

Implementação de Programas de Malária na Gravidez no Contexto das Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez da Organização Mundial de Saúde

Abril de 2017

www.mcsprogram.org

Este resumo técnico destaca as recomendações para a prevenção e tratamento da malária na gravidez (*malaria in pregnancy - MiP*) no contexto das Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez (*Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*,¹) da Organização Mundial de Saúde publicadas em 2016. Os leitores devem também consultar os principais documentos subjacentes, especificamente as Orientações para o Tratamento da Malária da Organização Mundial de Saúde (*Guidelines for the Treatment of Malaria*), terceira edição² e o Resumo Político para a Implementação de Tratamento Preventivo Intermitente da Malária na Gravidez Com Sulfadoxina-Pirimetamina (*Policy Brief for the Implementation of Intermittent Preventive Treatment of Malaria in Pregnancy Using Sulfadoxine-Pyrimethamine (IPTp-SP)*) também da Organização Mundial de Saúde.³

Antecedentes

A malária na gravidez é um grande problema de saúde pública com riscos substanciais para as mães e respectivos bebés. Todos os anos, a malária na gravidez é responsável por 20% de nados-mortos na África Subsariana, 11% de todas as mortes de recém-nascidos na África Subsariana e 10.000 mortes maternas a nível global.^{4,5,6} A OMS recomenda um pacote de intervenções para o controlo da malária e os efeitos da mesma durante a gravidez. Em zonas onde a malária constitui um risco, a OMS recomenda a entrega e utilização de mosquiteiros tratados com insecticidas (MTI), bem como a gestão eficaz de casos, oferecendo diagnósticos de qualidade imediatos e tratamento eficaz de infecções da malária. Em áreas

¹ Organização Mundial de Saúde. *Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez* da OMS. 2016. Obtido a 10 de Janeiro de 2017 em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/.

² Organização Mundial de Saúde. *Directrizes para o tratamento da malária*. Terceira edição. Abril de 2015. Obtido em <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>

³ Organização Mundial de Saúde. *Resumo de políticas da OMS para a implementação do tratamento preventivo intermitente da malária durante a gravidez com sulfadoxina-pirimetamina (IPTp-SP)*. 2013. Obtido em <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/iptp-sp-updated-policy-brief-24jan2014.pdf?ua=1>.

⁴ Lawn J, Blencowe H, Waiswa P, et al. 2016. Nados-mortos: taxas, factores de risco e aceleração em direcção a 2030. *The Lancet*. 387(10018), 587-603. doi: 10.1016/s0140-6736(15)00837-5.

⁵ Desai M, ter Kuile FO, Nosten F, et al. 2007. Epidemiologia e peso da malária na gravidez. *The Lancet Infectious Diseases*. 7(2), 93-104. doi: 10.1016/S1473-3099(07)70021-X.

⁶ Guyatt HL e Snow RW. 2001. Epidemiologia e peso da anemia relacionada com *Plasmodium falciparum* entre grávidas na África Subsariana. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 64 (1-2 Suppl), 36-44. doi:10.4269/ajtmh.2001.64.36.



com transmissão moderada a alta do *Plasmodium falciparum*, a OMS recomenda ainda a administração de tratamento preventivo intermitente durante a gravidez com sulfadoxina-pirimetamina (IPTp-SP) cuja qualidade é garantida⁷ A SP é o único fármaco actualmente recomendado para ser administrado no contexto da IPTp e é importante observar que a SP continua a mostrar benefícios tanto para a mãe como para o bebé, mesmo em áreas de resistência da SP.⁸ Além disso, um estudo recente de Chico et al. concluiu que as mulheres que recebem duas ou mais doses de IPTp-SP estavam protegidas não só de resultados adversos relacionados com a malária, como também de algumas infecções sexualmente transmitidas/do tracto reprodutor.⁹

