



REPÚBLICA DE ANGOLA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA

# Manual de Prevenção e Tratamento da Malária Durante a Gravidez

Na consulta pré-natal o Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) e o Mosquiteiro protegem a grávida e o bebé contra a malária.



## **EQUIPA TÉCNICA**

### **Coordenação/Revisão:**

1. Prof. Dr. Miguel dos Santos de Oliveira
2. Prof. Dr. Filomeno Fortes
3. Dra. Adelaide de Carvalho

### **Equipa de Revisão Técnica:**

1. Prof. Dr. Paulo Adão Campos
2. Dr. Nilton Saraiva
3. Dra. Elisa Miguel
4. Dra. Marília Afonso
5. Dra. Vessela Vassileva
6. Dra. Henda Vasconcelos
7. Dra. Hortência Trindade
8. Enf. Gabriela Xavier
9. Enf. Filomena Costa
10. Dr. Domingos Filipe
11. Dr. Adolfo Sampaio
12. Dr. Jhony Juarez
13. Dra. Ramlat Jose
14. Dra. Sussann Nasr
15. Marina Machado
16. Joana do Rosario

### **Equipa de Informação, Educação e Comunicação sobre a Malária (IEC):**

Dr. Kumayingi Vanza -Dpto PS, Fátima João - PNCM, Jaime Molossande - PNCM

### **Capa, ajustes gráficos e modelação:**

Eng. Mário Chaves - PNCM

## **PREFÁCIO**

Este manual apresenta-se como um complemento do Manual de Diretrizes e Normas de Conduta para o Diagnóstico e Tratamento da Malária e tem como objectivo direccionar acções específicas a favor das mulheres grávidas como sendo um grupo vulnerável.

O Tratamento Intermitente e Preventivo na grávida (TIP), a distribuição de Mosquiteiros Tratados com Inseticida de Longa Duração (MTILD), o diagnóstico e tratamento atempado da doença bem como a mobilização das mulheres grávidas, seus parceiros e familiares para a importância da adesão à Consulta Pré-natal (CPN) e parto institucional, afiguram-se como sendo acções prioritárias para a redução do número de casos e de óbitos neste grupo alvo.

O aumento da cobertura do TIP na grávida com sulfadoxina+pirimetamina (SP) com base nas novas orientações da OMS 2012, deverá permitir a redução da prevalência da doença neste grupo alvo e contribuir para a redução de casos de aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso à nascença, nascidos mortos e mortes maternas.

O uso de MTILD que evita a picada do mosquito e consequentemente protege a grávida de contrair a malária, a mobilização das mulheres para acorrerem à unidade sanitária mais próxima no início da gravidez, possibilitando desta forma que beneficiem de todos os cuidados oferecidos nestes serviços e o manejo apropriado dos casos de malária confirmada, são importantes para o sucesso das intervenções do programa, mas para isso é fundamental que essas acções sejam integradas com os outros programas envolvidos na assistência à grávida, nomeadamente os Programas de Saúde Reprodutiva e de Luta contra o VIH/SIDA.

O presente manual é a versão mais actualizada contendo as últimas recomendações da OMS, mas estará sujeito a outras actualizações sempre que assim seja necessário.

**O MINISTRO DA SAÚDE**

**DR LUIS GOMES SAMBO**

# ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS .....	5
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. OBJECTIVO GERAL .....	1
III. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS .....	2
IV. EPIDEMIOLOGIA DA MALÁRIA.....	2
1. Situação Mundial .....	2
2. A Malária em Angola.....	2
A. Estratificação Epidemiológica.....	2
B. Morbilidade da Malária em Angola 2012 – 2016.....	3
C. Mortalidade por Malária em Angola 2012 - 2016.....	3
V. A MALÁRIA NA GRÁVIDA.....	4
VI. PACOTE ESSENCIAL DE CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	5
VII. COMPONENTES PARA O CONTROLO DA MALÁRIA NA GRAVIDEZ .....	6
1. Estratégia Global.....	6
2. Promoção da Saúde .....	7
3. Tratamento Intermitente e Preventivo (TIP) .....	8
4. Aspectos Gerais e Clínica da Malária na Grávida .....	9
A. Período de Incubação .....	9
B. Efeitos da Malária na Grávida .....	9
C. Efeitos da Malária no Feto e no Recém-Nascido .....	9
D. Malária Simples .....	10
E. Malária Grave .....	10
F. Diagnóstico Laboratorial da Malária .....	11
G. Diagnóstico Diferencial.....	12
H. Monitorização Clínica e Laboratorial dos Doentes com Malária Grave .....	13
5. Tratamento da Malária na Grávida.....	14
A. Tratamento Curativo (Supressivo) .....	14
B. Protocolo de Tratamento da Malária Simples na Grávida .....	14
C. Esquemas de Tratamento da Malária .....	15
Arteméter + Lumefantrina (AL).....	15
Artesunato + Amodiaquina (AS+AQ).....	16
Dihidroartemisinina + Piperaquina (DHA+PPQ).....	17
D. Tratamento da Malária por Infecção de <i>P. vivax</i> / <i>P. ovale</i> .....	18
Uso de Derivados da Artemisinina em Supositórios .....	18
E. Protocolo de Tratamento da Malária Grave na Grávida.....	19
F. Conduta geral no Posto e no Centro de Saúde:.....	19

G. Conduta Geral na Unidade Sanitária de Referência .....	20
H. Tratamento Farmacológico da Malária Grave .....	20
Bibliografia .....	20

## LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ACT	Terapia combinada com Artemisinina
CPN	Consultas Pré-Natal
DOT	Tratamento sob Observação Directa
DPS	Direcção Provincial de Saúde
Dpto PS	Departamento de Promoção da Saúde
DSSR	Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva
ECG	Electrocardiograma
EEG	Electroencefalograma
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INLS	Instituto Nacional de Luta contra a SIDA
MINSA	Ministério da Saúde
MTI	Mosquiteiro tratado com insecticida
MTILD	Mosquiteiros Tratados com Insecticida de Longa Duração
MIS	Inquérito de Indicadores de Malária
MO	Microscopia óptica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMI	Iniciativa Presidencial Americana para a Malária
PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
PP	Pesquisa de plasmódio
RMS	Repartição Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SP	Sulfadoxina Pirimetamina
TDR	Testes de diagnóstico rápido
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
UAN	Universidade Agostinho Neto
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

## **I. INTRODUÇÃO**

A malária é considerada uma das principais causas de morbidade e de mortalidade em Angola, afectando mais as crianças menores de 5 anos e as mulheres grávidas que têm duas ou três vezes maior risco de contrair malária grave do que as não grávidas.

