



# Boletim Epidemiológico

República de Moçambique

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

## Nº 2/2007

Período de Janeiro a Junho 2007

 Formato electrónico: [http://www.misau.gov.mz/pt/epidemias\\_endemias/vigilancia\\_epidemiologica](http://www.misau.gov.mz/pt/epidemias_endemias/vigilancia_epidemiologica)

### ÍNDICE

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	1
6. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ELIMINAÇÃO	3
7. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	3
8. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	4
9. ALERTA	4

#### 1. NOTA DE ABERTURA

O Boletim Epidemiológico apresenta informação sobre a situação epidemiológica do país. A edição No. 2 agrega informação do primeiro e segundo trimestres. Este 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.

Este Boletim tem como objectivo fornecer retroinformação sobre as doenças com importância em saúde pública, e está orientado para publicar de forma sintética a situação ou tendência das doenças e/ou condições de saúde sujeitas à notificação; informação 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.

Na edição anterior analisaram-se as Doenças de Notificação Obrigatória reportadas através do Boletim Epidemiológico Semanal (BES) e outras patologias como o HIV/SIDA, ITS, Tuberculose, Lepra.

Nesta edição para além das doenças mencionadas apresenta dados do Tracoma e a situação do Trauma reportados através dos Postos Sentinela.

Espera-se e agradece-se comentários e sugestões que contribuam para a melhoria do Boletim.

#### 2. DESTAQUE

- Surto de Cólera na Província de Sofala
- Casos suspeitos de Sarampo em Nampula
- Casos de Tracoma notificados nos Postos Sentinela
- Trauma no Hospital Central de Maputo
- Diferenças nos números de casos notificados e investigados de Meningite, Sarampo, PFA e Tétano.

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

A recepção dos **Boletins Epidemiológicos Semanais (BES)** enviados das Províncias para o nível Central, mantém-se **idêntica em comparação aos anos anteriores**. O maior problema é o elevado número de BES recebidos com atraso.

**Destacam-se as Províncias Cabo Delgado, Niassa, Manica, Nampula, Zambézia e Tete.** Estes atrasos afectam a análise semanal da informação. No 1º Semestre do corrente ano foram recebidos 280 (98%) dos 286 BES esperados.

A recepção dos **Boletins Epidemiológicos dos Postos Sentinela (BE - PS)**, também tem sido caracterizada pela chegada muito tardia destes relatórios. Esta

situação torna difícil a disponibilização atempada e oportuna de informação para a tomada de decisão.

**No 1º semestre 2007 foram recebidos 100% dos relatórios, mas com grandes atrasos (meses).**

#### 4. EMERGÊNCIAS

##### Surto de cólera

Registou-se no mês de Junho, na semana epidemiológica 26, um surto de cólera na Província de Sofala distrito de Chemba, com 17 casos e zero óbitos. Foram feitas 7 zaragatoas que resultaram positivas para o *Vibrio cholerae*, serotipo *Ogawa*. (Fonte: comunicação diária).

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

Em Moçambique, as Doenças de Notificação Obrigatória (DNO), reportadas semanalmente através do BES são: Sarampo, Tétano, Paralisia Flácida Aguda, Cólera, Meningite, Malária, Raiva, Peste, Diarreia e Disenteria.

O BES é o instrumento que agrega todos os casos e óbitos das DNO em todos os níveis de atenção de saúde. Sendo assim, é fundamental que estas doenças mesmo que registadas em outras fichas (BE-PS, D03, D04) sejam agregadas no BES para evitar subnotificação de informação.

