

# Directrizes da OMS de 2016 sobre Cuidados Pré-natais

## Perguntas Frequentes (FAQ) sobre Malária na Gravidez

Março de 2018

[www.mcsprogram.org](http://www.mcsprogram.org)

### Introdução

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou as *Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez* que definem um novo conjunto de directrizes globais baseadas em provas sobre conteúdos recomendados e consultas programadas de cuidados pré-natais (CPN). Estas recomendações constituem o primeiro conjunto de directrizes de CPN criadas ao abrigo do processo de desenvolvimento das directrizes clínicas actualmente aprovadas pela OMS.

As directrizes de CPN de 2016 incluem uma nova recomendação significativa de que as grávidas têm oito contactos com o sistema de saúde durante cada gravidez. Consoante o contexto nacional, a definição de “contacto” poderá incluir o modelo mais familiar de consultas de CPN numa clínica, bem como cuidados CPN e/ou sessões de aconselhamento para grávidas em casa ou a nível da comunidade. A OMS, a Roll Back Malaria – Grupo de Trabalho Malária na Gravidez e o Programa de Saúde Materno-Infantil (MCSP) desenvolveram um resumo destas directrizes e as implicações da prestação de tratamento intermitente preventivo (TIP) da malária na gravidez com sulfadoxina-pirimetamina (SP), *Implementação de Programas de Malária na Gravidez no Contexto das Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez da Organização Mundial de Saúde* (OMS 2017). A Tabela 1 compara os calendários dos contactos do modelo de consulta anteriormente recomendado em modelos de visita focadas de CPN (CPNF) e o novo modelo de CPN recentemente recomendado. A OMS e os parceiros recomendam que os países considerem adicionar uma consulta entre as 13 e as 16 semanas para garantir o fornecimento precoce e uma óptima cobertura de TIP-SP.

**Tabela 1. Calendário de contacto de CPN recomendado pela ONU**

Modelo CPNF OMS	Modelo CPN OMS 2016
<i>Primeiro trimestre</i>	
Visita 1: 8-12 semanas	Contacto 1: até às 12 semanas
<i>Segundo trimestre</i>	
Visita 2: 24-26 semanas	Contacto 2: 20 semanas Contacto 3: 26 semanas
<i>Terceiro trimestre</i>	
Visita 3: 32 semanas	Contacto 4: 30 semanas Contacto 5: 34 semanas
Visita 4: 36-38 semanas	Contacto 6: 36 semanas Contacto 7: 38 semanas Contacto 8: 40 semanas
Regressar para o parto às 41 semanas se ainda não tiver dado à luz.	

Estas FAQ abordam as perguntas mais frequentes sobre a implementação dos programas de TIP no contexto das recomendações de CPN de 2016, bem como lembretes sobre as considerações técnicas dos programas de TIP. Os leitores devem também consultar os principais documentos subjacentes, especificamente as Directrizes da OMS para o Tratamento da Malária, terceira edição (OMS 2015a) e o *Resumo de políticas da OMS para a implementação do tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez com sulfadoxina-pirimetamina (TIP-SP)* (OMS 2014). Além da TIP, as grávidas devem ser encorajadas a dormir debaixo de uma rede para mosquitos impregnada com insecticida (REMILD) todas as noites.

## Perguntas e Respostas Frequentes

### PI. A OMS refere agora “contactar” em vez de “consultar”. O que significa esta diferença de terminologia?

R1. As recomendações usam “contacto” em vez de “consulta” para implicar uma ligação activa entre uma grávida e o prestador de cuidados de saúde que não esteja implícita na palavra “consulta”. Ao implementar esta recomendação, **“contacto” pode ser adaptado aos contextos locais através de programas comunitários de sensibilização e de envolvimento de trabalhadores leigos da área da saúde** (OMS 2016). Ao abrigo das novas recomendações, uma consulta de rotina de CPN é considerada um contacto.

### P2. A OMS recomenda oito contactos de CPN, embora muitos países africanos ainda lutem para conseguir alcançar uma alta cobertura das quatro consultas de CPN. De que forma podemos ultrapassar as barreiras para alcançar este novo padrão?

