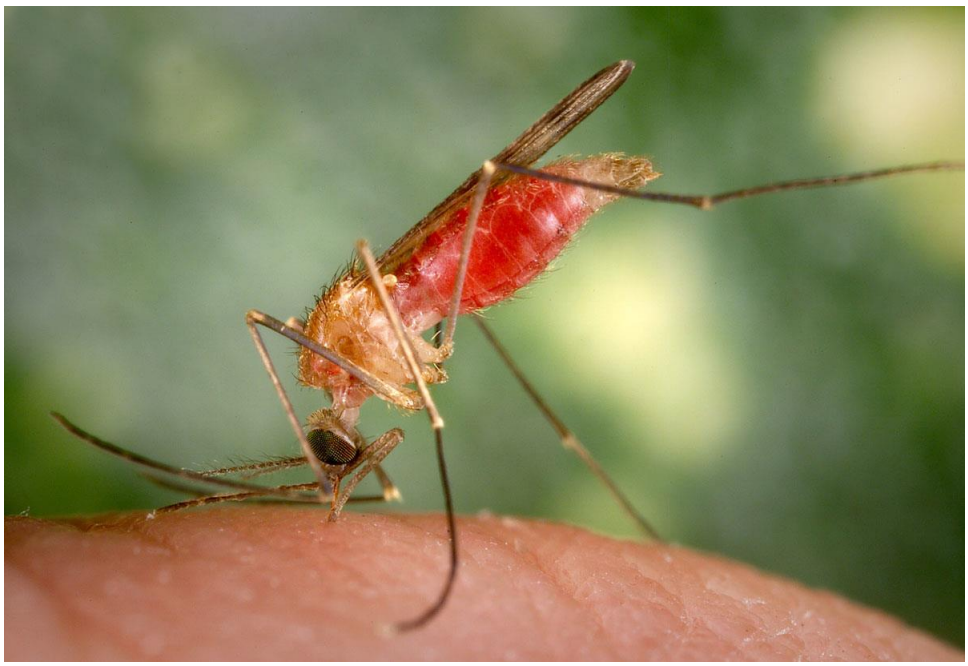


Como é a Doença?

Áreas com risco de transmissão.

Ações.

Tratamento.

Vetor

2018-2019

PLANO DE AÇÃO CONTRA A MALÁRIA EM MIMOSO DO SUL

O Plano

Neste plano de ação as Vigilâncias Epidemiológica e Ambiental do município de Mimoso do Sul vêm apresentar as ações que estes órgão competentes da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente em parceria com outras secretarias deverão tomar mediante aos casos registrados de Malária no estado do Espírito Santo no corrente ano de 2018. Estas ações, visam o histórico da doença no Brasil e no município, o vetor, áreas de risco de transmissão, notificação da doença, formas de diagnóstico, tratamento, etc.

Prefeitura Municipal de Mimoso do Sul
Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância em Saúde

1. Organização

- **Secretário Municipal de Saúde:**
  Samyr Gomes de Lima
- **Gerente Geral de Programas em Saúde:**
  Ana Lúcia Boscardi
- **Gerente Geral de Vigilância em Saúde:**
  Érika Silvestre Ramalho de Moura
- **Vigilância Ambiental:**
  Ariomar Maciel Bretas
  João de Oliveira Brito
  Marcos Mariel Geraldo
  Valdir Moraes
  Thiago Costa Santiliano
  Cristiano Mendes Trentini
- **Vigilância Sanitária:**
  Laurindo Rigueto Pintor
  Bethânia Ribeiro de Almeida Santiliano

2. Equipe de Referência

- **Secretário Municipal de Saúde:**
  Samyr Gomes de Lima
- **Gerente Geral de Programas em Saúde:**
  Ana Lúcia Boscardini
- **Gerente Geral de Vigilância em Saúde:**
  Érika Silvestre Ramalho de Moura
- **Vigilância Ambiental:**
  Ariomar Maciel Bretas
  João de Oliveira Brito
  Marcos Mariel Geraldo
  Valdir Moraes
  Thiago Costa Santiliano
  Cristiano Mendes Trentini
- **Vigilância Sanitária:**

Laurindo Rigueto Pintor

Bethania Ribeiro de Almeida Santiliano

- **Hospital Apostolo Pedro:**

Eliédson Vicente Morini

3.MALÁRIA

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários, transmitidos pela fêmea infectada do mosquito *Anopheles*. Apresenta cura se for tratada em tempo oportuno e adequadamente.

A maioria dos casos destas doenças concentram-se na região Amazônica (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), área endêmica para a doença. Nas demais regiões, apesar das poucas notificações, a doença não pode ser negligenciada, pois se observa uma letalidade mais elevada que na região endêmica.

O seu tratamento é simples, eficaz e gratuito, sendo disponíveis os medicamentos antimaláricos pela regonal de saúde mediante diagnóstico confirmado, entretanto, senão adequadamente identificado, pode evoluir para forma grave e até para óbito.

Segundo histórico, no Brasil, nem sempre a malária foi uma doença restrita a região do Amazonas. Porém, na década de 1930 e 1940, havia malária em todo o território nacional, o fato de ter ficado restrita à Amazônia é o resultado do sucesso parcial da campanha de erradicação da malária no país, o qual mantinha-se estável até o ano de 2018. A consequência foi que, nas décadas de 1970 e 1980, os casos explodiram na Amazônia. Em 1970, eram cerca de 50 mil casos. Em 1985, passamos para cerca de 500 mil. Ficado por muito tempo em um patamar elevado, aí começou a declinar novamente por volta de 2008.

Na Amazônia, o combate à doença é mais difícil. Primeiro, há uma abundância maior do mosquito da malária, e, considerando que, as pessoas estão muito dispersas no território rural e é mais complicado chegar até elas a realização de tratamento. No entanto, a expansão da ocupação da região, promovida durante o período militar, elevou o número de casos da doença, segundo especialistas.

Nos dias atuais, esta doença anteriormente erradicada, requer monitoramento, frente a sua disseminação ocorrente no vigente ano, cabendo aos demais estados e municípios estabelecerem estratégias de controle do mosquito e vigilância da doenças, intensificando as notificações em casos de suspeita, justificando a necessidade da elaboração desta plano de ação.

4. Diagnóstico e Sintomatologia

Depois que o mosquito infectado pica uma pessoa, os parasitas vão primeiramente para o fígado. Nessa fase da doença, o doente pode sentir cansaço, fadiga e náusea. Depois, os parasitas caem na corrente sanguínea e vão parasitar as hemácias - células do sangue também conhecidas por glóbulos vermelhos.

Quando as hemácias estão extremamente parasitadas, se rompem. É quando aparecem os principais sintomas da malária - febre alta, calafrios, tremores, suores excessivos e dor de cabeça. No começo, os sintomas podem ser diários. Depois, podem aparecer de forma cíclica, a cada dois ou três dias, por exemplo.

Em casos graves, o paciente pode ter alteração de consciência, ficar prostrado, ter convulsão e hemorragia.

No Brasil, há duas espécies mais importantes de Plasmodium, o protozoário que provoca a malária: o falciparum e o vivax. O vivax representou 90% dos casos de 2017. É também o menos nocivo, atingindo menos de 1% das hemácias. Raramente é mortal.

O maior problema da *Malaria vivax* é que demanda um tratamento mais longo, com administração de remédios de 7 a 14 dias. Mas, muitas vezes as pessoas param antes, quando sentem os sintomas melhorarem. E, quando isso ocorre, o parasita pode permanecer no corpo.

Já o *Malaria falciparum*, é menos comum no Brasil e em toda América Latina, sendo mais frequente na África. Em 2017, foram 21 mil casos desse tipo de malária no país, 37% mais que em 2016. Em quadros graves, pode acometer até 25% das hemácias, causando um quadro de anemia grave e podendo provocar morte.

