



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 diagnóstico 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-dietilmetatoluidina) que deve ser aplicado nas áreas expostas do corpo seguindo a orientação do fabricante. 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 três vezes ao dia, evitando-se o uso prolongado.**

6. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOSES

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 24 horas, 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. vivax*. 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 >41°C), convulsão, hiperparasitemia maior que 200.000/mm³, 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**.



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

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.



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

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
CRMES 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



ANEXO I

Tabela 2 – Tratamento das infecções pelo *P. vivax*, ou *P. ovale* com cloroquina em 3 dias e primaquina em 14 dias (esquema longo)

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

- 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 (nesses casos usar a Tabela 3).
 - Se surgir icterícia, suspender a primaquina.
 - Se o paciente tiver mais de 70 kg, ajustar a dose de primaquina (Quadro 3).



Quadro 3 – 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 de administração (dias)	
		Esquema longo (15 mg/dia)	Esquema curto (30 mg/dia)
70-79	240	16	8
80-89	272	18	9
90-99	304	20	10
100-109	336	22	11
110-120	368	24	12

Tabela 3 – Tratamento das infecções pelo *P. malariae* para todas as idades e das infecções por *P. vivax* ou *P. ovale* em gestantes e crianças com menos de 6 meses, com cloroquina em 3 dias

Idade/ Peso	Número de comprimidos por dia		
	Cloroquina		
	1º dia	2º dia	3º dia
< 6 meses 1-4 kg	1/4	1/4	1/4
6-11 meses 5-9 kg	1/2	1/4	1/4
1-3 anos 10-14 kg	1	1/2	1/2
4-8 anos 15-24 kg	1	1	1
9-11 anos 25-34 kg	2	2	2
12-14 anos 35-49 kg	3	2	2
≥ 15 anos ≥ 50 kg	4	3	3

- Cloroquina: comprimidos de 150 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.



Tabela 5 – 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 15mg	Artemeter + Lumefantrina				
6m-2 anos 5-14 kg	1	1/2	1	1	1	1	
3-8 anos 15-24 kg	2	1	2	2	2	2	
9-14 anos 25-34 kg	3	1 e 1/2	3	3	3	3	
≥ 15 anos ≥ 35 kg	4	3	4	4	4	4	

- Comprimido: 20 mg de artemeter e 120 mg de lumefantrina; Primaquina: comprimidos de 15 mg.
- 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 junto com alimentos.
- Não administrar a gestantes durante o primeiro trimestre de gravidez, nem crianças menores de 6 meses (nesses casos, usar a Tabela 9)
- A dose de primaquina não é necessária quando o paciente não reside, ou permanece, em área de transmissão.



Tabela 6 – Tratamento das infecções por *Plasmodium falciparum* com a combinação fixa de artesunato+mefloquina em 3 dias e primaquina em dose única

Idade/ Peso	Número de comprimidos por dia						
	1º dia			2º dia		3º dia	
	Artesunato + Mefloquina		Primaquina comp 15mg	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	

- Comprimido infantil: 25 mg de artesunato e 50 mg de mefloquina; adulto: 100 mg de artesunato e 200 mg de mefloquina; Primaquina: comprimidos de 15 mg.
- 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 junto com alimentos.
- Não administrar a gestantes durante o primeiro trimestre de gravidez, nem crianças menores de 6 meses (nesses casos, usar a Tabela 9).
- A dose de primaquina não é necessária quando o paciente não reside, ou permanece, em área de transmissão.



Tabela 9 – 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)

* A clindamicina não deve ser usada para crianças com menos de um mês. Nesse caso, administrar quinina na dose de 10mg de sal/kg a cada 8 horas, até completar um 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.



Tabela 11 – Esquemas recomendados para o tratamento da malária grave e complicada pelo *Plasmodium falciparum* e pelo *Plasmodium vivax*, em todas as faixas etárias

<p>Artesunato¹: 2,4 mg/kg (dose de ataque) por via endovenosa, seguida de 1,2 mg/kg administrados após 12 e 24 horas da dose de ataque. Em seguida, manter uma dose diária de 1,2 mg/kg durante 6 dias. Se o paciente estiver em condições de deglutir, a dose diária pode ser administrada em comprimidos, por via oral.</p>	<p>Clindamicina: 20 mg/kg/dia, dividida em 3 doses diárias, por 7 dias. Cada dose deverá ser diluída em solução glicosada a 5% (1,5 ml/kg de peso) e infundida gota a gota em 1 hora. Se o paciente estiver em condições de deglutir, a dose diária pode ser administrada em comprimidos, por via oral, de acordo com a Tabela 9.</p>
<p>Não indicado para gestantes no 1º trimestre</p>	



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

Tabela 2. Drogas antimaláricas utilizadas para quimioprofilaxia em viajantes

Nome genérico	Posologia	Duração da QPX	
Doxiciclina (100mg/cp)	1,5mg sal/kg/dose Dose adulto: 100mg/dia	Iniciar 1 dia antes da viagem e manter até 4 semanas após o retorno.	
Mefloquina* (250mg/cp)	5 mg/kg/ semana Dose adulto: 250mg/semana	Iniciar pelo menos 1 semana* (preferencialmente 2 a 3 semanas) antes da viagem e manter até 4 semanas após o retorno.	
Cloroquina** (150mgde cloroquina base/cp)	Dose adulto: 300mg/semana ou 600mg/semana divididas em 100mg/dia durante 6 dias da semana	Iniciar 1 semana antes da viagem e manter até 4 semanas após o retorno.	
Atovaquona/ Proguanil*** (Infantil: 62,5 mg + 25mg/cp) (Adulto: 250mg + 100mg/cp)	Dose adulto: 11-20Kg: 1 cp infantil/dia 21-30Kg: 2cp infantil/dia 31-40Kg: 3cps infantil/dia >40Kg: 1cp adulto/dia	Iniciar 1 dia antes da viagem e manter até 7 dias após o retorno.	

cp= comprimido.

*A profilaxia com mefloquina pode ser iniciada uma semana antes da viagem, porém em virtude dos eventos adversos graves ocorrerem habitualmente até a terceira dose, sugere-se iniciar três semanas antes da viagem a fim de monitorá-los. Alternativamente, pode-se utilizar mefloquina na dose de ataque de 750mg dose única e iniciar o esquema com 250mg semanal.

**A cloroquina é indicada apenas para regiões onde o *P. falciparum* é sensível à cloroquina (atualmente Haiti e República Dominicana).

*** Não disponível no Brasil.

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2006).