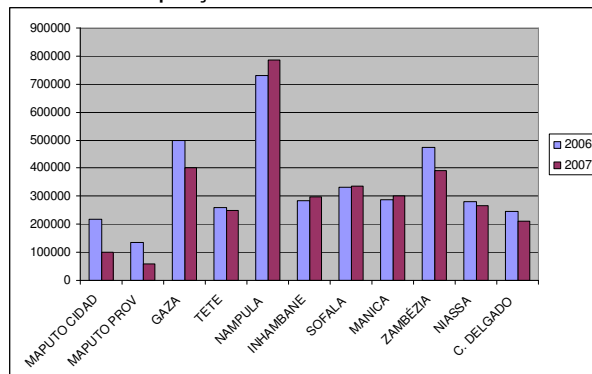
O BE-PS é o instrumento de notificação mensal dos Postos Sentinela (Hospitais Centrais e Provinciais). A partir do BE-PS são notificadas patologias que requerem meios de diagnóstico mais diferenciados e pessoal mais qualificado. As DNO infecciosas para os Postos Sentinela são: Difteria, Hepatite infecciosa, Meningites, Tuberculose extra Pulmonar, Tracoma, Febre Tifóide.

##### MALÁRIA

Os casos recolhidos no BES são relativos às actividades de Consulta e Internamento em todos os níveis de atenção. Incluem casos clínicos tratados com antimaláricos e casos confirmados laboratorialmente. Durante o 1º Semestre 2007 foram registados 3.405.524 casos de Malária e 1.983 óbitos contra 3.744.719 casos e 3.091 óbitos no mesmo período de 2006. Houve uma redução nos óbitos em 35,8%, e conseqüente diminuição das taxas de letalidade de 0,08 para 0,06.

As Províncias de Nampula, Gaza e Zambézia destacam-se por terem contribuído com uma maior proporção de casos de malária (23%, 12% e 11%) respectivamente. A Província e a Cidade de Maputo, estão a reduzir o número de casos notificados. As razões residem provavelmente na maior capacidade de confirmação de casos e na campanha de pulverização Nacional.

Gráfico N.º 1: comparação de casos de Malária – 1º Semestre 2006/07

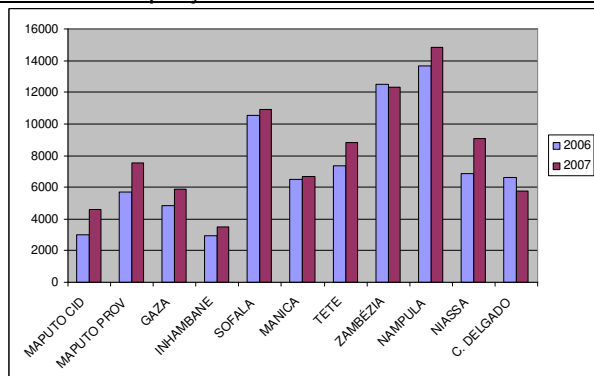


FORNE: BES

## DISENTERIA

Os casos notificados referem-se à diarreia sanguinolenta de etiologia indeterminada. Durante o 1º semestre de 2007, foram notificados 88.862 casos de disenteria e 4 óbitos, contra 80.588 casos e 14 óbitos em 2006. Houve um aumento no número de casos em cerca de 10,3%, e uma redução nos óbitos em cerca de 71,4%. As províncias com mais casos notificados foram: Nampula (17%), Zambézia (14%) e Sofala (12%). Maputo Cidade (6%) e C. Delgado (4%), registaram menos casos. A disenteria com interesse para a vigilância é a causada pela *Shigella dysenteriae*. Não se registou surtos no semestre em análise.

Gráfico N.º 2: Comparação de casos de Disenteria –1º Semestre 2006/07

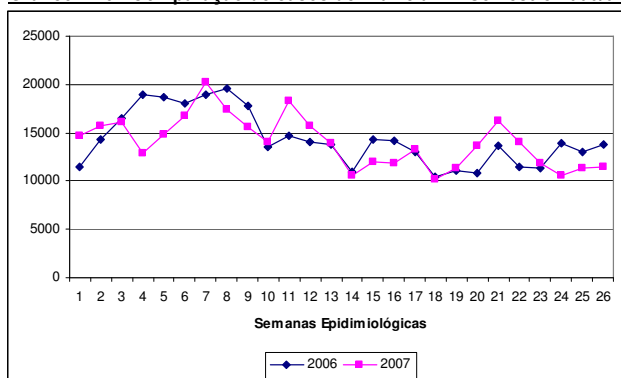


FONTE: BES

## DIARREIA

No 1º semestre de 2007 foram notificados no BES 364.869 casos com 245 óbitos contra 372.466 casos com 329 óbitos em 2006. Houve uma redução no **número de casos em 2,0%**. O número de casos nos menores de 4 anos representou 55,5%, enquanto que a faixa etária de ≥ 15 anos foi 31,5%. A taxa de letalidade foi inferior a 0,5% em todas as faixas etárias.

