



**CAÁLA**  
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

**DEPARTAMENTO DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM EMFERMAGEM CURSO  
DE LICENCIATURA EM EMFERMAGEM**

**TERESA CHICONDA SOQUI**

**PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM VOLTADO NO TRATAMENTO À  
MULHERES GRÁVIDAS COM MALÁRIA INTERNADAS NO  
HOSPITAL MUNICIPAL DA CAÁLA.**

**CAÁLA/ 2023**

**TERESA CHICONDA SOQUI**

**PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM VOLTADO NO TRATAMENTO À  
MULHERES GRÁVIDAS COM MALÁRIA INTERNADAS NO  
HOSPITAL MUNICIPAL DA CAÁLA.**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Departamento de Ensino e Investigação, como requisito parcial à obtenção de grau de Licenciatura, no Curso de Enfermagem do Instituto Superior Politécnico da Caála.

**Orientador:** Orlando António Chimaqui, Msc.

Dedico este trabalho para duas pessoas: Isidro Soque (feliz memória) e Fernanda Sitengui, que em nenhum momento mediram esforço na realização dos meus sonhos, que me guiaram pelos caminhos correctos, ensinaram-me a fazer as melhores escolhas, mostraram que a honestidade e o respeito são essências e que na vida devemos sempre lutar pelo que queremos. À eles devo a pessoa em que me tornei e tenho muito orgulho: Pai e Mãe, amo-vos!

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, meu refúgio onde sempre encontrei forças e respostas para os meus problemas.

Ao Instituto Superior Politécnico da Caàla.

Aos meus irmãos Cesária , e Goudência .

Ao meu esposo Abel Sita Monteiro, não há vocabulários suficientes para te agradecer!

Aos meus filhos Janeth, Luis, Mauro, Arleth, Celeni, e Leo que sempre me deram forças de continuar.

Aos meus colegas: Celestino, Cosme na verdade só vocês fizeram a faculdade comigo, sempre que eu tinha alguma dificuldade eram vocês que me ouviam, e me aconselhavam por tudo isso e muito mas, amar-vos-ei para sempre!

Ao professor Orlando António Chimaqui sem cometarios suficientes; quando eu crescer e conseguir fala de minhas experiências com metade do entusiasmo com que você fala, serei muito realizado, e tenho você como exemplo a seguir.

Ao hospital Municipal da Caàla em especial o departamento de investigação científica.

A todos os professores do ISPC-Huambo, antigos e novos, mas que todos contribuíram para o meu crescimento: Obrigado pelos conhecimentos transmitidos e por estarem sempre dispostos a me atender.

Aos benfeitores anônimos!...

Quem nunca errou, nunca experimentou nada novo.

**Albert Einstein**

## RESUMO

A malária é uma doença infecciosa, parasitária, sistêmica, não contagiosa, com manifestações episódicas de caráter agudo e de evolução crônica, causada por um protozoário do gênero *Plasmodium* e transmitida ao homem pela picada do mosquito fêmea do gênero *Anopheles*, produzindo febre, calafrios e sudorese. Na Caála, o maior número de casos é verificado no Bairro da EPUACTHA responsável por 99% dos casos notificados, estando as gestantes que chegam no HMC entre as áreas de médio e alto risco. As mulheres grávidas são vulneráveis à malária porque o seu estado de imunidade se modifica durante a gestação, tornando-a mais suscetível às alterações no curso da gravidez, aumentando o risco de formas complicadas da doença como anemia grave e óbito materno, aborto, parto prematuro, baixo peso ao nascer e crescimento intra-uterino restrito. Este trabalho tem como objetivo incentivar a implementação do protocolo de cuidados de enfermagem de casos da malária em gestantes atendidas no Hospital Municipal da Caála, no período de Janeiro a Junho de 2023. Trata-se de um estudo documental, que utilizou a abordagem quantitativa, com coleta retrospectiva de dados, compreendendo um período de 6 meses, levantados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do HMC, na cidade da Caála. Os resultados apontam que o perfil das gestantes selecionadas foi de mulheres jovens com média de idade, no momento do diagnóstico da malária, de 15 a 20 anos, não havendo associação da idade com as alterações no curso da gravidez; a anemia ocorreu em 92,6% das gestantes com malária, cuja maior proporção ocorreu nas grávidas infectadas com o *P. falciparum*; a plaquetopenia foi encontrada em 100% das gestantes estudadas; a hipoglicemia ocorreu em 16,6% das gestantes; os principais achados obstétricos, associados à malária, foram o oligodrômio, a ameaça de parto prematuro e o óbito fetal; a encefalite, a epistaxe, a hematúria, a insuficiência renal aguda e o óbito materno foram os achados clínicos associados à malária que ocorreram, exclusivamente, no 2º trimestre da gestação com média de 21 semanas; o tempo médio geral de internação nas gestantes infectadas com malária foi de 09 dias, sendo três vezes superior ao tempo de tratamento recomendado pelo Ministério da Saúde, e a maior média de tempo de tratamento ocorreu nas gestantes infectadas com o *P. falciparum* e tratadas com o quinino, e artesunato foi superior a uma semana; Concluiu-se que a infecção por malária em gestantes ocorreu, principalmente, em mulheres jovens, com maior procedência dos bairros de EPUACTHA e CASSUPI, mesmo não tendo sido descrito na literatura, foi o achado obstétrico mais frequente e não houve consenso entre os procedimentos terapêuticos realizados.

**Palavras chaves:** Malária. Plasmódio. Gestantes. Caála

## ABSTRACT

Malaria is an infectious, parasitic, systemic, non-contagious disease, with episodic manifestations of acute character and chronic evolution, caused by a protozoan of the genus *Plasmodium* and transmitted to man by the bite of the female mosquito of the genus *Anopheles*, producing fever, chills and sweating. In Caála, the highest number of cases is found in the EPUACTHA neighbourhood, which accounts for 99% of reported cases, with pregnant women arriving at the HMC in medium and high risk areas. Pregnant women are vulnerable to malaria because their immunity status changes during pregnancy, making them more susceptible to changes in the course of pregnancy, increasing the risk of complicated forms of the disease such as severe anemia and maternal death, miscarriage, premature birth, low birth weight and restricted intrauterine growth. This work aims to encourage the implementation of the nursing protocol for malaria cases in pregnant women attending the Caála Municipal Hospital, from January to June 2023. . This is a documentary study, which used a quantitative approach, with retrospective data collection, comprising a period of 6 months, collected in the Medical Archive and Statistics Service of the HMC, in the city of Caála. The results indicate that the profile of the selected pregnant women was young women with a mean age at the time of diagnosis of malaria of 25 years, with no association of age with changes in the course of pregnancy; anemia occurred in 92.6% of pregnant women with malaria, the highest proportion of which occurred in pregnant women infected with *P. falciparum*; plaque levels were also higher in pregnant women infected with *P. falciparum*. *falciparum*; thrombocytopenia was found in 100% of the pregnant women studied; hypoglycaemia occurred in 16.6% of the pregnant women; the main obstetric findings associated with malaria were oligohydramnios, threat of premature delivery and fetal death; encephalitis, epistaxis, haematuria, acute renal failure and maternal death were the clinical findings associated with malaria that occurred exclusively, in the 2nd trimester of pregnancy with an average of 21 weeks; the overall average hospitalisation time in pregnant women infected with malaria was 09 days, three times longer than the treatment time advised by the Ministry of Health, and the longest average treatment time occurred in pregnant women infected with *P. falciparum* and treated with artemether. *falciparum* and treated with artemether, which was more than a week; It is concluded that malaria infection in pregnant women occurred mainly in young women, with greater origin from the EPUACTHA and CASSUPI neighbourhoods, even though it has not been described in the literature, it was the most frequent obstetric finding and there was no consensus among the therapeutic procedures performed. **Key words:** Malaria. *Plasmodium*. Pregnant women. Caála

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- BT**- Brinquedo terapeutico
- DNSP**-Departamento Nacional de Saúde Pública
- DSSR**-Departamento de Saúde Sexual Reprodutivo
- HMC**- Hospital Municipal da Caála
- ISPC**- Instituto Superior Politecnico da Caála
- MINSA** -Ministério da Saúde
- MO**-Microscopia Optica
- MTI** -Mosquiteiro Tratado com Inceticida
- OMS** -Organização Mundial da Saúde
- P**-Plasmódio
- PNCM**-Programa Nacional de Control da Malária
- RN** - Recém Nascido
- TDR**--Texte de diagnóstico rápido
- TGO**–Transaminase oxalacética
- TGP**–Transaminase pirúvica
- TIP**–Tratamento intermitente preventivo
- TNF** –Factor de Necrose tumoral
- DOT**–Tratamento diretamente observado
- VSA** – Velocidade Sanguínea acelerada
- L** – Litro
- DL**- Deci Litro
- N** - Número
- HIV** – Vírus de imunodeficiência humana
- SIDA** – Síndrome de imunodeficiência adquirida
- AL** – Artemether + lumenfantrina

**AS** – Artesunato

**AQ** - Amodiaquina

**DHA** – Dihidroartemisina

**PPQ** – Piperaquina

**MG** -miligrama

## LISTA DE GRÁFICOS

Graficos 1. Distribuição das pacientes grávidas com malária e que já ouviram falar da sua doença. ....	30
Graficos 2. Distribuição dos pacientes por faixa etária que sofreram malária. ....	31
Graficos 3. Distribuição das pacientes grávidas que fazem uso do mosquiteiro. ....	32
Graficos 4. Distribuição das pacientes grávidas com malária que sabem os métodos para se prevenir da doença . ....	33
Graficos 5. Distribuição das pacientes grávidas com malária que tem poço, pneus de água parada em sua casa. ....	34
Graficos 6. Distribuição das pacientes grávidas com malária que têm ao redor de suas casas muito lixo. ....	35
Graficos 7, Distribuição das pacientes grávidas com malária que tem realizado limpeza todos os dias ao redor da suas casas. ....	36
Graficos 8. Distribuição das pacientes grávidas com malária que vivem próximo a um reacho com muita vegetação. ....	37
Graficos 9. Distribuição profissionais que responderam se ja existe um protocolo de cuidados de enfermagem. ....	39

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA Nº 1 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO AS PACIENTES GRÁVIDAS COM MALÁRIA QUE SABEM AS OUTRAS FORMAS QUE SE USA PARA SE PREVENIR DO MOSQUITO. ....</b>	<b>35</b>
<b>TABELA Nº 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE SABEM QUAIS SÃO AS DIFICULDADES QUE PASSAM AO CUIDAREM AS MULHERES GRÁVIDAS COM MALÁRIA. ....</b>	<b>36</b>
<b>TABELA Nº 3 - PROFISSIONAIS QUE RESPONDEM SE JA EXISTE UM PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM. ....</b>	<b>37</b>
<b>TABELA Nº 4 - PROFISSIONAIS QUE SABEM QUAIS SÃO AS CONSEQUÊNCIAS DA MALÁRIA NA GRAVIDEZ. ....</b>	<b>37</b>
<b>TABELA Nº 5 - PROFISSIONAIS QUE RESPONDERAM QUAIS SÃO AS DOENÇAS QUE FAZEM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM A MALÁRIA. ....</b>	<b>37</b>
<b>TABELA Nº 6 - PROFISSIONAIS QUE RESPONDERAM COMO E FEITO O TRATAMENTO DA MALÁRIA. ....</b>	<b>38</b>
<b>TABELA Nº 7 - PROFISSIONAIS QUE RESPONDERAM QUAIS SÃO OS EXAMES NA MALÁRIA.....</b>	<b>38</b>
<b>TABELA Nº 8 - TRATAMENTO (QUININA). ....</b>	<b>40</b>

