



# Boletim Epidemiológico Trimestral

## Nº 1/2007

República de Moçambique

[www.misau.gov.mz](http://www.misau.gov.mz)

 Formato electrónico: [http://www.misau.gov.mz/pt/epidemias\\_endemias\\_vigilancia\\_epidemiologica](http://www.misau.gov.mz/pt/epidemias_endemias_vigilancia_epidemiologica)

### ÍNDICE

	pag
1. NOTA DE ABERTURA	1
2. DESTAQUE	1
3. SITUAÇÃO ACTUAL DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA	1
4. EMERGÊNCIAS	1
5. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	2
6. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS PREVENÍVEIS POR VACINA	3
7. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	3
8. ABORDAGEM TEMÁTICA: FEBRE DO VALE DE RIFT	4
9. ALERTAS	4

#### 1. NOTA DE ABERTURA

O Boletim Epidemiológico Trimestral é um meio de informação periódico do Ministério da Saúde de Moçambique, Instituto Nacional de Saúde/ Departamento de Informação para a Saúde, Repartição de Vigilância Epidemiológica.

Após cerca de três anos de interrupção, o boletim epidemiológico volta a ser publicado. O objectivo desta publicação é o de fornecer retroinformação sobre as doenças com importância em saúde pública. Mais do que os números nele relatados a crucial importância é a utilização destes para uma correcta e oportuna programação no controlo e prevenção das doenças ora notificadas em Moçambique. A contribuição no envio correcto e completo da informação para os órgãos decisores cria uma oportunidade para se delinear estratégias para a melhoria do Estado de Saúde do Povo Moçambicano.

Este Boletim está orientado para publicar de forma sintética a situação ou tendência das doenças e/ou condições de saúde sujeitas à notificação; informações sobre os surtos e outras emergências sanitárias; temas actualizados de vigilância epidemiológica, resumo de trabalhos de investigação em saúde pública e outras informações de interesse Nacional e da Região..

#### 2. DESTAQUES

- Casos de Cólera nas Províncias de Niassa e Cabo Delgado
- Casos de suspeita de Sarampo
- Febre do Vale de Rift
- Paralisia Flácida Aguda na Província de Sofala

#### 3. SITUAÇÃO ACTUAL DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA

A recepção dos Boletins Epidemiológicos Semanais (BES) enviados das Províncias para o MISAU, manteve-se idêntica em comparação ao mesmo período dos anos anteriores. Dos 143 BES esperados para o 1º trimestre, foram recebidos 132 (92,3%). Das Províncias com BES em falta, destacam-se as de Cabo Delgado, Nampula e Zambézia.

Tabela N.º 1: Monitoria da chegada dos BES

Províncias ano 2007	Esperados Nº	Recebidos %	BES		
			a tempo	%	Faltas
Map.Cidade	13	100	92.9		0
Map.Provincia	13	100	92.9		0
Gaza	13	100	92.9		0
I'bane	13	100	100		0
Sofala	13	100	92.9		0
Manica	13	100	78.6		0
Tete	13	100	92.9		0
<b>Zambézia</b>	<b>13</b>	<b>92.3</b>	<b>85.7</b>		<b>1</b>
<b>Nampula</b>	<b>13</b>	<b>92.3</b>	<b>85.7</b>		<b>1</b>
<b>Niassa</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>28.6</b>		<b>0</b>
<b>C.Delgado</b>	<b>13</b>	<b>30.7</b>	<b>28.6</b>		<b>9</b>
<b>Total</b>		<b>92.3</b>	<b>79.2</b>		<b>11</b>

O maior problema continua sendo número elevado de BES recebidos com atraso, para este período destacam-se as Províncias de Cabo Delgado, Niassa, Manica, Zambézia e Nampula. A chegada tardia de BES afecta a análise semanal da informação (ver Tabela N.º 1), por vezes originando picos nos gráficos semanais devido a agregação de dados em falta nas semanas subsequentes (p.ex. semana N.º 11). Isto leva a um falso alarme visto que o acúmulo de casos nem sempre terminam com a eclosão de epidemias mesmo não havendo actividades de contingência. O mais correcto nestas situações de atraso é enviar os dados da semana em atraso correspondente e não adicionar nas semanas subsequentes.

