



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Programa Nacional de Controlo da Malária

NORMAS DE MANEJO DOS CASOS DE MALÁRIA
EM MOÇAMBIQUE

2005

Índice

Prefácio	3
Introdução	4
Manejo de casos	4
Malária	6
Malária não complicada	6
Definição	6
Diagnóstico	6
Diagnóstico diferencial	6
Tratamento	7
Primeira linha de tratamento	7
Falência terapêutica	10
Segunda linha de tratamento	10
Malária grave	12
Definição	12
Diagnóstico	12
Tratamento	13
Tratamento da malária grave	13
Terceira linha de tratamento	13
Malária durante a gravidez	15
Definição	15
Diagnóstico e manifestações clínicas	15
Tratamento	16
Tratamento da malária não complicada	16
Tratamento da malária grave	16
Tratamento de suporte	17
Hiperpirexia	17
Coma ou inconsciência	17
Convulsões	18
Desidratação ou choque	18
Hipoglicémia	18
Anemia grave	19
Acidose Metabólica	19
Diagnóstico laboratorial	20
Introdução	20
Testes rápidos para diagnóstico	20
Outras análises	21
Manejo das reacções alérgicas aos medicamentos	22
Educação do doente	24
Resumo dos principais pontos contidos neste manual	26
Fluxograma do manejo de casos de malária	28
Fluxograma do manejo de casos de malária na gravidez	29
Fluxograma do manejo de casos de Reacções Anafilácticas	30
Ficha de notificação de reacções adversas	31

PREFÁCIO

Após a adopção da Nova Política de Tratamento da Malária em Moçambique, baseada na terapia combinada o Programa Nacional de Controlo da Malária elaborou as presentes NORMAS para servirem de apoio no manejo de casos de malária nas Unidades Sanitárias (US) do país.

Estas normas são dirigidas aos clínicos envolvidos no diagnóstico e tratamento da malária em todas as US e poderão ser de utilidade para os estudantes, técnicos e agentes de Medicina em formação.

Procurou-se nestas normas chamar a atenção para o uso de antimaláricos, o tratamento de suporte dos casos de malária grave, o risco de surgimento de reacções adversas e o seu tratamento. Também é abordado o papel dos clínicos, pois o êxito na implementação desta política depende inteiramente da sua disciplina e rigor no cumprimento de dois pressupostos: a terapia combinada e a educação do doente para o cumprimento da medicação. A não observância destes dois princípios, facilitará uma rápida selecção de estirpes de *Plasmodium* resistentes aos “novos” medicamentos.

A evolução dos conhecimentos no campo do manejo de casos de malária ditará a necessidade de revisão e reedição destas normas. Assim, todos os comentários e observações dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento dos doentes com malária, contribuirão de forma valiosa para o aperfeiçoamento deste documento.

Sendo a malária uma doença endémica e de grande impacto em Moçambique, todos os clínicos devem assumir uma postura de responsabilidade, **cumprindo e fazendo cumprir rigorosamente estas normas** para beneficio da comunidade e da saúde pública.

Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

MINISTRO DA SAÚDE

1. Introdução

A malária é um dos principais problemas de saúde em Moçambique representando cerca de 48% do total das consultas externas e 63% de todos os internamentos em pediatria nos hospitais rurais e gerais e cerca de 26,7% da mortalidade total do País.

O *Plasmodium falciparum* é o responsável por cerca de 90% de todas as infecções maláricas sendo também a espécie associada aos casos mais graves da doença.

Em Moçambique, a malária é endémica, com pico na estação chuvosa (com a maioria dos casos ocorrendo de Janeiro a Março). Em condições favoráveis para a transmissão, também pode ocorrer a malária epidémica com o aumento do número de casos e morte. A epidemia é normalmente precipitada por factores como pluviosidade regular e altas temperaturas, que aumentam os locais de reprodução dos mosquitos causadores da malária.

Várias são as estratégias de luta contra a malária, das quais se destacam:

- O controle do vector (pulverização, uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas, larvicidas, saneamento do meio e eliminação de charcos)
- A educação para a saúde (IEC)
- O manejo adequado dos casos

Nestas normas vai ser abordado apenas o manejo de casos de malária. No manejo dos casos, é necessário ter em conta que muitos doentes com febre e outros sintomas associados não têm malária. Fazer o diagnóstico diferencial correcto e tratar outras causas de febre é imperativo.

2. Manejo adequado de casos

2.1 Definição

O manejo adequado de casos consiste no diagnóstico e tratamento precoce e correcto da doença.

2.2 Componentes

- Diagnóstico precoce e correcto
 - Clínico (baseado nos sinais e sintomas de malária)
 - Laboratorial (microscopia e/ou testes rápidos de diagnóstico)
- Tratamento precoce e eficaz
 - Usando medicamentos anti-maláricos seguros e eficazes
 - Elaborando correctamente a prescrição
 - Garantindo uma administração e toma adequada

- Tratamento de suporte
 - Hidratação
 - Transfusão sanguínea
 - Antipiréticos e outros medicamentos

- Encaminhamento precoce dos casos graves e complicados para o nível superior de cuidados de saúde

2.3 Objectivos

O objectivo do manejo adequado de casos é tratar os sintomas e sinais, eliminando precocemente a parasitemia de modo a:

- Encurtar a duração da doença e diminuir a transmissão da malária
- Prevenir o agravamento da doença
- Prevenir a morte ou sequelas da malária grave
- Minimizar o risco de selecção e disseminação de parasitas resistentes

2.4 Metas do manejo correcto de casos

- Reduzir a taxa de letalidade nas Unidades Sanitárias para valores abaixo de 5%.
- Reduzir para metade a mortalidade por malária até ao ano 2010.
- Garantir o acesso ao tratamento correcto para pelo menos 60% dos casos de malária, dentro de 24 horas após início dos sintomas.

2.5 Determinantes do sucesso no manejo de casos

- Diagnóstico precoce e correcto (permite um melhor e mais custo-eficaz manejo da doença)
- Acesso ao tratamento entre 12-24 horas após o início dos sintomas
- Política de tratamento de acordo com o padrão local de resistência parasitária
- Um bom sistema de referência (minimiza os atrasos entre níveis de cuidados de saúde)
- Serviços de suporte (p.e. laboratório, serviços de transfusão de sangue)
- Distribuição regular e sustentável dos anti-maláricos
- Supervisão do tratamento (assegurar o cumprimento da medicação)
- Seguimento dos doentes (monitorização do efeito do tratamento e reacções adversas, etc.)
- Treino e supervisão dos profissionais de saúde

3 Malária

3.1 Malária não complicada

Definição

A malária não complicada é um síndrome febril agudo não acompanhado de sinais e/ou sintomas de doença grave (ver sinais de gravidade na tabela 5). Na tabela 1 estão indicados os sinais e sintomas da malária não complicada.

Tabela 1: sinais e sintomas da malária não complicada

Febre (temperatura axilar > 37,5° C)	Arrepios de frio
Cefaleia	Anorexia
Dores articulares	Astenia
Anemia	Vómitos e/ou diarreia
Tosse (em crianças)	

Diagnóstico

A malária não complicada diagnostica-se em qualquer doente que tenha um síndrome febril agudo e um teste positivo, numa amostra de sangue ou teste rápido. Uma amostra de sangue negativa sem outras causas de febre não exclui o diagnóstico de malária.

FEBRE e CEFALEIA são os sintomas mais comuns de malária não complicada

Diagnóstico diferencial

A febre é um sintoma comum e pode ser causada por muitas outras doenças além da malária, por exemplo: a gripe, otite, sarampo, pneumonia e outras. É portanto necessário, um exame cuidadoso do doente antes do diagnóstico ser feito. Este deve ser confirmado com o teste rápido para o *P. falciparum* ou, quando disponível, através do esfregaço de sangue. Os doentes que tenham as duas condições, malária confirmada por teste rápido ou por esfregaço de sangue e outra causa de febre (p.e. infecção do tracto respiratório) devem ser tratados para as duas condições.