## Sumário

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	8
LISTA DE GRÁFICOS.....	10
LISTA DE TABELAS .....	11
1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Descrição da situação do problema.....	15
1.2 Objetivos Geral .....	15
1.2.1 Objetivos Específicos .....	15
1.3 Contribuições do trabalho .....	16
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1 As principais teorias sobre o conceito de malária.....	17
2.2 História da malária no Mundo.....	17
2.3 Malária em África .....	18
2.4 Malária em Angola.....	18
2.5 Malária no Huambo.....	19
2.6 Patogenese da malária na gravidez .....	20
2.6.1 Susceptibilidade da malária na gravidez.....	20
2.7 Manifestações Clínicas da Malária .....	21
2.8 Complicações da malária na gravidez.....	21
2.9 Classificação da malária quanto a gravidade .....	23
2.9.1 Malária simples.....	23
2.9.2 Malária grave .....	23
2.10 Diagnóstico da Malária .....	24
2.11 Tratamento da malária na gravidez.....	24
2.12 Prevenção da Malária.....	25
2.12.1 Medidas realizadas no Centro ou posto de Saúde.....	26
2.12.2 Medidas realizadas pelos Enfermeiros .....	26

3. MATERIAL E MÉTODOS.....	28
3.1 Caracterização da área de estudo .....	28
3.2 Delineamento experimental .....	28
3.3 Instrumento .....	29
3.4 Procedimento.....	29
3.5 População em estudo.....	29
3.6 Critérios de inclusão.....	30
3.7 Critérios de exclusão.....	30
3.8 Aspectos Éticos .....	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	31
5. PROPOSTA DE SOLUÇÃO.....	43
6. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	44
7. PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA MALÁRIA NA GRAVIDEZ.....	46
8. CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49
GLOSSÁRIO.....	51
ANEXOS.....	53

## 1. INTRODUÇÃO

No sentido geral, um protocolo é o conjunto das informações, decisões, normas e regras definidas a partir de um acto oficial, como audiência, conferência ou negociação. Neste caso específico é um protocolo que orienta os procedimentos como cuidar ao nível de enfermagem as mulheres grávidas com malária.

A malária é uma doença infecciosa causada por um parasito e transmitida pela picada do mosquito Anopheles. Cerca de 3,2 biliões de pessoas (quase metade da população mundial) está em risco de adquirir malária. O maior número de casos de infeções de malária, cerca de 89% em 2015, ocorre na região da África subsaariana. Em zonas não endémicas, como a Europa, os casos que ocorrem são geralmente importados (CHEDRAUI, 2015).

A gravidez é um momento importante não só na vida da mulher, mas também para sua família. Esse momento destaca-se pelo início de uma nova vida, sendo que o apoio dado pelos profissionais de saúde é um dos determinantes para o sucesso da gravidez.

Todos os anos, 50 milhões de mulheres que vivem em zonas endémicas de malária engravidam. Estima-se que 10 mil mulheres e 200 mil crianças morram como resultado da doença durante a gravidez (Mendonça, 2016).

Da concepção até o parto, uma enorme variedade de eventos pode aumentar a complexidade da gravidez, causando, algumas vezes a sua interrupção antes do desfecho esperado. Alguns desses eventos sofrem variações conforme o contexto epidemiológico, como no caso da malária.

Estima-se que, a cada ano, aproximadamente 50 milhões de mulheres residentes em países endêmicos para malária engravidem e enfrentem, conseqüentemente, um risco aumentado de adquirir malária e suas complicações (VAN-DÚNEM, 2014).

Apesar dos avanços verificados com o aumento da cobertura das acções integradas de controlo da malária, nomeadamente a gestão adequada de casos, o tratamento intermitente e presuntivo na grávida, a distribuição de redes mosquiteiras, as acções de control vectorial integrado e a pesquisa operacional, a malária continua a ser a principal causa de morbidade e de mortalidade em Angola com diferentes níveis de endemicidade, afectando crianças, adultos e grávidas

A malária está entre as principais causas de morbidade 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.

Em Angola, terá um número estimado de 1.389.84837 gestantes por ano. Tendo em conta os episódios notificados de febre neste estudo, cerca de metade das mulheres grávidas são susceptíveis de ter febre em algum momento durante a gravidez.

A prevalência de malária nos grupos de menores de 5 anos, com base no Inquérito de Indicadores Múltiplos sobre Malária, variou de 15,8% nas zonas hiper endémicas (como Zaire e Lunda Norte neste estudo) para 9,7% em zonas instáveis mesoendémicas (Huíla). A mortalidade materna é estimada em 460/100.000 nados vivos, (WHO, World malária report, 2013).

As mulheres grávidas são particularmente vulneráveis à malária. Isso ocorre porque a gravidez altera o estado de imunidade, tornando a mulher mais suscetível à infecção malárica e aumentando o risco de formas complicadas da doença, como anemia grave da malária e óbito materno. A malária materna aumenta o risco de aborto espontâneo, natimortalidade, prematuridade e baixo peso ao nascer, representando uma importante causa de mortalidade infantil.

## **1.1 Descrição da situação do problema**

Segundo Programa Nacional do Controlo da Malária, o paludismo ou malária em Angola, ainda é a primeira causa de morte, e de absentismo laboral e escolar.

A malária tem, não só um impacto negativo sobre a saúde das populações, como também sobre o desenvolvimento social destas tornando-as mais pobres. Assim a problemática da malária em mulheres grávida consiste a não existência de estimativas fiáveis da percentagem de morte na gravidez, associadas directa ou indirectamente, à malária. Também não há estudos em Angola sobre a prevalência da parasitémia da placenta à nascença.

## **1.2 Objetivos Geral**

Propôr a implementação de protocolo de cuidados de enfermagem voltado na prevenção á mulheres grávidas com malária, internadas no Hospital Municipal da Caála.

### **1.2.1 Objetivos Específicos**

1. Incentivar a implementação de um protocolo de cuidados de enfermagem voltado na prevenção à mulheres grávidas com malária, internadas no Hospital Municipal da Caála;
2. Reduzir as consequências da malária na grávida, feto e recém-nascido

3. Monitorar o perfil de evolução clínica de mulheres grávidas com malária, internadas no Hospital Municipal da Caála.

### **1.3 Contribuições do trabalho**

O estudo justifica-se , pois através da identificação das causas e consequências, para assim procurar as possíveis soluções da malária em mulheres grávida a pesquisa de forma prática contribuirá com o Incentivo a implementação do protocolo de cuidados de enfermagem voltado no tratamento à mulheres grávidas com malária, internadas no Hospital Municipal da Caála.

Pressupõe-se que o presente estudo contribuirá para a redução de casos de malária em mulheres grávidas, e pretende-se trazer uma contribuição para o cumprimento e melhoramento do protocolo de cuidados de enfermagem de modo a servir como bibliografia para trabalhos futuros.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

### 2.1 As principais teorias sobre o conceito de malária

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários, transmitidos pela fêmea infectada do mosquito Anopheles. Apresenta cura se for tratada em tempo oportuno e adequadamente (Programa Nacional de Controlo da Malária, 2017).

CRUZ ( 2019), argumenta que, a malária é uma doença infecciosa febril aguda transmitida pela picada da fêmea do mosquito Anopheles, infectada pelo microorganismo Plasmodium.

Marie (2022), dizem que a malária é uma doença causada normalmente por quatro diferentes tipos de protozoário do gênero Plasmodium. Assim a malária é uma infecção causada por quaisquer das quatro espécies de Plasmodium. Os sinais e sintomas incluem febre (que pode ser periódica), arrepios, calafrios, sudorese, diarreia, dor abdominal, desconforto respiratório, confusão mental, convulsões, anemia hemolítica, esplenomegalia e anormalidades renais.

Na visão de BARBOSA (2022), a malária, também é uma doença parasitária do sangue, provocada por um protozoário do género plasmodium. Este parasita é transmitido através da picada de um mosquito (do género Anopheles). Daí que de acordo com autor supra citado, a malária é endémica em vários países tropicais, sendo potencialmente fatal se não tratada atempadamente. **(Ver anexo nº6)**

### 2.2 História da malária no Mundo

A malária é uma enfermidade prevalente em todos os países de clima tropical e subtropical, mas a África é o continente com maior número de casos, muitos deles fatais.

O plasmódio, parasita que produz a malária, é tão antigo ou mais antigo do que o homem na Terra e a patologia já faz parte da história da humanidade. A malária era responsável pelas febres que acometiam os trabalhadores das plantações de arroz no rio Nilo e a causa da morte de vários faraós do Egito, (CARVALHO, 2015).

O relatório da World Health Organization, indica a endemicidade da malária em 90 países de diferentes regiões continentais, nomeadamente África, Ásia do Pacífico, América e Sudeste Asiático, sendo que 3,4 mil milhões de pessoas apresentam riscos de contrair a malária por residir em zonas endémicas totalizando 40% da população mundial, dos 90 países endémicos, 17 pertencem ao Continente Africano, significando que 92% dos casos de malária

ocorreram no continente Africano, 5% no Sudeste Asiático e 2% nas regiões do Mediterrâneo Oriental. Dados de 2017 verificaram-se 219 milhões de casos de malária e 435.000 mortes por malária em todo o mundo (World malária report, 2018).

Dados do relatório mostraram uma diminuição dos casos de malária a nível mundial entre 2010 e 2017, um decréscimo na ordem de 18%. A região Sudeste Asiática continua a ver sua taxa de incidência diminuir de 17 casos da doença por 1000 habitantes em risco em 2010, para 7 em 2017 (uma diminuição de 59%). Todas as outras regiões não registaram variações de incidência, exceto a região das Américas que registou um aumento em grande parte devido ao alastramento de transmissão da infecção no Brasil, Nicarágua e Venezuela, (BARBOSA, 2022).

### **2.3 Malária em África**

A malária é considerada a doença parasitária com maior impacto mundial, sendo um grande causador de doença em países tropicais e subtropicais, afetando principalmente crianças com menos de cinco anos e grávidas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada 45 segundos morre uma criança com malária em África, (OMS, 2011).

Em África a taxa de incidência da malária permaneceu em 219 casos por 1000 habitantes em risco pelo segundo ano consecutivo. O maior número dos casos de malária em 2017, ocorreram na região Africana (92%), seguida da região do Sudeste Asiático (5%), e nas regiões do Mediterrâneo oriental (2%). Dados estatísticos reportam que 93% das mortes por malária, ocorreram em África, (World malária report, 2018)

Segundo o relatório mais recente sobre esta doença, registaram-se 232 milhões de casos de malária (96% do total global) e 611.802 mortes causados por esta doença (98% do total global) em África, em 2020, (BARBOSA, 2022).

Estes números revelam um aumento de 68.953 mortes por malária, face a 2019, com 49 mil destas mortes a serem atribuídas a perturbações dos programas de malária e dos serviços de saúde, provocadas pela pandemia de covid-19.

### **2.4 Malária em Angola**

Em Angola, a malária está distribuída por todo o país, sendo endémica nas 18 Províncias. Considera-se que as províncias do Norte são as mais afetadas (Cabinda, Uíge, Zaire, Cuanza Norte, Cuanza Sul Malanje, Lundas Norte e Sul), devido às suas características geográficas e climáticas, tornando-se na principal causa de morte por doença em Angola,

igualmente de internamentos hospitalares e ausência escolar ou do trabalho, provocando um impacto negativo na saúde das populações na educação e economia do País, Plano Nacional de Controlo da Malária (MINSA, 2017).

As crianças menores de cinco anos de idade são as mais vulneráveis, tendo a OMS estimado que em 2017, representaram cerca de 61% (266.000) óbitos por malária em todo mundo

Ao considerar que a malária aumenta o risco de anemia ferropénica (52%), síndromes febris, convulsões, hemo-transfusões e mortes nesta idade, considera-se uma população muito vulnerável de adoecer e morrer por esta causa , Malanje foram notificados em 2018, cerca de 301.371 casos de malária dos quais 273 863, foram crianças menores de cinco anos de idade e destes casos 391 resultaram em óbitos ocorridos no mesmo período, neste grupo etário, (WHO, 2018).