R2. **Foco na abordagem das barreiras que possam causar impacto.** Por exemplo, os clínicos devem aconselhar as mulheres quanto à importância de irem a todos os contactos previstos e ajudá-las a marcar CPN em clínicas. Ao nível da comunidade, os trabalhadores comunitários da área da saúde devem destacar a importância de receber CPN assim que possível durante a gravidez, comunicar as barreiras ao longo do sistema de saúde por forma a facilitar a atenção dos sistemas de saúde para essas questões e encorajar os oito contactos de CPN nas mensagens aos membros da comunidade. Este destaque pode ser dado garantindo que os relatórios sejam enviados atempadamente, reabastecendo as clínicas de CPN com SP com qualidade garantida e outros produtos de CPN, bem como garantindo o efectivo apropriado para prestar o número recomendado de contactos de CPN. **Não se esqueça de que a experiência dos cuidados têm um papel significativo na motivação de uma mulher em frequentar CPN; os esforços para prestar cuidados respeitosos e reduzir o desrespeito e o abuso em cenários de cuidados de saúde pode melhorar grandemente o recurso e a assiduidade aos CPN.** Além disso, os CPN devem ser baseados em provas e abordar as informações e as necessidades de aconselhamento das mulheres. Períodos de espera mais curtos, ênfase sobre os benefícios de contactos de CPN baseados nas comunidades e nas clínicas e uma melhor comunicação com os clientes sobre os dias e horas dos CPN podem também fomentar o sentido das mulheres de que o tempo e o esforço é bem gasto no acesso aos serviços de CPN.

### P3. De que forma é que os contactos de CPN sugeridos se encaixam nos períodos recomendados de TIP-SP?

R3. O calendário dos oito contactos definidos nas recomendações de CPN de 2016 da OMS (Tabela 1) destina-se a ser adaptado aos contextos nacionais e regionais quando adoptado a nível nacional. Como tal, os países podem modificar os contactos previstos por forma a cumprirem as exigências contextuais e os calendários das intervenções através da plataforma de CPN. Para evitar as consequências negativas irreversíveis da malária durante a gravidez, é importante encorajar as grávidas a dormir debaixo de uma REMILD durante toda a gravidez e a começar um regime de TIP assim que possível no segundo trimestre. Como o período entre as 13 e as 20 semanas é crítico, pois é quando a placenta se está a formar e a densidade de parasitas é mais elevada, a OMS e os parceiros recomendam que os esforços de prevenção da malária sejam iniciados às 13 semanas para se alcançar um maior benefício. Para um máximo impacto, as grávidas

devem contactar um prestador de serviços de saúde entre as 13 e as 16 semanas de gestação para garantir o acesso atempado à primeira dose de TIP. Idealmente, receberão uma segunda dose de SP um mês depois para cobrir este período crítico. O exemplo de contacto na Tabela 2 representa o tempo recomendado de cada dose de TIP. Quaisquer revisões às directrizes de CPN nacionais devem incluir disposições para promover a frequência precoce de CPN por forma a garantir que as mulheres completem os contactos recomendados durante a gravidez.

**Tabela 2. Calendário de contacto de CPN recomendado pela ONU que inclui contacto de iniciação precoce de TIP#**

Tempo de Contacto	Dose	Intervenções e Considerações relacionadas com malária na gravidez durante os Contactos de ANC
1. Até às 12 semanas		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar as grávidas, fornecer REMILD e aconselhar sobre a utilização das mesmas.</li> <li>• Fazer o teste de VIH.</li> <li>• Administrar 30 a 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico diariamente. Estes suplementos devem ser dados assim que possível na gravidez e continuar até ao fim da gravidez.</li> <li>• <b>Aconselhar a regressar para uma consulta entre as 13 a 16 semanas (vide contacto 1a abaixo) para receber a primeira dose de TIP-SP (conforme instruções das directrizes nacionais).*</b></li> <li>• Aconselhamento sobre diagnóstico imediato e tratamento eficaz/gestão de caso de malária durante a gravidez.</li> </ul>
13–16 semanas	<b>Dose 1 TIP-SP (contacto adicional)</b>	
2. 20 semanas	Dose 2 TIP-SP	<p>A não esquecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não administrar TIP-SP antes da 13ª semana de gravidez.</li> <li>• Administrar a primeira dose de TIP-SP <b>assim que possível no segundo trimestre</b> para beneficiar totalmente da capacidade protectora neste período crítico da gravidez. †</li> <li>• <b>Administrar a segunda dose de TIP-SP um mês depois.</b></li> <li>• Administrar as seguintes doses de TIP-SP a partir do contacto marcado para as 20 semanas, <b>respeitando intervalos de pelo menos um mês entre doses de SP.</b></li> <li>• A SP pode ser administrada <b>de forma segura</b> desde o início do segundo trimestre até ao momento do parto.</li> <li>• Uma dose completa de TIP-SP consiste em 1500 mg/75 mg de SP (ou seja, três comprimidos de 500 mg/25 mg SP).</li> <li>• Dar TIP-SP através de tratamento directamente observado.</li> <li>• As grávidas que tomam cotrimoxazol não devem receber TIP-SP devido a um risco aumentado de acontecimentos indesejáveis quando ambos os fármacos são dados em paralelo.</li> <li>• Continuar a administrar 30 a 60 mg de ferro elementar e 400 mcg (0,4 mg) de ácido fólico.</li> <li>• Continuar aconselhamento como acima.</li> </ul>
3. 26 semanas	Dose 3 TIP-SP	
4. 30 semanas	Dose 4 TIP-SP	
5. 34 semanas	Dose 5 TIP-SP	
6. 36 semanas	Nenhuma dose de SP (se a última dose tiver sido recebida há menos de um mês)	
7. 38 semanas	Dose 6 TIP-SP (se não tiver recebido qualquer dose no mês anterior)	
8. 40 semanas		