A recepção dos Boletins Epidemiológicos dos Postos Sentinela (BE – PE) dos Hospitais Centrais e Províncias (que apenas recolhe algumas doenças de confirmação mais complicada) tem sido irregular como se pode observar na Tabela N.º 2 (no 1º trimestre 2007 faltam 73% dos BE-PS). Esta situação dificulta a disponibilização atempada e oportuna de informação para a tomada de decisão.

Tabela N.º 2: Monitoria da chegada dos BE-PS

	Esperados	2006		2007	
		Recebidos	Em Falta	Recebidos	Em Falta
Hospital C.Beira	3	3	0	3	0
Hospital P.Inhambane	3	3	0	2	1
Hospital C.Nampula	3	3	0	2	1
Hospital P.Tete	3	0	3	1	2
Hospital C.Maputo	3	0	3	0	3
Hospital P.Gaza	3	2	1	0	3
Hospital P.Chimoio	3	2	1	0	3
Hospital P.Zambezia	3	2	1	0	3
Hospital P.Lichinga	3	0	3	0	3
Hospital P.Pemba	3	3	0	0	3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>22</b>

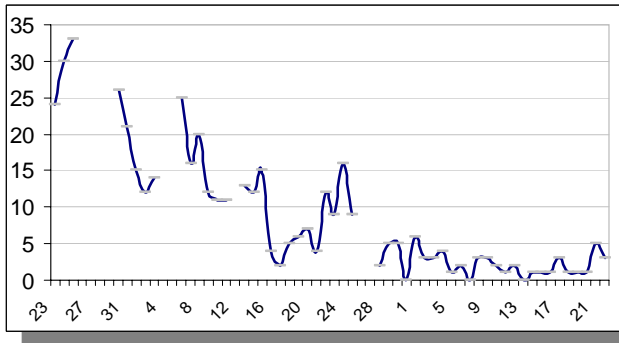
#### 4. EMERGÊNCIAS

##### Surto de cólera

Registou-se nas Províncias de Cabo Delgado e Niassa um surto de cólera. Segundo um levantamento feito a nível da Província de Cabo Delgado, registou-se a partir da semana epidemiológica 7/07, um aumento de casos de diarreia aguda notificados a partir do Hospital Provincial de Pemba, provenientes de vários bairros da Cidade de Pemba. Os casos foram investigados e as primeiras amostras enviadas ao laboratório foram negativas para vibrião da cólera. Mas na semana 12/07, dia 21 de Março, 9 amostras foram positivas para o vibrião da cólera [serotipo Ogawa (7) Inaba (2)]. Medidas de prevenção e controlo da epidemia foram accionadas, incluindo formação do pessoal de saúde da Cidade de Pemba e todos os distritos.