Em Angola os dados de morbilidade e mortalidade por malária são recolhidos pelas unidades de saúde, que igualmente registam a dispensa e consumo de anti-maláricos. Para monitorizações e avaliações de todos os casos de malária, o Programa Nacional de Luta Contra a Malária (PNCM), criou um ponto focal nacional, existindo em cada província um supervisor de controlo da doença.

## **2.5 Malária no Huambo**

O Huambo é uma zona de transmissão meso-endémica estável de malária; 86% das 232 unidades de saúde ofereciam cuidados pré-natais. O Huambo registou 48% de cobertura de TIP2 em 2021, uma baixa relativamente aos 57% de 2020.

Os casos de malária no Huambo continuam subir dados recenets afirmam que mais de 700 pessoas morreram por malária em diversas unidades sanitárias da província do Huambo nos primeiros três meses do ano de 2022, período em que foram registados mais de 400 mil casos da doença, revelaram as autoridades sanitárias da província (Sateco, 2022).

Já morreram 243 pessoas devido à malária nos três primeiros meses de 2023, no Huambo, onde se registaram até ao momento um total de 254, 779 casos, informou, na última terça-feira, dizia o chefe do departamento de Saúde Pública do Gabinete Local, Valentim Katolo.

## **2.6 Patogenese da malária na gravidez**

A malária na gravidez caracteriza-se pela sequestração do plasmodium na placenta (através dos eritrocitos infectados): Estes eritrocitos infectados expressam uma variante do antígeno de superfície. Este antígeno é específico do género feminino e dependente da gravidez: verificou-se que o género masculino e as mulheres não grávidas não desenvolvem anticorpos para este antígeno específico. Pensa-se igualmente que estes antígenos (VSA) sejam apenas característicos do plasmodium falciparum.

Os parasitas que originam a expressão deste antígeno na superfície dos eritrocitos levam à adesão dos mesmos ao sincitiotrofoblasto. A acumulação dos eritrocitos na placenta origina mudanças histológicas da mesma. Surge inflamação, deposição de fibrina ou células inflamatórias, nomeadamente: leucócitos, induzindo lesões no trofoblasto, das quais resulta um transporte deficiente de nutrientes e oxigénio entre a mãe e o feto. Pode haver malária placentária sem manifestações clínicas de doença, e pode igualmente ocorrer malária placentária na ausência da parasitemia periférica na mãe. Por este motivo, a anatomia patológica da placenta pode ser um critério de diagnóstico da doença (McClean, 2015).

### **2.6.1 Susceptibilidade da malária na gravidez**

A mulher grávida tem uma maior vulnerabilidade para a infecção com malária comparativamente com a mulher não grávida. Uma das grandes razões para este facto é a depressão da imunidade que se verifica normalmente durante a gravidez.

A prevalência da parasitemia periférica é maior na mulher grávida do que na mulher não grávida, comparando mulheres da mesma idade e vivendo na mesma área geográfica (em zona endémica).

O que se constatou foi uma depressão da resposta aos antígenos na grávida a resposta proliferativa dos linfócitos, em contacto com antígenos da malária, esta diminuída, em comparação com a resposta dos linfócitos da mulher não grávida.

Para além disto, verificou-se que as primigestas têm susceptibilidade à malária do que as mulheres que já tiveram filhos (1,4). Uma das possíveis justificações, deve-se ao facto de a imunidade para antígeno específico de superfície, ser adquirida progressivamente com sucessivas gravidezes, estando pois ausente nas primíparas. Outra das razões apontadas, é o facto de que as primigestas apresentarem níveis de cortisol mais elevados originando uma maior depressão da imunidade celular.

Num estudo relativo à presença de parasitemia numa primeira consulta, realizado na região dos camarões, na África Central, para além de se ter verificado maior prevalência da infecção nas primigestas, observo-se que as mulheres com idade inferior a 20 anos tinham parasitemias superiores as mulheres com idade superior a 20 anos.

Verificou-se igualmente que as mulheres solteiras tinham maiores níveis de parasitemia que as mulheres casadas. Tudo isto parece estar interligado, na medida em que, de forma muito geral, as mulheres mais novas (idade inferior a 20 anos) quando engravidam estão solteira e na maioria dos casos estão a experimentar a primeira gravidez (Anchang-kimbi, 2015)

## **2.7 Manifestações Clínicas da Malária**

As manifestações clínicas da malária variam em função do quadro clínico do indivíduo acometido pela doença, podendo caracterizar-se por processos febris cíclicos, com periodicidade de 48 horas em infecções por *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium ovale* e *Plasmodium vivax* e de 72 horas por *Plasmodium malariae*.

Por período de incubação entende-se o tempo entre a picada do mosquito infectado e o aparecimento das manifestações clínicas (sinais e sintomas) na pessoa que foi picada. No caso da malária o período de incubação varia conforme o parasita responsável pela infecção.

Para *P. falciparum* o período de incubação é de 7 a 15 dias, sendo em média 10 dias. Para o *P. vivax* *P. ovale* esse período oscila normalmente por volta de 14 dias, podendo ser de 10 a 20 dias. O *P. malariae* tem período de incubação maior, cerca de 30 dias, mas que pode variar de 20 a 40 dias (CARVALHO, 2015).

O quadro clínico da malária pode ser ligeiro, moderado ou grave, dependendo da espécie e da quantidade de parasitas circulantes no sangue, do tempo de doença e do nível de imunidade adquirida pelo paciente.

Considerando que muitas doenças, além da malária, causam febre, dor de cabeça e mal-estar, o tratamento deverá ser feito após a confirmação do diagnóstico de malária por meio do teste de diagnóstico rápido (TDR) ou microscopia óptica (MO).

## **2.8 Complicações da malária na gravidez**

A infecção pelo *plasmodium* durante a gravidez não só traz consequências para a grávida como também para o feto e recém-nascido. As complicações que se podem verificar no

feto são: aborto, restrição do crescimento fetal e/ou infecção congênita. O recém-nascido fruto de uma gravidez com infecção por *plasmodium falciparum*, geralmente é prematuro ( <37 semanas) e/ou com baixo peso ao nascer ( <2500 kg). São crianças que apresentam maior morbidade e mortalidade.

A elevada incidência de parto pré-termo nas grávidas infectadas pelo *plasmodium falciparum*, pode ser mediada por alteração na produção de citocinas. Pensa-se que se correlaciona com o aumento de TNF- $\alpha$  - a concentração de TNF- $\alpha$  é tanto maior quanto maior a quantidade de eritrócitos infectados. A produção de TNF- $\alpha$  está implicada na patogênese do parto pré-termo e do baixo peso à nascença. O parto pré-termo e a restrição do crescimento fetal (devido à diminuição da transferência dos nutrientes e oxigênio através da placenta) contribuem igualmente para o baixo peso do recém-nascido. O risco de aborto é semelhante na infecção por *plasmodium falciparum* ou *P. vivax* e pode verificar-se na doença sintomática ou assintomática, sendo no entanto mais frequente nas grávidas com malária sintomática.

Nas regiões endêmicas de malária, 8% a 36% das crianças com baixo peso ao nascimento, resultaram de gestações associadas à malária; e 3% a 8% da mortalidade infantil foi consequência da infecção da mãe aquando da gravidez.

Numa revisão de 117 estudos provenientes de regiões endêmicas de África, publicados entre 1985 e 2000, as complicações da malária foram quantificadas: 8-14% das crianças tinham baixo peso ao nascimento; 13-70% dos fetos tinham restrição do crescimento; 3-15% dos recém-nascidos tinham anemia; e a mortalidade infantil verificou-se em 3 a 8% das crianças.

Um das complicações maternas mais frequentes da malária é a anemia. A anemia induzida pela malária é causada por: hemólise dos eritrócitos infectados pelo parasita, supressão da hematopoiese e sequestração intensa dos eritrócitos infectados na placenta. Mesmo em áreas endêmicas de malária, a anemia materna é uma complicação muito frequente. A anemia relacionada com a malária está associada a morbidade e mortalidade maternas significativas.

Na malária grave a mãe poderá apresentar para além da anemia, disfunção hepática e acidose metabólica (LAGERBERG, 2008).

## **2.9 Classificação da malária quanto a gravidade**

### **2.9.1 Malária simples**

O quadro clínico da malária pode ser considerado simples ou não complicado, quando estão presentes sintomas da malária menos agressivos ( febre, dores de cabeça, dores musculares e dores nas articulações), um teste parasitológico positivo e ausência de critérios da malária severa ou grave. Nos casos de malária simples ou não complicada, a primoinfecção caracteriza-se pela ocorrência de paroxismos febris, que se iniciam com calafrios acompanhados por um mal-estar generalizado, cefaleias e dores musculares e articulares. As náuseas e os vômitos são frequentes, podendo ainda ocorrer dor abdominal intensa (WHO, World malária report, 2013).

A malária simples é definida como uma doença sintomática sem sinais de gravidade ou evidência (clínica ou laboratorial) de disfunção orgânica. Os sintomas clássicos da malária são: Febre, Dor de cabeça e Calafrios. Outros sinais e sintomas podem estar presentes como mal-estar, suores, pulso rápido, tontura, vertigens, dores nas articulações (artralgias), dores musculares (mialgia), perda de apetite, fraqueza, náuseas e anemia. Os efeitos da malária na mulher grávida, se não tratada de forma certa e atempada, pode evoluir para formas graves e apresentar efeitos como febre alta (acima de  $39^{\circ}$  C), parasitemia elevada, infecção da placenta, sepsis puerperal, anemia grave, hipoglicemia, hepatoesplenomegália, edema pulmonar, malária cerebral, insuficiência renal aguda, hemorragia, aborto espontâneo, parto prematuro e morte materna (CARVALHO, 2015).

### **2.9.2 Malária grave**

A Malária grave é uma emergência médica, considera-se forma clínica de apresentação de malária grave e/ou complicada, toda aquela em que a doente, após exclusão de outras causas de síndrome febril agudo, apresente uma ou mais das seguintes manifestações clínicas e laboratoriais.

No quadro clínico severo ou grave, há a presença de um ou mais dos seguintes sintomas, coma (com a presença de um valor de Glasgow inferior a 11); prostração, convulsões (mais de dois episódios em 24 horas); acidose (défice de base  $> 8$  mEq/L ou bicarbonato  $< 15$

mmol/L ou  $\text{nlactatos} \geq 5 \text{ mmol/L}$ ); hipoglicémia (glucose  $< 40 \text{ mg/dL}$ ); Anemia severa (hemoglobina  $\leq 5 \text{ g/dL}$ ); Insuficiência renal (creatinina  $> 3\text{mg/dL}$  ou ureia  $> 20 \text{ mmol/L}$ );

Icterícia (com bilirrubina sérica  $> 3 \text{ mg/dL}$ ); Edema pulmonar (confirmado radiologicamente ou saturação de oxigênio  $< 92\%$  e frequência respiratória  $> 30 \text{ ciclos/minuto}$ ); Hemorragia significativa (incluindo recorrente ou prolongada da mucosa nasal, gengival ou local de punções venosas, hematemeses ou melenas) e choque ou hiperparasitémia (parasitémia *Plasmodium*  $> 10\%$ ), : (WHO, Malária , 2015)

## **2.10 Diagnóstico da Malária**

O diagnóstico da malária, numa fase inicial da doença, pode fazer a diferença entre a vida e a morte, uma vez que para além de evitar a evolução da malária para as suas formas mais graves, diminui igualmente a possibilidade de ocorrência de novos casos, se o doente com malária permanecer nas áreas de transmissão (Gonçalves, 2019).

