**PREVALÊNCIA DA MALÁRIA E FACTORES ASSOCIADOS EM MULHERES GRÁVIDAS ASSISTIDAS NO HOSPITAL GERAL DE BENGUELA NO SEGUNDO SEMESTRE DE 2020**

**PREVALENCE OF MALARIA AND ASSOCIATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN ASSISTED AT THE BENGUELA GENERAL HOSPITAL IN THE SECOND HALF OF 2020**

*João Sebastião Cololo1*

*Alexandre Alfredo Capitão2*

[[1]](#footnote-1)

[[2]](#footnote-2)

**RESUMO**

 A malária é uma doença infeciosa causada pela picada de mosquitos do género *Anopheles*contaminados com o protozoário do género *Plasmódio*. A malária continua a ser entre as doenças causadas por protozoários a de maior impacto nas populações do mundo, isso porque os plasmódios são encontrados em áreas onde habita quase a metade da população mundial. Em Angola a malária nas grávidas encontra-se espalhada por todo o país, sendo endémica nas dezoito (18) províncias e com diferentes níveis de endemicidade. Das cinco espécies de Plasmódio responsáveis pela malária humana apenas quatro encontram representadas no país. O presente estudo objetiva descrever o Perfil epidemiológico da malária em mulheres gestantes atendidas no HGB no Segundo Semestre de 2020. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de carácter retrospetivo na vertente quantitativa, efetuado por meio de uma análise documental. Os resultados do estudo indicam que a idade média das mulheres grávidas internadas e diagnosticadas com malária foi mais ou menos de 35 anos. A idade oscilou entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 46 anos. A taxa de positividade foi maior entre as mulheres grávidas com a idade compreendida entre 21 e 30 anos, perfazendo 49,45% do total. Entre as mulheres grávidas dos 11 aos 20anos, a taxa de positividade foi de 26,37% e entre as maiores de 30 anos a taxa foi de 24,17%. Esses dados corroboram com a tendência nacional que indica uma prevalência alta da malária entre as mulheres Grávidas.

**Palavras-passe**: Gravidez; Malária; Perfil epidemiológico; Fatores associados

**ABSTRACT**

Malaria is an infectious disease caused by the bite of mosquitoes of the genus Anopheles contaminated with protozoa of the genus *Plasmodium*. Malaria continues to be among the diseases caused by protozoa the one with the greatest impact on the world's populations, because plasmodia are found in areas where almost half of the world population lives. In Angola, malaria in pregnant women is spread across the country, being endemic in eighteen (18) provinces and with different levels of endemicity. Of the five Plasmid species responsible for human malaria, only four are represented in the country. The present study aims to describe the epidemiological profile of malaria in pregnant women treated at HGB in the Second Semester of 2020. It is a descriptive-exploratory study of a retrospective character in the quantitative aspect, carried out through a documentary analysis. The results of the study indicate that the average age of pregnant women admitted and diagnosed with malaria was more or less than 35 years. The age ranged between a minimum of 18 years and a maximum of 46 years. The rate of positivity was higher among pregnant women aged between 21 and 30 years, making up 49.45% of the total. Among pregnant women aged 11 to 20 years, the rate of positivity was 26.37% and among those over 30 the rate was 24.17%. These data corroborate the national trend that indicates a high prevalence of malaria among pregnant women.

**Passwords**: Pregnancy; Malaria; Epidemiological profile; Associated factors

**INTRODUÇÃO**

A malária é uma doença infeciosa causada pela picada de mosquitos do género *Anopheles*contaminados com o protozoário do género *Plasmodium*

Existem cinco (5) tipos de Plasmódio: P. *falciparum,  P. Vivax,  P. Ovale,  P. Malarie e P. knowlesi* (DA SILVA ANSELMO et al. 2012).).

A malária continua a ser entre as doenças causadas por protozoários a de maior impacto nas populações do mundo, isso porque os plasmódios são encontrados em áreas onde habita quase a metade da população mundial. É uma doença infecciosa causada por protozoários do género *plasmódio* e transmitida ao homem por fêmeas de mosquitos do género *Anopheles*, produzindo febre, calafrios e sudorese. (BRASIL, 2009).

A malária é uma doença parasitária infeciosa febril aguda, de grande impacto social, principalmente nos países situados nas regiões tropicais e subtropicais.

