

MALÁRIA

CID 10: B50 a B54

ASSESSORIA TÉCNICA DE MALÁRIA E TRACOMA

RESPONSÁVEIS: Marco Aurélio de Oliveira Martins

Maria da Penha Epaminondas

Neusa Aparecida Ferreira Alves Bernardes

Vanuza Alves Soares

CARACTERÍSTICAS GERAIS

DESCRIÇÃO

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, cujos agentes etiológicos são protozoários transmitidos por vetores. Reveste-se de importância epidemiológica, atualmente, pela sua elevada incidência na região Amazônica e potencial gravidade clínica. Causa consideráveis perdas sociais e econômicas na população sob risco, principalmente àquela que vive em condições precárias de habitação e saneamento.

AGENTE ETIOLÓGICO

Cinco espécies de protozoários do gênero *Plasmodium* podem causar a malária humana: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* e *P. knowlesi*. No Brasil, três espécies estão associadas à malária em seres humanos: *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*, sendo as infecções por *P. vivax* predominantes, seguido das infecções por *P. falciparum*, a forma mais grave. Em relação ao *P. ovale*, nunca foi registrada transmissão autóctone no Brasil estando restrita a determinadas regiões do continente africano e a casos importados de malária no Brasil. O *P. knowlesi* ocorre apenas no Sudeste Asiático.

RESERVATÓRIO

O homem é o único reservatório com importância epidemiológica para a malária.

MODO DE TRANSMISSÃO

Ocorre por meio da picada das fêmeas do mosquito *Anopheles*, quando infectados por *Plasmodium spp.* Ao picar uma pessoa infectada, os plasmódios circulantes no sangue humano, na fase de gametócitos, são sugados pelo mosquito, que atua como hospedeiro principal e permite o desenvolvimento do parasito gerando esporozoítos no chamado ciclo esporogônico. Por sua vez, os esporozoítos são transmitidos aos humanos pela saliva do mosquito no momento das picadas seguintes. O ciclo do parasito dentro do mosquito tem duração variada conforme as espécies

envolvidas, com duração média de 12 a 18 dias, sendo, em geral, mais longo para *P. falciparum* do que para *P. vivax*.

O risco de transmissão depende do horário de atividade do vetor. Os vetores são abundantes nos horários crepusculares, ao entardecer e ao amanhecer. Todavia, são encontrados picando durante todo o período noturno, porém em menor quantidade em algumas horas da noite. O horário em que há maior abundância de mosquitos varia de acordo com cada espécie, nas diferentes regiões e ao longo do ano.

Não há transmissão direta da doença de pessoa a pessoa. Outras formas de transmissão, tais como por transfusão sanguínea, compartilhamento de agulhas contaminadas ou transmissão congênita também podem ocorrer, mas são raras.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação da malária varia de acordo com a espécie de plasmódio. Para *P. falciparum*, de 8 a 12 dias; *P. vivax*, 13 a 17; e *P. malariae*, 18 a 30 dias.

PERÍODO DE LATÊNCIA

Nas infecções por *P. vivax* e *P. ovale*, alguns esporozoítos originam formas evolutivas do parasito denominadas hipnozoítos que podem permanecer em estado de latência no fígado. Estes hipnozoítos são responsáveis pelas recaídas da doença, que ocorrem após períodos variáveis, em geral dentro de 3 a 9 semanas após o tratamento para a maioria das cepas de *P. vivax*, quando falha o tratamento radical (tratamento das formas sanguíneas e dos hipnozoítos).

PERÍODO DE TRANSMISSÃO

O mosquito é infectado ao sugar o sangue de uma pessoa com gametócitos circulantes. Os gametócitos surgem na corrente sanguínea, em período, a partir do início dos sintomas, que varia de poucas horas para o *P. vivax* e de 7 a 12 dias para o *P. falciparum*. Caso não seja adequadamente tratado, o indivíduo pode ser fonte de infecção por até 1 ano para malária por *P. falciparum*; até 3 anos para *P. vivax*; e por mais de 3 anos para *P. malariae*.

DEFINIÇÃO DE CASO

SUSPEITO

Área endêmica – toda pessoa que apresente quadro febril, seja residente ou tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas.