Os sintomas e sinais da malária são inespecíficos e podem ser facilmente confundidos com muitas outras doenças. Por isso, é fundamental o diagnóstico e tratamento urgente pois esta pode evoluir para malária complicada.

Tratamento

A terapia combinada com derivados de artemisinina foi seleccionada para substituir a cloroquina e a amodiaquina. Quando rigorosamente cumprida tem as seguintes vantagens:

- 1) Reduz a parasitémia mais rapidamente que os outros antimaláricos
- 2) Melhora a taxa de cura clínica
- 3) Atrasa o surgimento de resistências

A nova política de tratamento da malária em Moçambique preconiza o uso da terapia combinada, isto é, o uso simultâneo de dois medicamentos.

As razões para esta escolha baseiam-se em dois aspectos principais:

- Elevados níveis de resistência à cloroquina
- Tentativa de retardar o surgimento de resistência aos “novos” medicamentos.

Assim, tal como anteriormente, o tratamento da malária consiste de três linhas:

1ª Linha de tratamento

A combinação de **Sulfadoxina-pirimetamina (SP) + Artesunato (AS)**,

2ª Linha de tratamento

A combinação a dose fixa de **Arteméter + Lumefantrina (AL)**

3ª Linha de tratamento

Quinino

3.2.1 Tratamento da Malária não complicada

Na malária não complicada deve-se usar a primeira linha de tratamento: Sulfadoxina-Pirimetamina +Artesunato (SP + AS)

3.2.2 Primeira Linha de Tratamento

Sulfadoxina-pirimetamina (SP)

Apresentação: Comprimidos contendo 500mg de Sulfadoxina e 25mg de Pirimetamina ou ampolas contendo 500mg de Sulfadoxina e 25mg de Pirimetamina ampolas de 2,5 ml, para uso intramuscular (IM).

Posologia:

- **Adultos:** 3 comprimidos de 500 mg de Sulfadoxina e 25 mg de Pirimetamina, em dose única ou a formulação injectável de 7,5 ml (3 ampolas) por via IM em dose única.
- **Crianças:** 25 mg/kg de Sulfadoxina e 1,25 mg/kg de Pirimetamina

Recomenda-se a administração de SP no primeiro dia de tratamento, juntamente com a 1ª dose de artesunato (ver tabela 2)

Tabela 2: dose de Artesunato (AS) + Sulfadoxina Pirimetamina (SP)

PESO	IDADE ¹	DIA 1		DIA 2	DIA 3
		Comp. SP ²	Comp. AS ³	Comp. AS ³	Comp. AS ³
	< 6 meses	Não recomendado			
<10kg	6-11 meses	½ comp	¼ comp	¼ comp	¼ comp
10-20kg	1- 6 anos	1 comp	½ comp	½ comp	½ comp
21-35kg	7-13 anos	2 comp	1 comp	1 comp	1 comp
> 35kg	>14 anos	3 comp	2 comp	2 comp	2 comp

¹Use sempre que possível o peso. ² n° de comp de 500mg de Sulfadoxina e 25mg de Pirimetamina. ³ n° de comp. de 100mg de Artesunato

Contra-indicações:

A primeira linha de tratamento só deve ser administrada a doentes com malária não complicada que não apresentem contra-indicações. Em presença das seguintes situações deve-se passar para a segunda linha de tratamento:

- História de reacção alérgica as sulfamidas (SP, cotrimoxazol, furosemida, etc.) ou a derivados de artemisinina (artesunato, arteémeter, arteéter).
- Tratamento em curso com cotrimoxazol.
- Tratamento em curso com Niverapina
- Primeiro trimestre da gravidez
- Granulocitopénia e anemia aplástica
- Malária grave
- Idade inferior a 5 meses ou peso inferior a 5 kg

Precauções: no segundo e terceiro trimestre da gravidez, durante o aleitamento e na deficiência conhecida de glicose-6-fosfato desidrogenase deve ser usada com precaução.

Efeitos adversos

Os medicamentos usados na terapia combinada com derivados de artemisinina são relativamente seguros. Contudo, foram notificadas algumas reacções envolvendo a pele e as mucosas com o uso de sulfadoxina-pirimetamina (SP) entre eles:

- Manchas, prurido, erupção cutânea, síndrome de Stevens –Johnson
- Cefaleia persistente, fadiga, irritação, sonolência e ansiedade
- Distúrbios gastrointestinais
- Discrasias sanguíneas
- Anafilaxia.

Interação entre a Sulfadoxina-Pirimetamina e a Nevirapina (NVP)

As reacções adversas mais importantes da SP são semelhantes às da Niverapina: os dois medicamentos podem causar síndrome de Stevens –Johnson e/ou hepatite com necrose hepática. Por essa razão está contra-indicada a administração simultânea dos dois medicamentos.

Artesunato (AS)

Apresentação: Comprimidos contendo 100 mg

Posologia:

- **Adultos e Crianças:** a dose recomendada é de 3.2 mg/Kg de peso, em dose única diária durante 3 dias (ver tabela 2).
- É essencial que o doente complete os três dias (3 doses) de tratamento.
- A dose deve ser administrada de acordo com o peso do doente ou a idade, se o peso é desconhecido (ver tabela 2).
- A primeira dose é administrada em toma única, juntamente com o SP, imediatamente após o diagnóstico e depois diariamente em cada um dos dois dias que se seguem.

Contra-indicações:

A primeira linha de tratamento só deve ser administrada a doentes com malária não complicada que não apresentem contra-indicações. Em presença das seguintes situações deve-se passar para a segunda linha de tratamento:

- Hipersensibilidade conhecida a derivados de artemisinina (artesanato, arteméter, arteéter).
- Primeiro trimestre da gravidez
- Crianças com peso inferior a 5 Kg
- Malária grave

Efeitos adversos

Os derivados de artemisinina são relativamente seguros. Em geral são raros os efeitos adversos com as doses normais de artesunato mas as doses elevadas podem levar a ocorrência de:

- Cólica abdominal, diarreia

- Aumento ligeiro das transaminases
- Redução ligeira de reticulócitos

Estão também descritas reacções ao artesunato tais como: reacções envolvendo a pele e as mucosas, nistagmo, parestesia e convulsões.

3.2.3 Falência terapêutica

Definição: febre ou persistência dos sintomas por mais de 3 dias após o início do tratamento de acordo com as recomendações e presença de parasitas da malária no sangue, excluindo formas gametocíticas.

Causas de falência terapêutica:

- Vômitos
- Resistência
- Não cumprimento do tratamento
- Dose insuficiente dos medicamentos
- Medicamentos de qualidade deficiente

Após o tratamento com os medicamentos da primeira linha, as seguintes situações são possíveis:

- Persistência dos sinais e/ou sintomas com esfregaço de sangue negativo. Neste caso, deve-se procurar outras causas de doença ou referir o doente para o nível superior de atenção de saúde.
- Persistência de sinais e/ou sintomas com esfregaço de sangue positivo. Neste caso deve-se tratar com a segunda linha ou referir o doente para o nível superior de atenção de saúde, se esta não estiver disponível.
- Cura.
- Teste rápido positivo sem sintomatologia, confirmar com esfregaço, se + tratar com 2ª linha.

Nota: o teste rápido positivo nas primeiras 4 semanas após o tratamento não significa falência de tratamento. Deve-se confirmar o resultado com o esfregaço de sangue.

3.2.4 Segunda Linha de Tratamento

Arteméter – Lumefantrina (AL)

Apresentação: comprimidos contendo 20 mg de Arteméter e 120 mg de Lumefantrina

Posologia:

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

Tabela 3: dose de Arteméter – Lumefantrina a ser administrada em 3 dias.

Peso	Idade	Nº de comp./dose ¹	Nº total de comp. ²
<10 kg	< 1 ano	Não recomendado	
10-15 kg	1-5 anos	1 comp.	6 comp.
16-25 kg	6 - 8 anos	2 comp.	12 comp.
25-35 kg	9-12 anos	3 comp.	18 comp.
> 35 kg	>12 anos	4 comp.	24 comp.