A anemia associada à malária é comum. As mulheres grávidas expostas à malária têm uma prevalência relativamente elevada de anemia, abortos espontâneos, nascimentos mortos, baixo peso a nascença e parto prematuro.

Segundo o Inquérito de Indicadores Múltiplos da Malária em Angola 2011, o paludismo ou malária, representa cerca de 35% da demanda de cuidados curativos, 20% de internamentos hospitalares, 40% das mortes perinatais e 25% de mortalidade materna. A malária é ainda um importante problema de saúde pública, sendo a primeira causa de morte, de doença e de ausências no trabalho e na escola.

Presume-se que todas as mulheres grávidas em Angola, podem ter parasitas da malária no seu sangue ou placenta, quer apresentem ou não sintomas, por isso estão em risco de contrair a doença e devem prevenir-se.

Todas as mulheres grávidas devem receber Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) com sulfadoxina-pirimetamina (Fansidar), durante as Consultas Pré-Natal (CPN) de rotina, a partir do segundo trimestre (13ª semana) de gravidez ou após os primeiros movimentos fetais sentidos pela mãe. A última dose de Fansidar pode ser dada até ao dia do parto.

Com a melhoria dos serviços prestados ao nível das unidades sanitárias periféricas por síndrome febril suspeito de malária e com a introdução do TIP na grávida com sulfadoxina+pirimetamina (SP) tem-se verificado uma redução substancial da taxa de letalidade.

Este manual é um instrumento de orientação para todos os profissionais e técnicos de saúde que têm a responsabilidade de prevenir, diagnosticar e tratar a malária na grávida em Angola.

## **II. OBJECTIVO GERAL**

Contribuir para a redução do fardo da malária na grávida através da melhoria da capacidade dos profissionais da saúde na implementação de medidas preventivas, de gestão correcta de

casos e comportamentos adequados, no âmbito do pacote integrado de assistência em saúde reprodutiva.

### III. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Familiarizar os profissionais com a estratégia e o conteúdo do pacote integrado de assistência em saúde reprodutiva,
- Proporcionar conhecimentos sobre as medidas preventivas da malária na grávida no âmbito do Plano Estratégico de Controlo da Malária em Angola
- Dotar os técnicos das unidades sanitárias de conhecimentos actualizados para a prevenção, diagnóstico e tratamento da malária na grávida.
- Contribuir para a informação, educação e comunicação sobre a malária na gravidez para promoção de comportamentos adequados no seio das famílias.

### IV. EPIDEMIOLOGIA DA MALÁRIA

#### 1. Situação Mundial

Cerca de metade da população mundial está em risco de adquirir a malária, principalmente nas áreas tropicais e subtropicais. Cerca de 90% do total de casos de malária no mundo, ocorrem na África Subsaariana. Outras áreas com altas prevalências da doença incluem o Sudeste da Ásia, partes da Índia, ilhas dos oceanos Índico e Pacífico e a Região da Amazônia na América Latina.

Durante a gestação estima-se que a malária seja responsável por:

- Mais de 15% de anemia severa na gestante
- Cerca de 30% de baixo peso ao nascer que poderia ser prevenido
- Cerca de 5% da mortalidade em menores de 1 ano, o que corresponde a **75.000 a 200.000 mortes evitáveis**, todos os anos.

#### 2. A Malária em Angola

##### A. Estratificação Epidemiológica

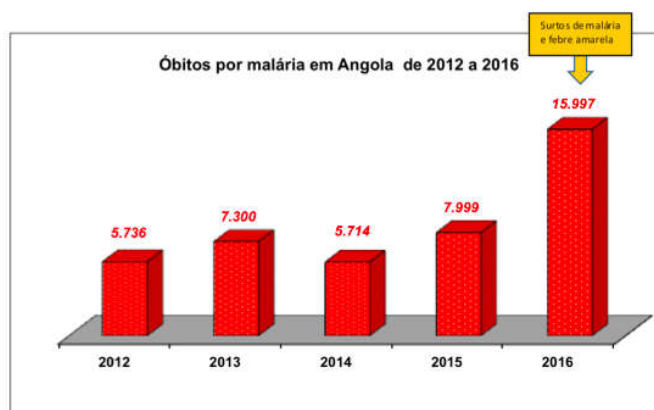
A caracterização epidemiológica da malária em Angola indica tratar-se de uma doença infecciosa de transmissão perene com picos sazonais e com diferentes níveis de endemidade, que variam de acordo com as regiões. As províncias do sul do país (Huila, Cunene, Cuando Cubango e Namibe), devido às suas características geomorfológicas e climáticas são consideradas de risco epidémico, assim como a província de Luanda (devido a elevada densidade demográfica periurbana e deficiente saneamento básico do meio). As províncias do Norte são consideradas hiperendêmicas e as do Centro são chamadas de mesoendêmicas estáveis. O mosquito do género *Anopheles*, nas suas espécies *Anopheles*





## Mortalidade por Malária em Angola 2012-2016

(Fonte:PNCM)



### V. A MALÁRIA NA GRÁVIDA

A malária representa um desafio especial para as gestantes e seus bebês. Oferecer e aumentar o acesso ao pacote integrado de assistência em saúde reprodutiva (planeamento familiar, cuidados pré-natal, parto e pós-parto, puericultura e pediatria) com qualidade, torna-se fundamental para prevenir os problemas de saúde resultantes da infecção por malária e para reduzir a mortalidade materna e infantil.

Durante a gravidez, a malária é mais frequente e mais grave. As mulheres grávidas têm duas ou três vezes maior risco de contrair malária grave do que as mulheres não grávidas. Nas regiões hiperendêmicas de paludismo, as mulheres grávidas são frequentemente portadoras assintomáticas do plasmódio. A presença deste é mais facilmente identificada ao nível da placenta, podendo estar ausente no sangue periférico. Este risco é maior na primeira e segunda gestações.

O seguimento das gestantes na consulta pré-natal (CPN) vai permitir-lhes exercer o seu direito de acesso ao Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) com Sulfadoxina + Pirimetamina (SP ou Fansidar), e ao Mosquiteiro Impregnado com Inseticida de Longa duração (MTILD). Estes dois componentes são fundamentais para prevenir e/ou diminuir os efeitos da malária na gravidez.

A malária na gravidez pode evoluir rapidamente para doença grave na mãe e no feto. Para a mãe, além dos riscos de morte derivados da doença, incluem-se aborto, anemia severa,

hemorragia e malária pós-parto. Em relação ao feto, a malária pode causar prematuridade, baixo peso à nascença, morte intrauterina, neonatal e perinatal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que cada grávida deve comparecer pelo menos a quatro Consultas pré-natais (CPN)<sup>1</sup>.