No Espírito Santo, em 2018 a *Malária falciparum* têm causado preocupação no decorrer dos meses, uma vez que foram registrados o total de 120 casos confirmados de malária na região noroeste do estado, principalmente nos municípios de Vila Pavão e Barra de São Francisco.

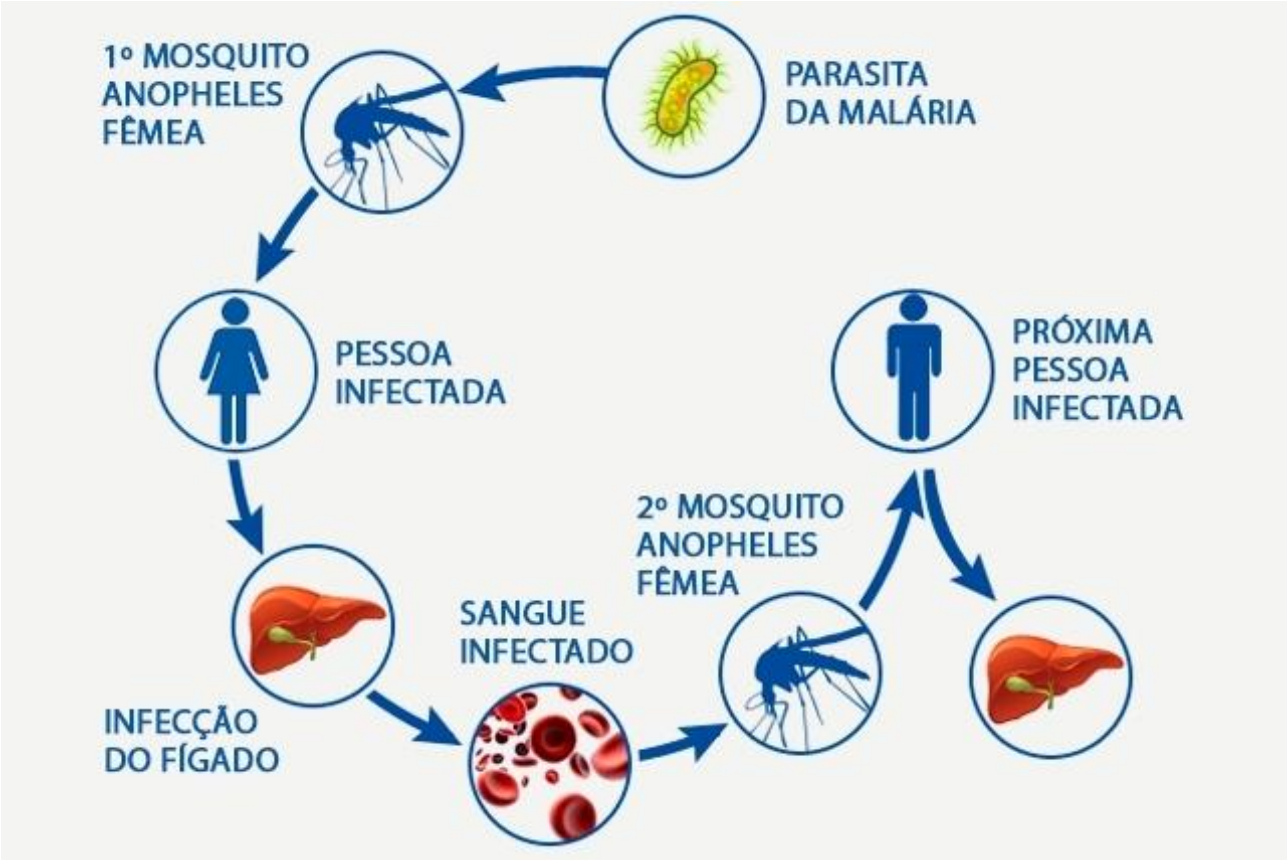
Cabe destacar que as duas comunidades apresentam uma vasta população provenientes de Rondônia, e, segundo dados da vigilância sanitária regional, acredita-se que o surto tenha sido causado por um caso importado, embora a hipótese não esteja comprovada.

No período de 2007 a 2014 foram assinalados como confirmados 2.444 casos de malária no ES, onde destes, o maior número por resultado parasitológico foi do *Plasmodium vívax*. Dos casos confirmados, somente, 22 casos foram assinalados também

como autóctones segundo município de residência, sendo de predomínio do sexo masculino de trabalhadores agropecuários, inclusos na faixa etária entre 20 e 49 anos.

Destaca-se ainda a ocorrência de dois óbitos por malária no ano de 2011 no Espírito Santo, cuja ocorrência de diversos surtos desta doença são subseqüentes a casos importados, e, ainda a existência de pessoas susceptíveis a esta doença. Ressalta-se ainda que, pelo estado tartar-se de uma área receptiva a esta endemia, existem mosquitos anofelinos em todo o território do ES.

Ciclo da Malária



4. Mimoso do Sul

Em Mimoso do Sul desde o ano de 2005 não há regisatro casos de málaria no município. Desde este ano, o município realiza visitas semanais nos Postos de Notificação PNs localizados em lugares estratégicos no município, utilizando a informação como principal forma de indentificação e prenenção da doença.

5. Monitoramento:

- Quando o paciente está com febre ou esteve em alguma região, no Brasil ou no Exterior, com trasmissão de malária;
- Nos moradores e visitantes de áreas rurais com presença de Mata Atlântica;
- Em residentes preferencialmente em áreas do Norte do ES, com doença febril sem causa aparente, pois nesta região, ocorre um fluxo migratório contínuo de pessoas da Região Amazônica.

6. O vetor

Anopheles é um gênero de mosquito da família *Culicidae* e subfamília *Anophelinae,* dividido em torno de 400 espécies; popularmente chamado de **mosquito-prego** no Brasil. Prefere climas tropicais e subtropicais com altos índices de umidade e temperaturas variando entre 20ºC a 30ºC, não sendo possível a sua sobrevivência a temperaturas abaixo de 15ºC e altitudes acima de 1500 metros. O gênero *Anopheles* se distingue pela presença de palpos (órgão bucal com função sensorial) e pela presença da probóscide (apêndice alongado encontrado na cabeça), além de dormir com o abdômen voltado para cima. Seus criadouros ocorrem principalmente em áreas com água parada como brejos, alagados, córregos com pouca vasão, valas e açudes.

No Brasil existem em torno de 50 espécies deste mosquito, onde os maiores casos da malária se encontram na região Amazônica (99,5% dos casos).

Seu ciclo de vida se divide em 4 etapas:

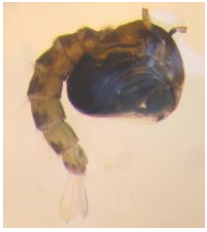
Ovo: São depositados pela fêmea em água parada. O ovo passa para o próximo estágio dentro de 2 a 3 dias podendo se estender a semanas se o clima não for favorável; não sobrevive a baixas temperatura e ambientes com pouca umidade.

Larva: Nesta etapa, já é possível uma alimentação constituída em uma dieta de microrganismos encontrados na água. Diferente de outros gêneros de mosquito, o Anopheles vai até a coluna d'água para absorver o ar encontrado na superfície; dentro deste estágio ele passa por mais 4 transformações.

Pupa: Sofre metamorfose ainda dentro d'água onde chega a fase adulta.

Adulto: troca o seu ambiente para fora d'água e são sexualmente ativos, o macho possui uma alimentação a base de néctar, as fêmeas se alimentam de sangue (preferencialmente humano) por causa do desenvolvimento dos ovos, quando deposita cerca de 200 ovos por vez.