Em Angola, toda síndrome febril suspeito de malária deve ser confirmado por teste rápido ou microscopia óptica (MO), inclusive em mulheres grávidas. O exame microscópico do sangue pode ser feito em esfregaço delgado ou concentrado (gota espessa). O teste e a pesquisa de plasmódio são específicos para o diagnóstico da malária.

Na ausência de microscopia ou teste rápido de diagnóstico, todo o caso de febre aguda confirmada (por termómetro) ou referida deve ser tratado como malária depois de excluídas outras causas de febre.

## **2.11 Tratamento da malária na gravidez.**

Para a implementação específica do componente de malária na gravidez, o Programa Nacional de Controlo da Malária, desenvolveu uma advocacia com o Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva (DSSR) da DNSP e Instituto Nacional de Luta Contra a Sida para desenvolver acções coordenadas que permitam melhorar a qualidade de atendimento e atingir os objectivos preconizados (MINSa, 2014).

No período pré-natal deve-se fazer a preparação física e psicológica da grávida para o parto institucional. Assim o profissional de saúde deve ter uma postura cordial que possibilite estabelecer uma boa relação prestador/gestante, fortalecendo nela a confiança necessária para que a sua gestação, parto e puerpério decorram de forma segura. Daí que a mulher grávida e seu parceiro devem saber que:

- Malária e Paludismo são nomes de uma única doença.
- A malária é transmitida pela picada de mosquitos.
- As grávidas correm maiores riscos de contrair malária do que as outras mulheres e muitas vezes não apresentam os sintomas da doença, sendo este um dos fundamentos de se adoptar o tratamento intermitente preventivo.
- Na mulher grávida, se a malária não for tratada pode provocar: Anemia grave, Aborto, Hemorragia, Nados mortos, Baixo peso à nascença, Morte materna
- Nas mulheres grávidas, a malária pode ser prevenida através do Tratamento Intermitente Preventivo com Sulfadoxina-Pirimetamina (Fansidar).
- A grávida deve tomar os três comprimidos de Fansidar/dose única, com um intervalo mínimo de trinta dias (4 semanas), sob observação directa do técnico de saúde (DOT), podendo a grávida estar com o estômago cheio ou vazio. A última dose de Fansidar pode-se tomar, inclusive, no mesmo dia do parto, sem nenhum risco para a mãe ou seu bebé.
- Além de tomar o Fansidar, a grávida deve dormir sempre debaixo do mosquiteiro tratado com inseticida.
- A mulher grávida tem direito de receber gratuitamente, durante a primeira consulta pré-natal, um mosquiteiro tratado com inseticida. (**Ver anexo nº8**)
- A malária sem complicações é facilmente tratada, mas quando existe a demora em procurar os serviços de saúde, pode evoluir para a malária grave que requer tratamento especializado e dispendioso.
- Toda a febre durante a gravidez deve merecer uma atenção particular,
- A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que cada grávida deve comparecer pelo menos a quatro Consultas pré-natais (WHO, World malária report, 2013).

## **2.12 Prevenção da Malária**

A prevenção da malária é crucial para a diminuição da infecção periférica e da placenta, evitando consequências nefastas para a mãe e para o feto

De acordo com a autora supra citada, diz que as grávidas devem ser desaconselhadas a viajar para zonas endémicas de malária até ao período pós-parto. Se tal não for possível, devem adotar medidas para evitar a picada do mosquito para isso devem sempre dormir de baixo do mosquiteiro (Mendonça, 2016).

Tendo em conta que a mulher grávida atrai duas vezes mais os mosquitos do que a mulher não grávida e as medidas anti mosquito constituem um importante fator na redução da infecção.

### **2.12.1 Medidas realizadas no Centro ou posto de Saúde**

- a) Garantir o atendimento integral e humanizado aos suspeitos de malária com meios
- b) Para diagnosticar e tratar precocemente;
- c) Realizar tratamento supervisionado quando necessário;
- d) Desenvolver acções educativas e de mobilização social relativas ao controle da malária em sua área de abrangência;
- e) Viabilizar capacitações dos membros da equipe quanto a atenção do paciente e acções relativas a vigilância epidemiológica da malária;
- f) Garantir o encaminhamento dos casos graves para unidade de referência, quando necessário;
- g) Estabelecer o fluxo das informações epidemiológicas referentes a malária, promovendo análises de incidência da doença na sua área de actuação para o planificação das acções;
- h) Articular e viabilizar as medidas de controle vectorial e outras acções de protecção colectiva.

### **2.12.2 Medidas realizadas pelos Enfermeiros**

- a) Identificar suspeitos de malária.
- b) Preencher a ficha de notificação.
- c) Realizar diagnósticos precocemente.
- d) Completar a ficha de notificação e encaminha-la ao sector competente.
- e) Realizar tratamento imediato e adequado dos casos de malária com esquema terapêutico
- f) preconizado pelo Ministério da Saúde, e orienta-lo quanto a necessidade do tratamento completo e medidas de prevenção.

- g) Identificar sinais e sintomas de malária grave e referenciar o paciente para os serviços de maior complexidade.
- h) Realizar acções de educação em saúde e de mobilização social.
  
- i) Solicitar o retorno do paciente após o término do tratamento e, em situações especiais, realizar o tratamento supervisionado maior complexidade.
- j) Acompanhar as pacientes em tratamento.
- k) Orientar o paciente quanto a necessidade de concluir o tratamento.
- l) Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de protecção individual e familiar para prevenção da malária.
- m) Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental com o objectivo de fazer o controle de vectores.
- n) Quando da constatação de um caso de malária, investigar a existência de outros casos na comunidade e encaminhar.
- o) Orientar medidas de protecção individual como:
  - 1. repelentes;
  - 2. uso de roupas e acessórios apropriados para diminuir o contacto vector/homem;
  - 3. uso de mosquiteiros impregnados ou não com insecticidas;
  - 4. telagem das portas e janelas das casas.

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Caracterização da área de estudo**

O presente estudo foi desenvolvido no hospital Municipal da Caála da província de Huambo, que está situada na República de Angola. Angola é um País de clima tropical, situado na África Austral, faz fronteiras a Norte e Nordeste com a República Democrática do Congo e Congo Brazzaville, a Leste com a Zâmbia, a Sul com a Namíbia e a Oeste é banhado pelo Oceano Atlântico. Possui uma superfície de 1.246.700 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 24.3 milhões de habitantes, com uma densidade média de 15.5 habitantes por km<sup>2</sup>, a taxa de fecundidade é de 6.4 filhos por mulher, com 48% da população menor de 15 anos. O país está dividido em 18 Províncias, 161 municípios e 519 comunas.

Caála é uma cidade e município da província do Huambo, em Angola. Tem 3 680 km<sup>2</sup> e cerca de 373 mil habitantes. O município da Caála localiza-se na parte central da província do Huambo tendo como limites a norte os municípios da E Cunha, a leste o município de Huambo, a sul o município de Chipindo, e a oeste os municípios de Longonjo e Caconda. O município é constituído pela comuna-sede, correspondente à cidade de Caála, e pelas comunas de Cuíma, Calenga e Catata.

#### **3.2 Delineamento experimental**

Para a realização desta pesquisa foi utilizado o método de análise do sistema físico operacional, com objectivo de obter-se a síntese do sistema através de normalidade. O teste Shapiro -Wilk, proposto em 1965, por SAMUEL SANFORD SHAPIRO e MARTIN WILK, que é baseado na estatística de normalidade sobre as frequências, que por sua vez são usados para determinar conjuntos de dados de uma dada variável aleatória, é bem modelado por uma distribuição normal ou não.

A amostra (N = 161). A amostra relativa ao grupo de mulheres grávidas (n = 40) foi toda recolhida no hospital Hospital Municipal da Caála. A recolha propriamente dita decorreu entre os meses de Janeiro - Junho de 2023, num primeiro momento foi solicitada autorização para a recolha dos dados junto da unidade Hospitalar, posteriormente, procedeu-se ao esclarecimento acerca dos objectivos da investigação, a confidencialidade e anonimato das respostas, as pacientes, com a apresentação do documento de consentimento informado. Importa referir que para responder ao questionário, todas os criadores foram inqueridos e

Efetuuou-se uma revisão bibliográfica sobre a malária usando artigos científicos e revisões. A pesquisa foi iniciada janeiro de 2023.

Assim trata-se de um estudo, exploratório com uma componente analítica, que procura Propôr a implementação de protocolo de cuidados de enfermagem voltado no tratamento à mulheres grávidas com malária, internadas no Hospital Municipal da Caála.. Os dados foram recolhidos por meio da aplicação de um questionário presencial.

### **3.3 Instrumento**

Para o presente trabalho, utilizámos como instrumento dois questionários por nós elaborados, utilizamos em simultâneo as técnicas quantitativas (inquérito por questionário) e qualitativas (entrevista), tendo permitindo uma visão mais abrangente do objecto de estudo que analisámos; privilegiámos uma abordagem interpretativa, uma vez que as pacientes interessados em compreender a forma dos cuidados na gravidez, sendo que o primeiro é referente as pacientes, constituído por 10 (dez) perguntas, com objectivo colher informações cuja análise e interpretação levou-nos a compreender o nível de conhecimento das pacientes sobre a malaria na garvidez. O segundo questionário com 6 perguntas e algumas alíneas foi destinado aos técnicos de saúde, que visou buscar informações sobre o cumprimento do protocolo de enfermagem. A escolha do instrumento utilizado pretendeu dar resposta aos objectivos da investigação e as características da população grávida e do ambiente em estudo. Assim como instrumento de recolha de dados construiu-se através de um formulário de recolha de dados, elaborado para o efeito e com o suporte adicional dos processos clínicos de mulheres grávidas com malária internadas no Hospital Municipal da Caála/1º Semestre/2023.

### **3.4 Procedimento**

Identificado o universo populacional, ja tendo sido elaborado as entrevista ( Guião ) marcamos um pré-encontro com elas no hospital municipal da Caála, com disponibilidade parcial de 40 delas no sentido de permitir a realização do estudo ou entrevista a elas.

### **3.5 População em estudo**

Do universo de 161 pacientes grávidas com malária confirmados nas consultas externas do hospital Municipal da Caála, no ano de 2023. Participaram do estudo 40 mulheres grávida. Estes participantes foram selecionados pelo método não probabilístico por conveniência pelo

facto de haver facilidade em aceder aos pacientes também por ser o local de trabalho do investigador.

### **3.6 Critérios de inclusão**

Estão inclusos deste trabalho todos os pacientes com aspectos clínicos e laboratoriais de malária à mulheres grávidas, que estarão internadas no Hospital Municipal da Caála no primeiro semestre de 2023.

### **3.7 Critérios de exclusão**

Estão excluídos deste trabalho todos os pacientes que não apresentam aspectos clínicos e laboratoriais de malária à mulheres grávidas que estão internadas no Hospital Municipal da Caála, aquelas que estão presentes, mas não serão tidas em conta com as variáveis propostas nos objectivos específicos, assim como os que não se enquadraram no período em estudo.