## VI. PACOTE ESSENCIAL DE CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir da aprovação da Política Nacional de Saúde em 2010, o Ministério de Saúde (MINSa) iniciou o processo de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde para promover a prestação de serviços essenciais de saúde com vistas a expandir a cobertura e a sustentabilidade dos serviços ao nível municipal para reduzir principalmente a mortalidade materna e infantil.

Com a revitalização, os serviços municipais passam a oferecer cuidados mais abrangentes, de melhor qualidade, integrados e adequados ao longo do ciclo de vida, enfatizando a prevenção e a promoção da saúde no seio das comunidades, dando prioridade à saúde materna e infantil.

No que diz respeito à **criança**, as intervenções do pacote essencial de cuidados são as seguintes:

- Aconselhamento às gestantes sobre a importância do Aleitamento Materno Exclusivo
- Oferecer à mãe e orientá-la sobre o uso correcto de MTILD
- A Vacinação
- Promover a boa nutrição (incluindo a suplementação com micronutrientes como o Ferro, a administração de Vitamina A e a desparasitação com Albendazol)
- A Prevenção, Controlo e Tratamento das Doenças Correntes (AIDI), tais como: a Malária, Tuberculose, Doenças Diarreicas Agudas e Doenças Respiratórias Agudas.

O pacote para a **saúde materna** contempla:

- O Planeamento Familiar
- A Atenção Pré-Natal
- O Tratamento Intermitente e Preventivo da Malária com Fansidar (TIP)
- A distribuição e orientação sobre o uso correcto de MTILD
- A Vacinação contra o tétano
- O Aconselhamento e Teste do VIH (TV) e a Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)
- A articulação do pré-natal com a assistência ao parto, pós-parto e ao recém-nascido

---

<sup>1</sup> WHO, Global Malaria Program, Updated WHO Policy Recommendation (October 2012)

Oferecer o Pacote Essencial de Cuidados e Serviços de Saúde significa que cada gestante e cada criança que compareçam aos Postos e Centros de Saúde dos municípios conheçam e tenham acesso às intervenções listadas acima. Cada consulta de pré-natal ou de acompanhamento e desenvolvimento da criança deve ser uma oportunidade para o profissional verificar se os utentes já receberam todas as intervenções previstas no pacote. Essa atitude vai promover a saúde dos utentes e ajudar na redução da mortalidade materna e infantil que é uma das prioridades de trabalho do MINSA.

Cabe aos técnicos de saúde dos diferentes níveis, com ajuda dos parceiros e da comunidade, levar a cabo todas as actividades necessárias para que estas intervenções sejam realizadas com sucesso.

## **VII. COMPONENTES PARA O CONTROLO DA MALÁRIA NA GRAVIDEZ**

### **1. Estratégia Global**

Para o controlo da malária na gravidez, as unidades sanitárias deverão estar preparadas e equipadas para oferecer à grávida, na consulta pré-natal (CPN), o pacote essencial de cuidados de saúde destacando-se o seguinte:

- Informação, Educação e Comunicação sobre a Malária (IEC)
- Tratamento Intermitente e Preventivo (TIP)
- Utilização de Mosquiteiros Tratados com Insecticida (MTI)
- Análises de laboratório básicas, incluindo teste de diagnóstico rápido (TDR) e microscopia óptica (MO) para a pesquisa de plasmódio (PP)
- Tratamento de casos

Para a implementação específica da componente de malária na gravidez, o Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) está a desenvolver uma advocacia com o Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva (DSSR) da DNSP e Instituto Nacional de Luta Contra a Sida (INLS) para desenvolver acções coordenadas que permitam melhorar a qualidade de atendimento e atingir os objectivos preconizados. Esta coordenação pode concretizar-se da seguinte forma:

- Através de serviços de Consulta pré-natal (CPN) onde os três programas têm intervenções específicas, mas oferecidas às grávidas de forma integrada.

- Apoio técnico entre os três programas, incluindo medicamentos, materiais e conteúdos para o treino dos profissionais.

## **2. Promoção da Saúde**

A gravidez é um acontecimento de muito valor na vida da mulher, parceiro e familiares. É caracterizada por um período de mudanças físicas e emocionais; determina o acompanhamento pré-natal, que oferece respostas e apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias, ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece com o seu corpo.

No período pré-natal deve-se fazer a preparação física e psicológica da grávida para o partoinstitucional. Assim o profissional de saúde deve ter uma postura cordial que possibilite estabelecer uma boa relação prestador/gestante, fortalecendo nela a confiança necessária para que a sua gestação, parto e puerpério decorram de forma segura.

A mulher grávida e seu parceiro devem saber que:

- Malária e Paludismo são nomes de uma única doença.
- A malária é transmitida pela picada de mosquitos (Anopheles).
- As grávidas correm maiores riscos de contrair malária do que as outras mulheres e muitas vezes não apresentam os sintomas da doença, sendo este um dos fundamentos de se adoptar o TIP.
- Na mulher grávida, se a malária não for tratada pode provocar:
  - ✓ Anemia grave
  - ✓ Aborto
  - ✓ Hemorragia
  - ✓ Nados mortos
  - ✓ Baixo peso à nascença
  - ✓ Morte materna
- Nas mulheres grávidas, a malária pode ser prevenida através do Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) com Sulfadoxina-Pirimetamina (Fansidar).
- A grávida deve tomar os três comprimidos de Fansidar/dose única, com um intervalo mínimo de trinta dias (4 semanas), sob observação directa do técnico de saúde (DOT), podendo a grávida estar com o estômago cheio ou vazio. A última dose de Fansidar pode-se tomar, inclusive, no mesmo dia do parto, sem nenhum risco para a mãe ou seu bebé.

- Além de tomar o Fansidar, a grávida deve dormir sempre debaixo do mosquiteiro tratado com inseticida.
- A mulher grávida tem direito de receber gratuitamente, durante a primeira consulta pré-natal, um mosquiteiro tratado com inseticida.
- A malária sem complicações é facilmente tratada, mas quando existe a demora em procurar os serviços de saúde, pode evoluir para a malária grave que requer tratamento especializado e dispendioso.
- Toda a febre durante a gravidez deve merecer uma atenção particular.

### **3. Tratamento Intermitente e Preventivo (TIP)**

O Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) com Sulfadoxina – Pirimetamina (SP ou Fansidar), é uma estratégia chave para a prevenção da malária na mulher grávida, uma vez que muitas gestantes podem não apresentar sinais e sintomas da doença. O Programa Nacional de Controlo da Malária está a implementar esta estratégia desde o ano 2006, tendo como base a evidência apresentada pela OMS, as recomendações da SADC e o objectivo do país para atingir as Metas do Milénio.