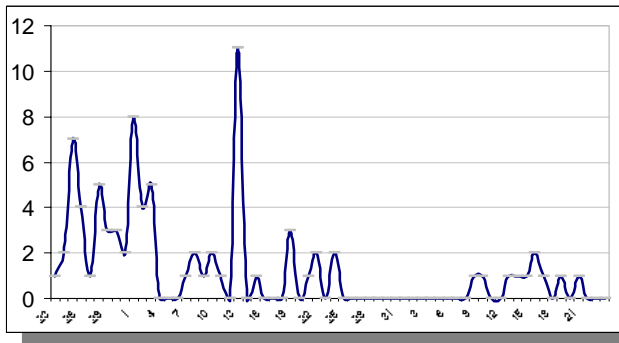
Quanto à Província do Niassa, o surto registou-se no distrito do Lago, donde foram reportados 13 casos de diarreia aguda e 1 óbito na semana epidemiológica 9/07. Foram feitas apenas 3 zaragoatas e enviadas ao Laboratório de Referência para a Região Norte, Nampula, e na qual 1 foi positiva para o *Vibrio Cholerae*. Contrariamente ao que aconteceu em C. Delgado, a gestão desta emergência não foi devidamente acompanhada pelo nível Central. A falta de comunicação imediata, via rápida (por telefone, fax, e-mail), a falha de notificação no BES, e a capacidade deficiente do laboratório na confirmação dos casos, foram os principais factores que influenciaram a má gestão deste surto. A taxa de letalidade durante esta epidemia (calculada com os dados disponíveis a nível central) foi de 0,48% na Província de C. Delgado enquanto que em Niassa foi de 2,4%, considerada elevada se comparada ao padrão aceitável (padrão da OMS, 1%).

Gráfico N.º 1: Casos de Colera: Distrito de Pemba a partir do dia 23 de Março 2007 ate o dia 22 de Maio



FONTE: comunicação diária

Gráfico N.º 2: Casos de Colera: Distrito de Lago (Niassa) a partir do dia 23 de Março 2007 ate o dia 22 de Maio



FONTE: comunicação diária

De salientar que os casos reportados na comunicação diária são superiores aos notificados através do BES, estando-se portanto perante uma subnotificação ou omissão dos casos.

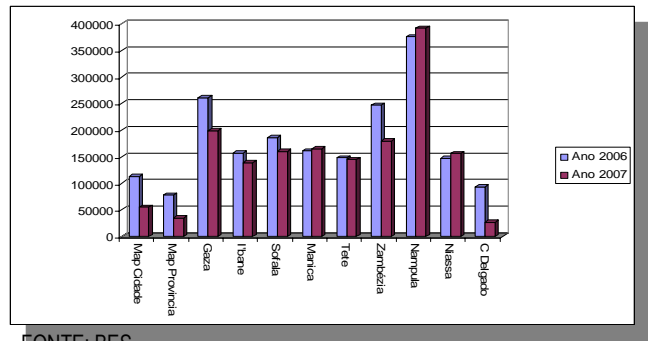
**5. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA**

**MALÁRIA**

Os casos recolhidos no BES são relativos às actividades de Consulta externa e Internamento em todos os níveis de atenção e incluem também casos suspeitos sem confirmação laboratorial. Durante o primeiro trimestre de 2007, foram registados 1.651.704 casos de Malária com 1.067 óbitos contra 1.967.758 casos com 1.801 óbitos no mesmo período de 2006. Houve uma redução de 16% de casos, bem como, uma redução de 40.7% de óbitos por malária.

As Províncias de Nampula e Gaza, foram as que registaram maior número de casos de malária, enquanto que a Província e Cidade de Maputo, estão a reduzir o número de casos notificados. As razões residem provavelmente na maior capacidade de confirmação de casos e no efeito positivo da campanha de pulverização intradomiciliária Nacional.