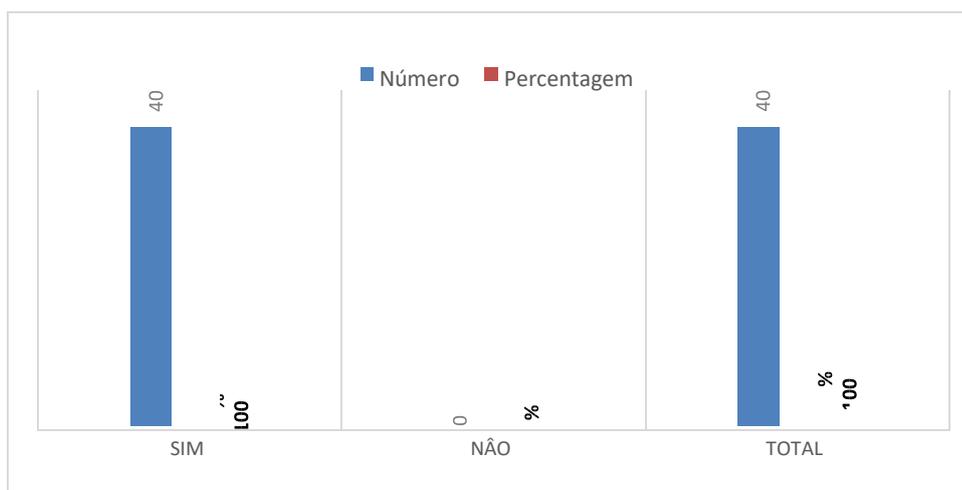
### **3.8 Aspectos Éticos**

Este trabalho, foi submetido ao Comité de Ética do Instituto Superior Politécnico da Caála para aprovação e posteriormente após a aprovação dirigir-se-á uma carta de pedido de autorização ao Hospital Municipal da Caála, para realizar a recolha de dados e posteriormente um inquérito e termo de consentimento livre e esclarecido, onde os participantes serão informados sobre a pesquisa, bem como a finalidade do estudo e garantia de confidencialidade de resultados e anonimato de suas identificações.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como podemos constatar no gráfico nº1, dos 100% dos pacientes com malária, mesmo sendo todos do género feminino, maior parte deles são do sexo feminino, o que corresponde 100%, e por sua vez a sua menor parte 0% correspondem ao mesmo sexo feminino.

**Gráfico nº 1.** Distribuição das pacientes grávidas com malária e que já ouviram falar da sua doença.

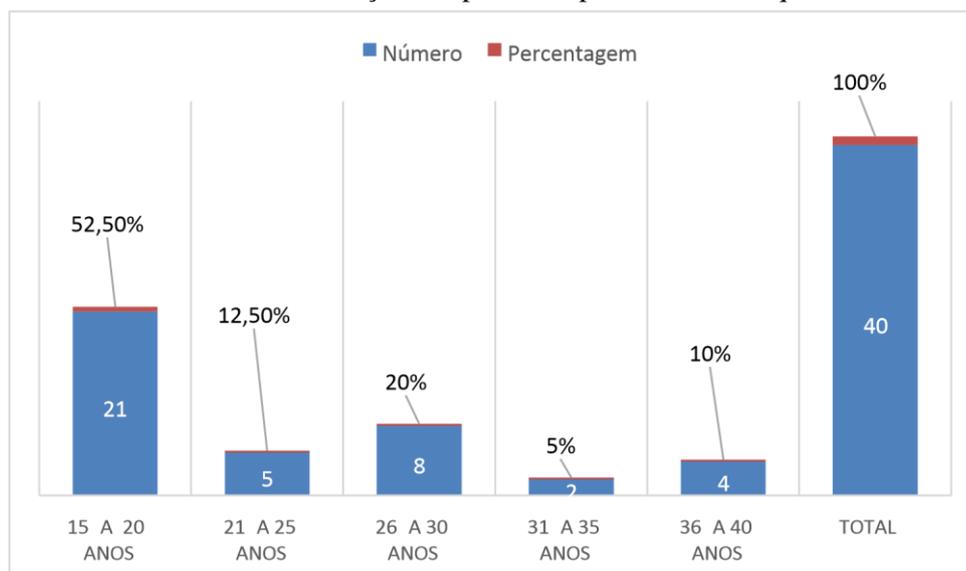


Fonte (Autor, 2023).

O nosso resultado está de acordo com Patrão & Vasconcelos-Raposo (2012), quando argumentaram que, em termos gerais, as pessoas inquiridas estão maioritariamente bem informadas acerca das características da doença, suas implicações e formas de prevenção. Mesmo assim, verificou-se que ainda existem pessoas mal informadas. Estes indivíduos, que apresentam um nível baixo de conhecimentos acerca da doença, embora em menor número, continuam a ter procedimentos pouco preventivos e a contribuir para o aumento de casos desta doença.. Em um estudo realizado em 2012, na cidade de Natal/RN, evidenciou-se um conhecimento satisfatório das famílias sobre a malária. Contudo, a compreensão da transmissibilidade e dos cuidados mostrou-se preocupante, por acreditarem na disseminação da doença por meio de falta de saneamento e o não uso de redes mosquiteiras.

Como podemos constatar no gráfico nº2, dos 100% dos pacientes grávidas com malária, mesmo sendo de idades diferentes, maior parte delas são da faixa etária dos 15 a 20 anos, o que corresponde 52,5%, enquanto que dos 21 a 25 anos corresponde a 12,5%, e por sua vez a menor parte de 31 a 35 anos corresponde 5%.

**Gráfico nº 2.** Distribuição dos pacientes por faixa etária que sofreram malária.

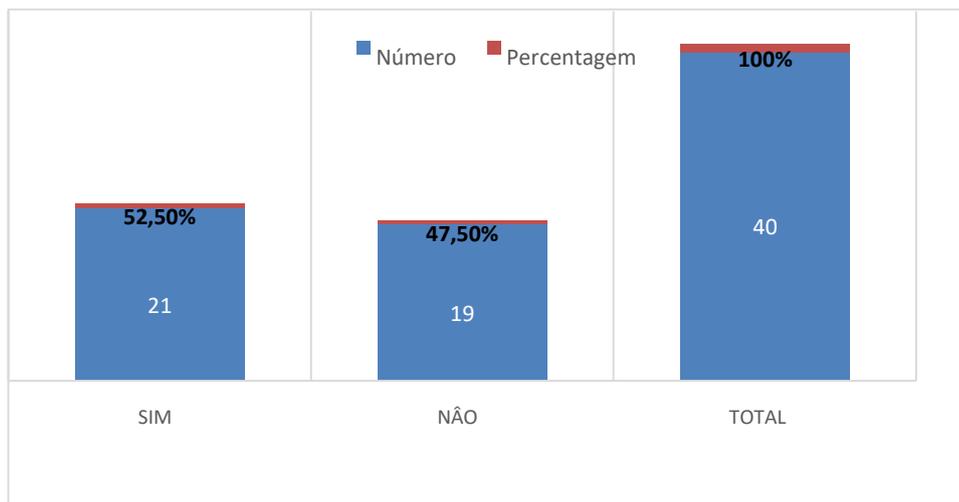


**Fonte** (Autor, 2023).

A nossa abordagem de resultados, concorda com WHO (2018) quando, definiu a existência de grupos vulneráveis onde a doença apresenta-se com maior prevalência: Crianças menores de cinco anos de idade, mulheres grávidas, lactentes, pacientes com Vírus de Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA), migrantes não imunes bem como populações móveis e viajantes.

Em relação as mulheres grávidas que fazem o uso mosquiteiro maior nº respondeu sim o que corresponde a 52,50% e o nº reduzido de mulheres responderam não que corresponde a 47,50%

**Gráfico nº 3.** Distribuição das pacientes grávidas que fazem uso do mosquiteiro.

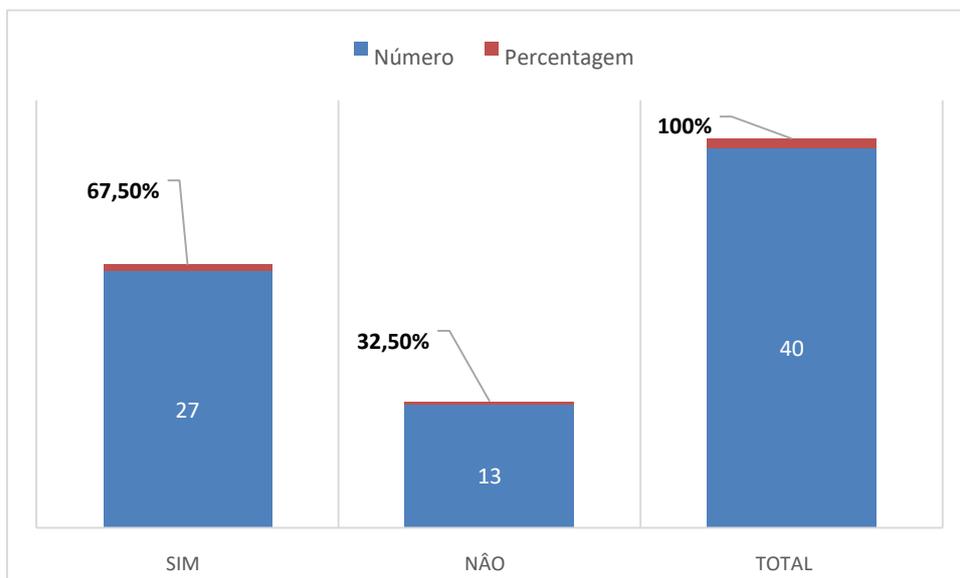


**Fonte** (Autor, 2023).

Ora aos nossos resultados estão de acordo com (Jorge Alexandre Harrison Arroz, 2016) que o uso de redes mosquiteiras impregnadas com insecticida de longa duração (doravante designada como “redes com inseticida”) pode reduzir a morbidade e mortalidade por malária, principalmente em crianças e mulheres grávidas. Os dados apresentados no gráfico nº 3 servem para avaliar o uso de redes mosquiteiras entre o grupo mais vulneráveis aos efeitos da malária, as crianças menores de 5 anos e as mulheres grávidas.

Como podemos constatar no gráfico nº4, dos 100% das pacientes com malária, 67,5% responderam sim e os demais 32,5% responderam não.

**Gráfico nº 4.** Distribuição das pacientes grávidas com malária que sabem os métodos para se prevenir da doença.

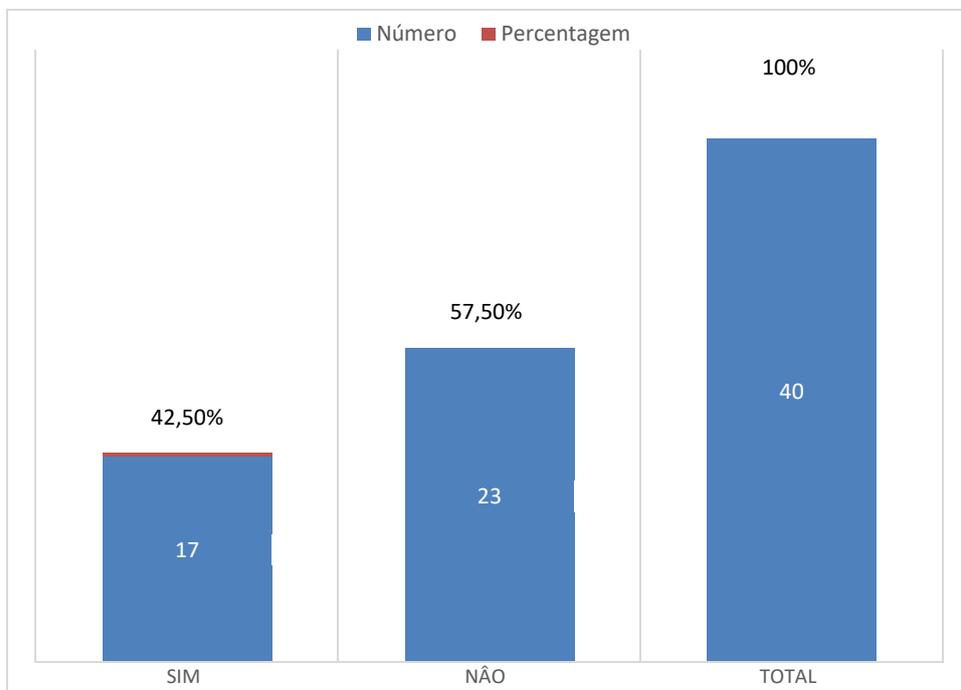


**Fonte** (Autor, 2023).

De acordo com os nossos achados, ALEXANDRE (2004) quando dissertou que, por outro lado, o conhecimento de que a doença pode ser curada e a motivação proporcionada pela fé estimulam os doentes a seguirem até o final do tratamento. Esse conhecimento é muitas vezes adquirido por uma experiência prévia com a doença, a exemplo de ter conhecido alguém acometido pela malária e que, ao realizar o tratamento completo podem ficar curado.