A OMS estimou que cerca de metade da população mundial está em risco de adquirir a malária, principalmente nas áreas tropicais e subtropicais. Cerca de 90% do total de caso de malária no mundo, ocorrem na África subsaariana *(*ANGOLA, *2014).*

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. Nas regiões hiperendémicas de paludismo, as mulheres grávidas são frequentemente portadoras de hematozoários. A presença destes é mais facilmente identificada a nível da placenta, podendo estar ausentes a nível do sangue periférico. Esta incidência encontra-se aumentada nas primigestas.

A malária na gravidez é uma infeção de alto risco que pode evoluir rapidamente para doença grave na mãe e no feto (devido a infeção placentária que pode levar a abortos, baixo peso ao nascer, morte intra-uterina e neonatal).

O quadro clínico da malária durante a gravidez é variável, podendo nos casos graves Apresentar-se como hipoglicemia, anemia grave, edema pulmonar, insuficiência renal, hiperpirexia e malária placentária. Em áreas híper endémicas, durante a gravidez, a malária é muitas vezes assintomática. Nestes casos, o principal efeito da infeção plasmódica na mãe é a anemia, que muitas vezes é grave, resultando em baixo peso à nascença (ANGOLA, 2014).

Em Angola a malária nas grávidas encontra-se espalhada por todo o país, sendo endémica nas dezoito (18) províncias e com diferentes níveis de endemicidade. Das cinco espécies de Plasmódio responsáveis pela malária humana apenas quatro encontram representadas no país (ANGOLA, 2014)

 A malária é um grande problema de saúde pública no mundo, pois apresenta alta incidência e tem influenciado negativamente o desenvolvimento de muitos países. O estudo da malária tem uma grande importância em países do terceiro mundo, como países africanos, do Sudeste da Ásia e na Região Amazónica da América do Sul. No continente africano, ocorre em grandes proporções nas cidades da África Austral (Angola, Botsuana, Suazilândia, Moçambique, Namíbia, África do Sul, Zâmbia e Zimbabué) onde o *P. falciparum*é o mais prevalente (99.7%). A doença ocorre em regiões cuja as condições ambientais são insatisfatórias. O crescente aumento dos casos e o aumento das taxas de mortalidade, impulsiona os órgãos de saúde a trabalharem nas questões de promoção de saúde para prevenção da malária (WHO, 2017).

 O nosso estudo justifica-se porque apesar dos avanços verificados com o aumento da cobertura das ações integradas de controlo da malária, nomeadamente a gestão adequado de casos, o tratamento intermitente e presuntivo na grávida, a distribuição de redes mosquiteiras, as ações de controlo vetorial integrado e a pesquisa operacional, a malária continua a ser a principal causa de morbilidade e de mortalidade em Angola com diferentes níveis de endemicidade, afetando crianças, adultos e grávidas. Também constatamos uma incidência elevada da malária entre as mulheres grávidas durante a nossa experiência enquanto estudantes nos estágios clínicos. Esta constatação levou-nos a realizar esta pesquisa para procurarmos identificar também os fatores associados a esta elevada incidência da malária entre as mulheres grávidas assistidas no Hospital Geral de Benguela. Durante as nossas pesquisas bibliográficas constamos falta de estudos referentes à prevalência da malária entre as mulheres grávidas em Benguela. Neste sentido, espera-se que este trabalho possa contribuir para o melhor entendimento da malária em gestantes, auxiliando estudos futuros e que possa ser uma mais-valia no sentido de se promover ações de sensibilização no seio dos responsáveis de saúde pública, e com isto dar um valor acrescido na implementação de medidas preventivas e profiláticas que incentivem para a continuação ao combate da malária na população em geral.

Tendo em conta o que ficou acima sublinhado, o presente trabalho pretende alcançar o seguinte objetivo: Descrever o Perfil epidemiológico da malária em mulheres gestantes atendidas no HGB no Segundo Semestre de 2020.

**MATERIAL E METODOS**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de carácter retrospetivo na vertente quantitativa efetuado por meio de uma análise documental. O estudo foi realizado na Maternidade do Hospital Geral de Benguela. Os dados foram recolhidos entre Janeiro e Maio de 2021. A população deste estudo foi constituída por todas as mulheres grávidas internadas na Maternidade com o diagnóstico da malária no período considerado. Desta população foi extraída uma amostra intencional de 91 pacientes. Assim sendo foram analisados minuciosamente os documentos e arquivos que constavam registos dos pacientes.