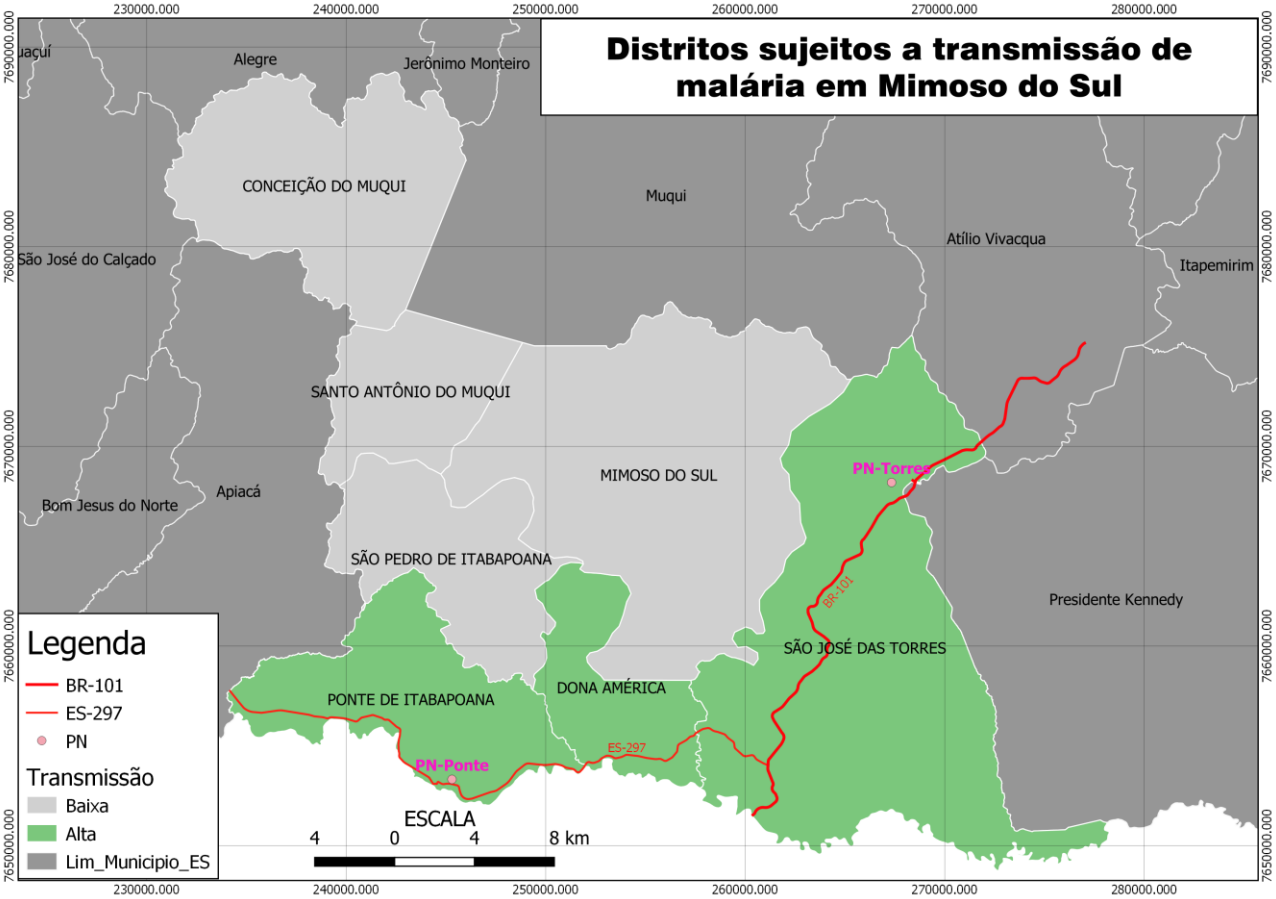
Larva



Pupa

Adulto

Áreas sujeitas a transmissão da malária em Mimoso do Sul



Em Mimoso do Sul suas áreas são de total interesse epidemiológico para a ocorrencia da trasmissão da malária no município por apresentar maior incidência do vetor Anopheles, principalmente nos distritos de Ponte do Itabapoana, Dona América e São José das Torres.

Estes por sua vez, apresentam ambientes propícios para a circolação da doença, devido a grandes áreas de brejos e alagados nas áreas drenadas pelos rios Itabapoana e Preto e por a região apresentar duas das principais rodorias que livre circulação de caminhoneiros e viajates, oriundos das áreas endemicas do norte do Brasil, a BR-101 e a ES-297.

7. O Tratamento

O tratamento da malária é feito com remédios específicos, que eliminam o parasita do corpo. No Brasil, eles não são vendidos em farmácia, apenas distribuídos pela rede pública depois da detecção da doença. É uma forma de regular o uso e evitar o surgimento de uma resistência ao medicamento. É extremamente importante tomar a medicação conforme indicado e não abandonar o tratamento antes do tempo.

Quem já teve malária, não está imune, pode ter diversas outras vezes. O que pode acontecer é que a pessoa conquiste uma certa imunidade, que atenue os sintomas de uma próxima infecção.

8. Prevenção

As medidas de proteção individual têm como objetivo principal reduzir a possibilidade da picada do mosquito transmissor de malária.

- Usar cortinados e mosquiteiros e, de preferência os impregnados com inseticidas de longa duração, sobre a cama ou rede. Além de ser uma medida de proteção individual tem efeito de controle vetorial quando usado pela maior parte da comunidade envolvida.
- Usar telas em portas e janelas e, quando disponível, ar condicionado.
- Evitar frequentar locais próximos a criadouros naturais de mosquitos, como beira de rio ou áreas alagadas ao final da tarde até o amanhecer, pois nesses horários há um maior número de mosquitos transmissores de malária circulando.
- Diminuir ao mínimo possível as áreas descobertas do corpo onde o mosquito possa picar com o uso de calças e camisas de mangas compridas e cores claras.

- Usar repelentes à base de DEET (N-N-dietilmetatoluamida) ou de icaridina nas partes descobertas do corpo. Este também pode ser aplicado sobre as roupas. O uso deve seguir as indicações do fabricante em relação à faixa etária e a frequência de aplicação. Deve ser observada a existência de registro em órgão competente. Em crianças menores de 2 anos de idade, não é recomendado o uso de repelente sem orientação médica. Para crianças entre 2 e 12 anos, usar concentrações até 10% de DEET, no máximo 3 vezes ao dia.

9. Controle Vetorial

As atividades de controle vetorial de malária são complementares ao diagnóstico e tratamento. O controle vetorial deve ser desenvolvido, preferencialmente, na esfera municipal e tem como objetivo principal reduzir o risco de transmissão, prevenindo a ocorrência de epidemias, com a consequente diminuição da morbimortalidade.

10. Atenção a população flutuante

Os riscos de adoecimento durante uma viagem são variáveis e dependem das características do indivíduo, da viagem e do local de destino e as orientações a serem feitas se baseiam nestas informações. Recomenda-se que os viajantes recebam uma avaliação e orientação criteriosa realizada por profissionais especializados em saúde do viajante antes da viagem. Uma lista dos centros de referência de atendimento ao viajante é divulgada pelo Ministério da Saúde.

Ao ser identificado potencial risco de adquirir malária devem ser orientadas as medidas de prevenção contra picada de mosquitos:

- Usar roupas claras e longas, como camisas de manga comprida e calças, cobrindo áreas do corpo em que o mosquito possa picar;
- Usar repelentes nas áreas de pele expostas, seguindo as orientações do fabricante do produto quanto à faixa etária e frequência de aplicação;
- Evitar locais próximos a criadouros naturais dos mosquitos vetores (beira de rios e lagos, áreas alagadas ou coleções hídricas, região de mata nativa), principalmente nos horários da manhã e ao entardecer, por ser neste horário a maior atividade dos mosquitos vetores da malária;
- É recomendado o uso de ar condicionado ou ventiladores em ambientes fechados.