A prestação de cuidados pré-natais (ANC) de alta qualidade é essencial para a programação bem-sucedida da malária na gravidez. As *Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez* da OMS promovem agora um mínimo de oito contactos entre as grávidas e o sistema de saúde versus as quatro consultas de ANC anteriormente recomendadas. Este novo modelo de ANC da OMS sublinha que o contacto de uma mulher com o respectivo prestador de cuidados deve ser mais do que uma simples consulta. Deve ser uma oportunidade para cuidados abrangentes de alta qualidade, incluindo cuidados médicos, apoio e fornecimento de informações atempadas e relevantes ao longo da gravidez. Consoante o contexto do país, a definição de contacto poderá incluir consultas marcadas de ANC e sessões de informações para grávidas com prestadores de cuidados relevantes aos níveis do agregado familiar, da comunidade e da instalação de saúde. Estas oportunidades acrescidas para apoiar mulheres durante a gravidez são um incentivo para os países em prestar cuidados abrangentes, incluindo intervenções relacionadas com malária na gravidez, a grávidas.

Considerações para a Implementação de Programas de malária na gravidez

Tempo da IPTp-SP

As novas recomendações de ANC têm de ser adaptadas a cada contexto nacional. Complementando a utilização de um MTI e a gestão pronta e eficaz do caso, o horário de contacto de ANC para a malária na gravidez deve ser **aplicado de forma flexível** para que as grávidas recebam sempre IPTp-SP quando elegíveis, a começar assim que possível durante o segundo trimestre da gravidez. A Tabela 1 destaca o calendário de ANC recomendado pela OMS e as intervenções de malária na gravidez correspondentes.

É importante manter em mente que:

- Determinar a idade gestacional através de exame clínico, especialmente quando é feito no início da gravidez, pode constituir um desafio. A OMS recomenda que os países continuem a utilizar o que é actualmente praticado para determinar a data, quer seja palpação abdominal ou através da medição da altura do fundo uterino. Fazer uma ecografia, idealmente durante o primeiro trimestre, quando disponível, constitui outra oportunidade para determinar precocemente a idade gestacional, entre outros benefícios potenciais para a gravidez
- O período entre as 13 e 20 semanas é crítico para as consequências irreversíveis negativas da malária na gravidez quando as densidades de parasitas são as mais elevadas,^{10,11} e podem ser alcançados maiores benefícios da prevenção da malária. Para uma programação eficaz da malária na gravidez, contactar um prestador de cuidados de saúde no início do segundo trimestre (entre as 13 e as 16 semanas) é crítico para garantir um acesso atempado à primeira dose de IPTp-SP para um máximo impacto.

⁷ Organização Mundial de Saúde. *Um enquadramento estratégico para a prevenção e controlo da malária durante a gravidez em África*. 2004.

⁸ Desai M, Gutman J, Taylor SM, et al. 2016. Impacto da resistência da sulfadoxina-pirimetamina na eficácia da terapia preventiva intermitente da malária na gravidez em limpar infecções e evitar baixo peso à nascença. *Clinical Infectious Diseases*, 62(3), 323-333. doi:10.1093/cid/civ881.

⁹ Chico RM, Chaponda EB, Ariti C, Chandramohan D. A sulfadoxina-pirimetamina mostra uma protecção de resposta à dose contra resultados adversos do nascimento relacionados com a malária e as infecções sexualmente transmitidas e do tracto reprodutor. *Clinical Infectious Diseases*. 64(8):1043-1051. doi: 10.1093/cid/cix026.

¹⁰ Chico RM, Chaponda EB, Ariti C, Chandramohan D. A sulfadoxina-pirimetamina mostra uma protecção de resposta à dose contra resultados adversos do nascimento relacionados com a malária e as infecções sexualmente transmitidas e do tracto reprodutor. *Clinical Infectious Diseases*. 64(8):1043-1051. doi: 10.1093/cid/cix026.

¹¹ Brabin BJ. *Os riscos e gravidade da malária em grávidas*. 1991. Organização Mundial de Saúde.