¹Nº de comprimidos por dose administrados 2 vezes por dia durante 3 dias

²Nº total de comprimidos administrados durante os 3 dias

Contra-indicações

A segunda linha só deve ser administrada a doentes que não apresentem contra-indicações. Em presença das seguintes situações deve-se passar para a terceira linha de tratamento:

- Gravidez e lactação
- Hipersensibilidade conhecida aos componentes da combinação
- Malária grave
- Crianças com menos de 1 ano ou menos de 10kg

Efeitos adversos

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

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

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

Notas:

- Devido ao custo elevado do arteméter-lumefantrina, a segunda linha é recomendada apenas para os doentes em que a 1ª linha não é aplicável:
 - Alergia aos medicamentos da 1ª linha
 - Tratamento em curso com cotrimoxazol
 - Tratamento recente com a primeira linha (8 semanas)
 - Falência terapêutica à 1ª linha
- A segunda linha só deverá ser administrada nos casos em que o diagnóstico da malária foi laboratorialmente confirmado.
- O arteméter-lumefantrina deve ser administrado após a ingestão de alimentos ou bebidas com elevado teor de gorduras (p.e.leite ou alimentos ricos em gordura) para melhorar a sua absorção.

3.3 Malária grave

3.3.1 Definição

A malária grave é uma emergência médica pelo que requer uma avaliação clínica cuidadosa e tratamento urgente. Na ausência de sinais e de sintomas de outra patologia, o diagnóstico clínico deve ser feito com base na história, nos sinais e sintomas de doença grave (ver tabela 4).

Tabela 4: Sinais e sintomas de malária grave

Fraqueza extrema	Insuficiência renal (redução da diurese)
Sonolência	Malária na gravidez
Hipoglicémia, (glicemia <2.2mmol/l, suores, palpitação, visão turva, agitação e fraqueza)	Anemia (palidez das palmas das mãos e mucosas, Hg <5gr/dl ou hematócrito <15%)
Choque (pulso fraco, extremidades frias, hipotensão grave, confusão)	Dificuldade respiratória (edema pulmonar, respiração acidótica)
Icterícia (conjuntivas e palmas das mãos amareladas)	Malária Cerebral (alteração do comportamento, convulsões, coma)
Hemorragia espontânea (gengivas, pele e locais de punção nas veias)	Hiperparasitémia (> 5% hemácias parasitadas)
Hiperpirexia (temperatura axilar $\geq 39.5^{\circ}\text{C}$)	Acidose grave
Urina escura (cor de coca-cola)	

3.3.2 Diagnóstico

O diagnóstico da malária grave depende de:

- Conhecimento dos sintomas causados por malária e suas complicações
- Detecção de formas assexuadas de *P. falciparum* no sangue
- Exclusão de outra causa da sintomatologia.

3.3.3 Tratamento

Os óbitos por malária grave resultam quer dos efeitos directos da doença, quer das complicações. Por isso, é importante adoptar de imediato medidas adequadas de suporte e iniciar o tratamento com quinino (ver tabela 5).

3.3.4 Tratamento da malária grave

3.3.4.1 Tratamento de Terceira Linha

Quinino

Apresentação: comprimidos de 300mg de sulfato de quinino e ampolas de 300mg/1ml ou 600mg/2ml de dicloridrato de quinino.

Posologia

Adultos:

- Dose de ataque: 20 mg/kg de dicloridrato de quinino diluídos em 10 ml/kg de dextrose a 5% por via intravenosa, durante 4 horas.
- Dose de manutenção: 10 mg/kg de quinino (máximo de 600 mg no adulto) diluídos em 10 ml/kg de dextrose a 5% durante 4 horas a iniciar 8 horas após a dose de ataque e repetida de 8 em 8 horas até o doente poder tomar o medicamento por via oral (ver tabelas 5 e 6).
- Se o tratamento intravenoso continuar por mais de 48 horas, reduza a dose de quinino para 5-7 mg/kg, para evitar toxicidade.
- Logo que o estado geral do doente melhore, mude para comprimidos de quinino, 10mg/kg de 8 em 8 horas, para completar 7 dias de tratamento, ou administre a dose completa da primeira linha. Se o doente já tiver tomado a primeira linha deverá ser administrada a segunda linha de tratamento.

Crianças:

- Dose de ataque: 20 mg/kg de quinino intravenoso, diluídos em 1ml/mg de quinino de dextrose a 5% durante 4 horas.
- Dose de manutenção: 10 mg/kg de quinino diluídos em 1ml/mg de quinino de dextrose a 5% durante 4 horas a iniciar 8 horas após a dose de ataque e repetida de 8 em 8 horas até o doente melhorar clinicamente e poder tomar o medicamento por via oral (ver tabela 5), devendo terminar o tratamento com a 1ª ou 2ª linha.
- Quando não houver condições para administrar quinino por via intravenosa, deve-se administrar a dose calculada por via intramuscular.

Tabela 5: Dose de quinino a ser administrada por via oral

Peso	Idade(anos)	Comprimidos*
< 10 kg	< 1	1/4
10-15 kg	1-5	1/2
16-25 kg	6-8	3/4
25-35 kg	9-12	1
> 35 kg	>12	2

*Dose de 10 mg/kg de 8 em 8 horas, durante 7 dias, comprimidos de 300 mg sulfato de quinino.

Tabela 6: Dose de quinino a ser administrada por via IM**

Idade	Peso Kg	Quinina por via IM (60 mg/ml) **
2 - 3 meses	4-6 kg	1 ml
4 - 12 meses	6- <10 kg	1,5 ml
1 - 2 anos	10-12kg	2 ml
2 - 3 anos	12-14 kg	2,5 ml
3 – 5 anos	14 – 19 kg	3 ml

**Dose após diluição (ver notas e precauções). Diluir 600 mg (1 ampola de quinino) em 8 ml de água destilada para fazer uma concentração final de 600mg/10 ml (60mg/ml) ou no caso de ampolas de 300mg/1ml diluir em 4 ml de água destilada para fazer uma concentração final de 300 mg/5ml (60mg/ml).

Efeitos adversos

Ocorrem com frequência sinais de cinchonismo, caracterizado por cefaleia, vertigens, náuseas, vômitos, dores abdominais, distúrbios visuais incluindo visão turva, ou raramente, nos casos mais graves, cegueira transitória e confusão mental. Surgem em geral após o 3° dia de tratamento e, exceptuando situações mais graves, raramente obrigam à suspender o fármaco.

A hipoglicémia é relativamente frequente sobretudo em doentes mais graves, malnutridos, mulheres grávidas e crianças pequenas. Raramente, podem ocorrer reacções de hipersensibilidade, rush, prurido, angioedema, trombocitopénia ou febre hemoglobinúrica. Em doses tóxicas (ex: erro de dosagem ou perfusão muito rápida) pode ocorrer hipoacusia ou surdez irreversível, diminuição dos campos visuais ou ambliopia, convulsões, arritmias cardíacas, hipotensão arterial e paragem cardíaca.

Contra- indicações

Hipersensibilidade conhecida ao quinino, arritmias cardíacas e miastenia gravis (risco de apneia).

Notas e precauções

- Não se recomenda o uso de quinino IM excepto nos casos em que não seja possível canalizar uma veia. Nestes casos o quinino deve ser administrado por via intramuscular profunda obedecendo rigorosamente às técnicas de injeção para evitar a formação de abscessos. Para reduzir estes riscos e facilitar a dosagem em crianças pequenas (menos de 15 kg) é aconselhável diluir 600 mg (1 ampola de quinino) em 8 ml de água destilada para fazer uma concentração final de 600mg/10 ml (60mg/ml) ou no caso de ampolas de 300mg/1ml diluir em 4 ml de água destilada para fazer uma concentração final de 300 mg/5ml (60mg/ml) e administrar a dose calculada para cada caso (ver tabela 6).
- Antes de preparar a perfusão, confirmar a concentração do quinino nas ampolas, para se evitarem erros de dosagem, resultantes da existência ocasional de formas farmacêuticas com concentrações variadas.
- Durante a perfusão controlar com frequência o pulso e tensão arterial, sobretudo nos idosos, grávidas e doentes com patologia cardiovascular.
- Quer a malária quer o quinino podem provocar hipoglicémia, com sequelas neurológicas por vezes irreversíveis, pelo que se deve controlar com frequência a glicémia antes e durante o tratamento, diluir o quinino em dextrose a 5% e corrigir de imediato qualquer eventual hipoglicémia.
- Usar quinino com precaução em doentes com insuficiência renal ou hepática.