Gráfico N.º 3: comparação de Malária – Primeiro trimestre 2006/07

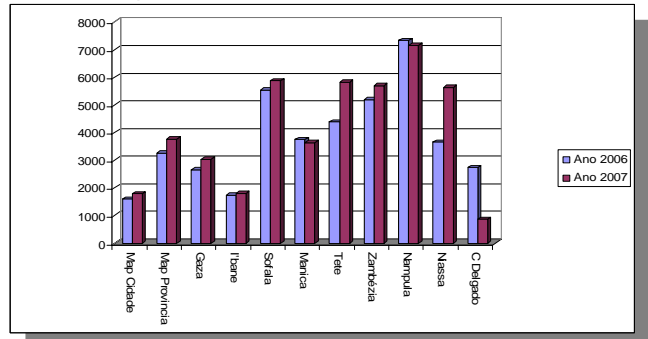


FONTE: BES

**DISENTERIA**

Os casos notificados referem-se à diarreia sanguinolenta de qualquer etiologia. Durante o primeiro trimestre de 2007, foram notificados 45.038 casos de disenteria e 3 óbitos, contra 41.804 casos e 4 óbitos em 2006. Houve um aumento do número de casos na ordem de 7.1%. A disenteria com interesse para a vigilância é a causada pela *Shigella dysenteriae*. É importante que as Províncias regularmente façam a revisão dos casos de diarreia com sangue, avaliem os casos notificados e enviem algumas amostras para confirmação da sua etiologia ao laboratório de microbiologia da Faculdade de Medicina em Maputo. Este processo irá facilitar o processo do controlo da *Shigellose*.

Gráfico N.º 4: comparação de casos de Disenteria – Primeiro trimestre 2006/07

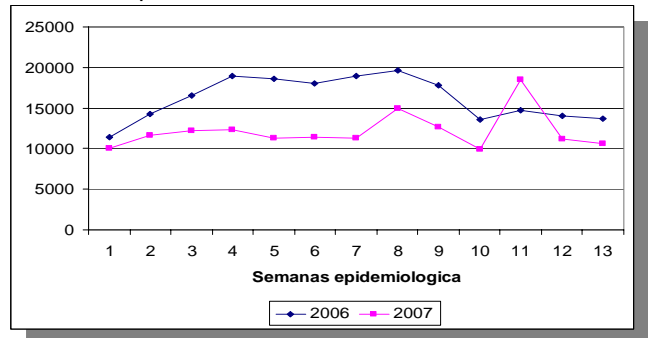


FONTE: BES

**DIARREIA**

No primeiro trimestre 2007 foram notificados no BES 194.926 casos com 147 óbitos contra 205.643 casos com 179 óbitos em 2006. Houve uma redução no número de casos em 5.2%. O número de casos na faixa etária de ≥ 15 anos representou 32.3%. Neste grupo a taxa de letalidade foi menor que 1%. Provavelmente a maior letalidade pode ser causada por associação da doença com HIV. O pico na semana 11 deve-se à acumulação de dados na Província do Niassa.

Gráfico N.º 5: Comparação de casos de Diarreia– Primeiro trimestre 2006/07



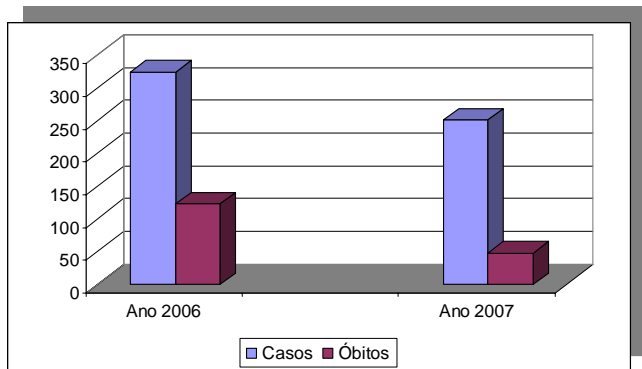
FONTE: BES

**MENINGITE**

Os casos recolhidos no BES são relativos ao internamento em todos os níveis de atenção e incluem não só os casos de meningite meningocócica, mas também meningites por as outras causas..

Durante o primeiro trimestre de 2007 foram notificados 251 casos e 48 óbitos de meningite contra 324 casos e 123 óbitos notificados em 2006. Constatou-se igualmente uma redução na taxa de letalidade de 19,1% contra 38,1%, embora se tenha verificado um decréscimo no número de casos na ordem dos 22,5%.