- As *Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez e a Otimização de Funções do Trabalhador da Saúde para a Saúde Materna e Infantil*¹² da OMS promovem a transferência de tarefas de componentes de ANC, incluindo a provisão de IPTp, desde os colaboradores das instalações da saúde a uma vasta gama de quadros, incluindo enfermeiras auxiliares, enfermeiras, parteiras e médicos. À medida que os países consideram a aplicação das novas recomendações de ANC da OMS e o aceleramento da programação de malária na gravidez, as abordagens do parto ao nível da comunidade que complementam a oferta de ANC prometem alcançar uma maior cobertura durante o período pré-natal, incluindo prevenção da malária. Os países poderiam considerar orientar e expandir as abordagens comunitárias para ajudar a aumentar o recurso ao IPTp e a cobertura de ANC.

Nota: Embora a prática normalizada em muitos países seja dar a primeira dose de IPTp-SP nos primeiros movimentos do feto (assim que a mãe se apercebe de movimento fetal), esta prática pode deixar a grávida e o feto desprotegidos durante um longo período, consoante as variações na percepção da mulher e no momento dos primeiros movimentos do feto.

Tabela 1: Horário de contacto de ANC para 2016 com prazos para a implementação de intervenções de malária na gravidez

Horário de contacto de ANC e Tempo Proposto para Administração de IPTp-SP <i>(A adaptar ao contexto nacional, considerando também a carga da doença e as necessidades de saúde)</i>		Intervenções e Considerações relacionadas com malária na gravidez durante os Contactos de ANC
Contacto 1: Até às 12 semanas		<ul style="list-style-type: none"> Registar grávidas, fornecer MTI e aconselhar sobre a utilização das mesmas. Examinar quanto a VIH. Administrar 30 a 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico. Aconselhar a regressar para uma consulta entre as 13 a 16 semanas (vide contacto 1a abaixo) para receber a primeira dose de IPTp-SP (conforme instruções das directrizes nacionais).* Aconselhamento sobre diagnóstico imediato e tratamento eficaz/gestão de caso de malária durante a gravidez.
Contacto adicional (1a): <i>Em áreas de transmissão moderada a elevada da malária em África onde o IPTp-SP seja política, um contacto deve ser feito no início do segundo trimestre (13 a 16 semanas) para administração de SP assim que possível.</i>	Dose 1 IPTp-SP	<p>A não esquecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Não administrar IPTp-SP antes da 13ª semana de gravidez. Administrar a primeira dose de IPTp-SP assim que possível no segundo trimestre para beneficiar totalmente da capacidade protectora neste período crítico da gravidez.† Administrar a segunda dose de IPTp-SP um mês depois. Administrar as seguintes doses de IPTp-SP a partir do contacto marcado para as 20 semanas, respeitando intervalos de pelo menos um mês entre doses de SP.
Contacto 2: 20 semanas	Dose 2 IPTp-SP	<ul style="list-style-type: none"> A SP pode ser administrada de forma segura desde o início do segundo trimestre até ao momento do parto. Uma dose completa de IPTp-SP consiste em 1500 mg/75 mg de SP (ou seja, três comprimidos de 500 mg/25 mg SP). Dar IPTp-SP através de tratamento directamente observado. As grávidas que tomam cotrimoxazol não devem receber IPTp-SP devido a um risco aumentado de acontecimentos indesejáveis quando ambos os fármacos são dados em paralelo.
Contacto 3: 26 semanas	Dose 3 IPTp-SP	
Contacto 4: 30 semanas	Dose 4 IPTp-SP	
Contacto 5: 34 semanas	Dose 5 IPTp-SP	
Contacto 6: 36 semanas	Não há administração de SP se a última dose tiver sido recebida no contacto 5 na semana 34	
Contacto 7: 38 semanas	Dose 6 de IPTp-SP (se não tiver sido recebida qualquer dose no contacto 6 na semana 36)	

¹² Organização Mundial de Saúde. *Otimização das funções do trabalhador da área da saúde para a saúde materna e infantil*. 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/en.