Área não-endêmica – toda pessoa procedente de área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e apresente quadro de paroxismo febril com os seguintes sintomas: calafrios, tremores generalizados, cansaço, mialgia.

CONFIRMADO

Critério clínico-laboratorial – toda pessoa cuja presença de parasito no sangue, sua espécie e parasitemia tenham sido identificadas através de exame laboratorial.

DESCARTADO

Caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo para malária.

OBS: Deve ser classificada como LVC (lâmina de verificação de cura) todos os exames de microscopia (gota espessa e esfregaço) realizados durante e após tratamento recente, em paciente previamente diagnosticado para malária, por busca ativa ou passiva.

NOTIFICAÇÃO

Todo caso de malária - confirmado ou descartado - deve ser notificado às autoridades de saúde, tanto na área endêmica quanto na área não-endêmica. A notificação deverá ser feita através da ficha de notificação de caso de malária e digitada nos sistema de informação SIVEP-MALÁRIA.

INVESTIGAÇÃO

Após a notificação de um ou mais casos de malária, deve-se iniciar a investigação epidemiológica para permitir que as medidas de controle possam ser adotadas. O instrumento de coleta de dados é a ficha de notificação de caso de malária, que contém os elementos essenciais a serem coletados em uma investigação de rotina. Todos os seus campos devem ser criteriosamente preenchidos. As informações sobre “dados preliminares da notificação”, “dados do paciente”, “local provável da infecção” e os campos, “sintomas”, “data dos primeiros sintomas” e “paciente é gestante?” devem ser preenchidos no primeiro atendimento ao paciente.

ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico típico é caracterizado por febre alta, acompanhada de calafrios, sudorese profusa e cefaléia, que ocorrem em padrões cíclicos, dependendo da espécie de plasmódio infectante. Em

alguns pacientes, aparecem sintomas prodrômicos, vários dias antes dos paroxismos da doença, a exemplo de náuseas, vômitos, astenia, fadiga, anorexia.

Período de infecção – a fase sintomática inicial caracteriza-se por mal-estar, cansaço e mialgia. O ataque paroxístico inicia-se com calafrio, acompanhado de tremor generalizado, com duração de 15 minutos a 1 hora. Na fase febril, a temperatura pode atingir 41°C. Esta fase pode ser acompanhada de cefaléia, náuseas e vômitos.

Remissão – caracteriza-se pelo declínio da temperatura (fase de apirexia). A diminuição dos sintomas causa sensação de melhora no paciente. Esta fase pode durar 48 horas para *P. falciparum* e *P. vivax* (febre terçã) e 72 horas para *P. malariae* (febre quartã).

Período toxêmico – se o paciente não recebe terapêutica específica, adequada e oportuna os sinais e sintomas podem evoluir para formas graves e complicadas, relacionadas à resposta imunológica do organismo, aumento da parasitemia e espécie de plasmódio. Hipoglicemia, convulsões, vômitos repetidos, hiperpirexia, icterícia e distúrbios da consciência são indicadores de mau prognóstico. Esses sintomas podem preceder as formas clínicas da malária grave e complicada, tais como malária cerebral, insuficiência renal aguda, edema pulmonar agudo, disfunção hepática e hemoglobinúria.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial específico de rotina é realizado mediante demonstração de parasitos, através do método da gota espessa (usado preferencialmente) ou esfregaço ou testes imunocromatográficos (testes rápidos) em áreas de baixa endemicidade ou difícil acesso. Existem ainda os testes de imunodiagnóstico, como a imunofluorescência indireta (IFI), imunoabsorção enzimática (Elisa), aglutinação, precipitação e radiodiagnóstico, não utilizados na prática diária. Dentre os métodos de imunodiagnóstico, o IFI e o Elisa são mais factíveis operacionalmente.

Gota espessa – sua técnica baseia-se na visualização das formas do parasito através de microscopia óptica, após coloração pelo método de Walker ou Giemsa. Permite a diferenciação específica dos parasitos a partir da análise de sua coloração, morfologia e estágios de desenvolvimento no sangue periférico, devido à sua alta concentração.

Esfregaço – é o método mais utilizado para a identificação das espécies de plasmódios, porém a sensibilidade do diagnóstico é menor que a da gota espessa, em virtude da menor concentração do sangue. A preparação é corada pelos métodos de Giemsa ou Wright.