Como podemos constatar na tabela nº5, 42,5% das pacientes responderam sim e 57,5% responderam não possuem poços e pneus de água para em sua casas.

**Gráfico nº 5.** Distribuição das pacientes grávidas com malária que tem poço, pneus de água parada em sua casa.

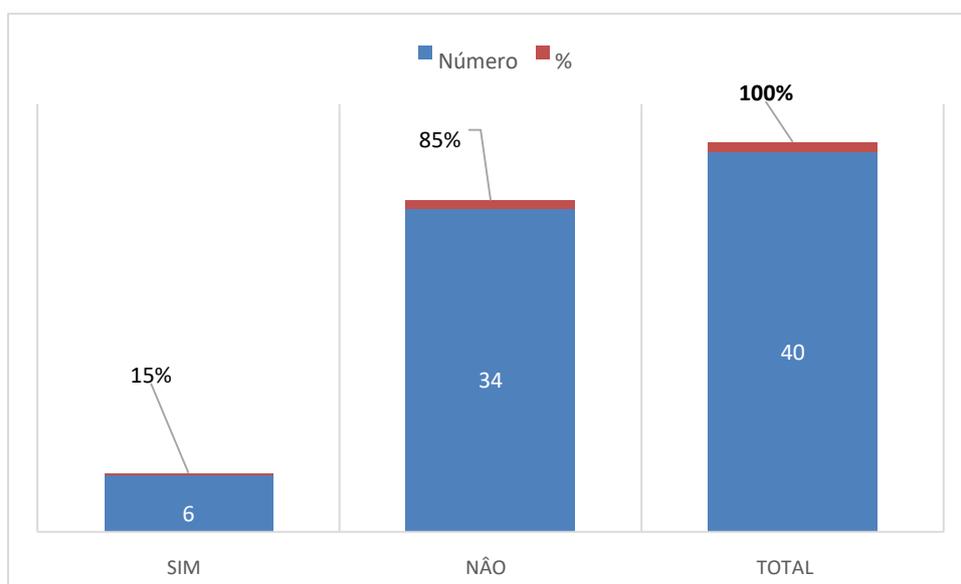


Fonte (Autor, 2023).

Alinhados aos nossos resultados a OMS, The WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) afirmou que, as características clínicas da malária durante a gravidez variam de acordo com o grau de imunidade que a mulher adquiriu durante a vida até o início da gravidez e conforme sua situação epidemiológica. Poucas infecções em adultos saudáveis que vivem em áreas de alta transmissão de malária resultam em febre. O mesmo se aplica para mulheres grávidas semiimunes, sendo comum que a maioria das grávidas com parasitemia apresentem poucos sintomas.

Como podemos constatar na tabala nº6, dos 100% das pacientes com malária que tem ao redor de suas casas muito lixo, 15% responderam sim e os 85% responderam não.

**Gráfico nº 6.** Distribuição das pacientes gravidas com malária que têm ao redor de suas casas muito lixo.



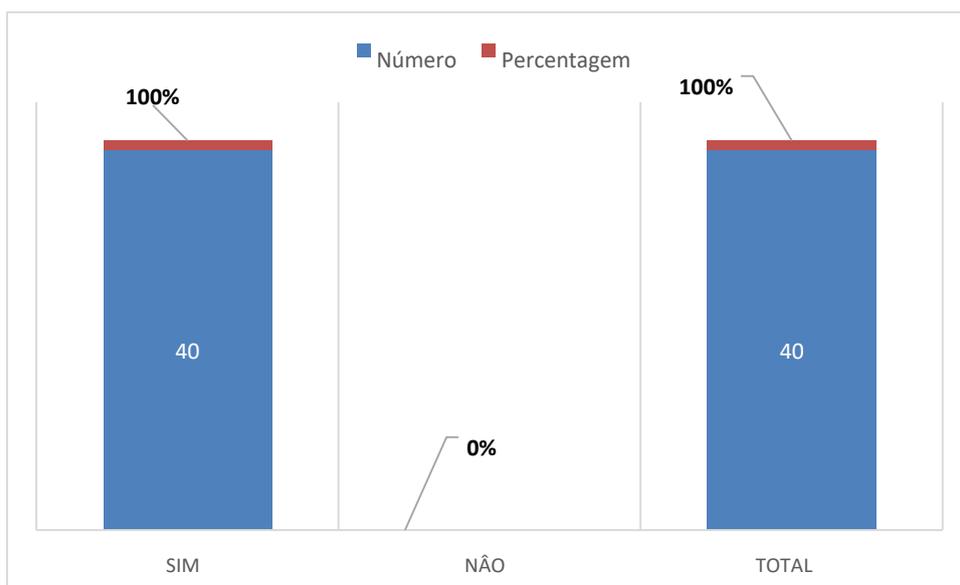
**Fonte** (Autor, 2023).

Alinhados aos nossos encontrados (CÁRDENAS, 1994) quando afirmou que, os mosquitos transmissores da malária são insetos da ordem dos dípteros da família Culicidae e do gênero Anopheles. Este gênero compreende cerca de 400 espécies das quais apenas um número reduzido tem importância epidemiológica, ou seja, qualquer condição que aumente a probabilidade de surgimento, agravamento e morte pela doença num determinado momento.

Como podemos constatar na tabala nº6, dos 100% quanto as dificuldades nos cuidados as pacientes com malária sendo que a mal condições da moradia corresponde 0%

Fonte: própria 2023

**Gráfico nº 7.** Distribuição das pacientes grávidas com malária que tem realizado limpeza todos os dias ao redor da suas casas.

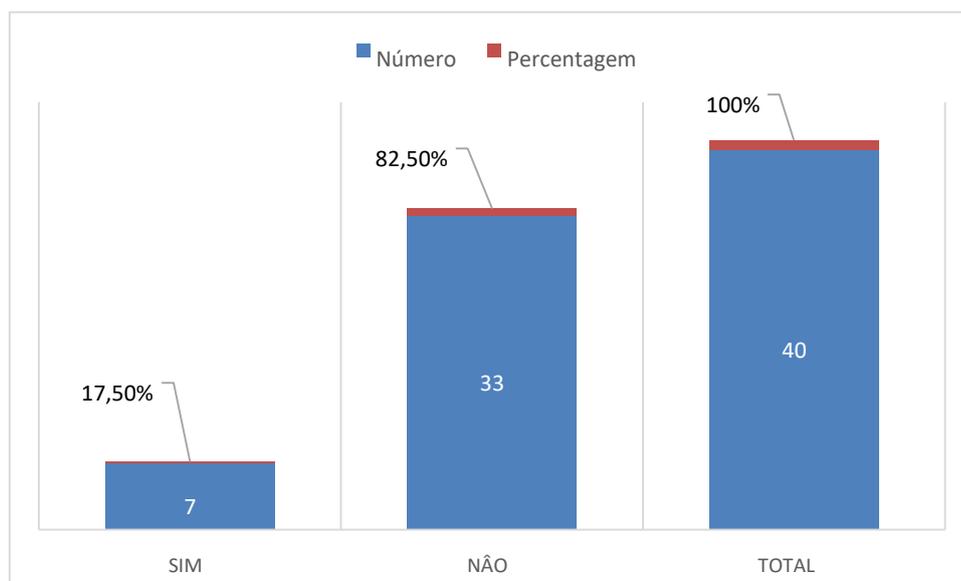


Fonte (Autor, 2023).

De acordo com os nossos resultados (LAGERBERG, 2008) quando afirmou que as mulheres grávidas correm maior risco de contrair malária do que as mulheres que não se encontrem grávidas. As principais consequências incluem anemia materna, baixo peso à nascença, parto prematuro e um aumento da mortalidade infantil e materna, onde em zonas com transmissão moderada a elevada do Plasmodium falciparum.

Como podemos constatar no gráfico nº8, dos 100% quanto as pacientes que vivem próximo de um riacho com muita vegetação, 17,5% responderam sim e os demais responderam não o que corresponde a 82,5%.

**Gráfico nº 8.** Distribuição das pacientes grávidas com malária que vivem próximo a um riacho com muita vegetação.



Fonte (Autor, 2023).

Alinhados aos nossos encontrados (VERONESI & FOCACCIA, 2006), quando afirmaram que, a transmissão da malária também pode ser acidental, como resultado de transfusão de sangue cujo doador esteja infectado ou de contatos involuntários com sangue contaminado, Outros episódios conhecidos de infecção da doença resultam do compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas entre dependentes de droga injetável, cuja forma é chamada de malária induzida. Além disso, a transmissão congênita ou perinatal, apesar de rara, existe quando ocorre mistura do sangue materno com o fetal, ainda na fase intra-uterina ou durante o trabalho de parto.

**Tabela nº 1** - Distribuição quanto as pacientes grávidas com malária que sabem as outras formas que se usa para se prevenir do mosquito.

N	Designação
1	Não fazer plantações dentro ou ao redor dos quintais
2	Fazer fumaça de folhas de eucalipto dentro das casas duas horas antes de dormir
3	Evitar água parada nos quintais
4	Fazer o uso replentes
5	Usar roupas compridas ao entardecer

Fonte (Autor, 2023).

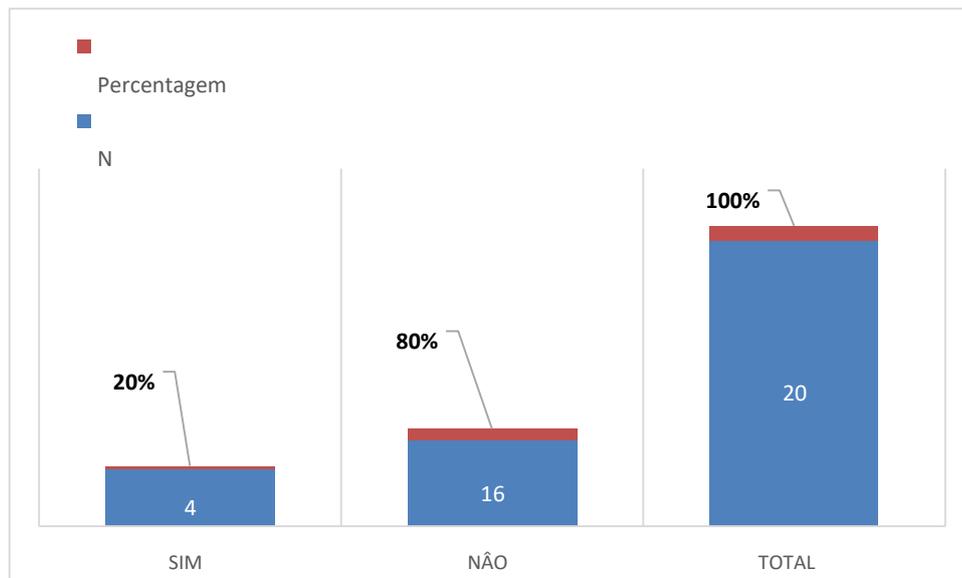
**Tabela nº 2** - Distribuição dos profissionais que sabem quais são as dificuldades que passam ao cuidarem as mulheres grávidas com malária.