As grávidas devem receber intervenções de malária na gravidez conforme apropriado, mesmo quando vêm em semanas não designadas no horário de contacto.

Apesar dos efeitos secundários conhecidos associados às sulfonamidas, a SP para o IP é geralmente muito bem tolerada. Algumas mulheres comunicaram efeitos secundários ligeiros e transitórios incluindo náusea, vômitos, fraqueza e tonturas, particularmente com a primeira dose de SP. Os estudos têm demonstrado que os efeitos secundários tendem a diminuir com a administração de mais doses (Clerk et al. 2008, Tagbor et al. 2006). Os efeitos secundários devem ser discutidos abertamente e geridos na clínica de CPN.

# Este calendário é uma adaptação sugerida do calendário de CPN da OMS para países que implementam o TIP; a formação deve destacar que as mulheres com consultas fora do calendário devem ser atendidas devidamente, e que o intervalo, não as semanas específicas, é o período mais crítico

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

† As grávidas devem receber a primeira dose de TIP-SP assim que possível no início do segundo trimestre, definido às 13 semanas de gestação (ou seja, 12 semanas completas ou 13 semanas e 0 dias).

#### P4. Espera-se que todos os contactos ocorram na clínica ou o contacto a nível da comunidade está igualmente incluído?

R4. Isto depende das políticas e dos recursos disponíveis de cada país, especialmente das estruturas de saúde comunitárias existentes. Os contactos ao nível da comunidade podem ser feitos sob a forma de sensibilização por prestadores de cuidados das instalações e envolvimento frente a frente por parte do profissional de saúde nas actividades de promoção da saúde com foco na frequência precoce dos CPN, em comportamentos saudáveis positivos na gravidez e nos benefícios do nascimento numa instalação de saúde. A disponibilização de intervenções recomendadas (incluindo suplementação de ferro e ácido fólico, TIP-SP e MTT) a nível comunitário dependerá da capacidade do profissional de saúde e das políticas nacionais. Informações adicionais poderão ser encontradas “Tabela 2: O modelo de CPN de 2016 da OMS para uma experiência da gravidez positiva: recomendações mapeadas para oito contactos de CPN marcados” nas recomendações da OMS (OMS 2016, p. 108).

#### P5. Se o TIP é dado aos níveis comunitário e da unidade de saúde, que medidas podem ser tomadas para garantir o registo de CPN da unidade sanitária para fins de comunicação?

R5. Alguns países estão actualmente a implementar o fornecimento de TIP ao nível comunitário além da prestação de CPN. As provas destes países ajudarão a determinar se esta abordagem aumentará a cobertura do TIP sem diminuir os CPN. Para os países que considerem esta abordagem, **os prestadores de serviços que fazem sensibilização a nível comunitário devem anotar no cartão de CPN da mulher quaisquer cuidados ou medicamentos**, incluindo a idade gestacional estimada no momento da intervenção, e incluir estas informações em relatórios de rotina a introduzir nos registos clínicos da instalação. Na medida do possível, as partes interessadas devem permanecer envolvidas em processos periódicos de actualização dos sistemas de informação da saúde que consigam captar intervenções de MNG por forma a garantir a inclusão de intervenções tanto a nível da instalação como a nível comunitário.

## P6. A OMS recomenda o TIP nos países da África Subariana com transmissão moderada a elevada. Será que os países que reduzem a transmissão para níveis baixos em resultado de estratégias de controlo bem-sucedidas devem interromper o TIP?