Gráfico N.º 6: comparação de casos/óbitos de meningite – 1º trimestre 2006/07



FONTE: BES

#### PESTE

Durante o primeiro trimestre de 2007 não foram reportados casos de peste em Moçambique (FONTE: BES)

#### RAIVA

Os casos referem-se à mordeduras caninas e totalizaram 1.336 contra 720 do ano 2006. Os casos de raiva correspondem aos óbitos tendo-se registado 11 em 2007 registados nas províncias de Gaza e Zambézia e 4 em 2006. (FONTE: BES)

### 6. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS PREVENÍVEIS POR VACINA

Moçambique está a participar activamente nos esforços mundiais com vista a erradicação da Poliomielite e eliminação de Sarampo e Tétano Neonatal.

#### PFA/POLIO

Foram notificados neste trimestre 15 casos, dos quais 13 foram colhidas amostras dentro do período de 14 dias desde o início da paralisia. A taxa de detecção é de 0.3% e a percentagem de amostra (fezes) de boa qualidade foi de 87%. Todos os casos foram investigados e as amostras enviadas ao Laboratório de Referência, foram negativas ao vírus da poliomielite (selvagem e vacinal).

Tabela N.º 3: Monitoria da Paralisia Flácida Aguda

Casos de PFA, 1º Trimestre, 2007					
	No. de casos esperados De PFA	No. casos	Taxa anual de PFA NÃO-POLIO*	Casos de PFA com 2 amostras de fezes dentro de 14 dias do início da paralisia*	
				(n)	%
Cabo delgado	8	1	0.5	0	0%
Gaza	6	0	0.0	0	0%
Inhambane	7	2	1.1	2	100%
Manica	6	0	0.0	0	0%
Maputo Província	5	0	0.0	0	0%
Maputo Cidade	5	0	0.0	0	0%
Nampula	17	0	0.0	0	0%
Niassa	5	1	0.8	1	100%
Sofala	8	7	3.5	7	100%
Tete	7	3	1.7	3	100%
Zambezia	18	1	0.2	0	0%
<b>Moçambique</b>	<b>92</b>	<b>15</b>	<b>0.7</b>	<b>13</b>	<b>87%</b>

\* Critério de indicador global de Certificação

\* Taxa de PFA não-pólio é de 2/100 000 crianças de 0-14 anos

(FONTE: BES)

#### SARAMPO

Os casos recolhidos no BES são relativos às actividades de Consulta e Internamento em todos os níveis de atenção e incluem casos suspeitos sem confirmação laboratorial.

Foram notificados 39 casos, destes apenas 21 casos foram investigados, correspondendo a uma taxa de 53.8%. Dos casos investigados nenhum foi positivo ao vírus do sarampo e 2 foram positivos para rubéola, provenientes de Tete e Niassa.

Segundo as tendências epidemiológicas do país ainda se espera que cada distrito notifique pelo menos 1 caso de sarampo por ano. Os dados correspondentes ao 1º trimestre mostram que aproximadamente 90% dos distritos ainda notificaram casos levando a conclusão que a vigilância sobre sarampo deve ser reforçada.

#### TÉTANO NEONATAL

Foram registados neste período 5 casos com 1 óbito, os casos são de Gaza 1, Sofala 2 casos e 1 óbito, e Tete 1 caso. (FONTE: BES)

### 7. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Para facilitar e introduzir a codificação Internacional de doenças nº 10 (CID-10) foi feito um levantamento preliminar das patologias que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) monitoriza através de instrumentos de recolha de rotina. Resultou que foram identificadas 250 patologias monitorizadas a nível nacional de forma rotineira.