Todos os profissionais de saúde do país deverão oferecer o TIP a todas as grávidas de acordo com as seguintes orientações do PNCM:

- Nas áreas de transmissão de malária moderada e alta, a OMS recomenda o tratamento intermitente e preventivo (TIP) na grávida com Sulfadoxina+Pirimetamina (SP) em cada consulta pré-natal, estando prevista no mínimo 4 doses em cada gravidez.
- Temos que fazer todos os esforços possíveis para que a grávida possa iniciar o seu controlo pré-natal o mais cedo possível.
- A primeira dose de TIP deve ser administrada o mais precocemente possível, a partir do 2º trimestre (13ª semana) de gestação ou após os primeiros movimentos fetais sentidos pela mãe, e continuar a tomar o TIP com intervalos de 1 mês. A última dose pode ser administrada até ao período de parto, sem riscos para a mãe ou seu bebé, podendo a mulher fazer pelo menos 4 doses durante a gravidez.
- O TIP deve, idealmente, ser administrado sob observação directa (DOT), com ou sem comida no estômago.
- O ácido fólico em dose diária igual ou superior a 5 mg não deve ser dado com o TIP em virtude de interferir com a eficácia do antimalárico.

- Se a grávida tiver feito ácido fólico na dose de 5mg deve aguardar duas semanas antes de fazer a dose do TIP.
- Igualmente, o TIP não deve ser administrado em mulheres grávidas VIH positivas que fazem profilaxia com Cotrimoxazol, mas nas grávidas VIH+ que não estão a fazer profilaxia com Cotrimoxazol (Bactrim), elas SIM devem tomar o TIP.

#### **4. Aspectos Gerais e Clínica da Malária na Grávida**

##### **A. Período de Incubação**

Por período de incubação entende-se o tempo entre a picada do mosquito infectado e o aparecimento das manifestações clínicas (sinais e sintomas) na pessoa que foi picada. No caso da malária o período de incubação varia conforme o parasita responsável pela infecção.

Para *P. falciparum* período de incubação é de 7 a 15 dias, sendo em média 10 dias. Para o *P. vivax* e *P. ovale* esse período oscila normalmente por volta de 14 dias, podendo ser de 10 a 20 dias. O *P. malariae* tem período de incubação médio de cerca de 30 dias, mas que pode variar de 20 a 40 dias.

**As mulheres grávidas com malária podem não apresentar sintomas.**

O quadro clínico da malária pode ser ligeiro, moderado ou grave, dependendo da espécie e da quantidade de parasitas circulantes no sangue, do tempo de doença e do nível de imunidade adquirida pelo paciente.

Considerando que muitas doenças, além da malária, causam febre, dor de cabeça e mal-estar, o tratamento deverá ser feito após a confirmação do diagnóstico de malária por meio do teste de diagnóstico rápido (TDR) ou microscopia óptica (MO).

##### **B. Efeitos da Malária na Grávida**

Se a malária não é tratada de forma certa e atempada, pode evoluir para formas graves e apresentar efeitos como febre alta (acima de 39° C), parasitemia elevada, infecção da placenta, sepsis puerperal, anemia grave, hipoglicémia, hepato-esplenomegália, edema pulmonar, malária cerebral, insuficiência renal aguda, hemorragia, aborto espontâneo, parto prematuro e morte materna.

##### **C. Efeitos da Malária no Feto e no Recém-Nascido**

Em relação ao feto, a malária pode causar abortos, partos prematuros, restrição do crescimento intra-uterino, baixo peso a nascença, malária congénita, morte intra-uterina, neonatal e perinatal.

## D. Malária Simples

De acordo com a OMS, a malária simples é definida como uma doença sintomática sem sinais de gravidade ou evidência (clínica ou laboratorial) de disfunção orgânica.

Os sintomas clássicos da malária são: febre, dor de cabeça e calafrios.

Outros sinais e sintomas podem estar presentes como mal-estar, suores, pulso rápido, tontura, vertigens, dores nas articulações (artralgias), dores musculares (mialgia), perda de apetite, fraqueza, náuseas e anemia.

## E. Malária Grave

**A malária grave é uma emergência médica.**

Considera-se forma clínica de apresentação de malária grave e/ou complicada, toda aquela em que a doente, após exclusão de outras causas de síndrome febril agudo, apresente uma ou mais das seguintes manifestações clínicas e laboratoriais:

Manifestações Clínicas	Manifestações Laboratoriais
Febre acima de 39°C (Hiperpirexia)	Hipoglicémia ( < 40 mg/dl)
Dificuldade respiratória	Hiperparasitémia (> 100.000 parasitas/ mm <sup>3</sup> ou > 2% em indivíduos não imunes)
Hipotensão arterial	Anemia grave (Hb <7 g/100 ml, Hematócrito < 20% )
Prostração, fraqueza generalizada e sonolência	Acidose metabólica (bicarbonato plasmático < 15 mmol/L de sangue ou lactato > 5 mmol/L)
Vômitos repetidos	Hiperlactatemia (lactate > 5 mmol/l)
Icterícia grave	Insuficiência renal aguda (creatinina sérica > 265 µmol/l)
Desidratação grave	
Convulsões múltiplas (mais de dois episódios nas 24 horas)	
Disfunção Cerebral (agitação psicomotora, delírio, discurso incoerente, confusão, alteração do comportamento, estupor)	

Diminuição do volume urinário (oligoanúria)	
Hemoglobinúria macroscópica	
Choque hipovolémico	
Infecções associadas	
Edema pulmonar	
Insuficiência renal aguda	
Hemorragias, coagulação intravascular disseminada	
Estado de coma e morte	

**Doentes com um dos seguintes *sinais de perigo* para malária grave devem ser estabilizados e em seguida referidos para unidades sanitárias de nível superior:**

- Hiperparasitemia (> 100 000/mm<sup>3</sup>)
- Hiperpirexia (Temperatura corporal maior ou igual 41<sup>o</sup>)
- Alteração da consciência (desorientação, sonolência, convulsões)
- Vômitos repetidos
- Icterícia (pele e olhos amarelados)
- Anemia grave (Hgb < 5g/100 ml)
- Edema dos membros inferiores
- Hemorragia vaginal
- Oligúria ou anúria
- Dispneia
- Hipotensão arterial

#### **F. Diagnóstico Laboratorial da Malária**

Em Angola, todo o síndrome febril suspeito de malária deve ser confirmado por teste rápido (TDR) ou microscopia óptica (MO), inclusive em mulheres grávidas (OMS 2010). O exame microscópico do sangue pode ser feito em esfregaço delgado ou concentrado (gota espessa). O TDR-malária e a pesquisa de plasmódio são específicos para o diagnóstico da malária.