Imunotestes rápidos – nova metodologia diagnóstica representada pelos testes imunocromatográficos de diagnóstico rápido da malária. Esses testes são realizados em fitas de nitrocelulose contendo anticorpo monoclonal contra antígenos específicos do parasito. Os testes hoje disponíveis discriminam especificamente o *P. falciparum* e as demais espécies simultaneamente, não sendo capazes, portanto, de diagnosticar a malária mista. Pela sua praticidade e facilidade de

realização, esses métodos têm sido considerados úteis principalmente em situações onde é complicado processar o exame da gota espessa, como áreas de difícil acesso ao serviço de saúde.

DIGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Os diagnósticos diferenciais da malária são feito com a febre tifóide, febre amarela, leptospirose, hepatite infecciosa, calazar e outros processos febris. Na fase inicial, principalmente na criança, a malária confunde-se com outras doenças infecciosas dos tratos respiratório, urinário e digestivo, quer de etiologia viral ou bacteriana. No período de febre intermitente, as principais doenças que se confundem com a malária são as infecções urinárias, tuberculose miliar, salmoneloses septicêmicas, calazar, endocardite bacteriana e as leucoses. Todas apresentam febre e, em geral, esplenomegalia. Algumas delas apresentam anemia e hepatomegalia.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

TRATAMENTO

A quimioterapia da malária tem como objetivos: interromper a esquizogonia sangüínea responsável pela patogenia e manifestações clínicas da infecção; proporcionar a erradicação de formas latentes do parasito (hipnozoítas) das espécies *P. vivax* e *P. ovale* no ciclo tecidual, evitando as recaídas; e reduzir as fontes de infecção para os mosquitos, eliminando as formas sexuais dos parasitos.

O tratamento adequado e oportuno da malária previne o sofrimento humano, a ocorrência do caso grave, o óbito e elimina a fonte de infecção. As principais drogas antimaláricas são assim classificadas:

- **pelo grupo químico** – quinolinometanóis (quinina e mefloquina); 4-aminoquinolinas (cloroquina); 8-aminoquinolinas (primaquina); peróxido de lactona sesquiterpênica (derivados da artemisinina); antibióticos (tetraciclina, doxiciclina e clindamicina);
- **pelo alvo de ação no ciclo biológico do parasito** – esquizonticidas teciduais ou hipnozoitocidas (cura radical do *P. vivax* e *P. ovale*); esquizonticidas sangüíneos (promovem a cura clínica); gametocitocidas (bloqueiam a transmissão). A decisão de como tratar o paciente com malária deve estar de acordo com o *Manual de Terapêutica da Malária* e ser precedida de informações sobre os seguintes aspectos:
- **gravidade da doença** – pela necessidade de drogas injetáveis de ação mais rápida sobre os parasitos, visando reduzir a letalidade;

- **espécie de plasmódio** – deve ser diferenciada, em face do perfil variado de resposta do *P. falciparum* aos antimaláricos. Caso não seja possível determinar a espécie do parasito, deve-se optar pelo tratamento do *P. falciparum*, pelo risco de evolução grave, devido à alta parasitemia;
- **idade do paciente** – pelo pior prognóstico na criança e no idoso;
- **história de exposição anterior à infecção** – indivíduos não-imunes (primoinfectados) tendem a apresentar formas clínicas mais graves.
- **susceptibilidade dos parasitos aos antimaláricos convencionais** – para indicar tratamento com drogas sabidamente eficazes para área de ocorrência do caso, evitando atraso no efeito terapêutico e agravamento do quadro clínico;
- **gravidez** – a gravidez aumenta o risco de gravidade da malária e de morte. As gestantes não-imunes correm risco de aborto, parto prematuro e natimortalidade. Estão mais propensas à malária cerebral, a hipoglicemia e edema agudo do pulmão.