4. Malária durante a gravidez

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 não grávidas.

A anemia associada a malária é comum. As mulheres grávidas expostas a malária têm uma prevalência relativamente elevada de abortos, nascidos mortos e baixo peso à nascença. O risco associado às infecções placentárias é maior na primeira gravidez, sendo ainda importante na segunda gravidez e insignificante nas gravidezes subsequentes.

4.1 Definição:

Durante a gravidez a malária pode apresentar-se como: doença sintomática grave, anemia crónica e/ou infecção placentária.

4.2 Diagnóstico e manifestações clínicas

O quadro clínico da malária durante a gravidez é variável, podendo nos casos graves apresentar-se como hipoglicémia, anemia grave, edema pulmonar, insuficiência renal, hiperpirexia e malária placentária. Em áreas hiperendémicas, durante a gravidez, a malária é muitas vezes assintomática. Nestes casos, o principal efeito da infecção malárica na mãe é anemia, que muitas vezes é grave, resultando em baixo peso à nascença. A tabela 7 apresenta os efeitos clínicos da malária durante a gravidez.

Tabela 7. Efeitos clínicos da malária durante a gravidez.

Sintomas/Sinais	Áreas hiperendêmicas	Áreas de baixa transmissão
Hipoglicemia	-	++
Anemia grave	+++	+++
Edema pulmonar	-	++
Insuficiência renal grave	-	++
Hiperpirexia	+	+++
Malária placentária	+++	+++
Baixo peso à nascença	+++	+++
Abortos	-	+++
Malária congênita	-	+++

(-) Não comum (+) Frequência comparativa

Devido à gravidade com que a malária se manifesta durante a gravidez há necessidade imperiosa de intervenções eficazes para reduzir as suas consequências nefastas. Essas intervenções incluem a profilaxia e tratamento anti-malárico eficaz. É neste contexto que foi introduzido no país o Tratamento Intermitente Preventivo (TIP).

A administração do TIP será feita gratuitamente nas consultas pré-natais. O medicamento usado para o TIP é a sulfadoxina-pirimetamina (SP). Ver precauções e contra-indicações do SP (pag 8 e 9).

De acordo com as recomendações da OMS e tendo em conta a prevalência do HIV no país, serão administradas três doses, durante o 2º e 3º trimestre da gravidez com intervalos de um mês entre as doses. A 1ª dose deve ser administrada à volta das 20 semanas ou quando a grávida refere movimentos fetais activos, confirmados pela auscultação do foco fetal com estetoscópio de Pinard. As doses subsequentes serão administradas com um intervalo mínimo de 4 semanas.

Recomenda-se o uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas a todas as mulheres grávidas, como forma de reforçar as medidas preventivas.

4.3 Tratamento

4.3.1 Malária não complicada

Porque a malária durante a gravidez pode evoluir para quadros graves, o seu tratamento mesmo nos casos não complicados deve ser igual ao da malária grave abaixo descrita.

4.3.2 Malária grave

- O quinino é o medicamento de eleição para o tratamento da malária durante a gravidez. O quinino intravenoso deve ser administrado na dose de 10mg/kg de peso corporal diluídos em 10ml/kg de dextrose a 5% durante 4 horas; esta dose deve ser repetida de 8 em 8 horas calculadas a partir do início da infusão anterior, até que a doente possa tomar medicamentos por via oral.

- Devido ao maior risco de hipoglicémia durante a gravidez, recomenda-se a administração de 30 ml de dextrose a 30% por via intravenosa lenta, de 8 em 8 horas aquando da administração do quinino.
- Depois da resolução do coma e se a grávida não tiver vômitos, deve-se passar a quinino oral na dose de 10mg/kg de 8 em 8 horas até completar 7 dias de tratamento.

Notas

- Dado que não há experiência suficiente no uso dos novos anti-maláricos (ou novas combinações) durante a gravidez, as mulheres grávidas tratadas com a nova terapia devem ser seguidas durante a gravidez e o parto com vista a detecção precoce de reacções adversas na mãe e no feto (reacções cutâneas, aborto espontâneo, parto pré-termo, malformação congénita e outras).
- Deve-se observar cuidadosamente a criança na altura do parto e dois meses depois aquando do controle do peso e vacinação para a detecção de malformações congénitas.

5. Tratamento de suporte

Hiperpirexia

Administre paracetamol (por via oral/nasogástrica/rectal) se a temperatura for $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$. Aplique um pano molhado em água tépida e arrefeça o doente. Nos adultos pode usar ácido acetilsalicílico.

Coma ou inconsciência

- Corrija a hipoglicémia: Nas crianças 5 ml/kg de peso de dextrose a 10% em bolus.
- O quinino a administrar deverá ser diluído em dextrose a 10% em vez da habitual dextrose a 5%. Nos adultos administrar 25 ml de dextrose a 30%.
- É importante manter as vias aéreas permeáveis, verificar o equilíbrio hidroelectrolítico, alimentar o doente por sonda nasogástrica e manter os cuidados gerais de enfermagem (lateralização, alimentação e higiene do doente)

Convulsões

- Assegure-se que as vias respiratórias estão permeáveis e que o doente respira. As convulsões devem ser controladas com diazepam, administrado por via intravenosa lenta, 1 ml/minuto.
- Nos adultos 10 a 20 mg a repetir se necessário, passados 30-60 minutos. Em alguns doentes esta dose pode provocar depressão respiratória grave. Se as convulsões persistirem pode-se administrar 10 mg/kg de fenobarbital por via intramuscular.
- Nas crianças administrar 0.3-0.5 mg/kg de diazepam por via intravenosa ou rectal. Nos casos de crises repetidas, aplica-se uma dose de ataque de 10 mg/kg/dose de fenobarbital por via intravenosa diluída em 10 ml de dextrose a 5 ou 10%, seguida de dose de manutenção de 5 mg/kg/dia por via oral, em duas tomas.
- Uma alternativa ao fenobarbital é a fenitoína. A dose de ataque é de 10 mg/kg por via intravenosa, seguida da dose de manutenção de 5 mg/kg/dia em duas tomas.
- Se as convulsões persistirem, sem causa evidente, apesar do tratamento descrito acima, transfira o doente para uma unidade sanitária onde possa fazer exames mais aprofundados.

Desidratação grave ou choque

- Administre 20-30 ml/kg de soro fisiológico e re-examine o doente 30 minutos depois, para determinar as suas necessidades em líquidos, de acordo com grau de desidratação.
- Controlar os parâmetros vitais com frequência e medir a diurese de hora a hora para detectar insuficiência renal e tratá-la precocemente.

Hipoglicémia

- Deve-se excluir a possibilidade de hipoglicémia em todos os doentes com malária grave. Se não puder medir a glicémia, administre por via intravenosa lenta, nas crianças 5 ml/kg de peso de dextrose a 10% em bolus.
- Nos adultos administre 25 ml de dextrose a 30% por via intravenosa lenta (5-10 minutos) aos doentes em coma ou adultos graves.
- Não é recomendada a administração rotineira, de dextrose a 30% a todos os doentes com malária grave devido ao risco de hipoglicemia reactiva.
- A monitorização da situação clínica e da glicémia deve prosseguir mesmo se a hipoglicémia for corrigida e o doente estiver a receber glicose intravenosa.