R6. **O nível máximo de transmissão da malária abaixo do qual o TIP já não é rentável ainda não foi identificado.** Por conseguinte, em áreas onde o TIP foi implementado e as estratégias de controlo reduziram com sucesso a transmissão para níveis baixos, a OMS recomenda a continuação do TIP até a área abordar a interrupção da transmissão (OMS 2015b). Devido às flutuações naturais na incidência da malária de ano para ano, ao custo baixo do TIP e aos desafios operacionais da reintrodução do TIP após a remoção, os países devem continuar a fornecer TIP até haver informação disponível que apoie directrizes mais específicas (OMS 2014).

## P7. O que se recomenda para os países africanos que têm resistência à SP e continuam a ser alta e moderadamente endémicos em termos de malária?

R7. **A SP é o único medicamento actualmente recomendado para o TIP**, e é recomendada mesmo em áreas com alto nível de resistência à SP. O TIP-SP é altamente eficaz em termos de custos na prevenção das consequências adversas da malária na mãe e no feto e continua a ser eficaz em áreas onde os haplótipos mutantes quintuplos de *Plasmodium falciparum* à SP são altamente prevalentes (OMS 2015b). Embora as medicinas alternativas estejam a ser investigadas, nenhuma provou ainda ser superior à SP (Desai et al. 2015, Kakuru et al. 2016). Outras investigações nesta área continuam a ser feitas, sobretudo relativamente ao impacto das mutações sêxtuplas.

## P8. Muitas mulheres que vêm aos CPN já estão infectadas com malária. O rastreio à infecção é recomendado no primeiro contacto para que um medicamento totalmente eficaz possa ser dado para limpar a parasitemia?

R8. Como o **rastreio intermitente e o tratamento ainda não demonstraram ser superiores à TIP-SP**, e não têm havido estudos a avaliar os benefícios acrescentados do rastreio na primeira consulta pré-natal em conjunto com o TIP-SP, a OMS não recomenda actualmente o rastreio assintomático às grávidas (OMS 2015b). Contudo, alguns países têm políticas que defendem o rastreio da malária nos primeiros CPN, particularmente no Sudeste Asiático em que o TIP ainda não foi implementado. Em sintonia com o pacote de intervenção recomendado pela OMS em três fases (OMS 2014), todos os presumíveis casos de malária entre as mulheres que procuram CPN devem ser prontamente testados, e os que forem confirmados através de um teste de diagnóstico rápido (TDR) ou por microscopia devem ser tratados com um medicamento eficaz contra a malária em conformidade com as políticas e directrizes nacionais.

Nas áreas com haplótipos mutantes sêxtuplos de *P. falciparum*, observou-se um menor peso à nascença. Nestas áreas, uma estratégia potencial, que requer implementação, será fazer um único rastreio através de TDR e tratamento com terapia combinada à base de Artemisina (ACT) na primeira consulta de CPN, além do fornecimento continuado de TIP-SP (OMS 2015b).

## P9. Que dose de ácido fólico pode ser administrada juntamente com o TIP?

R9. Os requisitos de ácido fólico aumentam na gravidez devido à rápida divisão de células no feto e às elevadas perdas urinárias. **A OMS recomenda suplementos de ferro e ácido fólico nas grávidas com uma dose de 30-60 mg de ferro elementar e 0,4 mg de ácido fólico diariamente.** Devem ser envidados todos os esforços no sentido de garantir que uma dose baixa de ácido (0,4 mg ou 400 microgramas) esteja disponível e seja fornecida como parte dos CPN de rotina (OMS 2014), uma vez que esta dose não interfere com o efeito do medicamento de SP contra a malária e pode ser dado em simultâneo com o TIP. Em determinados países, o ácido fólico é fabricado em comprimidos de 5 mg. Embora esta dose possa ser

necessária para indicações médicas especiais, as doses de ácido fólico de, ou acima de, 5 mg não devem ser dadas juntamente com a SP, uma vez que neutralizam a eficácia do SP contra a malária.

Mais informações encontram-se disponíveis no resumo do programa MCSP *Controlar a Anemia e a Malária Maternas* (MCSP 2015).