Na ausência de microscopia ou teste rápido de diagnóstico, todo o caso de febre aguda confirmada (por termómetro) ou referida deve ser tratado como malária depois de excluídas outras causas de febre.

### **G. Diagnóstico Diferencial**

O diagnóstico clínico da malária não é seguro sem diagnóstico laboratorial, pois outras doenças febris agudas podem apresentar sinais e sintomas semelhantes, tais como:

#### **Doenças Infecciosas**

**Febre Tifóide** - Febre alta, cefaleia, mal-estar geral, anorexia, bradicardia relativa (dissociação pulso-temperatura, conhecida como sinal de Faget), esplenomegália, manchas rosadas no tronco (roséola tífica), obstipação ou diarreia e tosse seca. Pode haver comprometimento do sistema nervoso central.

**Sepsis**- febre alta, fraqueza, enjoos, vômitos, diarreia, tremores, arrepios, taquipneia, taquicardia, instabilidade da pressão arterial, alteração do nível da consciência, convulsões, alterações da circulação periférica, manifestações cutâneas, diminuição da urina, hipoglicemia, hipocalcemia e coagulação intravascular disseminada.

**Infecção urinária** - Dor e ardor e dificuldade ao urinar, sensação de urgência e para, vontade de urinar diversas vezes ao dia e em pequenas quantidades, urina com mau cheiro e coloração alterada, hematúria (urina com sangue) em certos casos.

**Infecção respiratória** - Febre, congestão nasal, irritação na garganta, tosse, dor no peito, dificuldade em respirar, mal estar, catarro.

**Infecção ginecológica** - Febre, dor no baixo ventre, corrimento vaginal abundante e mal cheiroso.

**Dengue** - Febre alta (39° a 40°C), dor de cabeça, cansaço, dor muscular e nas articulações, indisposição, enjoos, vômitos, manchas vermelhas na pele, dor abdominal (principalmente em crianças).

**Ebola**-Febre, fraqueza intensa, dor muscular, dor de cabeça e de garganta, vômitos, diarreia, prurido, disfunção hepatorenal e, em alguns casos, hemorragia interna e externa. Os resultados laboratoriais mostram a redução do número de leucócitos e de plaquetas, e elevação das enzimas hepáticas.

**Doença de Marburg** - febre alta repentina, dor de cabeça, dor muscular e cansaço, diarreia, dor abdominal, náuseas, vômitos, dores no peito e garganta, inflamação nas pálpebras,

perda de peso, icterícia, delírio, alterações no sistema renal, hemorragia na gengiva, vômito, fezes e urina com sangue, convulsões e coma.

**Febre Chikungunya(CHIKV)** -Início súbito de febre acompanhada por dor intensa nas articulações (principalmente das mãos e pés), dor muscular, articular e de cabeça, náuseas, mal-estar, manchas vermelhas no corpo, .

**Febre amarela** - Febre, dor de cabeça e no corpo, calafrios, náuseas, vômitos, , icterícia (pele e os olhos amarelos) e hemorragias (gengivas, nariz, estômago, intestino e urina).

**Leptospirose** - Febre alta que começa de repente, mal-estar, dor muscular (mialgias) especialmente na barriga das pernas, de cabeça e no peito, olhos vermelhos (hiperemia conjuntival), tosse, cansaço, calafrios, náuseas, diarreia, desidratação, exantemas (manchas vermelhas no corpo), meningite.

**Tétano** - Espasmos e rigidez no maxilar, nos músculos do pescoço e da nuca, nos músculos do abdômen, spasmos corporais que provocam dor e duram por vários minutos, geralmente causados por sons altos, toque físico e sensibilidade à luz, febre, sudorese, hipertensão arterial, batimentos cardíacos acelerados.

**Tripanossomose** - febre, dor de cabeça, nas articulações, coceira, perturbação no ciclo de sono, mudanças de comportamento, confusão, alteração da orientação, falta de coordenação dos movimentos.

**Meningite** - Febre alta repentina, forte dor de cabeça, fotosensibilidade, pescoço rígido, vômitos, náuseas, confusão mental e dificuldade de concentração, convulsões, sonolência, e coma.

**Raiva** - saliva em excesso, convulsão, sensibilidade exagerada no local da mordida, perda de sensibilidade em uma área do corpo, perda de função muscular, febre baixa, espasmos musculares, entorpecimento e formigamento, agitação e ansiedade, dificuldade de engolir (beber algo provoca espasmos da laringe).

#### **H. Monitorização Clínica e Laboratorial dos Doentes com Malária Grave**

As doentes internadas com malária grave, devem ser rigorosamente monitorizadas nos seguintes aspectos clínicos e laboratoriais:

- Monitorização cárdio-respiratória
- Tensão arterial
- Diurese
- Exames complementares de diagnóstico:

- Pesquisa de Plasmódio (1x/dia)
- Hemograma,
- Coagulograma
- Glicémia, ionograma,
- CPK
- Gasometria
- Função renal, função hepática
- Electroencefalograma(EEG)
- Electrocardiograma(ECG)
- Ecocardiograma
- Cardiotocografia (CTG)
- Ecografia pélvica/Obstétrica
- Tomografia
- Radiografia do tórax com protecção do abdómen
- Exame sumário de urina

## 5. Tratamento da Malária na Grávida

### A. Tratamento Curativo (Supressivo)

#### ❖ Objectivos

- Reduzir a morbilidade
- Prevenir as complicações
- Reduzir a mortalidade
- Eliminar a parasitémia para minimizar a transmissão
- Limitar a emergência e a expansão de resistência medicamentosa

### B. Protocolo de Tratamento da Malária Simples na Grávida

Tratar tendo em conta o tempo de gestação de acordo com a seguinte tabela:

**Tabela 1 Tratamento da malária de acordo a idade gestacional**

I Trimestre	II e III Trimestre*
Quinino Oral + Clindamicina	Arteméter + Lumefantrina Ou
	Artesunato + Amodiaquina Ou
	Dihidroartemisinina+Piperaquina Ou
	Quinino Oral + Clindamicina

**Observação:** Todas as grávidas que apresentem teste de malária positivo mesmo na ausência de sintomas, devem ser tratadas como casos de malária.

### C. Esquemas de Tratamento da Malária

Arteméter + Lumefantrina (AL)

#### Posologia:

- O tratamento com **AL** tem a duração de 3 dias e deve ser administrado de acordo com o peso ou idade (ver tabela 2).
- O tratamento deve ser administrado em toma única imediatamente após o diagnóstico (hora 0), repetida 8 horas depois. Continuar com duas tomas diárias (12 em 12 horas) em cada um dos dois dias que se seguem.
- É importante que o doente complete os 3 dias (6 tomas) de tratamento.