Neste estudo foram consideradas as seguintes variáveis: Idade, Local de residência, escolaridade, comorbilidades, taxas de prevalência e de mortalidade. Os dados foram levantados por meio de um instrumento pré-construído (**Formulário**). O formulário contém as seguintes variáveis: Faixas etárias reagrupadas em três intervalos: 18-24 anos, 25-30 e > de 30 anos; local de residência; escolaridade; e comorbilidades. Conforme já referido, trata-se de um estudo **retrospetivo** efetuado através da consulta (**análise documental**) livros de registo e diários de enfermagem da Maternidade. Escolheu-se esse período, porque sendo recente, foi fácil identificar os documentos e encontrá-los íntegros. Foram selecionados de modo intencional e consultados os registos de pacientes de segundo semestre de 2020.

Os dados da investigação foram tratados utilizando o programa informático Microsoft Office Excel 2007 e apresentados em tabelas.

Para garantir o respeito das normas ético-legais que orientam a elaboração dos trabalhos de natureza científica, neste estudo serão citadas todas as fontes do material a ser utilizado.

**RESULTADOS**

**Tabela 1: Distribuição de casos de malária entre as mulheres grávidas de 11 a 20 anos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intervalo de idade** | **Casos** | **Óbitos** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| 11-20 anos | 24 | 26,37 | - | - |

**Fonte**: Elaboração a partir do inquérito

 A tabela 1 apresenta a distribuição dos casos da malária na maternidade em termos de morbimortalidade entre as mulheres no intervalo de idade que vai dos 11 aos 20 anos. Neste intervalo de idade foram registados 24 casos que correspondem a uma taxa de prevalência de 26, 37%. Não foram registados óbitos neste intervalo de idade.

**Tabela 2: Distribuição da morbimortalidade entre 21 e 30 anos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intervalo de idade** | **Casos** | **Óbitos** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| 21-30 anos | 45 | 49,45 | - | - |

**Fonte**: Elaboração a partir dos dados extraídos dos Livros de registo de Pacientes da Maternidade

 A tabela 2 apresenta a distribuição dos casos da malária na maternidade em termos de morbimortalidade entre as mulheres no intervalo de idade que vai dos 21 aos 30 anos. Neste intervalo de idade foram registados 45 casos que correspondem a uma taxa de prevalência de 49,45%. Não foram registados óbitos neste intervalo de idade.

**Tabela 3: Distribuição da morbimortalidade maiores de 30 anos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intervalo de idade** | **Casos** | **Óbitos** |
| n | % | n | % |
| * 30 anos
 | 22 | 24,17 | - | - |

**Fonte**: Elaboração a partir dos dados extraídos dos Livros de registo de Pacientes da Maternidade

 A tabela3 apresenta a distribuição dos casos da malária na maternidade em termos de morbimortalidade entre as mulheres com mais de 30 anos de idade. Neste intervalo de idade foram registados 22 casos que correspondem a uma taxa de prevalência de 24,17%. Não foram registados óbitos neste intervalo de idade.

**Tabela 4: Distribuição do nº total de casos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº total de casos** | **Casos** | **Óbitos** |
| **n** | **%** | **-** | **-** |
| 91 | 100 | - | - |

**Fonte**: Elaboração a partir dos dados extraídos dos Livros de registo de Pacientes da Maternidade

 A tabela 4 apresenta a distribuição dos casos totais da malária na Maternidade no período considerado. Foram registados em total 603 casos.

**Tabela 5: Distribuição quanto ao local de residência**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Local de residência** | n | % |
| **Zona urbana** | 11 | 12,00 |
| **Zona periférica** | 80 | 88,00 |
| **Total** | 91 | 100 |

**Fonte**: Elaboração a partir dos dados extraídos dos Livros de registo de Pacientes da Maternidade

 Quanto ao local de residência, 12,00% (n=11) vivem na zona urbana e 88,00% (n=80) vivem na zona periférica.