Outra informação importante é a orientação para busca ao diagnóstico e tratamento imediatamente após o início dos sintomas, uma vez que o atraso no tratamento está associado ao um maior risco de gravidade e óbito, principalmente em viajantes que, em geral, são não imunes.

11. Considerações Finais

ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS:

1) Quadro clínico

Febre alta, calafrios, sudorese intensa e cefaléia. Este quadro apresenta padrão cíclico que depende da espécie de plasmódio. Atenção: o padrão cíclico (paroxismo) pode surgir somente após uma semana do início do quadro clínico; assim, deve-se pensar no diagnóstico de malária em pacientes com febre, provenientes de área com risco de transmissão.

2) Transmissão

Ocorre pela picada da fêmea do anofelino (mosquito prego) que sugou o sangue de uma pessoa infectada. No Brasil, os estados (Amazônia Legal) com alta transmissão de malária são: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Maranhão, Rondônia, Roraima, Tocantins e Pará.

No Espírito Santo ocorrem dois padrões diferentes de transmissão da malária:

1. Malária residual de sistema de Mata Atlântica.
2. Malária importada ou subseqüente a casos importados.

Assim, deve-se suspeitar de malária no ES quando o paciente está com febre:

- Esteve em alguma região (no Brasil ou no exterior) com transmissão de malária,
- Nos moradores (ou visitantes) de áreas rurais do ES onde existe Mata Atlântica, (Região de Montanha).
- Em residentes em áreas rurais do Norte do ES com doença febril sem causa aparente, pois nesta região ocorre um fluxo migratório contínuo de pessoas da Região Amazônica (região de alta transmissão).

12. Cronograma de Ações

AÇÃO	PERÍODO	RESPONSÁVEIS	PÚBLICO-ALVO
Delegar uma Referência Técnica Municipal de Malária no município, garantindo uma melhor articulação, busca e processamento dos casos suspeitos e confirmados	22/08/2018	Thiago Costa Santiliano	Agentes de Endemias
Realizar monitoramento semanais aos PNs (Postos de Notificação) localizados nos pontos estratégicos no município;	Anual	Thiago Costa Santiliano	Estratégia Saúde da Família
Mobilizar e sensibilizar população flutuante, em especial os caminhoneiros, acerca da doença e formas de transmissão	13/08/2018	Vigilância Ambiental / Saúde na Estrada Ipiranga	População Flutuante
Utilizar veículos de informação como Radio, Sites para divulgação situacional da doença no município, com alimentação de dados de forma semanal.	Anual	Vigilância Epidemiológica	População Flutuante
Capacitar todos os profissionais da Atenção Primária para atuarem na prevenção e controle da doença no município;	24/08/2018	Vigilância Epidemiológica/ Ambiental	ACS e ACE
Capacitar sobre formas de diagnóstico e tratamento;	Em agendamento	SESA	Médicos e Enfermeiros (ESF)
Capacitar profissionais do Hospital Apostolo Pedro para atuarem nas formas grave malária;	Em agendamento		Médicos e Enfermeiros (HAP)
Garantir insumos adequados para diagnóstico (testes rápido e material laboratorial) e tratamento; Garantir tratamento imediato dos casos de malária diagnosticados e medidas de bloqueio (busca ativa) em áreas receptivas, para evitar a ocorrência de surtos ou reintrodução de malária em áreas não endêmicas;	Anual	Vigilância Epidemiológica	População Flutuante
Notificar no SINAN NET todos os casos suspeito de malária; Realizar Teste rápido (quando	Anual	Vigilância Epidemiológica/ ESFs	População Flutuante

houver) e coleta de gota espessa em todos os casos suspeitos de malária; Encaminha IMEDIATAMENTE as lâminas de diaginótico para o LACEN ES, juntamente com as fichas de notificação;			
Realizar eliminação de criadouros do mosquito nas áreas de ocorrência no município; Em caso de surto, acionar as esferas estaduais e se possível federal para o controle da doença; Buscar parcerias com outras secretarias municipais, principalmente Secretarias de Obras e Agricultura para o esgotamento de valas e brejos onde haja grande proliferação e criadouros do Anopheles (*Mosquito-Prego*);	Anual	Vigilância Ambiental	População Flutuante
Realizar campanhas de Educação em Saúde e Mobilização Social em escolas, postos rodoviários e comunidades rurais	Anual	PESMS / Vigilância Epidemiológica / Ambiental	População Flutuante

13. Materiais complementares

- Guia Prático de Tratamento da Malária no Brasil (2010) do Ministério da Saúde (*http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf*);
- Portal Sinan (http://portalsinan.saude.gov.br/malaria)
- Ministério da Saúde (http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/malaria)
- Secretaria de Estado da saúde do Espírito Santo (http://saude.es.gov.br/GrupodeArquivos/informacoes-tecnicas)
- Manual de Controle da Malária do ACS e ACE (http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/A----es-de-Controle-de-Endemias-Mal--ria-----Manual-para-Agentes-Comunit--rios-de-Sa--de-e-Agentes-de-Controle-de-Endemias.pdf)

Contatos

Vigilância Epidemiológica
Tel: (28) 3555-0287
E-mail: vigilanciasaude2017@gmail.com

Vigilância Ambiental
Tel: (28) 3555-0287
E-mail: v.ambiental.mimoso@gmail.com

Secretaria Municipal de Saúde
Tel: (28) 3555-4836
E-mail: semusmimoso@yahoo.com.br

SRSCI – VIGISUS - MALÁRIA
E-mail: srsci.vigisus@saude.es.gov.br

Anexos

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
NÚCLEO ESPECIAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

NOTA TÉCNICA 02/2018–MALÁRIA/NEVE/ GEVS/SESA/ES

Assunto: Atualizar as informações da Nota Técnica de Malária decorrente do surto de casos no norte do estado, para todos os profissionais de saúde do Espírito Santo (ES).

1. Considerando a confirmação de casos de malária por P. falciparum no município de Vila Pavão;

2. Considerando a alta letalidade da doença em questão e a necessidade de implementar medidas de prevenção e controle;

3. Considerando que, a despeito da gravidade, a doença possui tratamento altamente eficaz, sobretudo quando iniciado precocemente;

4. Considerando as medidas de implementações do uso correto de inseticidas;

5. Tornam-se necessárias orientações para o manejo da doença no estado do Espírito Santo.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Iniciou-se um surto no final julho e início de agosto, até no momento de origem desconhecida, porém em investigação, de malária por ***Plasmodium falciparum*** no município de Vila Pavão no norte do estado do Espírito Santo. Como sabemos a fase sintomática inicial da doença, caracteriza-se por febre, mal-estar, cansaço, mialgia e calafrios acompanhados de tremores generalizados, com duração de 15 minutos a uma hora. A febre pode ser acompanhada de cefaleia, náuseas e vômitos e seguida de sudorese. No Estado a demanda maior é de atendimentos de malária por vívax, onde temos casos autóctones durante todo ano e a existência de pessoas susceptíveis a esta doença; e por ser este Estado uma área receptiva a esta endemia (existem mosquitos anofelinos em todo o território do ES).

2. NO ESPÍRITO SANTO OCORREM DOIS PADRÕES DIFERENTES DE TRANSMISSÃO DA MALÁRIA:

1) Malária residual de sistema de Mata Atlântica.
2) Malária importada ou subsequente a casos importados.

Assim, deve-se **suspeitar de malária no ES** quando o paciente está com **febre** e

- Esteve **em alguma região (no Brasil ou no exterior) com transmissão de malária.**
- **Nos moradores (ou visitantes) de áreas rurais do ES onde existe Mata Atlântica**.
- **Em residentes**
- **preferencialmente em áreas rurais do Norte do ES** com doença **febril sem causa aparente**, pois nesta região ocorre um fluxo migratório contínuo de pessoas da Região Amazônica (região de alta transmissão).