**Tabela 2 - Esquema de tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg).**

Peso	Idade	Nº de comp./dose <sup>2</sup>	Nº total de comp. <sup>3</sup>	Dias
24-34 kg	>8-14 anos	3 comp.	18 comp.	3 dias
>35 kg	>14 anos	4 comp.	24 comp.	3 dias

OU

**Tabela 3 - Esquema de tratamento com Arteméter + Lumefantrina (80/480mg).**

Peso	Idade	Nº de comp./dose <sup>4</sup>	Nº total de comp. <sup>5</sup>	Dias
>35 kg	>14 anos	1 comp.	6 comp.	3 dias

#### Contra-indicações:

- 1º Trimestre da gravidez e lactação (amamentação)

<sup>2</sup>Nº de comprimidos por dose administrados 2 vezes por dia durante 3 dias

<sup>3</sup>Nº total de comprimidos administrados durante os 3 dias

<sup>4</sup>Nº de comprimidos por dose administrados 2 vezes por dia durante 3 dias

<sup>5</sup>Nº total de comprimidos administrados durante os 3 dias

- Hipersensibilidade conhecida aos componentes da combinação
- Malaria grave

**Efeitos adversos:**

No geral o AL é bem tolerado. Os efeitos adversos são raros, sendo os mais comuns do tracto gastrointestinal e do sistema nervoso central.

- Dor abdominal, anorexia, náuseas, vómitos e diarreia
- Cefaleia, tonturas, distúrbios do sono e fadiga

Também foram notificados: alteração da marcha, artralgia, mialgia, palpitações, nistagmo, redução da acuidade auditiva, ataxia, tosse, prurido e erupção cutânea.

**Nota:** O Arteméter+Lumefantrina deve ser administrado de preferência após a ingestão de alimentos ou bebidas com elevado teor de gorduras (exemplo: leite ou alimentos ricos em gordura) para melhorar a sua absorção.

**Artesunato + Amodiaquina(AS+AQ)**

**Posologia:**

O tratamento com AS+AQ tem a duração de 3 dias e deve ser administrado de acordo com o peso ou idade;

- O tratamento deve ser administrado em toma única imediatamente após o diagnóstico (hora 0), repetida no segundo e no terceiro dia.
- É importante que o doente complete os 3 dias (3 tomas) de tratamento

**Figura 1 - Esquema de tratamento com AS+AQ dose fixa**

<b>3 DIAS DE TRATAMENTO</b>	<b>1 Dia</b>	<b>2 Dia</b>	<b>3 Dia</b>
100 mg/270mg 18 a 35 kg, de 6 a 13 anos	1 comp.	1 comp.	1 comp.
100 mg/270mg Adolescentes e adultos>35 kg	2 comp.	2 comp.	2 comp.

**Contra-indicações:**

- Hipersensibilidade conhecida à amodiaquina
- Alterações hepáticas
- Profilaxia (pelo risco de agranulocitose e hepatotoxicidade severa)
- Primeiro trimestre de gravidez
- Hipersensibilidade conhecida aos derivados da Artemisinina
- Antecedentes de reacção hematológica no curso de tratamento com AQ

**Efeitos adversos:**

Na sua maioria os doentes toleram bem o tratamento; contudo 30% deles podem apresentar efeitos indesejáveis; alguns dos sintomas assemelham-se aos da própria doença.

Os mais frequentes são:

- Náuseas, vômitos, dor/cólica abdominal, diarreia
- Prurido
- Aumento das transaminases (ligeiro)
- Insónia/sonolência
- Redução dos reticulócitos
- Efeito extrapiramidal
- Em doses elevadas: síncope, convulsões e espasticidade

Outros

- Raramente bradicardia
- Ocasionalmente agranulocitose

Os efeitos mais graves são astenia, anemia e vertigem; retinopatia irreversível, transtornos da acomodação, hepatite (por vezes fatal).

Dihidroartemisinina + Piperaquina (DHA+PPQ)

### **Posologia**

- O tratamento é geralmente bem tolerado; está indicado para todas as espécies de plasmódio.
- O tratamento com DHA+PPQ tem a duração de 3 dias e deve ser administrado de acordo com o peso; (ver tabela 4).
- O tratamento deve ser administrado em toma única imediatamente após o diagnóstico (hora 0), repetida 24 horas depois. Continuar com uma toma diária em cada um dos dois dias que se seguem.
- É importante que o doente complete os 3 dias (3 tomas) de tratamento.
- Os comprimidos devem ser tomados depois de uma refeição com água;

**Tabela 4 - Esquema de tratamento DHA+PPQ (40/320) mg**

Peso	Idade	Duo-Cotecxincomprimidos		
		Dia 1	Dia 2	Dia 3
21-40 kg	9 < 14 anos	2	2	2
>40 kg	≥ 14 anos	3	3	3

**Contra-indicações:**

- Gravidez (especialmente no 1º trimestre)
- Aleitamento
- Alergia a qualquer um dos seus componentes
- Malária grave/complicada

**Efeitos Adversos:**

Como todos os medicamentos, o **Duo-Cotecxin** pode causar efeitos secundários, embora nem todos vão apresentá-los. Os seguintes efeitos são muito raros:

- Raros distúrbios do trato intestinal: diarreia, náusea, anorexia
- Reacções alérgicas raras: rash (erupções), prurido cutâneo
- Em alguns casos podem ocorrer alterações nos exames laboratoriais: diminuição de reticulócitos e ligeiro aumento das enzimas hepáticas

Normalmente não há distúrbios clínicos associados a estas alterações.

**D. Tratamento da Malária por Infecção de *P. vivax*/*P. ovale***

Adulto: Administrar um dos ACT aprovados na política nacional (Arteméter+Lumefantrina ou Artesunato+Amodiaquina ou Dihidroartemisinina+Piperaquina) + Primaquina 15 mg/ dia durante 14 dias.