**DISCUSSÃO**

 Os resultados do nosso estudo indicam que a idade média das mulheres grávidas internadas e diagnosticadas com malária foi de 35 anos. A idade oscilou entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 46 anos**.**

 A taxa de positividade foi maior entre as mulheres grávidas com a idade compreendida entre 21 e 30 anos, perfazendo 49,45% do total. Entre as mulheres grávidas dos 11aos 20anos, a taxa de positividade foi de 26,37% e entre as maiores de 30 anos a taxa foi de 24,17%. Esses dados corroboram com a tendência nacional que indica uma prevalência alta da malária entre as mulheres Grávidas. O Ministério da saúde de Angola refere que a malária está entre as principais causas de morbilidade e de mortalidade em Angola, afetando todo o País e todas as faixas etárias. No entanto, as crianças menores de 5 anos e as mulheres grávidas são os grupos mais vulneráveis. A demanda nas unidades periféricas por síndroma febril suspeito de malária continua a ser de 55% apesar de se ter verificado uma redução substancial da taxa de letalidade (60%) após a introdução das combinações terapêuticas a base de Artemisinina e do tratamento intermitente e preventivo na grávida com sulfadoxina+pirimetamina ( ANGOLA-MINSA, 2014).

 Estudo efetuado por Canga (2017) concorda com os dados deste estudo ao encontrar uma prevalência significativa de casos de malária entre as mulheres grávidas. O estudo procurou analisar os dados epidemiológicos da população total geral e das mulheres grávidas, em específico, relativamente à prevalência da malária na província do Cuanza Norte, no período entre 2012 e 2016. Os principais resultados do estudo mostraram uma tendência para o aumento de casos positivos de malária no período considerado, muito embora com uma tendência para a diminuição de casos positivos de malária entre as mulheres grávidas.

 Um outro estudo efetuado por Campos et al., (2012) que procurou estimar a prevalência de Infeção por *Plasmodium falciparum* em mulheres grávidas em consultas pré-natal em Luanda, encontrou resultados que se aproximam aos do nosso estudo: a prevalência da infeção foi maior (12.1%) entre as mulheres com idade superior a 25 anos e uma prevalência de 9,4% entre as mulheres de idade dos 19 a 24 anos.

 No que concerne ao local de residência, os dados indicam que a grande maioria ( 88% ) era proveniente de zona periférica. Quanto a esse dado, o estudo de Canga, (2017) confirma também que a maioria das mulheres grávidas com o diagnóstico da malária que fez parte do estudo era proveniente da zona peri-urna em 76.4% de casos. A transmissão e a distribuição da malária humana estão diretamente relacionadas à inteiração entre o vetor (mosquito anofeles), o parasita (espécies de *Plasmodium*) e o hospedeiro humano. Sua incidência, por sua vez, é determinada por múltiplos fatores de diferentes naturezas, como os biológicos, ecológicos, sociopolítico-económicos e culturais (SIQUEIRA et al.,2018).

 A malária tem maior incidência entre as populações mais pobres que residem nas zonas periféricas. Nessas zonas a população tem maior vulnerabilidade por causa das condições ambientais e sociais desfavoráveis. O saneamento ambiental precário nestes locais favorece a multiplicação dos vetores. A falta da drenagem das águas e o acúmulo de resíduos propicia a multiplicação do agente etiológico. As habitações construídas sem redes de proteção nas janelas e portas, facilita o ingresso dos vetores nas horas crepusculares aumentando assim as probabilidades das picadas do mosquito. Tudo isso acrescido à condições económicas desfavoráveis (falta de meios para aquisição de meios de protecção) aumenta a probabilidade da malária nas zonas periféricas que pela sua maioria é habitada pelas populações desfavorecidas.

 Alguns tipos de habitação provisória, onde há ausência total ou parcial de paredes, facilitam o contacto vetor-homem e dificultam a aplicação de inseticida. O hábito de manter boa parte do corpo descoberta, em razão do calor, expõe maior superfície corporal ao contacto com mosquitos. A construção de moradias provisórias, próximas à mata e a coleções de água, é fator favorecedor de aumento da transmissão (SIQUEIRA et al., 2018).

 Os surtos da malária surgem em função da aglomeração de indivíduos em habitações precárias ou simples abrigos, onde estão reunidos os elos da cadeia epidemiológica da malária, ou seja, os portadores do plasmódio, vetores e indivíduos suscetíveis. As coleções hídricas artificiais constituídas de barragens e tanques de piscicultura têm-se configurado como importantes criadouros permanentes de mosquito transmissor da malária, devendo ser considerados entre os fatores ambientais de riscos passíveis de intervenções (ALBUQUERQUE Os resultados do nosso estudo indicam que a idade média das mulheres grávidas internadas e diagnosticadas com malária foi mais ou menos de 35 anos. A idade oscilou entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 46 anos**.**