3. A DOENÇA:

a) Quadro clínico

Febre alta, calafrios, sudorese intensa e cefaleia. Este quadro apresenta padrão cíclico que depende da espécie de plasmódio. Atenção: o padrão cíclico (paroxismo) pode surgir somente após uma semana do início do quadro clínico; assim, deve-se pensar no diagnóstico de malária em pacientes com febre, provenientes de área com risco de transmissão.

b) Transmissão

Ocorre pela picada da fêmea do anofelino (mosquito prego) que sugou o sangue de uma pessoa infectada. No Brasil, os estados (Amazônia Legal) com alta transmissão de malária são: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Maranhão, Rondônia, Roraima, Tocantins e Pará.

No Mundo as áreas de risco de transmissão de malária podem ser acessadas no seguinte endereço eletrônico: http://www.cdc.gov/malaria/map/

c) Prevenção

Recomenda-se que a população seja orientada para evitar a malária nas áreas de transmissão, conforme se segue:

- Usar repelentes e roupas de mangas longas quando for entrar ou caminhar próximo à mata;
- Construir casas com paredes até o teto, sem deixar aberturas;
- Colocar telas nas portas e janelas;
- Usar mosquiteiros ou cortinados;
- Evitar o acúmulo de água parada a fim de impedir a ovoposição e o nascimento de novos mosquitos;
- Limpar valas, córregos, lagos e lagoas.

e) Diagnóstico

O método oficial adotado no Brasil para a identificação dos plasmódios é a **Gota Espessa**.

f) Tratamento

Os doentes devem receber o tratamento o mais rapidamente possível. O ideal é que o diagnóstico e o tratamento ocorram em menos de 24 horas do início dos sintomas.

Desta forma, previne-se a ocorrência de **surtos** e a evolução dos casos para óbito.
O tipo de medicamento varia de acordo com a idade e o peso do paciente e a espécie de plasmódio (Anexo I). Quem já teve esta doença deve se prevenir, pois uma mesma pessoa pode contrair malária por várias vezes e também podem ocorrer recaídas.

Tratamento da malária na gravidez e na criança menor de 6 meses

No caso de malária por *P. falciparum* durante o primeiro trimestre de gravidez e em crianças menores de 6 meses apenas a quinina associada à clindamicina deve ser utilizada.

No segundo e terceiro trimestres da gestação a combinação de artemeter+lumefantrina ou artesunato+mefloquina podem ser utilizadas com segurança; a doxiciclina é contra-indicada, enquanto a clindamicina pode ser usada com segurança em associação com quinina.

Os derivados da artemisinina podem ser usados no primeiro trimestre de gestação em casos de malária grave, caso seja iminente o risco de vida da mãe.

Gestantes e crianças menores de 6 meses com malária pelo *P. vivax* ou *P. ovale* devem receber apenas cloroquina para o seu tratamento, uma vez que a primaquina é contra-indicada nessas situações pelo alto risco de hemólise.

Após um segundo episódio de malária por *P. vivax* ou *P. ovale* (recaída), toda gestante deverá receber o tratamento convencional com cloroquina e, em seguida, iniciar o esquema de cloroquina semanal profilática, durante 12 semanas, para prevenção de novas recaídas.

O mesmo se aplica para crianças menores de 6 meses.

A primaquina deverá ser iniciada após o parto (se gestante) ou após a criança completar 6 meses de vida.

Ainda não existe vacina contra a malária.

g) Quimioprofilaxia

Outra medida de prevenção da malária é a quimioprofilaxia (QPX), que consiste no uso de drogas antimaláricas em doses subterapêuticas, a fim de reduzir formas clínicas **graves e o óbito devido à infecção por *P. falciparum*.**

A QPX deve ser indicada quando o risco de doença grave e/ou morte por malária P. falciparum for superior ao risco de eventos adversos graves relacionados às drogas utilizadas. O médico, antes de decidir pela indicação da QPX, deve estar ciente do perfil de resistência do P. falciparum aos antimaláricos disponíveis, na região para onde o cliente estará viajando. Maiores informações estão disponíveis no "Guia para profissionais de saúde sobre prevenção da malária em viajantes", disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_prevencao_malaria_viajantes.pdf.

Viajantes em uso de quimioprofilaxia (QPX) devem realizar pesquisa de hematozoário em sangue periférico (gota espessa) ao término da profilaxia, mesmo que estejam assintomáticos e, a qualquer tempo, caso apresentem quaisquer sintomas de doença.

Entretanto, a QPX poderá ser, excepcionalmente, recomendada para viajantes que visitarão regiões de alto risco de transmissão de *P. falciparum* na Amazônia Legal, que permanecerão na região por tempo maior que o período de incubação da doença (e com duração inferior a seis meses) e em locais cujo acesso ao diagnóstico e tratamento de malária estejam a mais de 24 horas. É importante frisar que o viajante que se desloca para áreas de transmissão de malária deve procurar orientação de prevenção antes da viagem e acessar o serviço de saúde caso apresente sintomas de malária dentro de seis meses após retornar de uma área de risco de transmissão da doença, mesmo que tenha realizado quimioprofilaxia.

Pela ampla distribuição da rede de diagnostico e tratamento para malária, não se indica a QPX para viajantes em território nacional.

Para pacientes que irão viajar para o exterior cuja quimioprofilaxia é recomendada, acessar o site, cadastrar e obter as informações: https://viajante.anvisa.gov.br/viajante/

4. RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES:

Independentemente do risco de exposição à malária, o viajante deve ser informado sobre as principais manifestações da doença e orientado a procurar assistência médica imediatamente ao apresentar qualquer sinal ou sintoma. As medidas de proteção contra picadas de mosquitos devem ser enfaticamente recomendadas a **todos os viajantes com destino a áreas de risco de malária.**

5. PROTEÇÃO CONTRA PICADAS DE INSETOS

- Informação sobre o horário de maior atividade de mosquitos vetores de malária, do por do sol ao amanhecer.
- Uso de roupas claras e com manga longa, durante atividades de exposição elevada.
- Uso de medidas de barreira, tais como telas nas portas e janelas, ar condicionado e uso de mosquiteiro impregnado com piretroides (classe de inseticida utilizado na borrifação).
- Uso de repelente à base de DEET (N-N-dietilmetatoluamida) que deve ser aplicado nas áreas expostas do corpo seguindo a orientação do fabricante. Em crianças menores de 2 anos de idade não e recomendado o uso de repelente sem orientação medica. Para crianças entre 2 e 12 anos usar concentrações ate 10% de **DEET, no Maximo três vezes ao dia, evitando-se o uso prolongado.**

6. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCES

O acesso precoce ao diagnóstico e tratamento também é estratégia importante para a prevenção de doença grave e da morte de malária por *P. falciparum*. Portanto, é fundamental reconhecer, previamente, se no destino a ser visitado, o viajante terá acesso ao serviço de saúde em menos **de 24 horas.**

7. CONSIDERAÇÕES

Nas regiões em que a malária não é endêmica, tem-se observado manifestações graves da doença, possivelmente pelo retardo da suspeita clínica, do diagnóstico e do tratamento. Portanto, o viajante deve ser conscientizado de que na ocorrência de febre até seis meses após a saída da área de transmissão de malária, o mesmo deve procurar serviço médico especializado.

Comentários importantes sobre a prevenção de malária em viajantes

Diante da complexidade que envolve as medidas de prevenção da malária em viajantes, recomenda-se uma avaliação criteriosa do risco de transmissão da malária nas áreas a serem visitadas, para a adoção de medidas preventivas contra picadas de insetos, bem como procurar conhecer o acesso à rede de serviços de diagnóstico e tratamento da malária na área visitada. Nos grandes centros urbanos do Brasil, esse trabalho de avaliação e orientação do viajante está sendo feito em Centros de Referência cadastrados pelo Ministério da Saúde (disponíveis em http://portal.saude.gov.br/ portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=27452).

8. AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE MALÁRIA:

Toda pessoa que seja ***residente ou tenha se deslocado*** para área onde haja transmissão de malária, no período de ***8 a 30 dias*** anterior a data dos primeiros sintomas, e que apresente ***febre*** acompanhada **ou não** dos seguintes sintomas: cefaleia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação epidemiológica.

FLUXO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA DE CASO SUSPEITO DE MALÁRIA:

1. Todo ***CASO SUSPEITO*** deve ser **NOTIFICADO** e enviado via FAX, informando imediatamente, à vigilância epidemiológica da ***Secretaria Municipal de Saúde***, e ainda por telefone ou e-mail (caso não consiga enviar o FAX no momento). E esta deve informar (também de forma imediata) à vigilância epidemiológica da ***Secretaria Estadual de Saúde*** através dos telefones **3636-8218/8220/8207 e entrar em contato com a referência técnica** ou pelo e-mail malariaes@gmail.com, *notifica.es@saude.es.gov.br*. Na impossibilidade destes contatos, deve-se comunicar diretamente à SVS/Ministério da Saúde pelo 0800-644-6645 ou *notifica@saude.gov.br*.

2. Todo caso suspeito deve ser atendido pelo **Serviço de Saúde local, e este deve ser encaminhado ao laboratório,** para a coleta da gota espessa. O profissional que atender o paciente deve encaminhar para realização do ***teste rápido*** (onde houver) e a lâmina com a ***Gota Espessa***, juntamente com a ***solicitação de exame*** laboratorial e a ***Ficha de Notificação*** de Caso Suspeito de Malária.

2.1) **Teste rápido positivo**: O médico deve Iniciar imediatamente com o tratamento adequado de acordo com tabela em anexo e encaminhá-lo para a assistência do seu município. A lâmina com a gota espessa deverá ser encaminhada ao LACEN/ES.

2.2) **Teste rápido negativo**: A lâmina com a gota espessa deve ser encaminhada **imediatamente** ao LACEN/ES e repeti-la **na vigência do pico** febril, ou se não houver febre repetir com 24horas, em dias alternados.

OBS: Orientamos no momento a internação não só dos casos graves, mas de todos os casos confirmados quando esses forem gestantes, idosos, crianças pré-escolares e pacientes com doença crônica para receber o devido tratamento em observação nas primeiras 24 horas. As gestantes deverão ser acompanhada após alta com dose supervisionada, ficar em alerta sobre a possibilidade de ter recaída e considerar a possibilidade de ser P. vívax. No caso de pacientes internados ou em observação, os laboratórios destes serviços, deverão colher à lâmina gota espessa de seus pacientes, e encaminhar a mesma para o exame no laboratório de referência.

3. Define-se como tratamento padrão no ES para o ***Plasmodium vivax*** o **esquema longo de 14 dias (Anexo I – Tabela 2)**, sendo que **deve obrigatoriamente ser supervisionado** pelos profissionais da atenção primária para **garantir a adesão** ao tratamento e prevenir recaídas. A dispensação do medicamento deverá ser pela farmácia do serviço de assistência a saúde, mediante apresentação da receita do médico que atendeu o paciente.

4. Todo paciente com Malária, o município é responsável pelo seu diagnóstico e tratamento, tendo um médico para essa assistência. Somente nos casos de maior complexidade que for necessário suporte de vida, este deve ser encaminhado às referências hospitalares. Em todas as situações, a assistência poderá solicitar apoio às referências estadual e municipal, através de suas vigilâncias epidemiológicas.

5. Condições que indicam **gravidade da doença e necessidade de hospitalização** do paciente com malária:

a) Crianças menores de 1 ano;
b) Idosos com mais de 70 anos;
c) Todas as gestantes (principalmente se for ***P. falciparum***);
d) Pacientes imunodeprimidos;
e) Pacientes com um dos **sinais de perigo** para malária grave: hiperpirexia (temperatura >41ºC), convulsão, hiperparasitemia maior que 200.000/mm^3, vômitos repetidos, oligúria (quantidade de urina menor do que o normal), dispnéia (dificuldade respiratória), anemia intensa, icterícia (mucosas ou pele amareladas), hemorragias e hipotensão postural.
f) Qualquer pessoa nas primeiras 24 horas de tratamento se for a primeira vez que estiver com malária por ***P. falciparum***.

6. As doses e o tempo de administração de primaquina para pacientes com peso maior ou igual a 70 kg devem ser ajustados **(Anexo I - Quadro 03).**

7. O tratamento das infecções ambulatoriais por ***Plasmodium falciparum*** deve ser realizado com a combinação fixa de artesunato + mefloquina em três dias + primaquina em dose única **(Anexo I – Tabela 6).**
8. Os casos descritos no item anterior devem ser tratados/internados em **Hospitais que possuam Centro de Terapia Intensiva.**

9. Define-se que as **Lâminas de Verificação de Cura (LVC)** devem ser realizadas da seguinte forma:

a) ***P. vivax*:** 2, 4, 7, 14, 21, 28, 40, 60, 90, 120 e 180 dias após o início do tratamento;

b) ***P. falciparum***: 2, 4, 7, 14, 21, 28, 40 e 60 dias após o início do tratamento.

c) Recomenda-se o uso do **"Formulário de acompanhamento dos pacientes em tratamento de malária - LVC"** para todos os casos confirmados de malária no ES. **ATENÇÃO:** as LVCs devem ser encaminhadas ao laboratório para análise somente em dias úteis; e caso o município que esteja realizando o acompanhamento do paciente não tenha plantão em finais de semana e feriado, deve coletar a LVC no primeiro dia útil após a data programada.

d) No caso de surto as L.V.C. serão apenas realizadas até o vigésimo oitavo dia (28)

10. Os casos que apresentarem LVC positiva após 60 dias para ***P. vivax*** e 40 dias para ***P. falciparum*** deverão ser **investigados** pela equipe de Vigilância Epidemiológica ou Ambiental quanto à possibilidade de serem recaídas ou casos novos, sendo neste último caso notificado novamente.
11. Fica suspensa provisoriamente a doação de sangue de pacientes provenientes dos municípios Vila Pavão e Barra de São Francisco.

REFERÊNCIAS

OFÍCIO NEVE/GEVS/SESA/ES Nº 372/2012 (notificação imediata da malária no ES).

Formulário de acompanhamento dos pacientes em tratamento de malária – LVC.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia prático de tratamento da malária no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de terapêutica da malária. Brasília**, 2001. 104 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tratamento da malária grave e complicada: guia de condutas práticas**. 2 ed. Brasília: Gráfica Editora Brasil, 2000. 60 p. Versão adaptada para a língua portuguesa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de terapêutica da malária. Brasília**, 2001. 104 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tratamento da malária grave e complicada: guia de condutas práticas**. 2 ed. Brasília: Gráfica Editora Brasil, 2000. 60 p. Versão adaptada para a língua portuguesa.