Anemia grave

- Faça uma transfusão urgente de sangue aos doentes com anemia grave (em princípio com hemoglobina <5g/dl ou hematócrito <15% em doente bem hidratado).
- Dependendo das necessidades em fluidos, use concentrado de glóbulos (10 ml/kg de peso) ou sangue total na dose de 20 ml/kg de peso.
- Nas crianças, fazer a transfusão de concentrado de glóbulos (15 ml/kg de peso) se hemoglobina <5g/dl. Se houver sinais de insuficiência cardíaca administrar no início da transfusão 1-2 mg/kg de furosemida por via intravenosa.
- É preferível o sangue fresco em relação ao armazenado, pela sua riqueza em plaquetas. O sangue total é preferível quando os doentes apresentam sinais de distúrbios metabólicos (acidose).
- Se a função renal for normal, podem ser aplicadas pequenas doses de diurético de ansa (20 mg de furosemida) durante a transfusão de sangue, para evitar sobrecarga circulatória sobretudo quando se usa sangue total.
- Em doentes com sobrecarga circulatória, a anemia corrige-se melhor através de uma exsanguíneo transfusão.
- A transfusão deve ser cuidadosamente monitorizada, particularmente em doentes com anemia severa.
- Deve-se restringir a transfusão para os casos em que seja absolutamente indicada (sinais clínicos de choque, insuficiência cardíaca), devido ao risco de transfusão de sangue positivo em HIV, hepatite ou outras infecções.
- Infusões coloidais e o oxigénio não evitam a letargia e a deficiente oxigenação dos tecidos.

Acidose metabólica

- É acidose láctica resultante da hipoperfusão dos tecidos.
- Para melhorar a perfusão dos tecidos deve-se: manter permeáveis as vias aéreas, assegurar ventilação adequada, aumentar a concentração do oxigénio inspirado, corrigir a hipovolémia, corrigir a anemia e melhorar a circulação periférica.

6. Diagnóstico laboratorial

6.1 Introdução

O papel do laboratório no diagnóstico da malária é confirmar a suspeita clínica, avaliar a evolução da doença e possíveis complicações e a eficácia do tratamento. A microscopia é particularmente importante no diagnóstico das espécies de *plasmodium*, para as quais são recomendados tratamentos diferentes.

Em Moçambique, por falta de capacidade laboratorial a maioria dos casos são diagnosticados em função dos sintomas e sinais. No primeiro nível de referência (Centro de Saúde) existem laboratórios que têm capacidade de diagnosticar malária – a presença de parasitas no sangue – usando microscopia.

O critério para pedir uma análise de plasmódio deve-se basear no fluxo de doentes, na endemicidade e nos sintomas que o doente apresenta. Deve-se dar a seguinte ordem de prioridade:

- Casos de suspeita de malária grave ou complicada
- Mulheres grávidas com sintomas
- Casos de falência terapêutica
- Transferência de outra unidade sanitária
- Seguimento dos casos internados
- Casos de suspeita da malária não complicada, especialmente nas crianças com menos de 5 anos de idade.

O seguimento laboratorial dos casos não complicados (controle após tratamento) será feito se os doentes apresentarem sintomas de malária durante o período de duas semanas e não por rotina, para evitar a sobrecarga do laboratório.

Os testes rápidos não devem ser usados em doentes tratados com anti-maláricos nas 4 semanas anteriores ao tratamento pois, estes continuam positivos mesmo que o doente esteja curado. O controle deve ser feito através do esfregaço de sangue, onde for possível e, nos postos de saúde, se o doente continua com sintomas e existe dúvida, deve ser referido para os locais onde existe laboratório.

6.3 Outras análises

Além da microscopia, os laboratórios nos diferentes níveis têm capacidade de fazer outras investigações laboratoriais que vão apoiar o clínico nas complicações, avaliar a sua gravidade e eliminar outras possíveis causas de doença.

Num Centro de Saúde, o laboratório deve ter capacidade de fazer as seguintes análises:

- Hemograma
- Urina II

Num Hospital Rural, o laboratório deve ter capacidade de fazer as seguintes análises:

- As acima indicadas
- Glicemia
- Ureia e creatinina
- Citoquímica do LCR em doentes com alteração do estado de consciência para excluir meningite ou outras causas

Num Hospital Provincial ou Central, além das análises acima indicadas devem ser feitas investigações mais aprofundadas, tais como:

- Ionograma
- Hemocultura (para excluir septicemia)
- Perfil hepático
- Outras investigações bioquímicas como o ferro sérico, albumina e proteínas

7. Manejo das reacções adversas aos medicamentos

A anafilaxia é uma reacção alérgica potencialmente fatal que ocorre usualmente minutos depois da exposição a um medicamento (alergenos). Embora outros medicamentos (p.e. penicilinas) sejam mais comumente associados a anafilaxia, as combinações de derivados de artemisinina incluindo Artesunato + SP ou Arteméter-Lumefantrina podem raramente causar uma reacção alérgica.

A maioria das reacções ocorre durante a 1ª hora após a toma do medicamento. Por isso, os doentes devem permanecer sob observação, na unidade sanitária, para monitorização. A gravidade está geralmente relacionada com a velocidade de instalação dos sintomas, e incluem:

- Erupção cutânea (prurido, borbulhas, hiperémia e descamação da pele).
- Colapso cardiovascular (baixa pressão arterial e aumento da frequência cardíaca).
- Broncospasmo, estridor, angioedema.

Na tabela 8 encontra-se esquematizado o tratamento da anafilaxia. Ver também fluxograma na página 30.

Tabela 8: tratamento da anafilaxia

Adultos	Crianças
1. Oxigenação, manter as vias aéreas permeáveis e fazer ressuscitação	1. Oxigenação, manter as vias aéreas permeáveis e fazer ressuscitação

cardiopulmonar, se necessário.	cardiopulmonar, se necessário.
2. Deve ser imediatamente canalizada uma veia para a administração rápida de 1-2 l de fluidos (cloreto de sódio 0.9% ou solução de lactato de Ringer).	2. Deve ser imediatamente canalizada uma veia para a administração rápida de 20ml/kg de fluidos (cloreto de sódio a 0.9% ou solução de lactato de Ringer).
3. Administrar imediatamente 0.5ml de adrenalina 1:1000 (1mg/ml) dose máxima de 1ml/toma por via SC ou IM. A dose máxima de adrenalina é 1 mg/dose e 5 mg/dia. Pode ser repetido em intervalos de 20 minutos, se necessário.	3. Administrar imediatamente 0.01ml/kg adrenalina 1:1000 (1mg/ml) por via SC ou IM. A dose máxima é 0.5 ml. Pode ser repetido em intervalos de 20 minutos, se necessário.
Considerar:	Considerar:
1. Adição de um anti – histamínico (como a difenidramina ampola de 50mg/5ml)	6. Adição de um anti – histamínico (como a difenidramina 5mg/kg/dia dividido em 3 a 4 tomas).
2. Adição de corticosteróide (hidrocortisona 100-200 mg, IV).	7. Adição de corticosteróide (hidrocortisona 4-5 mg/kg, IV)
3. Um tratamento de manutenção com anti-histamínicos (clorfeniramina comp. 4 mg) ou com corticoides orais (prednisolona comp. 20mg) pois irá reduzir o risco do reaparecimento da anafilaxia.	8. Um tratamento de manutenção com anti-histamínicos (clorfeniramina comp. 4 mg) ou com corticoides orais (prednisolona comp. 5mg) pois irá reduzir o risco do reaparecimento da anafilaxia.
4. Para o broncospasmo: administre salbutamol, em aerosol 1ml + 2ml de solução de cloreto de sódio a 0.9%. Repita de 2-4 horas se necessário.	9. Para o broncospasmo: administre salbutamol, em aerosol 0,5 a 1ml + 2ml de solução de cloreto de sódio a 0.9%. Repita de 2-4 horas se necessário.

O tratamento das reacções anafiláticas deve ser rápido e agressivo, porque a condição do doente pode agravar rapidamente.

Todos os casos de anafilaxia devem ser notificados ao CIMed usando a ficha de notificação de reacções adversas disponível nas Unidades Sanitárias.

As reacções adversas moderadas ou retardadas, com progressão lenta, podem ser tratadas com anti-histamínicos ou adrenalina subcutânea ou intramuscular.

