagradável
 - Corrimento vaginal com cheiro desagradável
 - Útero ou abdómen sensível/dorido
 - Sinais de malária grave ou outros sinais de perigo

Febre durante a Gravidez (cont.)

Encaminhar
imediatamente
a mulher se suspeitar de algo
diferente da
malária simples



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Seguimento do Tratamento

- **Providenciar seguimento no prazo de 48 48 horas**
- **Aconselhar a regressar se o estado clínico piorar**
- **Avaliar os sinais de perigo**
- **Reforçar o uso de RTIs**

Encaminhamento

- **Encaminhar imediatamente se:**
 - O estado clínico não melhorar no prazo de 48 horas do início do tratamento
 - O estado clínico piorar e/ou aparecerem outros sintomas
 - Sinais/sintomas sugestivos de malária grave
 - Recorrência dos sintomas de malária dentro de 14 dias do início do tratamento

Tratamento da Malária Grave

- **Eliminar outras causas de convulsões/comas, tais como eclampsia**
- **Encaminhar a malária grave complicada:**
 - Se o encaminhamento for atrasado ou o tempo de chegada for prolongado, tratamento pré-encaminhamento com aretesunato ou artemisinina rectal ou IM ou quinino IM (OMS 2006)
- **Manejo da febre**
- **Corrigir a desidratação e hipoglicemia conforme necessário**
- **Controlar as convulsões (ataques)**
- **Monitorizar/tratar complicações tais como anemia grave e falência renal**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Resumo do Manejo de Casos

- **A gestão da malária simples com êxito exige um tratamento pronto e completo**
- **Conhecer os sinais de malária simples e grave**
- **A febre não é somente causada pela malária**
- **A malária recorrente dentro de 2 semanas é possivelmente resistente: Tratar com fármaco de 2ª linha**
- **O encaminhamento atempado da malária grave evita complicações**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Referências

- Garner P and Gülmezoglu AM. 2000. *Prevention versus Treatment for Malaria in Pregnant Women (Cochrane Review)*, in The Cochrane Library, Issue 4. Update Software: Oxford.
- Kayentao K et al. 2005. Comparison of intermittent preventive treatment with chemoprophylaxis for the prevention of malaria during pregnancy in Mali. *J Infectious Diseases* 191: 109–116.
- Menendez C et al. 2000. The impact of placental malaria on gestational age and birth weight. *Journal of Infectious Diseases* 181(5): 1740–1745.
- Njagi JK et al 2003. Prevention of anaemia in pregnancy using insecticide-treated bednets and sulfadoxine-pyrimethamine in a highly malarious area of Kenya: A randomized controlled trial. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 97: 277–282.
- Ouma P et al. 2005. *Does folic acid supplementation affect the efficacy of sulfadoxine-pyrimethamine in clearance of maternal P. falciparum parasitemia? Results of a randomized placebo-controlled trial.* Presentation to the American Society of Tropical Medicine and Hygiene. (December)



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

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

Referências (cont.)

- Parise ME et al. 1998. Efficacy of sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of placental malaria in an area of Kenya with a high prevalence of malaria and human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 59(5): 813–822.
- Shulman CE et al. 1999. Intermittent sulphadoxine-pyrimethamine to prevent severe anaemia secondary to malaria in pregnancy: A randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 353(9153): 632–636.
- Steketee RW et al. 2001. The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 64 (Supple 1–2): 28–35.
- Ter Kuile et al. 2003. Permethrin-treated bednets reduce malaria in pregnancy in an area of intense perennial malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 68(April): 100–107.

References (cont.)

- Verhoeff F et al. 1999. Increased prevalence of malaria in HIV-infected pregnant women and its implications for malaria control. *Tropical Medicine and International Health* 4(1): 5–12.
- World Health Organization (WHO). 2004a. *A Strategic Framework for Malaria Prevention and Control During Pregnancy in the African Region*. WHO Regional Office for Africa: Brazzaville.
- World Health Organization (WHO). 2006. *Guidelines for the Treatment of Malaria*. WHO: Geneva
- World Health Organization (WHO). 2003a. *Malaria in Africa*. http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/370/RBMInfosheet_3.htm
- World Health Organization (WHO)/UNICEF. 2005. *World Malaria Report 2005*. WHO: Geneva.
- World Health Organization (WHO)/UNICEF. 2003b. *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001*. WHO: Geneva.