Horário de contacto de ANC e Tempo Proposto para Administração de IPTp-SP <i>(A adaptar ao contexto nacional, considerando também a carga da doença e as necessidades de saúde)</i>		Intervenções e Considerações relacionadas com malária na gravidez durante os Contactos de ANC
Contacto 8: 40 semanas		<ul style="list-style-type: none"> Continuar a administrar 30 a 60 mg de ferro elementar e 400 mcg (0,4 mg) de ácido fólico. Continuar aconselhamento como acima.
<p>As grávidas devem receber intervenções de malária na gravidez conforme apropriado, mesmo quando vêm em semanas não designadas no horário de contacto.</p> <p>Apesar dos efeitos secundários conhecidos associadas às sulfonamidas, a SP para o tratamento preventivo intermitente na gravidez é geralmente muito bem tolerada. Algumas mulheres comunicaram efeitos secundários ligeiros e transitórios incluindo náusea, vômitos, fraqueza e tonturas, particularmente com a primeira dose de SP. Os estudos têm demonstrado que os efeitos secundários tendem a diminuir com a administração de mais doses (§, ‡). Os efeitos secundários devem ser discutidos abertamente e geridos na clínica de ANC.</p>		

* Recomenda-se que a primeira dose de IPTp-SP seja dada assim que possível no segundo trimestre de gravidez para garantir uma óptima protecção da malária para a mãe e o bebé. Contudo, as grávidas que vêm mais tarde durante a gravidez podem e devem receber a primeira dose em qualquer altura (desde que não seja no primeiro trimestre), sendo as doses seguintes dadas com pelo menos um mês de intervalo. Quando os países onde a malária é endémica planificam a sua programação de ANC, poderão querer também adicionar outro contacto que permita a dosagem mensal de IPTp-SP.

† As grávidas devem receber a primeira dose de IPTp-SP assim que possível no início do segundo trimestre, definido às 13 semanas de gestação (ou seja, 12 semanas completas ou 13 semanas e zero dias).

§ Clerk CA et al. (2008). Um ensaio aleatório e controlado de tratamento preventivo intermitente com sulfadoxina-pirimetamina, amodiaquina ou a combinação dos dois em mulheres grávidas no Gana. *Journal of Infectious Diseases*. Out. 2008 15;198(8): 1202-11. doi: 10.1086/591944. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18752443>

‡ Tagbor H et al. (2006) Eficácia, segurança e tolerabilidade de amodiaquina e da sulfadoxina-pirimetamina utilizadas sozinhas ou em combinação para o tratamento da malária na gravidez: um ensaio aleatório. *Lancet*. Out. 2006 14;368(9544): 1349-56. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17046467>

Frequência da IPTp-SP

Após a administração da primeira dose de IPTp assim que possível no segundo trimestre (ou seja, 13 às 16 semanas), as grávidas devem receber uma dose adicional de IPTp-SP em cada contacto com um trabalhador da área dos cuidados de saúde formado para dar IPTp-SP até ao momento do parto, garantindo que as doses de IPTp-SP são administradas com pelo menos um mês de intervalo. A OMS não recomenda um número máximo de doses de IPTp-SP. A SP pode ser administrada de forma segura desde o início do segundo trimestre até ao momento do parto.

Fornecimento de SP de qualidade garantida

A disponibilidade de SP de qualidade garantida para IPTp é crítica para garantir que as grávidas têm uma excelente protecção da malária, além de recorrerem a MTI e acederem à gestão eficaz de casos. Os países devem adquirir o fármaco a fabricantes que produzem SP de qualidade garantida (*vide* lista de verificação abaixo) e garantir que os parceiros de apoio estão a fazer o mesmo.

Utilização de MTI

Todas as grávidas devem dormir abrigadas com uma MTI assim que possível na gravidez, embora idealmente antes de ficarem grávidas. Dar uma MTI no primeiro contacto ajudará a manter a grávida e o feto sem malária. Além disso, todos os esforços devem ser envidados no sentido de garantir que as mulheres em idade reprodutora tenham acesso a, e durmam abrigadas com, uma MTI para se protegerem da malária caso fiquem grávidas.