Os doentes que tenham tido uma reacção adversa devem ser mantidos em observação no hospital por pelo menos 24 horas, por causa da possibilidade de reaparecimento da reacção. A causa da reacção adversa deve ser determinada sempre que possível, para que o medicamento envolvido (p.e. ARTESUNATO + SP) seja evitada no futuro. Todos os achados devem ser registados no livro de registro ou processo clínico do doente. No caso das reacções anafiláticas deve-se informar ao doente que é alérgico ao medicamento e não pode voltar a tomar.

O CIMed deve ser contactado dentro de 24 horas após o surgimento de qualquer reacção séria inesperada que ocorra com qualquer dos medicamentos referidos neste manual. A ficha de notificação de reacções adversas encontra-se disponível

nas unidades sanitárias. Instruções para o preenchimento da ficha encontram-se em anexo. As fichas de notificação deverão ser enviadas ao CIMed ao seguinte endereço:

CIMed

Serviço de Farmacologia
Faculdade de Medicina – UEM
Av. Salvador Allende nº 702 R/C
Maputo
Moçambique
Email: cimed@health.uem.mz
Fax: + 258-1-325227
Telefone: + 258 - 1 - 328076 / 325227
Celular:082 44 87 470 / 082 98 84 930

8. Educação do doente:

Embora não haja dúvida que o Artesunato + SP e o Arteméter-Lumefantrina são medicamentos seguros e altamente eficazes, esta é a primeira vez que estão a ser usados em Moçambique, por isso torna-se especialmente importante que os doentes sejam educados acerca do tratamento da malária. É importante que o tratamento seja feito correctamente. A informação essencial a ser dada a cada doente inclui:

- Existem actualmente duas combinações de medicamentos novos para o tratamento da malária. Estes medicamentos chamam-se Artesunato + SP e Arteméter-Lumefantrina.
- Este tratamento deve ser tomado na dose correcta e durante 3 dias, mesmo que o doente se sinta bem.
- A primeira dose do tratamento deverá ser administrada sob supervisão do profissional de saúde, na Unidade Sanitária.
- Os doentes devem permanecer em observação na unidade sanitária por pelo menos durante 1 hora após a toma da 1ª dose do tratamento para se verificar se vomita ou reage mal ao tratamento.
- Se o doente vomitar durante a 1ª hora após a ingestão dos comprimidos, deve-se repetir a dose, devendo receber o tratamento adicional.
- Se não for possível fazer observação durante a 1ª hora, deve-se instruir o doente e seus acompanhantes que se este vomitar durante a 1ª hora ou após a toma de qualquer das restantes doses, deverá voltar à Unidade Sanitária para receber tratamento adicional.
- Explique ao doente, ou à mãe da criança, os motivos porque deve tomar o medicamento e a importância de completar o tratamento.
- Explique a dose e como deve tomar o medicamento. Demonstre como fazer!

- Explique que os doentes devem voltar se a febre persistir 2 dias após o início do tratamento, se o seu estado piorar ou se tiverem sinais de doença grave.
- Em locais com laboratório é recomendado o controlo laboratorial ao 7º dia.
- Dê os comprimidos com água ou de preferência com leite para reduzir o risco de vómitos.
- Para as crianças deve-se esmagar os comprimidos porque elas são incapazes de engolir os comprimidos inteiros.
- É importante que os doentes sejam encorajados a tomar o AS + SP, e principalmente o AL, com alimentos.
- Os doentes devem ser instruídos a voltar à consulta para reavaliação, se continuam incapazes de tolerar alimentos no 3º dia de tratamento, com mal-estar ou febris. Estes casos deverão ser transferidos a uma Unidade Sanitária onde possam ser tratados com quinino.
- As crianças muito pequenas (com menos de 1 ano de idade ou com menos de 10 kg) devem ser imediatamente transferidas a uma Unidade Sanitária onde possam ser tratadas com quinino.
- As crianças com menos de 2 anos devem voltar à Unidade Sanitária para controlo no segundo dia de tratamento, porque estas podem agravar rapidamente.
- As mães devem continuar a amamentar e a alimentar as crianças durante o tratamento da malária.

O doente deve voltar à unidade sanitária se:

- Piorar
- Não se sentir melhor dentro de 24 horas
- Continuar com febre por mais de 3 dias
- Desenvolver qualquer outro sintoma, especialmente se ocorrer dentro de 6 semanas após o início do tratamento com Artesunato + SP ou Arteméter-Lumefantrina.
- Quando voltar à unidade sanitária deve recordar ao clínico que foi tratado, recentemente com um dos novos medicamentos da malária.

Aderência ao tratamento

É importante enfatizar que um tratamento completo de 3 dias é essencial para a cura, mesmo que o doente se sinta melhor antes de completar o tratamento.

Para que o tratamento seja eficaz, o doente deve tomar os medicamentos durante 3 dias, de acordo com as recomendações, mesmo que se sinta melhor.

A toma incorrecta dos medicamentos acarreta os seguintes riscos:

- Desenvolvimento de malária grave e complicada
- Recrudescência (reaparecimento da malária)
- Desenvolvimento de resistência aos medicamentos

- Aumento da transmissão da malária

Os profissionais de saúde deverão encontrar formas criativas para melhorar a aderência ao tratamento. As medidas para melhorar a aderência devem ser discutidas regularmente nas sessões clínicas e na formação contínua com o envolvimento dos líderes comunitários estudantes e professores.

De entre as medidas para melhorar a aderência ao tratamento encontram-se a educação do doente (ver ponto 8)

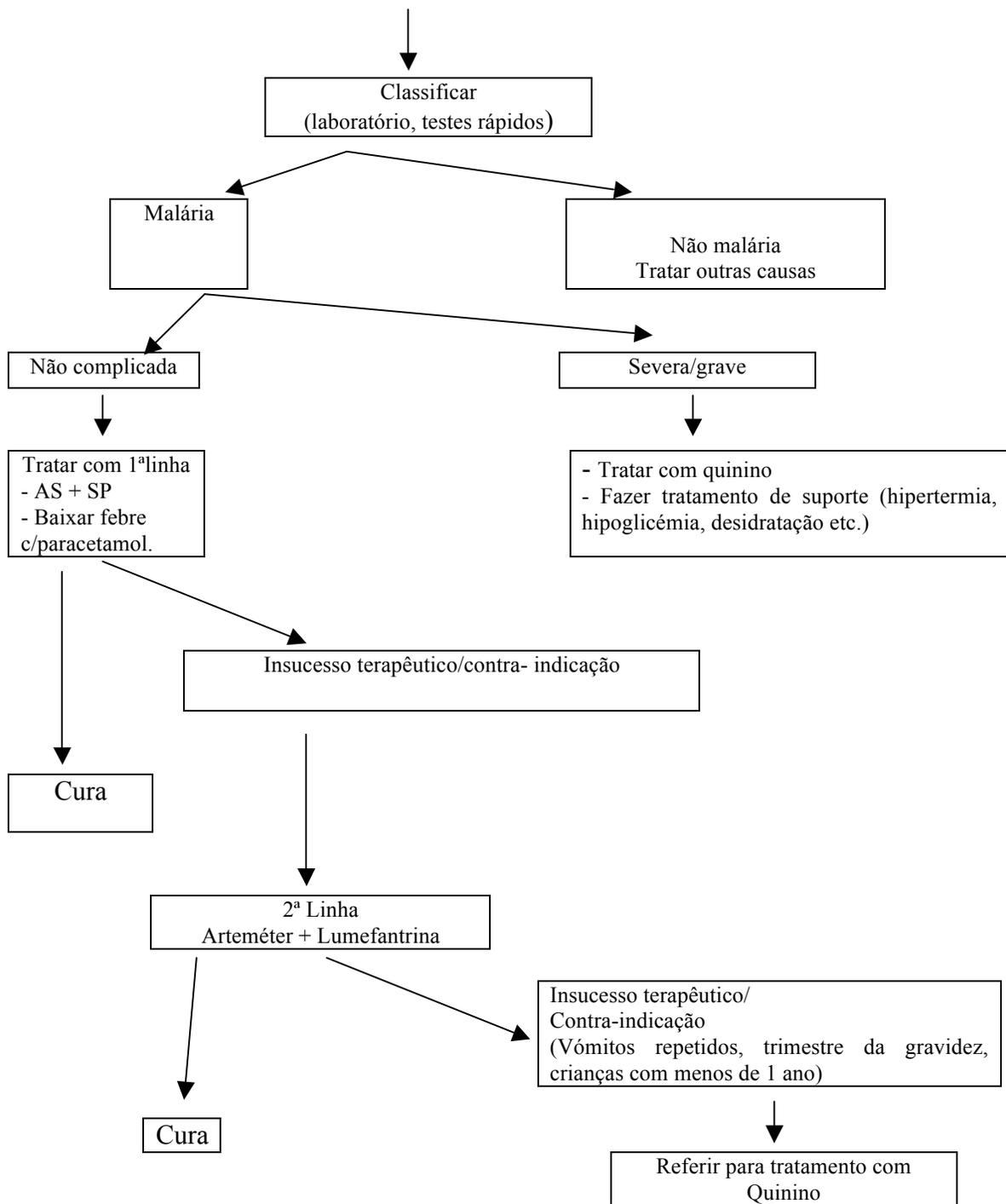
9. Resumo dos principais pontos contidos neste manual