## PI0. Qual a recomendação de SP em grávidas que têm anemia falciforme e já tomam uma dose elevada de ácido fólico?

R10. O termo “Anemia Falciforme” (AF) descreve um grupo de distúrbios hereditários dos glóbulos vermelhos. A gravidez pode agravar as manifestações da AF e a AF pode agravar as consequências da gravidez. Um suplemento diário de ácido fólico (1 mg ou uma dose oral de 5 mg) é frequentemente prescrito às mulheres com AF antes e durante a gravidez para as ajudar a repor as reservas perdidas devido à hemólise (destruição de glóbulos vermelhos) provocada pela AF.

A prevenção da malária é importante para as pessoas com AF, uma vez que a malária pode desencadear anemia falciforme. Contudo, regimes elevados de doses de ácido fólico (5 mg diárias) podem diminuir a eficácia do TIP-SP. Infelizmente, não existe consenso global quanto ao melhor regime para a profilaxia da malária ou os suplementos de ácido fólico para grávidas com AF em áreas com transmissão da malária moderada a elevada, devido a uma falta de investigação. Contudo, **as doses diárias de ácido fólico de 1 mg não mostraram interferir com a eficácia da SP**. Por conseguinte, poder-se-á argumentar a favor da utilização de 1 mg de ácido fólico diariamente em mulheres com AF (Mbaye et al. 2006). Como estas mulheres têm um risco mais elevado de complicações na gravidez, devem ter acesso a cuidados de especialidade de obstetrícia e hematologia, se disponíveis, para que os especialistas possam tomar decisões clínicas que considerem os riscos e as necessidades de cuidados clínicos de cada mulher. As grávidas com AF devem ser encorajadas a dormir debaixo de uma REMILD todas as noites.

## Referências

- Clerk CA, Bruce J, Affipunguh PK, Mensah N, Hodgson A, Greenwood B, Chandramohan D. 2008. Um ensaio aleatório e controlado de tratamento preventivo intermitente com sulfadoxina-pirimetamina, amodiaquina ou a combinação dos dois em mulheres grávidas no Gana. *J Infect Dis.* 198(8):1202–1211.
- Desai M, Gutman J, L'lanziva A, et al. 2015. Rastreamento e tratamento intermitentes ou tratamento preventivo intermitente com diidroartemisinina-piperaquina versus tratamento preventivo intermitente com sulfadoxina-pirimetamina para o controle da malária durante a gravidez no Quênia ocidental: um ensaio de superioridade aberto de três grupos, aleatório e controlado. *Lancet.* 386(10012):2507–2519. doi:10.1016/S0140-6736(15)00310-4.
- Kakuru A, Jagannathan P, Muhindo MK, et al. 2016. diidroartemisinina-piperaquina para a prevenção da malária na gravidez. *N Eng J Med.* 374:928–939. doi:10.1056/NEJMoa1509150.
- Programa de Saúde Materna e Infantil (MCSP). 2015. *Controlar a Anemia e a Malária Maternas*. Washington, DC: MCSP.
- Mbaye A, Richardson K, Balajo B, et al. 2006. Falta de inibição da ação contra a malária da sulfadoxina-pirimetamina por parte dos suplementos de ácido fólico quando utilizados para o tratamento preventivo intermitente nas primigestas gambianas. *Am J Trop Med Hyg.* 74(6):960–964.
- Tagbor H, Bruce J, Browne E, Randal A, Greenwood B, Chandramohan D. 2006. Eficácia, segurança e tolerabilidade de amodiaquina e da sulfadoxina-pirimetamina utilizadas sozinhas ou em combinação para o tratamento da malária na gravidez: um ensaio aleatório. *Lancet.* 368(9544):1349–1356.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). 2014. Resumo de políticas da OMS para a implementação do tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez com sulfadoxina-pirimetamina (TIP-SP). Genebra, Suíça: OMS (Janeiro). <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/iptp-sp-updated-policy-brief-24jan2014.pdf?ua=1>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). 2015a. *Directrizes para o tratamento da malária*. 3ª ed., Genebra, Suíça: OMS. <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). 2015b. *Rastreamento e tratamento intermitente na Gravidez e a Segurança de ACT no Primeiro Trimestre*. Genebra, Suíça: OMS (Novembro).
- Organização Mundial de Saúde (OMS). 2016. *Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez da OMS*. Genebra, Suíça: OMS.
- OMS. 2017. *Implementação de Programas de Malária na Gravidez no Contexto das Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez da Organização Mundial de Saúde*. Genebra, Suíça. OMS. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/implementing-malaria-pregnancy-programmes-brief/en/>.

Este resumo foi possibilitado pela USAID e pelo Programa de Sobrevivência Materna e Infantil e não reflecte as opiniões da USAID nem do Governo dos Estados Unidos.