 A taxa de positividade foi maior entre as mulheres grávidas com a idade compreendida entre 21 e 30 anos, perfazendo 49,45% do total. Entre as mulheres grávidas dos 11aos 20anos, a taxa de positividade foi de 26,37% e entre as maiores de 30 anos a taxa foi de 24,17%. Esses dados corroboram com a tendência nacional que indica uma prevalência alta da malária entre as mulheres Grávidas. O Ministério da saúde de Angola refere que a malária está entre as principais causas de morbilidade e de mortalidade em Angola, afectando todo o País e todas as faixas etárias. No entanto, as crianças menores de 5 anos e as mulheres grávidas são os grupos mais vulneráveis. A demanda nas unidades periféricas por síndroma febril suspeito de malária continua a ser de 55% apesar de se ter verificado uma redução substancial da taxa de letalidade (60%) após a introdução das combinações terapêuticas a base de Artemisinina e do tratamento intermitente e preventivo na grávida com sulfadoxina+pirimetamina ( ANGOLA-MINSA, 2014).

 Estudo efectuado por Canga (2017) concorda com os dados deste estudo ao encontrar uma prevalência significativa de casos de malária entre as mulheres grávidas. O estudo procurou analisar os dados epidemiológicos da população total geral e das mulheres grávidas, em específico, relativamente à prevalência da malária na província do Cuanza Norte, no período entre 2012 e 2016. Os principais resultados do estudo mostraram uma tendência para o aumento de casos positivos de malária no período considerado, muito embora com uma tendência para a diminuição de casos positivos de malária entre as mulheres grávidas.

 Um outro estudo efectuado por Campos et al., (2012) que procurou estimar a prevalência de Infecção por *Plasmodium falciparum* em mulheres grávidas em consultas pré-natal em Luanda, encontrou resultados que se aproximam aos do nosso estudo: a prevalência da infecção foi maior (12.1%) entre as mulheres com idade superior a 25 anos e uma prevalência de 9,4% entre as mulheres de idade dos 19 a 24 anos.

 No que concerne ao local de residência, os dados indicam que a grande maioria ( 88% ) era proveniente de zona periférica. Quanto a esse dado, o estudo de Canga, (2017) confirma também que a maioria das mulheres grávidas com o diagnóstico da malária que fez parte do estudo era proveniente da zona peri-urna em 76.4% de casos. A transmissão e a distribuição da malária humana estão directamente relacionadas à interacção entre o vector (mosquito anofeles), o parasita (espécies de *Plasmodium*) e o hospedeiro humano. Sua incidência, por sua vez, é determinada por múltiplos factores de diferentes naturezas, como os biológicos, ecológicos, sociopolítico-económicos e culturais (SIQUEIRA et al.,2018).

 A malária tem maior incidência entre as populações mais pobres que residem nas zonas periféricas. Nessas zonas a população tem maior vulnerabilidade por causa das condições ambientais e sociais desfavoráveis. O saneamento ambiental precário nestes locais favorece a multiplicação dos vectores. A falta da drenagem das águas e o acúmulo de resíduos propicia a multiplicação do agente etiológico. As habitações construídas sem redes de protecção nas janelas e portas, facilita o ingresso dos vectores nas horas crepusculares aumentando assim as probabilidades das picadas do mosquito. Tudo isso acrescido à condições económicas desfavoráveis (falta de meios para aquisição de meios de protecção) aumenta a probabilidade da malária nas zonas periféricas que pela sua maioria é habitada pelas populações desfavorecidas.

 Alguns tipos de habitação provisória, onde há ausência total ou parcial de paredes, facilitam o contacto vector-homem e dificultam a aplicação de insecticida. O hábito de manter boa parte do corpo descoberta, em razão do calor, expõe maior superfície corporal ao contacto com mosquitos. A construção de moradias provisórias, próximas à mata e a colecções de água, é factor favorecedor de aumento da transmissão (SIQUEIRA et al., 2018).

 Os surtos da malária surgem em função da aglomeração de indivíduos em habitações precárias ou simples abrigos, onde estão reunidos os elos da cadeia epidemiológica da malária, ou seja, os portadores do plasmódio, vectores e indivíduos susceptíveis. As colecções hídricas artificiais constituídas de barragens e tanques de piscicultura têm-se configurado como importantes criadouros permanentes de mosquito transmissor da malária, devendo ser considerados entre os factores ambientais de riscos passíveis de intervenções (ALBUQUERQUE e MUTIS, 2007).