**Observação:** o uso de *Primaquina* está contra-indicado na gravidez.

**Na impossibilidade de realizar o título de G-6-P-D, e, porque o *P. vivax* não dá quadros graves de Malária, o tratamento deve ser repetido com ACT sempre que o teste for positivo.**

**Uso de Derivados da Artemisinina em Supositórios**

**Tabela 5 - Dosagem para tratamento inicial (pré-referência) em crianças (entre os 6–13 anos) e peso superior a 30 kg**

Peso (kg)	Idade	Dose de Artesunato (mg)	Regime (dose única)
30–39	6–13 anos	300	Três 100-mg supositórios
>40	14 anos	400	Uma 400-mg supositório

**Tabela 6 - Dosagem\* para tratamento inicial (pré-referência) em adultos (idade ≥16 anos)**

Peso (kg)	dose total de Artesunato	Regime (dose única)
<40	10 mg/kg	Uso apropriado de supositórios 100-mg rectal
40–59	400 mg	Uma 400-mg supositórios
60–80	800 mg	Duas 400-mg supositórios
>80	1200 mg	Três 400-mg supositórios

**Contra-indicações:**

- Gravidez no 1º trimestre
- Aleitamento
- Alergia a qualquer um dos seus componentes
- Malária grave/complicada

*\* Deve-se notar que o estudo clínico com Artesunato rectal relacionado com a apresentação e formulação simples têm uma boa absorção cinética bem caracterizada, e, por isso não precisa necessariamente de ser extrapolada para outras fórmulas rectais de Artesunato.*

### **E. Protocolo de Tratamento da Malária Gravena Grávida**

O tratamento da malária grave na grávida deve ter em conta as seguintes orientações:

- Conducta geral
- Referenciação da grávida
- Tratamento específico
- Tratamento das complicações

### **F. Conduta geral no Posto e no Centro de Saúde:**

- Permeabilizar vias aéreas.
- Canalizar veia
- Estabilizar a paciente (Prevenir, detectar e tratar rapidamente as complicações: convulsões, hipertermia e hipoglicemia).
- Garantir cuidados especiais de enfermagem (manter o doente em decúbito lateral, balanço hídrico, monitorização dos parâmetros vitais, medidas antitérmicas, medidas de assépsia e antisépsia).



- Coordenar a evacuação rápida e precoce, para um nível mais diferenciado ou de referência.

### **G. Conduta Geral na Unidade Sanitária de Referência**

- Tratar preferencialmente em Unidade de Cuidados Intensivos.
- Emergência médica, que exige a administração imediata de anti-maláricos de ação rápida.
- A via parentérica é a preferencial, com o medicamento apropriado em doses calculadas com base em mg/kg de peso e num intervalo mínimo de 24 horas, mesmo que o doente possa tolerar a via oral mais cedo.
- Na impossibilidade de usar a via parentérica, utilizar como alternativa a via “per os” por sonda nasogástrica.
- Restabelecer o equilíbrio hidroelectrolítico e ácido-básico.
- Monitorização da resposta terapêutica, tanto parasitológica (de 6/6 horas nas primeiras 48 horas), como clínica.
- Identificação e tratamento precoce das infecções.
- Se choque, iniciar colheita para hemoculturas e antibioterapia precoce.
- Monitorização do hematócrito, hemoglobina, glicémia, ureia, creatinina, electrólitos (Na+, K+), E.C.G., P.V.C e parasitémia.

### **H. Tratamento Farmacológico da Malária Grave**

O medicamento de escolha é o **Artesunato EV ou IM** ou

**Arteméter IM** ou

**Quinino EV.**

**Observação:** quando se usa quinino na grávida **não** se faz dose de carga.

- Estabilizar a paciente (Prevenir, detectar e tratar rapidamente as complicações: convulsões, hipertermia e hipoglicemia).
- Coordenar a evacuação rápida e precoce, para um nível mais diferenciado ou de referência.

**Observação:** Se o tempo esperado entre a referência e o início definitivo do tratamento for superior a 6 horas, dar **um** dos seguintes fármacos:

- Artesunato rectal-10mg/kg
- Artesunato i.m.- 2,4 mg/Kg
- Arteméter i.m.- 3,2mg/kg
- Quinino i.m- 20mg/kg (divididos em 10mg/kg em cada coxa).

Deve-se igualmente associar um antibiótico de amplo espectro.

## ANEXO 1: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CASOS

POSTO DE SAÚDE	CENTRO DE SAÚDE COM MÉDICO	HOSPITAL MUNICIPAL /GERAL
<p><b>A) Diagnóstico clínico da Malária Simples:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (38º C ou +)</li> <li>• Arrepio/calafrio</li> <li>• Cefaleia</li> <li>• Dor muscular e articular</li> <li>• Vômitos/náuseas</li> </ul> <p><b>B) Fazer o Teste Rápido</b></p> <p><b>C) Diagnóstico Laboratorial (se houver Laboratório):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gota espessa p/pesquisa plasmódio</li> <li>• Esfregaço de sangue periférico</li> <li>• Hemoglobina e hematócrito</li> </ul> <p><b>D) Sinais de perigo (alerta):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vômitos constantes</li> <li>• Anemia (mucosa descoradas, palmas das mãos esbranquiçadas)</li> <li>• Edema dos membros inferiores</li> <li>• Tontura e vertigens</li> <li>• Falta de ar</li> <li>• Olhos amarelados</li> <li>• Sangramento vaginal</li> <li>• Alteração da consciência (desorientação, sonolência, convulsões).</li> </ul>	<p><b>O mesmo do Posto de Saúde mais:</b></p> <p><b>Sinais e Sintomas de Malária Complicada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertermia (&gt;ou 40°C)</li> <li>• Anemia</li> <li>• Tontura e vertigens</li> <li>• Dificuldade respiratória</li> <li>• Sonolência</li> <li>• Confusão mental, convulsões, coma</li> <li>• Hemorragia vaginal</li> <li>• Por vezes, icterícia e desidratação</li> </ul> <p><b>Diagnostico Laboratorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperparasitemia (&gt;ou = 100.000 parasitas/mm³)</li> <li>• Anemia Hgb&lt;7g/100ml Hto&lt;20%</li> <li>• Hipoglicemia (&lt;60mg/dl)</li> <li>• Hiponatremia</li> <li>• Urina Sumária</li> <li>• VDRL</li> <li>• Teste de VIH</li> </ul> <p><b>Transferir a doente para Unidade Sanitária de referência, se apresentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia severa(Hgb&lt;5g/100ml)</li> <li>• Dispneia</li> </ul>	<p><b>O mesmo do Centro de Saúde Tipo I mais:</b></p> <p><b>Complicações da malária:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema pulmonar agudo</li> <li>• Insuficiência renal aguda</li> <li>• Desidratação grave</li> <li>• Desequilíbrio hidro-electrolítico</li> <li>• Infecções associadas</li> <li>• Alterações da coagulação com hemorragia</li> <li>• Choque hipovolémico</li> <li>• Convulsões, coma e morte</li> </ul> <p><b>Diagnostico Laboratorial:</b></p> <p>O mesmo que no centro Tipo I mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contagem de plaquetas</li> <li>• Tempo e taxa de Protrombina</li> <li>• Tempo parcial de Tromboplastina</li> <li>• Taxa de Fibrinogénio</li> <li>• Ionograma</li> <li>• Testes da função hepática</li> <li>• Exame da ureia e creatinina</li> <li>• Estudo do Líquido amniótico</li> </ul> <p><b>Outros exames:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RX do tórax (se indicado e com cuidados especiais)</li> <li>• Ecografia pélvica/Obstétrica</li> <li>• Cardiotocografia (CTG)</li> <li>• Electroencefalograma Electrocardiograma</li> </ul>