Gráfico N.º 3: Comparação de casos de Diarreia –1º Semestre 2006/07



FONTE: BES

## CÓLERA

Foram notificados No 1º semestre 2007, através da comunicação diária 1375 casos de cólera e 9 óbitos (tx de letalidade 0,65%) contra 5110 casos e 22 óbitos (tx de letalidade de 0,43%) no mesmo período de 2006. Comparando os casos notificados através do BES e pela comunicação diária nota-se grandes diferenças, devido à não-agregação dos dados diários no BES.

Tabela 1 - Comparação dos casos de Cólera notificados no BES e por comunicação diária, 1º Semestre, 2007

	fonte BES		fonte Notif. diária		diferença	
	CASOS	OBITOS	CASOS	OBITOS	CASOS	OBITOS
<b>Total do País</b>	<b>373</b>	<b>2</b>	<b>1,375</b>	<b>9</b>	<b>1,002</b>	<b>7</b>
CABO DELGADO	283	1	1,226	6	943	5
NIASSA	73	1	132	3	59	2
SOFALA	17	0	17	0	0	0

Os casos de cólera em 2007 ocorreram no distrito de Lago em Niassa, distrito de Pemba, Mecúfi e Mocimboa da Praia em C. Delgado e distrito de Chemba na Província de Sofala; em 2006 foram afectadas as províncias de Sofala, Zambézia, Manica e Nampula.

As Províncias de Niassa e Cabo Delgado notificaram ZERO casos no mês de Junho.

## 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 as meningites de outras etiologias.

Durante o primeiro semestre de 2007 foram notificados através do BES 434 casos e 86 óbitos de meningite contra os 763 casos e 240 óbitos notificados em 2006. Constatou-se igualmente uma **redução na taxa de letalidade de 31,4% em 2006 para 19,8% em 2007**.

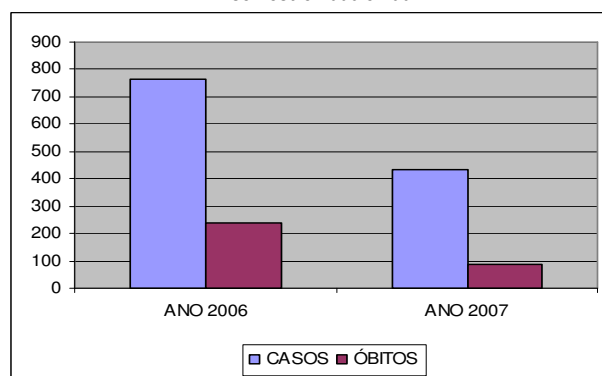
A meningite meningocócica desperta uma especial atenção em termos de saúde pública pois que além de ser responsável por casos isolados, pode levar a surtos e epidemias. Para o seu acompanhamento é fundamental que todos os casos de meningite sejam investigados através da **ficha de investigação de caso**. A confirmação laboratorial da meningite é requerida ao nível de todos os Hospitais Provinciais e Centrais do país, sendo depois reportada através do BE-PS. Outras etiologias que merecem atenção, devido ao aumento de casos ou pelo aumento da mortalidade são a meningite por *Streptococcus Pneumoniae* (Pneumococo) e por *Haemophilus Influenzae* (Hib).

Um estudo feito em crianças menores de 15 anos no distrito da Manhica, província de Maputo, revelou 45% de meningite causada por pneumococcus, 18% por Hib e 11% por meningococo na população da amostra. Dentro do grupo de menores de 5 anos a meningite por Hib revelou ser maior com 31% contra 24% por pneumococcus. Este estudo mostra que nem sempre o meningococo é a causa mais importante de meningite bacteriana por essa razão uma investigação sobre outros agentes etiológicos constituirão mais valia para o tratamento dos casos.