ACOMPANHAMENTO

Realizar-se-á controles periódicos através da LVC durante os primeiros 40 (*P. falciparum*) e 60 dias (*P. vivax*) após o início do tratamento deve constituir-se na conduta regular na atenção a todos os pacientes maláricos. Desta forma, a LVC deverá ser realizada:

Nos dias 7, 14, 21, 28, 40 e 60 após o início do tratamento de pacientes com malária causada pelo *P. vivax*;

Nos dias 7, 14, 21, 28 e 40 após o início do tratamento de pacientes com malária causada pelo *P. falciparum*.

SERVIÇOS DE REFERÊNCIAS

HGP – Palmas

201 Sul, Avenida NS 01, Conjunto 02, Lote 01

Cep: 77.015-202 Palmas – TO

Tel: (63) 3218-7814 (Diretoria) e 3218-7821(Núcleo Hospitalar de Epidemiologia)

E-mail: hrpalmas@saude.to.gov.br

HDT – Araguaína

Av. José de Brito Soares, nº 1015, (Rua Caracas),

Setor: Anhaguera

Cep: 77.818-530 – Araguaína –TO.

Tel: (63) 3411-6000, 3411-6009 e 3411-6028

E-mail: hdt_to@saude.to.gov.br

HRA – Augustinópolis

Rua: Amazonas, nº 01, Setor Central

Cep: 77.960-000 – Augustinópolis - TO

Tel: (63) 3456-1458

E-mail: hraugsecretaria@saude.to.gov.br

INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS PARA CONTROLE

BORRIFAÇÃO RESIDUAL INTRADOMICILIAR – BRI

A borrifação residual intradomiciliar deve ser realizada com Etofenprox PM 20% (Bomba Costal Manual) e considerando os seguintes requisitos operacionais:

Casos autóctones esporádicos em zona rural: realizar borrifação no intra e peridomicílio da casa do doente e as casas de influência em um raio de até 1.000 metros;

Casos autóctones esporádicos em zona urbana: realizar borrifação no intra e peridomicílio na residência do doente e em 100% das casas de influência em um raio de 300 metros. Em segmento de novos casos fora do raio delimitado, abrir novo raio e realizar os mesmos procedimentos.

Caso autóctone focal: mapear a área incluindo as localidades circunvizinhas e realizar borrifação em 100% dos domicílios, no intra e peridomicílio, priorizando as localidades positivas. Cumprir 3 ciclos (a cada quatro meses), podendo ser aumentado ou diminuído, caso seja verificado, por meio de provas de parede para efeito residual.

Casos importados em áreas urbanas: a borrifação nessa situação só ocorrerá após a avaliação e indicação entomológica mediante levantamento que comprove a presença de anofelinos principalmente do vetor *Anopheles darlingi*.

Casos importados em áreas rurais: realizar borrifação no intra e peridomicílio da casa do doente e nas casas de influências (locais visitados por ele), no máximo a 200 metros de raio de sua residência.

Casos de surtos ou epidemias: realizar borrifação no intra e peridomicílio em 100% dos prédios das localidades afetadas, cumprindo os 3 ciclos (a cada quatro meses), podendo aumentar ou diminuir, caso seja verificado, por meio de provas de parede para efeito residual.

Superfícies: para serem borrifadas devem incluir todos os potenciais locais de repouso dos anofelinos, incluindo aqueles que possam evitar a entrada dos mosquitos nas casas. Essas superfícies incluem as paredes internas e externas do domicílio, as partes internas e externas de portas e janelas, o teto e as colunas de sustentação de alpendres ou varandas.

CONTROLE DE CRIADOUROS

O uso do controle larvário para anofelinos deve sempre partir de estudo entomológico apurado, devendo ser considerado os seguintes requisitos:

Deve-se priorizar criadouros que sejam claramente responsáveis por grande parte da carga de doença, localizados em conglomerados populacionais (zonas urbanas, vilas, povoados);

O controle de criadouro só é efetivo se toda ou a maior parte da área de criação do vetor na localidade de intervenção for tratada;

Deve-se manter a frequência de tratamento ou manejo dos criadouros, conforme a duração da intervenção;

O controle de criadouros deve ser monitorado conforme o controle de mosquitos adultos (BRI ou UBV).

