



Investir na Malária na Gravidez na África Subariana: Salvar Vidas de Mulheres e Crianças



Qual o perigo da malária na gravidez (MG)?

Todos os anos, a **MG** é responsável por:

 **Gravidezes** → **20%** de nascidos-mortos na África Subariana¹

 **Recém-nascidos** → **100.000** mortes de recém-nascidos a nível global²
11 % de todas as mortes de recém-nascidos na África Subariana³

 **Mães** → **10.000** mortes maternas a nível global³

A IPTp-SP funciona! Traz um benefício significativo reduzindo a incidência de:^{4,5}

29%

Peso baixo no momento do nascimento

38%

Anemia materna grave

31%

Mortalidade e neonatal

Cerca de **94.000** de vidas de recém-nascidos salvas através de intervenções de MG entre **2009** e **2012**

A Organização Mundial de Saúde



O que pode ser feito?

- **Visar o alargamento e cobertura total** de intervenções que visam salvar vidas da OMS.
- **Promover a frequência precoce** e regular de ANC.
- **Preservar a eficácia da SP** evitando a sua utilização para tratar casos clínicos de malária.
- **Reservar stocks de SP** para IPTp em clínicas de ANC.

E as grávidas que vivem com VIH?

- As grávidas que vivem com VIH e tomam cotrimoxazole não devem receber SP porque a administração de ambos os fármacos pode ser prejudicial.
- É especialmente importante que as grávidas que vivem com VIH durmam abrigadas por ITN e tenham acesso a diagnósticos e tratamentos rápidos e eficazes se tiverem sintomas de malária.

IPTp-SP = tratamento preventivo intermitente durante a gravidez com sulfadoxina-pirimetamina

ANC = cuidados antenatais

ITN = mosquiteiro tratado com insecticida

OMS = Organização Mundial de Saúde

MG = malária na gravidez





Investir na Malária na Gravidez na África Subariana: Salvar Vidas de Mulheres e Crianças



Mensagem Principal 1:

A MG é uma questão de saúde pública global grave.

1. A infecção por malária na gravidez tem riscos sérios para as grávidas, os fetos e os recém-nascidos, incluindo anemia, malária grave, aborto espontâneo, nados-mortos, prematuridade, mortalidade neonatal e peso baixo no momento do nascimento.⁶
2. À medida que a prevalência da malária num país diminui, é provável que as consequências indesejáveis aumentem para as grávidas por terem adquirido imunidade tardiamente devido à redução da exposição.⁷
3. Abordar a MG é importante para os esforços de eliminação da malária pois a placenta pode ser um reservatório de infecção.
4. As grávidas co-infectadas com malária e VIH ficam mais vulneráveis aos resultados graves das duas doenças.

Mensagem Principal 2:

O investimento em programas de MG faz diferença nas vidas de mães e recém-nascidos.

1. O IPTp-SP é económico e evita as consequências indesejáveis da malária, ou seja, a infecção placentária, a malária clínica, a anemia materna, a anemia fetal, o peso baixo no momento do nascimento e a mortalidade.^{4,5,8}
 - a. A anemia materna grave é reduzida em 38%.
 - b. O peso baixo no momento do nascimento é reduzido em 29%.
 - c. A mortalidade neonatal é reduzida em 31%.
2. A prevenção da MG pode evitar mortes de recém-nascidos.
 - a. Cerca de 300.000 mortes podiam ter sido evitadas se o IPTp-SP e a cobertura por ITN tivesse aumentado para 80% de 2009 a 2012.
3. O IPTp-SP continua a proteger contra o peso baixo no momento do nascimento mesmo em áreas de fraca transmissão da malária.⁹
4. O IPTp continuará a ser importante até a malária ter sido erradicada.

Mensagem Principal 3:

A programação abrangente da GM é necessária e garante a cobertura total de intervenções.

1. A OMS recomenda estas intervenções que visam salvar vidas:
 - a. Em áreas de transmissão da malária moderada a elevada, deve-se começar o IPTp em cada visita de ANC o mais cedo possível no 2º trimestre, com doses de pelo um mês de intervalo.
 - b. Utilização de ITN antes, durante e depois da gravidez.
 - c. Testes e tratamentos parasitológicos de acordo com as directrizes nacionais.
2. É necessário um aumento dos esforços porque a cobertura de ferramentas eficazes é baixa:
 - a. 40% das grávidas elegíveis recebem duas ou mais doses de IPTp-SP e 17% recebem três ou mais doses.¹⁰
 - b. A utilização de ITN entre grávidas é de 38%.¹¹
 - c. A gestão eficaz de casos na gravidez é largamente desconhecida.¹²
3. O investimento no reforço de sistemas de saúde, incluindo o acompanhamento e a avaliação eficazes, é crítico para aumentar e sustentar ganhos para a MG ao longo do tempo.
4. O apelo da Roll Back Malaria concentrado no aumento de IPTp-SP inclui informações sobre intervenções e estratégias eficazes para aumentar a cobertura.¹³

¹ Lawn et al. 2016. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. doi: 10.1016/s0140-6736(15)00837-5.

² Desai, M. et al. 2007. Epidemiology and burden of malaria in pregnancy. The Lancet Infectious Diseases. 7(2): 93-104.

³ Guyatt and Snow. 2001. The epidemiology and burden of Plasmodium falciparum-related anemia among pregnant women in sub-Saharan Africa. AJTMH. 64(1,2): 36-44.

⁴ Garner P, Gulmezoglu A. 2006. Drugs for preventing malaria in pregnant women. Cochrane Database Syst Rev: CD000169

⁵ Bhutta et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? The Lancet. Vol 384 July 26, 2014 347. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60792-3.

⁶ Menéndez et al. 2010. Malaria prevention with IPTp during pregnancy reduces neonatal mortality. doi : 10.1371/journal.pone.0009438.

⁷ Mayor et al. 2015. Changing trends in *P. falciparum* burden, immunity, and disease in pregnancy. doi: 10.1056/NEJMoa1406459.

⁸ Sicuri E et al. Cost-effectiveness of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in southern Mozambique. doi : 10.1371/journal.pone.0013407

⁹ Chico et al. 2015. Influence of malaria transmission intensity and the 581G mutation on the efficacy of intermittent preventive treatment in pregnancy: systematic review and meta-analysis. doi : 10.1111/tmi.12595.

¹⁰ Organização Mundial de Saúde. WHO Global Malaria Programme: World Malaria Report 2015. Genebra: WHO Press, 2015. Acedido a 30 de Março de 2016. <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2015/report/en/>

¹¹ Agarwal et al. 2015. Global Call to Action to scale-up coverage of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy: seminar report. doi: 10.1186/s12936-015-0730-3.

¹² Riley et al. 2016. Knowledge and adherence to the national guidelines for malaria case management in pregnancy among healthcare providers and drug outlet dispensers in rural, western Kenya. doi:10.1371/journal.pone.0145616.

¹³ Partenariat Roll Back Malaria 2015. Global Call to Action: To Increase National Coverage of Intermittent Preventive Treatment of Malaria in Pregnancy for Immediate Impact.

http://www.rollbackmalaria.org/files/files/resources/call_to_action_report_v5d_EN.pdf.

Este resumo foi possibilitado pela USAID e pelo Programa Maternal and Child Survival e não reflecte as opiniões da USAID, do PMI nem do Governo dos Estados Unidos.