N	Designação
1	Escassez de materiais adequados para o atendimento
2	Responsabilidades elevadas e rotina intensa
3	Falta de valorização aos profissionais
4	A não comparência do acompanhamento através das consultas pré-natais por parte das gestantes
5	Em alguns momentos a falta de fármacos indicados para tratamento ou cuidado da mulher grávida com malária

Fonte (Autor, 2023).

Como podemos constatar no gráfico 9 diz dos profissionais que responderam se já existe um protocolo de cuidados de enfermagem o trabalho corresponde a 100% em relação a satisfação profissional corresponde a 20% e por sua vez a satisfação negativa corresponde a 80%.

**Gráfico nº 9.** Distribuição profissionais que responderam se já existe um protocolo de cuidados de enfermagem.



**Fonte** (Autor, 2023).

Os nossos resultados estão alinhados com PIMENTA (2017) quando afirmou que os protocolos, por sua vez, são instrumentos que contêm recomendações estruturadas de forma sistemática, baseadas em evidências científicas, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde e na garantia de qualidade deles. Um de seus propósitos é orientar as decisões de profissionais de saúde a respeito da atenção adequada em situações de prevenção de doenças, recuperação ou reabilitação da saúde.

**Tabela nº 4** - Profissionais que sabem quais são as consequências da malária na gravidez.

N	Designação
1	Anemia e ectericia elevada perda de globulos vermelhos
2	Insuficiência renal
3	Convulsões
4	Parto prematuro
5	Nado morto
6	Confusão mental
7	Coma
8	Morte

**Fonte** (Autor, 2023).

**Tabela nº 5** - Profissionais que responderam quais são as doenças que fazem diagnóstico diferencial com a malária.

N	Designação
1	Gripe
2	Pneumonia
3	Otite
4	Sarampo
5	Hepatite
6	Infecção urinária
7	Desentária
8	Febre tifóide

**Fonte** (Autor, 2023).

**Tabela nº 6** - Profissionais que responderam como e feito o tratamento da malária.

N	Designação
1	O tratamento faz-se acordo com o tipo de especie de parasita
2	Trata-se mediante o tempo da gestação
3	No primeiro trimestre usa-se o quinino oral
4	No segundo e terceiro trimestre trata-se com artemehter + lumefântrina
5	Em casos complicados usa-se o artesunato

**Fonte** (Autor, 2023).

**Tabela nº 7** - Profissionais que responderam quais são os exames na malária.

N	Designação
1	Microscopia óptica do sangue
2	Gota espessa
3	Teste de diagnóstico rápido( TDR)

**Fonte** (Autor, 2023).

## 5. PROPOSTA DE SOLUÇÃO

Frente às lacunas evidenciadas neste estudo e considerando que todas as gestantes devem ser alvo das acções de prevenção e controle da malária, recomenda-se às autoridades sanitárias do Estado do Angolano:

a) Ratificar o cumprimento de que a gota espessa tenha status de exame de rotina em todas Hospitalares que realizam o controle pré-natal de gestantes, como já determinado pelo Huambo em 2006;

b) Estabelecer protocolos de conduta terapêutica antimalárica para as gestantes atendidas nas Unidades de Saúde vinculadas ao Ministerio da saúde de angola;

c) Avaliar a eficácia do tratamento antimalárico nas gestantes infectadas, em especial por *P. falciparum*, no HMC, por ser referência no Estado do Municipio;

d) Capacitar os profissionais da saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz da malária em gestantes;

e) Utilizar os resultados desse trabalho para melhorar a realidade que envolve o binômio “malária e gestação” com estratégias de diagnóstico precoce e tratamento imediato da doença, contribuindo para a diminuição de sua morbimortalidade.

f) Determinar o risco individual de adquirir malária é necessário que o profissional obtenha informações detalhadas que incluem as características descritas abaixo são aquelas que oferecem risco elevado de transmissão e, de manifestação de malária grave na gestação.

g) Observar os riscos de exposição e vulnerabilidade da gestante com malária, deve ser informado sobre as principais manifestações da doença a procurar assistência médica ao apresentar qualquer sinal ou sintoma.

h) Orientar sobre as medidas de proteção contra a picada do mosquito, devem ser enfaticamente recomendadas a todas as gestantes que vivem em áreas de risco de malária como próximo dos rios e chanas. (**Ver anexo nº7**)

## 6. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência, cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.

A construção de Protocolos assistenciais em enfermagem deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos “ dar condição ou forma humana; é tornar mais adaptado aos seres humanos; tornar compreensivo, bondoso, sociável”. e igualmente benefícios e resultados considerados propriedades da condição humana tais como dar atenção às necessidades básicas de subsistência, educação para a saúde as mulheres grávidas

Protocolos são instrumentos direcionadores da atenção, voltados para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados nas evidências científicas.

Para esses autores, o emprego de protocolos é importante e pode ajudar muito no cuidado e na gestão dos serviços de saúde. Pode, ainda, por seu caráter científico, significar a garantia permanente de avanços, imprimindo melhor qualidade às ações de cuidado e de enfermagem. Ou mesmo permitir a redução de casos de malária na grávida.

A ausência de padronização das ações significa fragilidade das orientações de medidas preventivas , podendo levar a uma grande variação nos modos de fazer a superação desses problemas requer compromisso e nova postura, em que o desejável é a responsabilização de gestores e profissionais no sentido de se construir um processo de trabalho diferente, planejado e implementado pela equipe:

- Aferir e avaliar os sinais vitais de 8 em 8 horas;
- Cateterização da veia;
- Administrar anti-maláricos de ação rápida;
- Permeabilizar as vias aéreas;
- Colocar a sonda nasogástrica (para poder alimentar o paciente);
- Mudar sempre de posição para evitar as escaras de decúbito dorsal;
- Colocar sonda vesical;
- Controlar a diurese;

- Monitorização da resposta terapêutica, tanto parasitológicas como clínicas;
- Monitorar o hematócrito, glicemia, e eletrólitos;
- Reestabelecer o equilíbrio hidroelétrico e ácido básico;
- Identificação do tratamento precoce das infecções;

## 7. PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA MALÁRIA NA GRAVIDEZ

No caso da malária provocada por plasmódio falciparum durante o primeiro trimestre de gravidez em crianças menores de seis meses apenas a quinina deve ser utilizada. No segundo e terceiro trimestre de gestação há combinação de artemether + lumefantrina (AL), artesunato + nefloquina (AS+AQ) ou dihidroartemisina + piperquina (DHA+PPQ), podem ser utilizadas com segurança; a doxacilina é contraindicada. Os derivados da artenisina podem ser usadas no primeiro trimestre de gestação em caso de malária grave na gravidez, caso seja iminente com risco de vida da mãe.

Artemether: 3,2mg/kg como a dose de ataque por via intramuscular após 24h, aplicar 1,6mg/kg por dia durante mais seis dias, totalizando sete dias de tratamento. Se o paciente estiver em condições de deglutir a doses diárias pode ser administrada em comprimidos por via oral.

Quinino: administrar quinino endovenosa na dose de 20mg/kg de cloridrato de quinino dose de ataque diluída em 10ml/kg de solução glicosada a 5% (máximo de 500ml de SG 5%) por infusão endovenosa durante 5h. Após 8h do início da administração da dose de ataque, administrar uma dose de manutenção de quinino de 10mg de sal/kg, diluídos em 10ml de SG 5% por kg por infusão endovenosa (máximo 500ml de SG 5%); durante 4h. Esta dose de manutenção deve ser repetida a cada 8 h contadas a partir do início da infusão anterior, até que o paciente possa deglutir e a partir deste momento deve se administrar comprimidos de quinina na dose de 10mg de sal/kg de cada 8h até completar um tratamento de 7 dias.

**Tabela nº 8 - Tratamento (Quinino).**

<b>IDADE PESO</b>	<b>QUININO 600mg</b>
Gestantes 12-14 anos 30-49kg	1 e 1/2 (manhã) 1 c (noite)
Gestantes ≥ 15 anos ≥ 50 kg	2 c (manhã) 2 c (noite)

Fonte (Autor, 2023).

## 8. CONCLUSÃO

As experiências vivenciadas no ambulatório de gestação de alto risco do HMC, durante o Programa em Enfermagem em Obstetrícia, no período de janeiro a Junho de 2023, permitiram observar que é frequente a infecção malárica em gestantes, e que esta, ainda tem efeitos pouco investigados sobre a saúde da mulher. Neste sentido, foi realizado este estudo, no qual apresentou-se a descrição da ocorrência dos casos da malária em gestantes atendidas no HMC, no período de 6 meses de 2023.

Pode-se concluir que houve uma progressiva diminuição no número de registros dos casos da malária em gestantes, quando comparou-se esse estudo com outros anteriores realizados nos últimos 6 meses, no HMC, que pode ser explicada como consequência da política de controle da malária em gestantes implantada, em 2023, pelo Ministério da saúde no município da Caála. Portanto, a partir dos resultados obtidos neste estudo pode-se concluir que:

a) O perfil das gestantes selecionadas foi de mulheres jovens, apresentando média de idade, no momento do diagnóstico da malária, de 15 a 20 anos, não havendo associação da idade com as alterações no curso da gravidez;

b) Os bairros da Caála como EPUATCHA e CASSUPI e foram os responsáveis pela diferença significativa de mulheres infectadas, quando comparados com todos os demais, independente da zona;

c) O *P. falciparum* (35%) e a forma mista (9%), e não foi diagnosticado infecção malárica causada pelo *P. Malariae*.

d) A maior frequência de registros da malária prévia ocorreu em gestantes com o *P. falciparum*, cuja média foi de 1,4, e a frequência de infecções ocorridas no terceiro trimestre da gestação foi significativamente maior ( $<0.0001$ ) tanto o *P. falciparum*;

e) A anemia ocorreu em 92,6% das gestantes com malária, sendo 38,8% com anemia grave ( $Hb < 8$  mg/dL), e a maior proporção de alterações hematológicas para anemia ocorreu nas grávidas infectadas com o *P. falciparum*, cuja média da hemoglobina e do hematócrito foi de 6 mg/dL e 19%, respectivamente;

f) A plaquetopenia foi encontrada em 100% das gestantes estudadas, cuja média geral foi de 65,3 mil/mm<sup>3</sup>; a hipoglicemia ocorreu em 16,6% das gestantes com média da dosagem, nas gestantes infectadas com malária mista, de 38 mg/dL; a maioria (98,2%) apresentou as dosagens de uréia e creatinina dentro dos limites de normalidade; em 18,5% das gestantes observou-se alterações nas dosagens de TGO e em 11,1% nas de TGP; e apenas 14,8% gestantes apresentaram icterícia com média da BT de 30 mg/dL para a malária mista; Por isso, em

concordância com Martins (2008) ratifica-se a discussão da necessidade de avaliar a conduta terapêutica antimalárica utilizada, propondo-se um protocolo de atendimento para as gestantes com malária baseado no manual, onde estas ficaram internadas por mais tempo devido a outras intercorrências, o que justificaria a maior permanência dessa população ocupando leitos do HMC;Huambo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDRE, M. A. (2004). *Estudo clínico e epidemiológico dos casos graves de malária vivax em pacientes atendidos na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, Brazil*. [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Universidade do Estado do Amazonas.
- Anchang-kimbi, J. K. (2015). Plasmodium falciparum parasitaemia and malaria among pregnant women at first clinic visit in the mount Cameroon Area. *BMC Infectious Diseases*, 1–10. Fonte: <http://doi.org/10.1186/s12879-015-1211-6>
- BARBOSA, I. G. (2022). *Malária matou em África mais de 600 mil pessoas em 2020*. DW.
- CÁRDENAS, G. H. (1994). *Fatores determinantes dos níveis endêmicos atuais da*. Brasília: Relatório do Grupo Técnico Assessor da OPS/OMS.
- CARVALHO, A. (2015). *Manual de Prevenção e Tratamento da Malária Durante a Gravidez*. Luanda: MINSA.
- CHEDRAUI, P. A. (2015). *Overview of malaria in pregnancy*. UpToDate. Fonte: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-malaria-in-pregnancy>
- CRUZ, O. (2019). *Malária*. Fonte: Biblioteca Virtual da Saúde: <http://doi.org/10.1186/s12879015-1211-6>
- GERHARDT, T. E., & SILVEIRA, D. T. (2009). *Métodos de Pesquisa* (Vol. I). São Paulo, Brasil: UFRGS. Acesso em 03 de Novembro de 2018
- Gonçalves, M. F. (2019). *Perfil Epidemiológico da Malária e Adesão ao Tratamento*. Lisboa: FMUL.
- Jorge Alexandre Harrison Arroz, F. C. (2016). Avaliação sobre a posse e uso de redes. p. 50:67.
- LAGERBERG, R. (2008). *Malária in Pregnancy: A Literature Review*. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(3), 209–215.
- Marie, C. e. (2022). *Malária*. OPS/OMS.
- Mclean, A. R. (2015). *Malaria and immunity during pregnancy and postpartum: a tale of two species*. Fonte: <http://doi.org/10.1017/S0031182015000074>
- Mendonça, C. J. (2016). *Malária na Gravidez*. Lisboa: U Lisboa.
- MINSA. (2014). *Normas de Tratamento da Malária*. Luanda.
- OMS. (2011). *Tratamento da malaria grave complicada; Condutas práticas 2*. Brasília: Ministerio da saúde.
- ORGANIZATION, W. H. (2005). *The World Health Report 2005: make every mother*. Genebra: WHO.