 Um dos objetivos do nosso estudo era o de identificar os fatores de risco associados à malária nas mulheres grávidas em estudo. Havíamos hipotisado como possíveis factores de risco associados a zona de residência e as comorbilidades.

 Quanto ao primeiro fator, podemos confirmar a nossa hipótese por quanto residir na zona rural apresentou uma associação estatisticamente significativa com a positividade para a malária porque os dados o confirmam (a grande maioria da amostra provinha de zonas periféricas). Não foi possível confirmar a hipótese quanto ao segundo fator. Os livros de registo consultados, não forneciam dados quanto às comorbilidades. Mas a literatura indica que a probabilidade de se ter malária complicada na gravidez é maior em pacientes com comorbilidades.

 As manifestações clínicas da malária costumam ser mais intensas em pessoas que nunca foram infetadas (primo-infetados). Esses serão, também, os casos com maior risco de evolução para quadros graves. Por outro lado, indivíduos que já tiveram múltiplos episódios de malária podem apresentar quadros mais leves, oligossintomáticos, que não suscitam, prontamente, a busca por assistência por parte do paciente nem a suspeita clínica de malária por parte dos profissionais de saúde ( SIQUEIRA, 2018).

 Pacientes portadores de doenças crónicas, tais como hipertensão, diabetes, câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) podem ter maior risco de apresentar malária complicada, bem como descompensação da(s) doença(s) pré-existentes. Esses pacientes devem ser acompanhados cuidadosamente e orientados quanto à manutenção do tratamento dessas doenças, concomitantemente ao tratamento da malária ( SIQUEIRA, 2018)

 e MUTIS, 2007).

 As manifestações clínicas da malária costumam ser mais intensas em pessoas que nunca foram infectadas (primo-infectados). Esses serão, também, os casos com maior risco de evolução para quadros graves. Por outro lado, indivíduos que já tiveram múltiplos episódios de malária podem apresentar quadros mais leves, oligossintomáticos, que não suscitam, prontamente, a busca por assistência por parte do paciente nem a suspeita clínica de malária por parte dos profissionais de saúde ( SIQUEIRA, 2018).

 Pacientes portadores de doenças crónicas, tais como hipertensão, diabetes, câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) podem ter maior risco de apresentar malária complicada, bem como descompensação da(s) doença(s) pré-existentes. Esses pacientes devem ser acompanhados cuidadosamente e orientados quanto à manutenção do tratamento dessas doenças, concomitantemente ao tratamento da malária ( SIQUEIRA, 2018)

**CONCLUSÕES**

 Os resultados do nosso estudo indicam que a idade média das mulheres grávidas internadas e diagnosticadas com malária foi de 35 anos. A idade oscilou entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 46 anos**.** A taxa de positividade foi maior entre as mulheres grávidas com a idade compreendida entre 21 e 30 anos, perfazendo 49,45% do total. Entre as mulheres grávidas dos 11 aos 20anos, a taxa de positividade foi de 26,37% e entre as maiores de 30 anos a taxa foi de 24,17%.

 Esses dados corroboram com a tendência nacional que indica uma prevalência alta da malária entre as mulheres Grávidas.

 Um dos objetivos do nosso estudo era o de identificar os fatores de risco associados à malária nas mulheres grávidas em estudo. Podemos confirmar que residir nas zonas peri-urbanas apresentou uma forte associação estatisticamente significativa com a positividade por malária (88% das mulheres grávidas vivia em zonas periféricas). Não foi possível confirmar se a malária estava associada também à comorbilidades porque os livros de registo não contemplavam este dado. Também não foi possível aferir o nível da escolaridade porque não constava nos livros de registo