Podem ser utilizadas duas formas distintas de controle para criadouros, por meio de manejo ambiental ou uso de larvicida:

Manejo Ambiental: O manejo ambiental é recomendado para áreas urbanas e periurbanas. A seleção dos criadouros deve levar em consideração a proximidade deles às residências, a positividade para as espécies vetoriais da malária, bem como o número de criadouros potenciais presentes na área. Devem-se priorizar obras de saneamento permanentes em locais com número reduzido de criadouros.

Uso de Larvicida: somente biolarvicidas são recomendados para o controle da malária, devido à possibilidade de contaminação dos corpos de água no caso de utilização de produtos químicos. Dos produtos desenvolvidos até o momento, aqueles a base *Bacillus sphaericus* são os mais indicados para o controle de anofelinos. (conforme NT MS)

Inseticida a Ultra Baixo Volume (UBV)

A UBV tem indicações restritas para o controle de malária. A sua utilização somente será permitida durante epidemias ou surtos, constituindo uma “atividade de emergência”; significando em tese a existência de sérios problemas na estruturação e na condução das atividades de controle vetorial.

Atividade de emergência: a ocorrência de surto de malária normalmente indica deficiência nas atividades de rotina, devendo nessa fase, ser implementado de imediato as aplicações de inseticida de UBV, obrigatoriamente deve ser realizada juntamente com outras atividades de controle vetorial.

Segurança da aplicação UBV:

A metodologia de aplicação de inseticidas de forma nebulizada, é indicada pela Organização Mundial de Saúde, tendo sido consolidada nessas últimas quatro décadas com o desenvolvimento de inseticidas e equipamentos mais eficientes, permitindo o uso de uma quantidade muito pequena de ingrediente ativo por hectare. Os inseticidas utilizados devem ser preconizados pelo Comitê de Especialistas da OMS em Praguicidas – WHOPES, e serem utilizados dentro da dosagem recomendada pelo PNCD (Programa Nacional de Controle da Dengue);

A indicação de uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI para esta atividade, encontra-se normatizada no Manual de Segurança em Controle de Vetores, devendo ser observado a Ficha Laboral nº 1.3;

Deve-se ressaltar que em virtude da baixa capacidade volumétrica da respiração humana (em torno de 4,2 litros/minuto), a pequena quantidade de ingrediente ativo colocado por hectare e, principalmente a dinâmica das partículas de aerossol que tendem a ocupar toda massa de ar do quarto, faz com que a exposição humana seja fortemente diminuída, constituindo então, em uma metodologia muito segura à população geral;

ESTRUTURAÇÃO

O Município deve contar com uma estrutura apropriada para a guarda dos inseticidas e solventes, devendo ser observado as boas práticas de armazenagem para estes produtos. Os veículos e equipamentos devem ser regularmente revisados, evitando que as atividades venham a ser prejudicadas por descontinuidade.

Em nenhuma hipótese os nebulizadores pesados devem ser desacoplados dos seus veículos sob o intuito de utilizá-los no período “não endêmico” para outras atividades, os mesmos estão contaminados com inseticidas. Estes veículos se constituem em uma “reserva estratégica” e que podem ser utilizados a qualquer momento.

A garantia da quantidade de ingrediente ativo por hectare, somente será conseguida com a aferição regular da vazão dos equipamentos e treinamento dos motoristas para manutenção da velocidade do veículo a 10 km/hora. Recomendamos que atividades de supervisão sejam realizadas de maneira regular para detecção de possíveis falhas e suas correções.

REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Após a realização de qualquer procedimento de controle químico é obrigatório o preenchimento completo de preenchimento das fichas de borrifação e posteriormente alimentação do sistema.

LOCAL QUE O PACIENTE PEGA A MEDICAÇÃO (antimaláricos):

Farmácias dos Hospitais de Referência para tratamento de Malária Grave, e, Postos de Atendimento de todos os 139 municípios (onde é mantido um estoque mínimo destes medicamentos). E, que ficam sob a responsabilidade da vigilância epidemiológica municipal, armazenados em Postos de saúde ou laboratório de entomoparasitologia.

Os antimaláricos são fornecidos pelo Ministério da Saúde para a Secretaria Estadual de Saúde.

O município solicita a medicação (estoque mínimo) à Assessoria Técnica da Malária/SESAU/TO, através da ficha de Requisição de Antimaláricos. A Assessoria Técnica da Malária autoriza a retirada do mesmo na Assistência Farmacêutica Estadual.