A letalidade de meningite por pneumococcus descrita na literatura ronda em volta de 30%, 20% para as meningites meningocócicas e 10% nas meningites por Hib. Dos 551 casos de meningite notificados através do BE-PS no 1º semestre de 2007 em 10 Hospitais, 14 eram de meningite meningocócica, sendo 10 casos do Hospital Provincial de Lichinga, 3 casos de Hospital de Xai Xai, e 1 caso do Hospital Central de Maputo. Do total dos casos diagnosticados registaram-se 178 óbitos com uma taxa de letalidade de 32,3%, não se tendo registando óbitos por meningite meningocócica.

Comparando os números de casos do BES e do BE-PS pode-se ver que o BES apresenta um número inferior ao do BE-PS. É fundamental que todos os casos de meningite de todas as unidades sanitárias do país sejam agregados no BES.

Gráfico N.º 4: comparação de Casos/Óbitos de meningite 1º semestre 2006 e 2007



FONTE: BES

## PESTE

Durante os primeiros 6 meses de 2007 não foram reportados casos de peste em Moçambique. Os últimos casos foram notificados em 2004 (2 casos) no distrito de Morrumbala província da Zambézia. (FONTE: BES)

## RAIVA

Foram notificados 2.556 casos de mordedura animal e 16 casos de raiva (tx de letalidade 100%) contra 1.919 casos de mordedura animal e 9 casos de raiva do ano 2006. Comparativamente ao 1º semestre de 2006 a notificação de casos de Raiva aumentou em cerca de 77,8%. Em 2007 os casos de raiva ocorreram nas Províncias da Zambézia (5), Gaza (4), Nampula (3) Sofala (2) Tete e Niassa com 1 caso respectivamente. (FONTE: BES)

## TRACOMA

Os casos de Tracoma são notificados dos serviços de oftalmologia dos Postos Sentinela dos Hospitais Centrais e Provinciais. Foram notificados 1.163 casos de Tracoma no 1º semestre de 2007. As Províncias com mais casos registados foram: Tete (675), Gaza (270) Maputo Cidade (107) Zambézia (51) e Inhambane (46).

O tracoma é uma das 14 patologias classificadas pela OMS como doenças tropicais negligenciadas.

## 6. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ELIMINAÇÃO

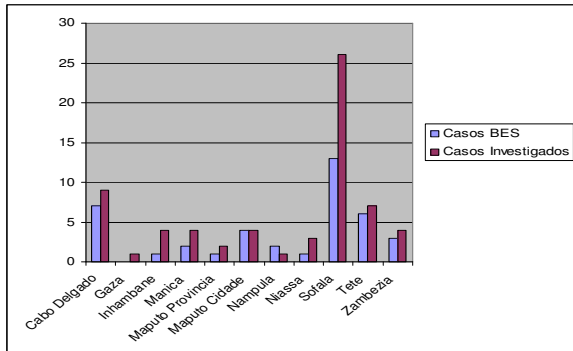
Moçambique está a participar activamente nos esforços mundiais com vista a erradicação da Poliomielite e eliminação de Sarampo, Tétano neonatal e Lepra.

### PFA/POLIO

No âmbito da erradicação da poliomielite, desde 1997 têm sido notificados casos de PFA, em crianças menores de 15 anos. Todos os casos devem ser investigados e confirmados laboratorialmente

No 1º semestre de 2007 foram notificados 40 casos através do BES, contra 54 no mesmo período do ano anterior. Entretanto em 2007, foram investigados 65 casos de PFA através da ficha de investigação de caso. **Estes números espelham uma subnotificação de 25 casos no BES.** Um exemplo é a Província de Sofala que investigou 26 casos com o envio das respectivas amostras para o laboratório, mas notificou apenas 50% dos casos no BES. Apenas na Cidade de Maputo houve correspondência entre os casos notificados no BES e os investigados.