Para mais detalhes consulte o Web Site do MISAU:

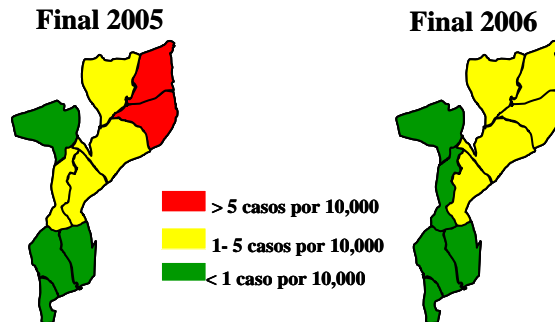
[http://www.misau.gov.mz/pt/epidemias\\_endemias\\_vigilancia\\_epidemiologic](http://www.misau.gov.mz/pt/epidemias_endemias_vigilancia_epidemiologic)

#### LEPRA

No 1º Trimestre de 2007 a prevalência foi de 2.935 casos contra os 4.928 no 1º trimestre do ano 2006; os Multi Bacillares (MB) 83% contra 76,6 %. As deformidades Grau 2 foram 8,4% contra 9,6% e as crianças de 0-14 anos representaram 7,5% contra 9,0% respectivamente.

A taxa de detecção em 2007 foi de 3,7/10.000; os abandonos MB = 0,5 %; sem casos nos Pauci Bacillares (PB) enquanto que no de 2006 a taxa de detecção foi de 6,5/10.000; abandonos MB 0,5% e os PB de 0,5%.

A situação encontrada mostra uma melhoria evidente nos indicadores neste trimestre.



FONTE: SIS - LEPRA

#### TUBERCULOSE

No nosso País, o número de casos de Tuberculose associados ao HIV, aumentou de forma dramática nos últimos cinco anos, visto que a tuberculose é a infecção oportunista mais comum nas pessoas vivendo com o HIV/SIDA. O controlo da pandemia do HIV/SIDA é presentemente um dos maiores desafios na luta contra a Tuberculose.

Estima-se segundo a OMS que as pessoas HIV+ têm um risco de cerca de 50%, de desenvolver Tuberculose activa no decurso da sua vida.

Os dados epidemiológicos do País (OMS, 2006) mostram o seguinte:

- A seroprevalência do HIV em doentes com Tuberculose é de 49%.
- A taxa de prevalência de Tuberculose em Moçambique é de 636 casos por cada 100.000 habitantes;
- A incidência de todas as formas de tuberculose é de 460 casos novos por 100.000 habitantes;
- A incidência de casos novos com baciloscopia positiva é de 191 casos novos por cada 100.000 habitantes,
- A taxa de mortalidade é de 129 mortes em cada 100.000 habitantes.

Os dados Epidemiológicos em Moçambique mostram que há um aumento de casos de Tuberculose tendo se registado uma subida de 8.755 casos de Tuberculose no 1º Trimestre de 2006 para 8.965 no 1º Trimestre de 2007.

#### HIV/SIDA

O Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) é a nova estratégia de saúde que visa a expansão do aconselhamento, testagem e introdução de aspectos promocionais de saúde para no Serviço Nacional de Saúde.

Os utentes que procuraram os serviços de ATS durante o primeiro trimestre de 2007 totalizaram 194.699 contra 81.846 no mesmo período de 2006 (aumento 138%).

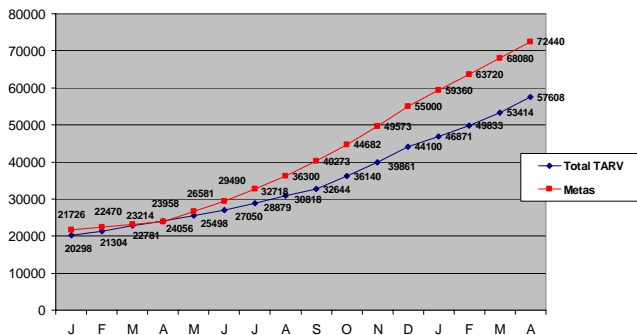
Ano	2006	2007
Utentes Homens	29,698	77,696
Utentes Mulheres	52,148	117,003
Total Utentes	81,846	194,699
Utentes HIV+	29,167	62,158
% HIV+	36%	32%

O número das pessoas servidas pelos programas de Cuidados Domiciliários continua a subir em função da demanda do grupo alvo (20% das pessoas em TARV e 10% das pessoas HIV+ não em TARV, e pessoas acamadas com outras doenças crónicas).