- ARTESUNATO + SP (sulfadoxina-pirimetamina) é agora recomendado como medicamento de 1ª linha para o tratamento da malária não complicada em Moçambique.
- ARTEMÉTER-LUMEFANTRINA é agora recomendado como 2ª linha de tratamento da malária não complicada em Moçambique.
- Doentes com malária grave e aqueles que não respondem ao tratamento com ARTESUNATO + SP (ou ARTEMÉTER-LUMEFANTRINA) devem ser referidos a outra unidade sanitária para tratamento supervisionado com quinino.
- O quinino continua a ser recomendado para o tratamento da malária severa.
- O SP não deve ser usado isoladamente. Use sempre o SP em combinação com ARTESUNATO.
- Para se ter a certeza da cura, todos os doentes devem completar os 3 dias de tratamento com ARTESUNATO + SP ou ARTEMÉTER-LUMEFANTRINA, de acordo com o seu peso (ou idade, se o peso não é conhecido).
- A dose deve ser repetida em caso de vômito durante a 1ª hora após a deglutição dos comprimidos.
- Reacções adversas severas ou inesperadas devem ser reportadas ao CIMed usando a ficha de notificação de reacções adversas que estará disponível nas Unidades Sanitárias (ver anexo neste manual).
- O manejo adequado da malária deve incluir o tratamento da hipoglicémia, desidratação e febre, quando indicado.
- ARTESUNATO + SP está contra-indicado em crianças com menos de 5 meses e naqueles com história de alergia a qualquer sulfamida ou derivado de artemisinina (p.ex: Artesunato, arteméter, arteeter). Estes doentes devem completar os 7 dias de tratamento com quinino oral (10 mg/kg de 8 em 8 horas).

- O ARTEMÉTER-LUMEFANTRINA está contra-indicado em crianças com menos de 1 ano, naqueles com história de alergia a qualquer derivado de artemisinina (p.ex: Artesunato, arteméter, arteeter) e na mulher grávida. Estes doentes devem completar os 7 dias de tratamento com quinino oral (10 mg/kg de 8 em 8 horas).

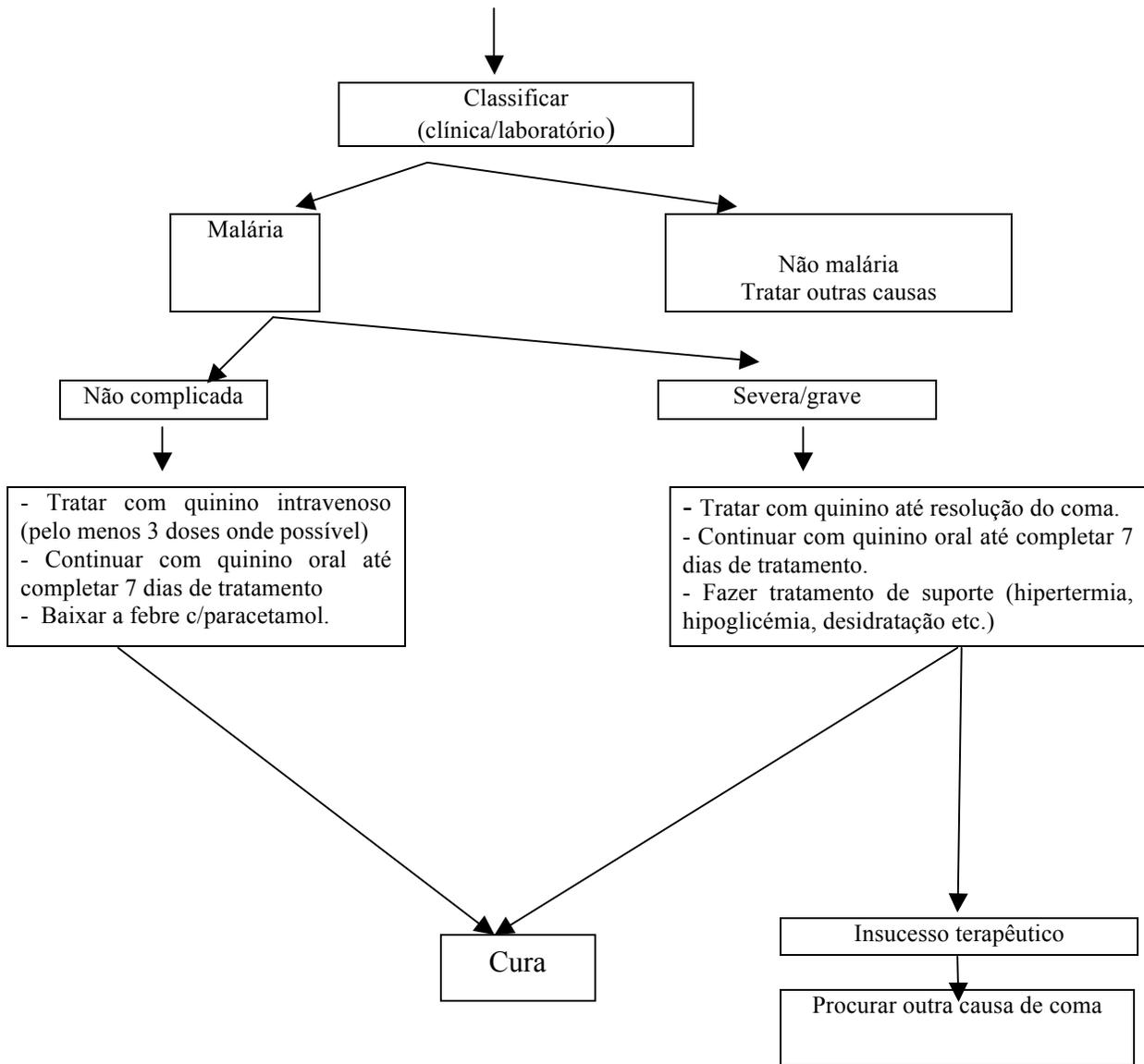
Fluxograma do manejo de casos de malária