Os principais pontos relativamente à utilização das MTI incluem:

- A entrega gratuita de uma MTI na primeira consulta de ANC é um incentivo para frequentar os cuidados pré-natais e oferece às grávidas uma ferramenta que salva vidas para as mesmas e para o bebé. Dormir ao abrigo de uma MTI também protegerá o bebé no primeiro ano de vida.
- Os países precisam de planificar e orçamentar a distribuição contínua de MTI a grávidas no primeiro contacto de ANC, além de preverem, adquirirem e distribuírem MTI para campanhas que visem toda a população.

Gestão eficaz de casos

As grávidas com sinais e sintomas de malária precisam de acesso imediato a diagnósticos de qualidade e a um tratamento eficaz. Os prestadores de cuidados de saúde devem conseguir avaliar de forma consistente todas as mulheres em idade reprodutora quanto à gravidez e testar e tratar essas mulheres caso tenham malária em conformidade com as directrizes nacionais e da OMS.¹³

À medida que a prevalência da malária num país diminui, as manifestações clínicas da infecção da malária em grávidas ficam mais graves devido à imunidade reduzida. Ter implementados sistemas sólidos de saúde pública e privada para detectar rapidamente e tratar a malária na gravidez torna-se cada vez mais importante à medida que descem os níveis de transmissão da malária.

Mulheres que vivem com VIH

As mulheres que vivem com VIH têm um risco aumentado de ter todas as consequências adversas das infecções da malária devido às respostas imunológicas comprometedoras. Todas as grávidas devem ser examinadas quanto a VIH no primeiro contacto de ANC. As grávidas que vivem com VIH e tomam profilaxia de cotrimoxazol não devem receber SP, uma vez que a administração concomitante de SP e cotrimoxazol pode aumentar as reacções adversas ao fármaco. Quando tomado diariamente, o cotrimoxazol oferece protecção contra a malária na gravidez. Apesar disso, é especialmente importante que as grávidas que vivem com VIH durmam abrigadas por MTI e tenham acesso a diagnósticos e tratamentos rápidos e eficazes se tiverem sintomas de malária.

Suplementos de ferro e ácido fólico

Como os requisitos de ferro e ácido fólico aumentam na gravidez, a OMS recomenda suplementos com 30 a 60 mg de ferro elementar e 400 mcg (0,4 mg) de ácido fólico para grávidas de modo a evitar a anemia materna, a sepsé puerperal, o peso baixo no momento do nascimento e o nascimento prematuro.¹⁴

Para melhorar os resultados maternos e do recém-nascido, os suplementos intermitentes orais de ferro e ácido fólico com 120 mg de ferro elementar e 2800 mcg de ácido fólico uma vez por semana são recomendados às grávidas que não podem tomar suplementos diários de ferro devido aos efeitos secundários e para populações em que menos de 20% das grávidas têm anemia.

Todos os esforços devem ser envidados no sentido de garantir que a dose baixa de ácido fólico (ou seja, 0,4 mg, equivalente a 400 mcg) está disponível e é fornecida como parte dos cuidados pré-natais de rotina. Doses elevadas de 5 mg de ácido fólico ou superiores neutralizam a eficácia anti-malária da SP e não devem ser dadas juntamente com a SP. Em zonas onde a dose elevada de ácido fólico está disponível, não existe presentemente qualquer consenso científico de quanto tempo as doses elevadas de ácido fólico devem ser retidas após a dose de SP. Muitos países sugerem a retenção de doses elevadas de ácido fólico (5 mg ou mais) durante duas semanas após a administração de SP, mas tal poderá encurtar a duração da eficácia da SP. Os países devem defender a aquisição de doses baixas de ácido fólico, o que não interfere com a eficácia da SP. Nos casos em que a dose elevada de ácido fólico é retomada duas semanas após a dosagem de SP, o prestador de cuidados de saúde deve aconselhar fortemente a grávida a usar MTI e a procurar cuidados imediatamente para um diagnóstico e tratamento adequados se estiverem presentes sinais e sintomas de malária.¹⁵

¹³ Organização Mundial de Saúde. Directrizes para o tratamento da malária. Terceira edição. Abril de 2015. Publicado em <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>.