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

* ANGOLA-AJUDA DE DESENVOLVIMENTO DE POVO PARA POVO (ADPP). (2006). Ministério da Saúde e Programa Nacional de Controlo da Malária. *Programa de educação para saúde sobre malária nas comunidades*, Luanda.
* ANGOLA, MINSA, DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. (2014). *Directrizes e normas de conduta para o diagnóstico e tratamento da malária,* Luanda*.*
* ANGOLA, (2016). *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015-2016: Principais Resultados*, Luanda.
* ANGOLA-MINSA. (2017). *Programa Nacional de Controlo da Malária*. Luanda
* ANGOLA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2015). *Boletim epidemiológico de Angola*.
* ANGOLA-MINSA. (2009). *Bases da política Nacional de tratamento
da malária em Angola.* Angola
* BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. (2009)*. Manual de Diagnóstico Laboratorial da Malária,* 2ª ed.,Brasília.
* CAMPOS P. A. et al. (2012). *Infecção por Plasmodium falciparum em mulheres grávidas em consultas pré-natal em Luanda, Angola.* Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 45(3):369-374.
* CANGA I. L.V.(2017). *Perfil epidemiológico da malária na província do cuanza norte: o caso específico das grávidas.*
* CAPINHA, C. (2009). O mosquito vetor da malária Anopheles atroparvus. Van Thiel,
* 1927. Dissertação de Mestrado.
* CHAGAS, E.C.S.; et al. (2009*). Malária durante a gravidez: efeito sobre o curso da gestação na região amazônica*. Revista Panamericana de Saúde Pública. v.26, n.0
* DA SILVA ANSELMO et al. (2012). Assistência de enfermagem à grávida portadora de malária: um resumo bibliográfico.
* FORTES, F.J. (2011). *Perfil Epidemiológico das principais doenças parasitárias
endémicas em Angola (Malária, Tripanossomose humana Africana,
oncocercose, shistossomose urinária).* Luanda
* FORTES, F. J. ET AL. (2006). *Plano Estratégico do Programa Nacional de Combate a Malária*. Luanda.
* FRANÇA T. et al. (2008). *Malaria, aspectos históricos e quimioterapia*. Quim Nova, 31(5) 1271-78.
* FREITAS,F. et al. (2007). *Malária não complicada
por palsmodium vivax e plasmodium falciparum no Brasil: evidências sobre
fármacos isolados e associações medicamentosas empregados em esquemas
terapêuticos recomendados pelo protocolo terapêutico oficial*. Cad. Saúde
Pública. v. 23, n. 10 Rio de Janeiro, 853-58.
GIL A.C., *Como elaborara projectos de pesquisa*, 3ª ed. São Paulo, 1999
* GOMES, E. J. C. (2010). *Risco potencial de transmissão de malária em Portugal
Continental.* Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
GOMES, E. J. C. (2011). *Malária grave por plasmodium falciparum*. Revista Brasileirade Terapia Intensiva*, 23 (3), 358-369.*
* GONÇALVES M.F.A. (2019). *Perfil epidemiológico da malária e adesão ao tratamento em menores de cinco anos, Malanje-angola, Fevereiro-Março de 2019.* Dissertação. Universidade de Lisboa, Lisboa.
* LAKATOS E.M. e MARCONI M.A. (1998). *Metodologia do trabalho científico*. 4ªedição. Atlas. São Paulo
* MENDONÇA C.J. S. (2016). *Malária na Gravidez*, [Dissertação Mestrado, 2017 – pp. 150]. Escola Superior de Saúde de Porto. Porto.
* SEQUEIRA B. (2016). *Interpretações locais sobre a malária e o discurso sobre os
providores tradicionais de cuidados de saúde no Sul de Moçambique*. Saúde Soc.
vol 25. n. 2 pp 392-407.
* REY, L. (2001). *Parasitologia*, Guanabara-Koogan Ed.: Rio de Janeiro.
* SILVEIRA A.C., REZENDE D., *Avaliação da es­tratégia global de controle integrado da malária no Brasil*. Brasília: OPAS; 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov. br/bvs/publicacoes/livro\_aval\_malÁria. pdf Acesso em 20/04/2021.
* WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001-2010). *United Nations Decade to Roll Back Malaria in pregnancy, children and Malaria*.
* WORLD HELATH ORGANIZATION [WHO] , (2009). *World Health Organization. Guidelines for the treatment of malaria*. Geneva.
* WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] . (2010). *World Health organization. Global Report on Antimalarial drug efficacy and drug resistence: 2000-2010*. Geneva.
* WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2010B). *Guidelines for the treatment of malaria. World Health Organization*. Second edition. Geneva.
* World Health Organization [WHO]. (2017). *World Malaria Report, World Health Organization. Adherence to long-term therapies.* Geneva
* WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2018). *World malaria report, World Health organization*. Geneva.
1. *Lic. Em Ciências e Técnicas de Enfermagem; Dr. em Epidemiologia* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Lic. Em Enfermagem* [↑](#footnote-ref-2)