Síndrome febril

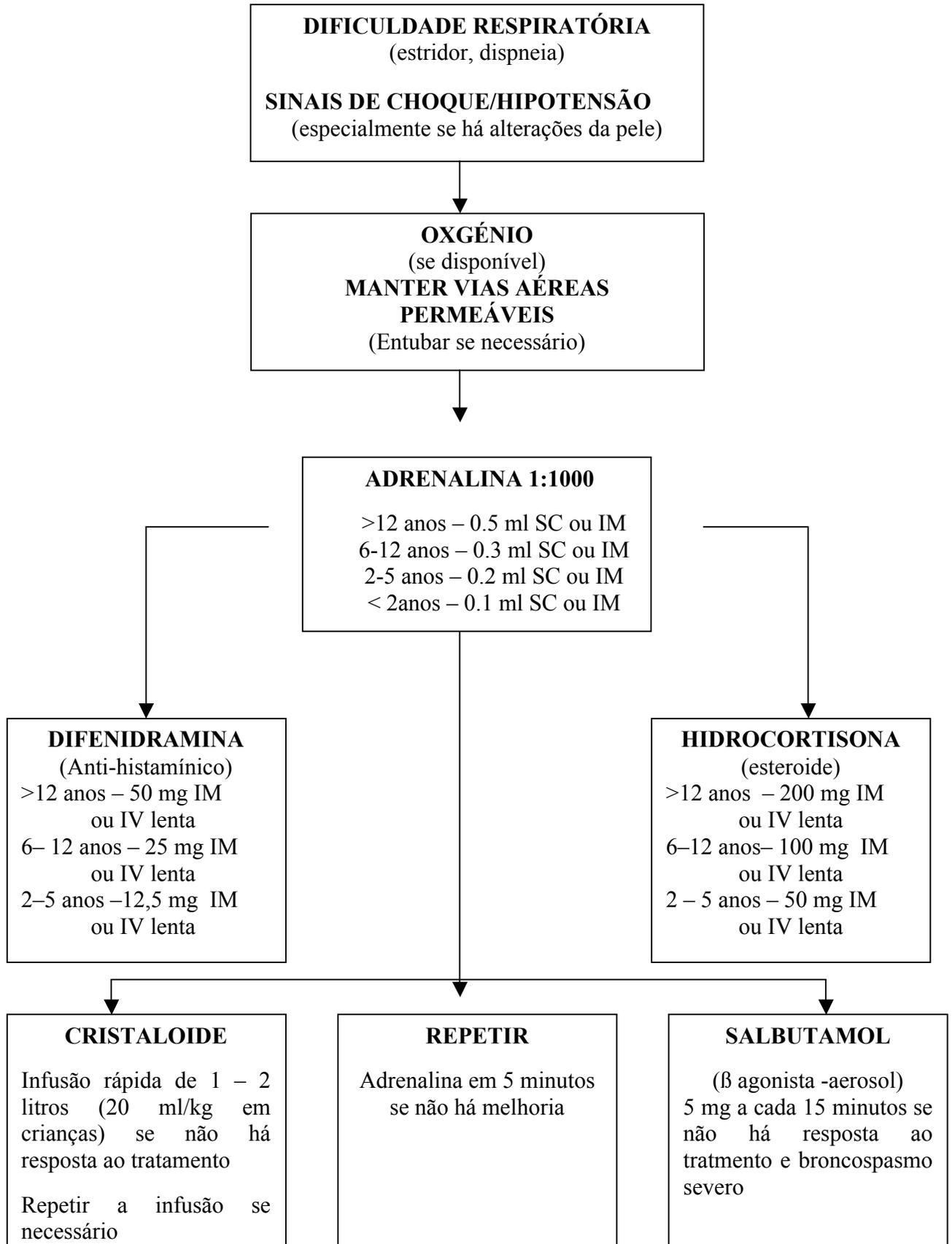


Fluxograma do manejo de casos de malária na gravidez

Síndrome febril



Fluxograma do manejo de casos de Reacções Anafilácticas





MINISTÉRIO DA SAÚDE
CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS
UNIDADE DE FARMACOVIGILÂNCIA
MOÇAMBIQUE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE REACÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS

Informação inicial

Informação complementar

Unidade Sanitária	Serviço	Localidade
H C Maputo	Serviço de Urgência e Reanimação	Maputo

Iniciais do doente	Idade	Sexo	Peso (kg)	Gestante?
AM	42 anos/meses/dias	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	57 Kg	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Breve descrição da reacção adversa

Dor abdominal localizada no epigastro, náuseas e fezes escuras

Data de início 06/07/2004

Duração: 9 dias/horas

Insira o (s) medicamento (s) por ordem de suspeita:

Nome comercial/genérico	Apresentação	Dose diária	Via	Início	Término	Indicação
Acido acetilsalicílico	Comp.500mg	1500 mg	Oral	01/07/04	10/07/04	Entorse do tornozelo
Diclofenac	Comp. 50mg	150mg	Oral	04/07/04	10/07/04	Entorse do tornozelo

Resultado da reacção adversa

Tratamento da reacção

- Risco de vida
 Motivou hospitalização
 Prolongou hospitalização
 Evento médico importante
 Malformação congénita

- Recuperou sem sequelas
 Recuperou com sequelas
 Não recuperou ainda
 Morte
 Desconhecido

- Suspendeu o medicamento
 Reduziu a dose
 Tratou a reacção com:
Transfusão de sangue (1 UI),
hidróxido de alumínio e
magnésio, omeprazol, sal ferroso
e acido fólico.

A reacção adversa desapareceu ou diminuiu após a suspensão ou redução da dose do medicamento?

Sim Não Não se aplica

A reacção adversa reapareceu após a reintrodução do medicamento?

Sim Não Não se aplica

Comentários (dados relevantes de anamnese, laboratório, alergias ou outro)

A doente não possui antecedentes de doença gástrica ou intestinal (gastrite, úlcera) e não faz outra medicação. A doente nega tratamento com medicação tradicional. A endoscopia revelou gastrite erosiva com sangramento

Nome do Notificador	Categoria profissional	Telefone/Fax	Data da notificação
Dr. Manuel Matola	Medico de Clínica geral	082 000 098	15 / 07/ 2004
E-mail: mm123 hotmail.com			

ESTA INFORMAÇÃO É CONFIDENCIAL

ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO

Tipo de relato

Assinale o campo **Informação inicial** quando for a primeira notificação do caso e **Informação complementar** se envia informação adicional ou complementar de um caso notificado anteriormente.

Identificação da Unidade Sanitária

Preencha o nome da Unidade Sanitária especificando o serviço onde o doente foi observado (consulta de pediatria, triagem de adultos, enfermaria de cirurgia, outro). Identifique a localidade de atendimento.

Identificação do paciente

Preencha os campos correspondentes a identificação do doente. Na idade do doente riscar o que não interessa. Ex: 12 anos/~~meses/dias~~. Tratando-se de uma doente, certifique se está grávida e assinale no campo **Gestante**. Na presença de algum dado de identificação que tenha interesse poderá apresentá-lo nos comentários (raça, naturalidade, outro).

Identificação da reacção adversa

Descreva brevemente a reacção adversa ocorrida. Preencha o campo correspondente à **Data de início** considerando a data de início da reacção adversa. Ao preencher a duração da reacção adversa especifique se se refere a dias ou horas.

Identificação do medicamento

Identifique todos medicamentos administrados em ordem de suspeita pelo Nome comercial/genérico, completando com as informações da apresentação, dose diária utilizada, via de administração, data de início e fim da administração. Na **indicação**, referir a razão que levou a prescrição de cada um dos medicamentos. Incluir os medicamentos de automedicação tomados nos três meses anteriores. Se suspeitar de má qualidade do medicamento (ausência de efeito, produto alterado, outro) indicar nos comentários o nome comercial do produto, fabricante, número de lote e a data de validade.

Recuperação

Assinale como foi a recuperação do doente e o resultado da reacção adversa. Assinale os campos referentes a **Suspensão** e **Reintrodução** do medicamento.

Identificação do notificador

Identifique o nome, a categoria profissional (médico pediatra, dentista, farmacêutico, técnico de medicina, técnico de farmácia, enfermeiro, outro), o Telefone ou Fax de contacto do notificador e a data da notificação, considerar esta a data de preenchimento da ficha.

As notificações devem ser enviadas por correio, fax ou email para o seguinte endereço:

**Centro de Informação sobre Medicamentos (CIMed)
Serviço de Farmacologia. Faculdade de Medicina-UEM.
Av Salvador Allende nº 702 R/c. Maputo. Moçambique.**

Fax: 32 52 55 Telefone: 42 80 76/32 52 27 Celular: 082 98 84 930

Email: cimed@health.uem.mz