Adenilton Cruzeiro
Médico
CRM-ES 4201

Dr. Adenilton Pedro Cruzeiro
Médico - CRM ES 4201
Referência Técnica de Malária
NEVE/GEVS/SESA/ES
Tel: 3636-8218

Gilsa A. Pimenta Rodrigues
Gerente de Vigilância em Saúde
SESA/GEVS
func.: 1.527.207

Gilsa Aparecida Pimenta Rodrigues
Gerente de Vigilância em Saúde
GEVS/SESA/ES
Tel: 3636-8281

MALÁRIA NA GESTANTE E CRIANÇA COM MENOS DE 6 MESES

Tabela 7 – Esquema recomendado para tratamento das infecções não complicadas por *Plasmodium falciparum* no primeiro trimestre da gestação e crianças com menos de 6 meses, com Quinina em 3 dias e Clindamicina em 5 dias

Idade/ Peso	Número de comprimidos ou dose por dia		
	1º, 2º e 3º dias		4º e 5º dias
	Quinina	Clindamicina	Clindamicina
< 6 meses* 1 – 4 kg	1/4 (manhã) 1/4 (noite)	1/4 (manhã) 1/4 (noite)	1/4 (manhã) 1/4 (noite)
Gestantes 12 – 14 anos 30 – 49 kg	1 e 1/2 (manhã) 1 (noite)	1/2 (6 em 6 horas)	1/2 (6 em 6 horas)
Gestantes ≥ 15 anos ≥ 50 kg	2 (manhã) 2 (noite)	1 (6 em 6 horas)	1 (6 em 6 horas)

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.
* A clindamicina não deve ser usada para crianças com menos de 1 mês. Nesse caso, administrar Quinina na dose de 10 mg de sal/kg a cada 8 horas, até completar o tratamento de 7 dias.
– Sulfato de quinina: comprimidos de 500 mg do sal, Clindamicina: comprimidos de 300 mg.
– Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.

A MALÁRIA GRAVE DEVE SER CONSIDERADA UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

Qualquer paciente com malária, que apresente um dos sinais relacionados a seguir, deve ser considerado portador de malária grave e complicada e para a qual o tratamento deve ser orientado, de preferência em unidade hospitalar. Nesses casos, o principal objetivo do tratamento é evitar que o paciente morra. Para isso, antimaláricos potentes e de ação rápida devem ser administrados. Sinais de perigo para malária grave: hiperpirexia (temperatura > 41ºC), convulsão, hiperparasitemia (> 200.000/mm^3), vômitos repetidos, diminuição da quantidade de urina, respiração ofegante, anemia intensa, icterícia, hemorragias e hipotensão arterial.

Além dos pacientes com sinais de malária grave, as seguintes condições indicam que os pacientes devem ser preferencialmente tratados em ambiente hospitalar: crianças menores de 1 ano, idosos com mais de 70 anos, gestantes e pacientes imunodeprimidos.

- Extraído do "Guia prático de tratamento da malária no Brasil" Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária.
- Para maiores detalhes sobre tratamento da malária, e tratamento da malária grave, consultar o "GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA" ou o "GUIA PRÁTICO DE TRATAMENTO DA MALÁRIA NO BRASIL, editados pelo Ministério da Saúde, ou o "GUIA DE CONDUTAS PRÁTICAS SOBRE TRATAMENTO DA MALÁRIA GRAVE E COMPLICADA – SEGUNDA EDIÇÃO", editado pela Organização Mundial da Saúde.

DISQUE SAÚDE 136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Agosto – SVS – OS 0564/2013 – Editora MS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de Controle da Malária

ESQUEMAS RECOMENDADOS PARA O TRATAMENTO DA MALÁRIA NÃO COMPLICADA NO BRASIL

IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA MALÁRIA

A malária é uma doença curável. Após a identificação da espécie parasitária pelo exame laboratorial da gota espessa, deve ser imediatamente instituído o tratamento para a obtenção da cura radical do paciente. O tratamento adequado e oportuno tanto previne a ocorrência de casos graves e, consequentemente, a morte por malária, como elimina fontes de infecção para os mosquitos, contribuindo para a redução da transmissão da doença.

É da maior importância que todos os profissionais de Saúde envolvidos no tratamento da malária, desde o auxiliar de saúde da comunidade até o médico, orientem adequadamente, com uma linguagem compreensível, os pacientes quanto: a) ao tipo de medicamento que está sendo oferecido; b) à forma de ingeri-lo e os respectivos horários. Muitas vezes, os pacientes não dispõem nem mesmo de relógio para verificar as horas. O uso de expressões locais para a indicação do momento da ingestão do remédio é recomendável. A expressão de 8 em 8 horas ou de 12 em 12 horas muitas vezes não ajuda o paciente a saber quando deve ingerir os medicamentos. Sempre que possível, deve-se orientar os acompanhantes ou responsáveis, além dos próprios pacientes, pois geralmente estes, encontram-se desatentos, devido à febre, à dor e ao mal-estar causados pela doença.

MALÁRIA VIVAX OU OVALE

Tabela 1 – Tratamento das infecções pelo *P. vivax* ou *P. ovale* com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias (esquema curto)

Idade/ Peso	Número de comprimidos por medicamento por dia						
	1º dia		2º dia		3º dia		4º ao 7º dias
	Cloroquina	Primaquina INFANTIL	Cloroquina	Primaquina INFANTIL	Cloroquina	Primaquina INFANTIL	Primaquina INFANTIL
6 – 11 meses 5 – 9 kg	1/2	1	1/4	1	1/4	1	1/2
1 – 3 anos 10 – 14 kg	1	2	1/2	1	1/2	1	1
4 – 8 anos 15 – 24 kg	1	2	1	2	1	2	2
Idade/ Peso	**Cloroquina**	**Primaquina ADULTO**	**Cloroquina**	**Primaquina ADULTO**	**Cloroquina**	**Primaquina ADULTO**	**Primaquina ADULTO**
9 – 11 anos 25 – 34 kg	2	1	2	1	2	1	1
12 – 14 anos 35 – 49 kg	3	2	2	2	2	2	1
≥ 15 anos ≥ 50 kg	4	2	3	2	3	2	2

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.
– Cloroquina: comprimidos de 150 mg, Primaquina infantil: comprimidos de 5 mg e Primaquina adulto: comprimidos de 15 mg.
– Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.
– Todos os medicamentos devem ser administrados em dose única diária.
– Administrar os medicamentos preferencialmente às refeições.
– Não administrar Primaquina para gestantes ou crianças menores de 6 meses.
– Se surgir icterícia, suspender a Primaquina.
– Se o paciente tiver mais de 70 kg, ajustar a dose de Primaquina (Tabela 2).

Tabela 2 – Ajuste da dose e tempo de administração da Primaquina para pacientes com peso igual ou superior a 70 kg

Faixa de peso (kg)	Dose total de primaquina (mg)	Tempo total de administração Primaquina Adulto 2 comps/dia
70 – 79	240	8 dias
80 – 89	272	9 dias
90 – 99	304	10 dias
100 – 109	336	11 dias
110 – 120	368	12 dias

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.

MALÁRIA FALCIPARUM

Tabela 3 – Tratamento das infecções por *Plasmodium falciparum* com a combinação fixa de Artemeter+Lumefantrina em 3 dias

Idade/ Peso	Número de comprimidos						
	1º dia			2º dia		3º dia	
	Manhã		Noite	Manhã	Noite	Manhã	Noite
	Artemeter + Lumefantrina	Primaquina comp 15 mg	Artemeter + Lumefantrina				
6 m – 2 anos **5 – 14 kg**	1	1/2	1	1	1	1	1
3 – 8 anos **15 – 24 kg**	2	1	2	2	2	2	2
9 – 14 anos **25 – 34 kg**	3	1 e 1/2	3	3	3	3	3
≥ 15 anos **≥ 35 kg**	4	3	4	4	4	4	4

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.
– Comprimido: 20 mg de Artemeter e 120 mg de Lumefantrina.
– Cada tratamento vem em uma cartela individual, em quatro tipos de embalagem, de acordo com o peso ou idade das pessoas.
– Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.
– No primeiro dia, a segunda dose pode ser administrada em intervalo de 8 a 12 horas.
– Para crianças pequenas, esmagar o comprimido para facilitar a administração, podendo ingerir o comprimido com água ou leite.
– Recomenda-se administrar o comprimido com alimentos.
– Não administrar a gestantes durante o primeiro trimestre de gravidez, nem crianças menores de 6 meses (nesses casos, usar a Tabela 7).