<p><b>Encaminhar a mulher grávida imediatamente, para Unidade sanitária de referência, perante um ou mais sinais de perigo ou de alerta.</b></p> <p><b>Antes do Encaminhamento, deve:</b></p> <p>Tratamento sintomático para dor de cabeça, febre, vómitos e diarreia.</p> <p>Dar a primeira dose de Artesunato Retal 10mg/kg (se disponível); Se for <b>mulher grávida no primeiro trimestre</b> que ainda não tenha feito nenhum tratamento, dar quinino via oral.</p> <p><b>Transferir imediatamente, com guia de encaminhamento preenchida.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidez da nuca</li> <li>• Convulsões, coma</li> </ul> <p><b>Antes de transferir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Canalizar e manter veia</li> <li>• Sonda nasogástrica</li> <li>• Algaliação</li> </ul> <p><b>Durante a transferência:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar oxigénio, se necessário</li> </ul> <p><b>Tratamento da Malária Complicada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo dos sinais vitais</li> <li>• Manutenção da via E.V</li> <li>• Tratamento dos sintomas</li> <li>• Arteméter IM (ampolas de 80 mg) Posologia 160 mg no 1.º dia e continuar com 80 mg durante 6 dias IM ou passar à via oral com Arteméter+Lumefantrina ou Amodiaquina+Artesunato se evolução clínica e parasitológica favorável.</li> <li>• Hemoterapia, se necessário e se existir</li> </ul> <p>Transferir a doente:</p> <p>Com guia de evacuação preenchida sobre o diagnóstico e tratamentos efectuados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecocardiograma</li> <li>• Tomografia</li> </ul> <p><b>Tratamento:</b></p> <p>O doente deve ser internado numa sala de cuidados intensivos:</p> <p>O mesmo que no Centro de saúde mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intubação endotraqueal</li> <li>• Sonda nasogástrica</li> <li>• Algaliacão e medir diurese</li> <li>• Antibioterapia de suporte Hemoterapia</li> <li>• Monitorização da função cardio-pulmonar</li> </ul> <p>Se morte fetal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indução de parto</li> </ul> <p>Se perda do embrião:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curetagem ou aspiração manual endouterina</li> </ul>
---	--	--

**Tabela 7 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CASOS**

**ANEXO 2: TRATAMENTO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ**

I – TRIMESTRE	II – TRIMESTRE	III – TRIMESTRE
<p>QUININO ORAL -300 mg (2 comp de 8/8h durante 7 dias)</p>	<p>ARTEMETER + LUMEFANTRINA(AL) (80mg/480mg) (1 comp de 12/12h durante 3 dias) OU ARTESUNATO + AMODIAQUINA (AS+AQ) (100mg/270mg) (2 comp./ dia durante 3 dias) OU DIHIDROARTEMISININA + PIPERAQUINA (DHA+PPQ) (40/320 mg) (3 comp dia durante 3 dias) OU QUININO ORAL - 300 mg (2 comp de 8/8h durante 7 dias)</p>	<p>ARTEMETER + LUMEFANTRINA(AL) (80mg/480mg) (1 comp de 12/12h durante 3 dias) OU ARTESUNATO + AMODIAQUINA (AS+AQ) (100mg/270mg) (2 comp./ dia durante 3 dias) OU DIHIDROARTEMISININA + PIPERAQUINA (DHA+PPQ) (40/320 mg) (3 comp dia durante 3 dias) OU QUININO ORAL - 300 mg (2 comp de 8/8h durante 7 dias)</p>

## **abela 8 - TRATAMENTO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ**

### **Anexo 3: Tratamento com Quinina**

#### **Dihidrocloridrato de Quinina - Via Endovenosa**

**Dose de Carga ou Dose de ataque, “ Loading Dose”** \_ 15 a 20 mg sal / Kg / dose, diluída em 5 a 10 ml/Kg de solução salina ou glicosada isotónica (de preferência a glicosada a 5% ou 10%) máximo 500 ml, a correr durante 4 horas- 42 gotas /minuto.

**Obs.:** Não deve ser utilizada a dose de carga nas grávidas, devido ao efeito hiperinsulinémico da Quinina, que agrava ainda mais a hipoglicemia. Ter em atenção, na dose de carga, a possibilidade do efeito cardiotoxicó da Quinina. De preferência administrar a dose de carga através de bomba volumétrica, seringa infusora ou sistema de microgotas (pediatria), para minimizar estes efeitos.

- **Dose de Manutenção”-** 10 mg sal / Kg / dose, na mesma diluição, repetir de 8/8 horas e correr durante 4 horas.

#### **I Sulfato de Quinina - Via Oral**

- **Dose:** 10 mg sal / kg / dose via oral de 8/8 horas
- **Dose Total nas 24 horas:** 30 mg sal / Kg
- **Duração Total do Tratamento – 7 Dias**

**Obs.:** Não ultrapassar os 1800 mg /dia. Pode provocar arritmias graves e/ou paragem cardíaca.

Se não houver viabilidade para a perfusão, usar a via i.m. na mesma dose na face anterior da coxa, numa concentração de 60 - 100mg/ ml, em dois sítios diferentes, para evitar uma injeção de grande volume no mesmo local.

## Bibliografia

Discurso de Sua Excelência Senhor Ministro da Saúde Dr. José Vieira Van-Dúnem no Fórum sobre o reforço do SNS a nível do Município, de 19 à 20 de Agosto de 2010.

Ministério da Saúde, DNSP, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, PNCM. (2014). *Normas técnicas para o controlo da malária na gravidez*. Luanda.

PNCM - Ministério da Saúde. (2005 - 2009). *Bases da Política Nacional de Tratamento da Malária em Angola*. Luanda.

PNCM - Ministério da Saúde. (2006). *Manual de procedimentos e protocolo de tratamento, prevenção e controlo da malária durante a gravidez*. Luanda.

PNCM - Ministério da Saúde. (2014). *Directrizes e normas de conduta para o diagnóstico e tratamento da malária*. Luanda.

PNCM – Ministério da Saúde. (2014). *Normas de Tratamento da Malária*. Luanda.

WHO. (April - 2013). *policy brief for the implementation of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy using sulfadoxine-pyrimethamine (IPTp-SP)*.

WHO. (April 2013). *Management of severe malaria – A practical handbook*. 3<sup>a</sup> Ed.

WHO. (March 2010). *Guidelines for the treatment of malaria*. 2<sup>a</sup> Ed.