No 1º trimestre de 2007, o Programa de Terapia Anti-Retroviral (TARV) conseguiu um aumento na cobertura nacional de TARV de 16,3% observado em Dezembro 2006 para 19,5% em Abril 2007. Actualmente, 57.608 pessoas de um total de 212.641 inscritas, recebem o tratamento anti-retroviral em 179 unidades sanitárias em todo o país.

Cuidados Domiciliários	
1º trimestre 2006	22,500
1º trimestre 2007	23,500

Gráfico N.º 7: Meta de TARV Jan. 2006 - Abr. 2007



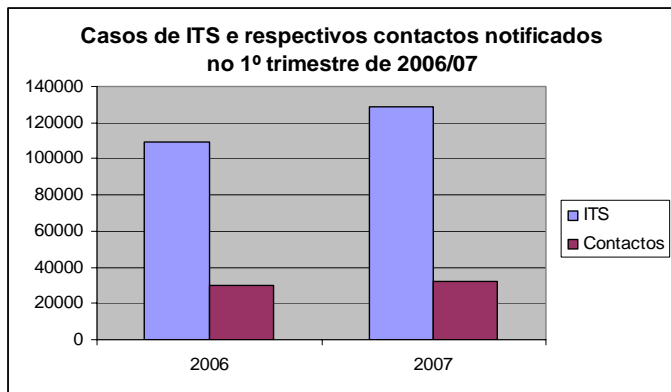
(FONTE: SIS-H-04)

## ITS

Durante o primeiro trimestre de 2007, foram notificados no País, 128.978 casos de ITS e 32.114 contactos o que corresponde a 24,9% (gráfico N.º 8). As províncias da Zambézia, Maputo Cidade, M. Província e Nampula, são as que mais casos registaram no primeiro trimestre seguidos de Sofala, Inhambane, Manica C. Delgado, Tete e Niassa.

O baixo número de contactos registado deve-se à dificuldade que os pacientes continuam a ter em incentivar os seus parceiros para irem à Unidade Sanitária. Sendo assim torna-se necessário reforçar as acções de aconselhamento.

Gráfico N.º 8: ITS 1º trimestre 2006 - 2007



(FONTE: FICHA V)

## 7. ABORDAGEM TEMÁTICA

### FEBRE DO VALE DO RIFT

A febre do Vale do Rift é uma zoonose causada por vírus que ocasionalmente pode causar doença no Homem, levando a uma alta taxa de morbimortalidade e um impacto negativo substancial na economia. O vírus é um membro dos Phlebovirus genus, família Bunyaviridae. Este vírus é conhecido desde 1930. Foram notificados surtos em 1997-98 no Quênia e Somália e em Setembro de 2000 foram reportados casos fora do continente Africano. Desde Dezembro de 2006 têm sido reportados casos no Quênia, Somália e Janeiro de 2007 na Tanzânia. Desde então, a doença já causou mais de 300 óbitos em 4 meses no Quênia, Somália e Tanzânia.

Os factores de risco mais importantes para a transmissão no Homem são o contacto com sangue e líquidos corporais dos animais infectados (através da manipulação durante o abate do gado ou venda de carne ou dos animais domésticos) e a picada de mosquitos de várias espécies, principalmente o mosquito *Aedes*. A inoculação do vírus se faz através do contacto com ferimentos abertos na pele ou feridas produzidas por facas contaminadas, picadas de mosquitos infectados ou mesmo inalação de aerossóis. O maior risco de eclosão de epidemias é no período chuvoso quando há maior proliferação de mosquitos. O período de incubação da doença varia de 2 a 3 dias, e os sintomas podem durar 4 a 7 dias.