¹⁴ Organização Mundial de Saúde. Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez da OMS. 2016. Publicado a 10 de Janeiro de 2017 em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/.

¹⁵ Organização Mundial de Saúde. Resumo de política da OMS para a implementação do tratamento preventivo intermitente da malária durante a gravidez com sulfadoxina-pirimetamina (IPTp-SP) [<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/iptp-sp-updated-policy-brief-24jan2014.pdf?ua=1>] Janeiro de 2014.

PRINCIPAIS MENSAGENS

Contactos de ANC da OMS

1. Cada contacto entre uma grávida e o prestador de serviços/cuidados de saúde correspondente deve ser uma oportunidade para cuidados de alta qualidade, incluindo cuidados médicos, apoio e o fornecimento de informações atempadas e relevantes ao longo da gravidez.
2. Consoante o contexto do país, a definição de contacto poderá incluir consultas marcadas de ANC e sessões de informações para grávidas com prestadores de cuidados relevantes aos níveis do agregado familiar, da comunidade e da instalação de saúde.

Malária na Gravidez

1. Todas as grávidas que vivem em áreas de risco de transmissão da malária devem:
 - Dormir ao abrigo de uma MTI.
 - Procurar diagnósticos de qualidade imediatos quando estiverem presentes sinais e sintomas de malária e receber gestão de casos eficaz com um fármaco apropriado na dose correcta.
2. As grávidas que vivem em áreas de transmissão moderada a elevada da malária em África devem também receber:
 - IPTp-SP ao abrigo de terapia directamente observada (TDO), **começando assim que possível no segundo trimestre**, com doses dadas pelo menos com um mês de intervalo até ao momento do parto.
 - De modo a permitir que as grávidas em áreas endémicas iniciem a IPTp-SP no início do segundo trimestre, os decisores políticos devem implementar políticas de apoio para garantir que as mulheres têm um contacto de ANC às 13 semanas de gestação. *Vide Tabela 1.*
 - A IPTp-SP deve ser dada a grávidas em **cada contacto de ANC** a começar a partir das 13 às 16 semanas, sendo cada dose dada com pelo menos um mês (quatro semanas) de intervalo.
 - **As grávidas que tenham um contacto de ANC por duas vezes entre as 13 e as 20 semanas, com pelo menos um mês de intervalo, devem receber IPTp-SP através de TDO em ambos os contactos.**
 - **Se uma mulher vier para o primeiro contacto do segundo trimestre em qualquer altura entre as 13 e as 20 semanas, deve receber IPTp-SP e, no contacto seguinte, doses com um mês de intervalo.**
 - As grávidas podem receber IPTp-SP de forma segura a começar assim que possível no segundo trimestre até ao final da gravidez.
 - A SP não deve ser administrada a **mulheres que vivem com VIH** que recebem cotrimoxazol.
3. Os países apenas devem fornecer **SP de qualidade garantida para IPTp** para garantir cuidados eficazes para grávidas.
 - As fontes actuais de aquisição de SP de qualidade garantida podem ser encontradas na Lista de Produtos Farmacêuticos do Global Fund em conformidade com a política de garantia da qualidade acessível em: https://www.theglobalfund.org/media/4756/psm_products_malaria_list_en.pdf.

Departamento de Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente da OMS
http://www.who.int/maternal_child_adolescent

Departamento de Saúde Reprodutiva e de Investigação da OMS
<http://www.who.int/reproductivehealth>

Programa de Malária Global da OMS
<http://www.who.int/malaria>

Departamento de Nutrição para a Saúde e o Desenvolvimento da OMS
<http://www.who.int/nutrition/en/>