Tabela 4 – Tratamento das infecções por *Plasmodium falciparum* com a combinação fixa de Artesunato+Mefloquina em 3 dias

Idade/ Peso	Número de comprimidos por dia						
	1º dia			2º dia		3º dia	
	Artesunato + Mefloquina		Primaquina comp 15 mg	Infantil	Adulto	Infantil	Adulto
	Infantil	Adulto					
6 – 11 meses **5 – 8 kg**	1		1/2	1		1	
1 – 5 anos **9 – 17 kg**	2		1	2		2	
6 – 11 anos **18 – 29 kg**		1	1 e 1/2		1		1
≥ 12 anos **≥ 30 kg**		2	3		2		2

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.
– Comprimido infantil: 25 mg de Artesunato e 50 mg de Mefloquina; adulto: 100 mg de Artesunato e 200 mg de Mefloquina.
– Cada tratamento vem em uma cartela individual, em quatro tipos de embalagem, de acordo com o peso ou idade das pessoas.
– Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.
– Para crianças pequenas, esmagar o comprimido para facilitar a administração, podendo ingerir o comprimido com água ou leite.
– Recomenda-se administrar o comprimido com alimentos.
– Não administrar a gestantes durante o primeiro trimestre de gravidez, nem crianças menores de 6 meses (nesses casos, usar a Tabela 7).

Tabela 5 – Esquema de segunda escolha, recomendado para o tratamento das infecções por *Plasmodium falciparum* com Quinina em 3 dias, Doxiciclina em 5 dias e Primaquina no 6º dia

Idade/ Peso	Número de comprimidos por medicamento por dia			
	1º, 2º e 3º dias		4º e 5º dias	6º dia
	Quinina	Doxiciclina	Doxiciclina	Primaquina
8 – 10 anos **22 – 29 kg**	1 e 1/2	1	1	1
11 – 14 anos **30 – 49 kg**	2 e 1/2	1 e 1/2	1 e 1/2	2
≥ 15 anos **≥ 50 kg**	4	2	2	3

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.
– Sulfato de Quinina: comprimidos de 500 mg do sal, Doxiciclina: comprimidos de 100 mg do sal e Primaquina: comprimidos de 15 mg.
– A dose diária de Quinina e da Doxiciclina devem ser divididas em duas tomadas de 12/12 horas.
– Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.
– A Doxiciclina não deve ser dada a gestantes ou crianças menores de 8 anos.
– A Primaquina não deve ser dada a gestantes ou crianças menores de 6 meses.
– Não administrar a gestantes, nem crianças menores de 6 meses (nesses casos, usar a Tabela 7).

MALÁRIA MISTA

Tabela 6 – Tratamento das infecções mistas por *Plasmodium falciparum* e *Plasmodium vivax* ou *Plasmodium ovale*

Idade/ Peso	Esquema para *P. falciparum*	Número de comprimidos por dia			
		Primaquina			
	1º ao 3º dias	4º dia	5º dia	6º dia	7º ao 10º dias
		Infantil	Infantil	Infantil	Infantil
6 – 11 meses **5 – 9 kg**	Artemeter + Lumefantrina (Tabela 3) ou Artesunato + Mefloquina (Tabela 4)	1	1	1	1/2
1 – 3 anos **10 – 14 kg**		2	1	1	1
4 – 8 anos **15 – 24 kg**		2	2	2	2
Idade/ Peso		**4º dia**	**5º dia**	**6º dia**	**7º ao 10º dias**
		Adulto	**Adulto**	**Adulto**	**Adulto**
9 – 11 anos **25 – 34 kg**		1	1	1	1
12 – 14 anos **35 – 49 kg**		2	2	2	1
≥ 15 anos **≥ 50 kg**		2	2	2	2

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.
* Se infecção mista com *P. malariae*, administrar apenas o esquema de *P. falciparum*.
– Primaquina infantil: comprimidos de 5 mg, Primaquina adulto: comprimidos de 15 mg.
– Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.
– Para crianças menores de 6 meses e gestantes no 1º trimestre tratar apenas malária por *P. falciparum* segundo a Tabela 7.
– Não administrar Primaquina para gestantes.
– Administrar os medicamentos preferencialmente às refeições.
– Se surgir icterícia, suspender a Primaquina.
– Se o paciente tiver mais de 70 kg, ajustar a dose de Primaquina (Tabela 2).

Se a infecção mista for pelo *P. falciparum* e *P. malariae*, o tratamento deve ser dirigido apenas para o *P. falciparum*.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO MALÁRIA

Nº

CASO SUSPEITO (Região Não Amazônica): Toda pessoa residente ou que tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaléia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação epidemiológica.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravo/doença: **MALÁRIA** — Código (CID10): B 5 4

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante — *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado*

13 Raça/Cor — *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado*

14 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF

18 Município de Residência — Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antendimento Epidemiológico

31 Data da Investigação

32 Ocupação

33 Principal Atividade nos Últimos 15 Dias: — 1-Agricultura 2-Pecuária 3-Doméstica 4-Turismo 5-Garimpagem 6-Exploração vegetal 7-Caça/pesca 8-const.estrad.barragens 9-Mineração 10-Viajante 11-Outros 12 - Motorista 99-Ignorado

34 Tipo de lâmina — 1-BP 2-BA 3-LVC

35 Sintomas: — 1-Com sintomas 2-Sem sintomas

Dados do Exame

36 Data do Exame:

37 Resultado do Exame: **1**- Negativo; **2**- F; **3**- F+*FG*; **4**- V; **5**- F+*V*; **6**- V+*FG*; **7**- FG; **8**- M; **9**- F+*M*; **10**- O

38 Parasitos por mm^3:

39 Parasitemia em "cruzes".: **1**-< +/2 (menor que meia cruz); **2**-+/2 (meia cuz); **3**-+ (uma cruz); **4**- ++ (duas cruzes); **5**- +++ (três cruzes); **6**- ++++ (quatro cruzes)

Tratamento

40 Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária

1- Infecções por Pv com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias;
2- Infecções por Pf com Quinina em 3 dias + Doxiciclina em 5 dias + primaquina no 6º dia;
3- Infecções mistas por Pv + Pf com Mefloquina em dose única e primaquina em 7 dias;
4- Infecções por Pm com cloroquina em 3 dias;
5- Infecções por Pv em crianças apresentando vômitos, com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e Primaquina em 7 dias;
6- Infecções por Pf com Mefloquina em dose única e primaquina no segundo dia;
7- Infecções por Pf com Quinina em 7 dias;
8- Infecções por Pf de crianças com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e dose única de Mefloquina no 3º dia e Primaquina no 5º ida;
9- Infecções mistas por Pv + Pf com Quinina em 3 dias, doxiciclina em 5 dias e Primaquina em 7 dias;
10- Prevenção de recaída da malária por Pv com Cloroquina em dose única semanal durante 3 meses;
11- Malária grave e complicada
12- Infecções por Pf com a associação Artemeter+Lumerfantrin a em 3 dias
99- Outro esquema utilizado (por médico) - descrever:

41 Data Início do Tratamento:

Conclusão

42 Classificação Final ☐

1-Confirmado 2-Descartado

Local Provável da Fonte de Infecção

43 O caso é autóctone do município de residência? ☐

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

44 UF provável de infecção

45 País provável de infecção

46 Município provável da infecção: Código (IBGE)

47 Distrito

48 Bairro

49 Localidade provável da infecção:

50 Data de Encerramento

Observações adicionais:

SMS-UF Município

Nome do Paciente: Idade: Sexo: 1-Masculino 2-Feminino ☐

Nº da notificação | Data do exame | Resultado do exame | Matricula e nome do examinador:

Malária Comprovante de resultado do exame para ser entregue ao paciente Sinan NET SVS 01/01/2010