LISTA DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS:

1 - Postos de Atendimento:

Artemeter Lumefantrina - blister c/6 comprimidos (6 meses a 2 anos).

Artemeter Lumefantrina - blister c/ 12 comprimidos (3 a 8 anos).

Artemeter Lumefantrina - blister c/18 comprimidos (9 a 14 anos).

Artemeter Lumefantrina - blister c/24 comprimidos (14 anos e mais).

Cloroquina 150 mg - comprimido.

Primaquina 5 mg - comprimido.

Primaquina 15 mg - comprimido.

2 - Hospitais de Referência para tratamento de Malária grave:

Artemeter Lumefantrina - blister c/6 comprimidos (6 meses a 2 anos).

Artemeter Lumefantrina - blister c/ 12 comprimidos (3 a 8 anos).

Artemeter Lumefantrina - blister c/18 comprimidos (9 a 14 anos).

Artemeter Lumefantrina - blister c/24 comprimidos (14 anos e mais).

Cloroquina 150 mg - comprimido.

Primaquina 5 mg - comprimido.

Primaquina 15 mg - comprimido.

Sulfato de quinina 500 mg - comprimido.

Dicloridrato de quinina 300 mg/ml, 2ml - ampola.

Clindamicina 300 mg - cápsula.

Clindamicina 600 mg/4ml - ampola.

Artemeter 80 mg/ml - ampola.

Artesunato 60 mg - ampola.

Artesunato 60 mg - ampola.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 36 p.: il. color. – (Serie A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Guia para gestão local do controle da malária : módulo 2 : controle vetorial / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 59p. – (Série B. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Guia para gestão local do controle da malária. módulo: Diagnóstico e Tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 30p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

NOTA TÉCNICA Nº 01/14/GN

M/CDVZ/DVPS/SESAU (Coleta da gota espessa (lâmina) para diagnóstico de malária)

NOTA TÉCNICA Nº 02/14/GNM/CDVZ/DVPS/SESAU (Estoque mínimo de antimaláricos a ser mantido nas unidades de saúde e Hospitais de Referência)

NOTA TÉCNICA Nº 02/14/CVEDVCZ/DVPS/SESAU (Uso de Inseticidas para controle de vetores da malária)

PORTARIA N. 1.378, DE 09 DE JULHO DE 2013

Folheto “Orientações para Preenchimento do Sivep-Malária”

Folheto “Esquemas Recomendados para o Tratamento da Malaria não Complicada no Brasil”

CONTATOS

Gerência de Doenças Vetoriais e Zoonoses

Assessoria Técnica de Malária e Tracoma

Quadra 104 Norte, AV. LO 02, Lote 30, Ed. Lauro Knop, 2º andar

CEP: 77006-022 – Palmas -TO

Tel.: 63 3218-1778

Fax: 63 3218-1735

e-mail: vig.malaria@gmail.com

ANEXOS:

Fluxo de atendimento ao paciente suspeito de malária

Guia Prático de tratamento da malária no Brasil

Cartão Malária

Requisição de antimaláricos para hospitais de referência para tratamento de malária grave

Requisição de antimaláricos para postos de atendimento

Folder: teste rápido para diagnóstico de malária - transporte, armazenagem e utilização

Folheto: esquema de tratamento malária não complicada no Brasil 1

Folheto: esquema de tratamento malária não complicada no Brasil 2

Folheto: orientações para preenchimento do Sivep malária 1

Folheto: orientações para preenchimento Sivep malária 2

NOTA TÉCNICA Nº 01/14/GNM/CDVZ/DVPS/SESAU (Coleta da gota espessa (lâmina) para diagnóstico de malária)

NOTA TÉCNICA Nº 02/14/GNM/CDVZ/DVPS/SESAU (Estoque mínimo de antimaláricos a ser mantido nas unidades de saúde e Hospitais de Referência)

NOTA TÉCNICA Nº 02/14/CVEDVCZ/DVPS/SESAU (Uso de Inseticidas para controle de vetores da malária)

Todos os Anexos e Literatura da Malária estão disponíveis em nosso Link:
<http://goo.gl/dsTbEr>. Acesse-o através do seu navegador.