Patrão, A. L., & Vasconcelos-Raposo, J. (2012). Nível de Conhecimento da População da Ilha de. pp. p.52-62.

PIMENTA, S. G., & LIMA, M. S. (2017). *Estágio e docência*. São Paulo: Cortez Editora.

*Programa Nacional de Controlo da Malária*. (2017). Fonte: MINSa.

Sateco, N. (2022). *Huambo: Mais de 700 morreram de malária no primeiro trimestre do ano*. Huambo: VOA.

VAN-DÚNEM, J. V. (2014). *Diretrizes e Normas de Conduta para o Diagnóstico e Tratamento da Malária*. Luanda: Minsa.

VERONESI, R., & FOCACCIA, R. (2006). *Tratado de infectologia*. São Paulo: Atheneu.

WHO. (2013). *World malária report*. Fonte: World Health organization.

WHO. (10 de Dezembro de 2015). *Malária* . Fonte: World Health organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/> *World malária report*. (2018). Fonte: WHO.

## GLOSSÁRIO

**Anemia** – corpo humano que possui fluidos em média 4,5 litros de sangue.

**Assintomático** – aquele que se apresenta sem sintomas característicos.

**Atralgias** – dor nas articulações.

**Caláfrio** – aquele que produz calor.

**Cefaleia** – dor de cabeça.

**Dosagem** – acção de dosar não confundir com possologia.

**Edema agudo do pulmão** – ensudação de líquido no pulmão causando asfixia.

**Edema cerebral** – acúmulo de fluidos dentro dos tecidos cerebrais.

**Encéfalites** – inflamação do encéfalo que causa sonolência e entopacimento de faculdades mentais e físicas.

**Epistáxis** – hemorragia nasal.

**Febre** – temperatura do corpo humano é cuidadosamente regulada, e varia pouco nas circunstâncias normais, ela é normalmente de 37°C.

**Ferropriva** – em medicina diz-se de anemia que se caracteriza por um nível anormalmente baixo de ferro no sangue.

**Hematuria** – presença de sangue na urina, este termo significa urina contendo sangue que ocorre em grande número de doenças nos rins e das vias urinárias.

**Hepatoesmegalia** – aumento de tamanho do fígado.

**Hiperparasitêmia** – excesso de parasitas 200mm este apresenta vômitos repetidos, oligúria, anemia intensa, e dispnéia.

**Icterícia** – Coloração amarelada que adquirem a pele e as mucosas por causa do aumento nas taxas sanguíneas das bilirrubinas.

**Insuficiência renal** – é a fase de disfunção renal em que o rim se mostra incapaz de manter a íntegra a homeostasia do organismo.

**Mialgias** – dor muscular.

**Náuseas** – sensação de vomitar.

**Parasitêmia** – excesso de parasitas no organismo ou no sangue.

**Parto prematuro** – parto antes das 35 semanas, depois das 28 semanas de gravidez.

**Patogênese** – origem das doenças ou mecanismos pelo qual se origina as doenças.

**Placenta** – órgão que se forma no útero durante a gestação e que estabelece comunicação entre a circulação sanguínea materna para o feto através do cordão umbilical.

**Plaqueostomia** – incisão da plaqueta.

**Sepse puerperal** – infecção puérperal.

**Sintoma** – manifestação subjectiva do doente.

**Sistema** – é um esquema organizado.

**Sistémica** – aquilo que afeta o organismo inteiro.

**Sudorese** – solução profusa.

**Terapêutico** – parte da medicina que estuda e põe em prática os meios apropriados para avaliar ou curar os doentes.

**Vertigens** – sintoma inespecífico de sensação de movimento rotacional.

## ANEXOS

Anexo nº 1 – Solicitação dirigida a Direcção da Secção da Maternidade do Hospital Municipal da Caála, para a recolha de dados.



**Gabinete do Vice-Presidente Para Área Científica e Pós-Graduação**

Visto  
O presidente  
**Belén Lucas Chipindo, Ph.D.**  
Professor Associado

À:  
**DIRECÇÃO DA SECÇÃO DA  
MATERNIDADE DO HOSPITAL  
DA CAÁLA**

= CAÁLA =

**SOLICITAÇÃO Nº721 / GB-VP.ACPG-AAcVE/2023**

Para que não se coloque impedimento, declara-se que, **Teresa Chiconda Soqui**, é Estudante desta Instituição, matriculado no 5º ano do Curso de Graduação em Enfermagem Geral, no Ano lectivo de 2022-2023.

E tendo em vista a realização do Trabalho de Pesquisa, vimos por meio desta solicitar á, Direcção da Secção da Maternidade do Hospital da Caála, no sentido de autorizar o Estudante acima citado para a recolha de dados.

Cientes de que o assunto merecerá a Vossa melhor atenção, desejamos votos de bom trabalho.

**Direcção do Vice-Presidente Para Área Científica do Instituto Superior Politécnico da Caála, aos 22 de Junho do ano de 2023.**

O Vice-Presidente Para Área Científica e Pós-Graduação  
**Arlindo da Costa Afonso, PhD**  
Professor Auxiliar

Instituto Superior Politécnico da Caála, Aprovado por Decreto Presidencial nº 132/17, Artigo 7º, publicado I SÉRIE-Nº 98 DE JUNHO DE 2017

## ANEXO N 2

Concluído  
7/6/2023  
7/6/2023  
05.07.23



**CAÁLA**  
INSTITUTO SUPERIOR POLITECNICO

Gabinete do Vice-Presidente Para Área Científica e Pós-Graduação

Visto  
O presidente  
Helder Lucas Chipindo, Ph.D.  
Professor Associado

À:  
DIRECÇÃO DA SECÇÃO DA  
MATERNIDADE DO HOSPITAL  
DA CAÁLA

= CAÁLA =

**SOLICITAÇÃO Nº613 / GB-VP.ACPG-AAcVE/2023**

Para que não se coloque impedimento, declara-se que, **Teresa Chiconda Soqui**, é Estudante desta Instituição, matriculado no 5º ano do Curso de Graduação em Enfermagem Geral, no ano lectivo de 2022-2023.

E tendo em vista a realização do Trabalho de Pesquisa, vimos por meio desta solicitar à Direcção da Secção da Maternidade do Hospital da Caála, no sentido de autorizar o Estudante acima citado para a recolha de dados.

Cientes de que o assunto merecerá a Vossa melhor atenção, desejamos votos de bom trabalho.

Direcção do Vice-Presidente Para Área Científica do Instituto Superior Politécnico da Caála, aos 22 de Junho do ano de 2023.

**O Vice-Presidente Para Área Científica e Pós-Graduação**

Arlindo de Costa Afonso, PhD  
PAE - Professor Auxiliar  
PÓS GRADUAÇÃO

Instituto Superior Politécnico da Caála, Aprovado por Decreto Presidencial nº 132/17, Artigo 7º, publicado I SÉRIE-Nº 98 DE JUNHO DE 2017

ANEXO Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Senhor (a):

No âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem Geral a realizar no Instituto Superior Politécnico da Caála, estou a realizar um estudo com o tema “Protocolo de orientação de enfermagem, voltado na prevenção á mulheres gravidz com malária, imternadas no Hospital municipal da caala no periodo de janeiro a junho de 2023

Com tudo, asseguro que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois consagro como obrigação e dever o sigilo profissional.

Desta forma:

- Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.

- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo,

qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar.

- Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

- Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

- Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2023

Assinatura do Entrevistado\_\_\_\_\_

Orientador

-----

O pesquisador responsável

-----

**Orlando A. Chimaqui**

**Teresa Chiconda Soqui**

**ANEXO N° 4 Questionario para os pacientes**



**CAÁLA**  
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de uma tese de licenciatura em enfermagem realizado no hospital municipal da caála.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos (tese de licenciatura em enfermagem), sendo realçado que as respostas dos inquiridos apresentam apenas a sua opinião individual.

**Nome** \_\_\_\_\_ **Idade** \_\_\_\_\_ **Morada** \_\_\_\_\_

1. Já ouviu falar da malária?

SIM [ ] NÃO [ ]

2. Já

sofreu desta doença?

SIM [ ] NÃO [ ]

3. Faz uso do mosquiteiro?

SIM [ ] NÃO [ ]

4. Sabe de algum método para se prevenir da malária? SIM [ ] NÃO

[ ]

5. Tem poço, pneus de água para em sua casa? SIM [ ]

NÃO [ ]

6. Ao redor de sua casa tem muito lixo? SIM [ ] NÃO [ ]

7. Tens realizado limpeza todos os dias em sua casa e ao redor? SIM [ ]

NÃO [ ]

8. A sua casa fica próximo a um reacho com muita vegetação? SIM [ ]

NÃO [ ]

9. Sua casa fica próximo a algum montado de lixo? SIM [ ]

NÃO [ ]

10. Quais são as outras formas que se usa para se prevenir do mosquito?

---

---

---

O encarregado/a: **Teresa Chiconda Soqui** O orientador: **Orlando António Chimaqui**  
**CAÁLA, 2023**

**ANEXO N° 5 Questionario para os profissionais de saúde**



INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DA CAÁLA  
DEPARTAMENTO DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM  
QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL  
MUNICIPAL DA CAÁLA, SECÇÃO DE MATERNIDADE.

SEXO: M (\_\_\_\_) F (\_\_\_\_)

1- Quais são as dificuldades que os profissionais de saúde passam ao cuidarem das mulheres grávidas com malária? R:

---

---

2- Existe algum protocolo de cuidados de enfermagem? Se sim qual  
Sim ( ); Não ( )

3- Quais são as causas e consequências da malária na gravidez? R:

---

---

4- Quais são as doenças que fazem o diagnóstico diferencial com a malária na gravidez?

R: \_\_\_\_\_

5- Como é feito o tratamento da malária na mulher grávida?

R: \_\_\_\_\_

6- Quais os exames complementares da malária? R:

---

O encarregado/a: Teresa Chiconda Soqui

O orientador: Orlando António Chimaqui

CAÁLA, 2023

**Anexo nº6-Agente etiológico**



### **Anexo n°7-Áreas de risco**



### **Anexo n° 8-Medidas Preventivas**