Clinicamente, a sintomatologia é semelhante à malária (cefaleia, febre, calafrios, artralgia, mialgias). Em casos raros pode se manifestar através de uma doença neurológica aguda, meningo-encefalite, doença dos olhos, cujos sintomas geralmente iniciam 1 a 3 semanas após os primeiros sintomas ou por um quadro de febre hemorrágica, (gingivorragias, epistaxe, hemoptises, hematemese e outras hemorragias espontâneas) em 1% dos casos. O diagnóstico confirmativo é serológico (ver caso confirmado). Para a Vigilância Epidemiológica, um caso de febre do Vale do Rift é definido dependendo da apresentação clínica em caso suspeito ou caso provável e necessita de confirmação laboratorial. Portanto:

**Caso suspeito** - qualquer pessoa que se apresenta com febre de início súbito, e qualquer destes sintomas: cefaleias, mialgias, artralgias.

**Caso provável** - qualquer pessoa que se apresenta com febre de início súbito e sinais de sangramentos espontâneos inexplicáveis pelo nariz, gengivas, vagina, recto, pele, olhos, hemoptises ou deterioração da visão e do estado de consciência. **Caso confirmado** é o caso suspeito ou provável com confirmação laboratorial do vírus da febre do vale do Rift por ELISA (IgM anti-FVR) ou PCR (método molecular para detecção do genoma viral).

**A doença não tem cura.** A maior parte dos casos é de gravidade moderada a leve e de curta duração. O tratamento recomendado é de suporte. O medicamento antiviral Ribavirina mostrou que pode inibir o crescimento viral em ensaios experimentais, mas ainda não foi provado clinicamente.

O risco de transmissão através do sangue e tecidos infectados existe por isso deve ser tomadas todas as precauções de biossegurança no manuseio destes doentes. As medidas de biossegurança e de controlo da doença serão desenvolvidas em outras edições.

## 8. ALERTA

- O BES continua a ser enviado com atraso dificultando a análise atempada dos dados. A irregularidade no envio do BE-PS, é ainda maior. Recomenda-se que os responsáveis da Vigilância Epidemiológica dos Hospitais enviem toda a informação em atraso desde 2006.
- Na época fria particular atenção deve ser dada à meningite meningocócica e ao Sarampo:
  - As medidas de prevenção e controlo, encontram-se descritas respectivamente nos Vol I do Manual de Vigilância Epidemiológica para o nível distrital e no Manual de tratamento e controlo da meningite meningocócica.
  - Todos os casos suspeitos de Sarampo devem ser notificados e investigados laboratorialmente, segundo as actuais normas em vigor no País. A diferenciação clínica entre sarampo e rubeola faz-se pela presença de gânglios na rubeola. Mesmo assim as amostras devem ser colhidas e enviadas ao laboratório central segundo as normas.
- Moçambique deve estar atento para a eclosão da Febre do Vale do Rift, especialmente as Províncias de Niassa e Cabo Delgado que fazem fronteira com a Tanzânia, país onde já foram registados um total de 264 casos (154 confirmados laboratorialmente) com uma taxa de letalidade de 41% no período compreendido entre 13 de Janeiro e 3 Março 2007.
- Recomenda-se que sejam notificados todos os casos suspeitos de sarampo uma vez que a confirmação é feita somente no Laboratório Nacional de Referência (Laboratório de Imunologia do INS)
- Ainda existem diferenças entre os dados provenientes das diversas fontes do Sistema de Informação para a Saúde. Recomenda-se que sejam cumpridas as normas nacionais do SIS.

### CONTACTOS

TEL: 21-322911 / 21-431103

FAX: 21-312673 / 21-311038

[lmendes@miasu.gov.mz](mailto:lmendes@miasu.gov.mz)

[Alessandro.campione@gmail.com](mailto:Alessandro.campione@gmail.com)

[azandamela@misau.gov.mz](mailto:azandamela@misau.gov.mz)

[ealmeida@misau.gov.mz](mailto:ealmeida@misau.gov.mz)