Gráfico No. 5 - Casos notificados e investigados de PFA- 1º Semestre 2007



Das 65 amostras de fezes enviadas ao laboratório, 52 foram colhidas dentro do período de 14 dias após o início da paralisia. A taxa de detecção foi de 1,2% e a percentagem de amostra de fezes de boa qualidade foi de 80%. Todos os casos que foram investigados e as amostras enviadas ao Laboratório de Referência, foram negativas ao vírus da poliomielite (selvagem e vacinal).

Com excepção das províncias de Sofala, C. Delgado e Tete, as restantes não cumpriram com as metas de notificação recomendadas pela OMS (Tabela 2).

Tabela No 2 - Monitoria da Paralisia Flácida Aguda – 1º Semestre 2007

	Casos esperados de PFA	No. casos de PFA	Taxa anual de PFA não-polio*	Casos de PFA com 2 amostras no prazo de 14 dias após início* (n)	%
C. Delgado	8	9	1.9	4	44%
Gaza	6	1	0.3	1	100%
Inhambane	7	4	1.0	3	75%
Manica	6	4	1.1	4	100%
Maputo Prov	5	2	0.7	1	50%
Maputo Cidad	5	4	1.4	2	50%
Nampula	17	1	0.1	1	100%
Niassa	5	3	1.0	3	100%
Sofala	8	26	5.6	24	92%
Tete	7	7	1.7	7	100%
Zambezia	18	4	0.4	2	50%
<b>Moçambique</b>	<b>92</b>	<b>65</b>	<b>1.2</b>	<b>52</b>	<b>80%</b>

\*Critérios de certificação global

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

É importante notificar todos os casos de PFA investigados através da *ficha de investigação de caso*. É fundamental que todos os profissionais de saúde agentes, técnicos, enfermeiros, médicos se envolvam na detecção e notificação dos casos de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos ou pessoa de qualquer idade com diagnóstico sugestivo de poliomielite, só assim será possível monitorar a poliomielite e detectar imediatamente a circulação ou não do vírus da pólio no país. Paralelamente deve haver um esforço para aumentar a busca activa dos casos. Ao nível das Províncias os médicos-chefes e médicos coordenadores provinciais de TB/Lepra/ Malária/ITS/SIDA, têm um papel fundamental na melhoria da investigação dos casos, na notificação no BES e no cumprimento das metas da taxa de notificação.

Moçambique tem sido palco de movimentos migratórios de cidadãos provenientes de países endémicos (ex: Nigéria, RD Congo, Índia, Paquistão) e epidémicos (ex: Angola, Somália) ao poliovírus selvagem, pelo que as DPS devem redobrar a vigilância.

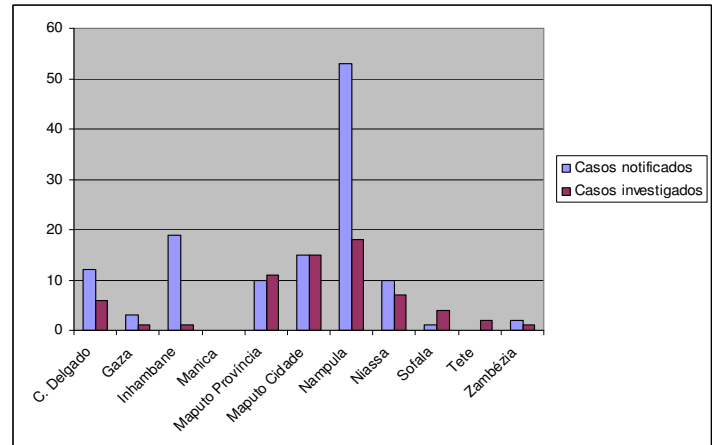
### SARAMPO

Os casos recolhidos através do BES incluem todos os casos clínicos suspeitos diagnosticados nas consultas e no internamento em todos os níveis de atenção. Como norma todos os casos suspeitos devem ser investigados e confirmados laboratorialmente.

No primeiro semestre de 2007 foram notificados 125 casos suspeitos de sarampo com 1 óbito contra 66 casos sem óbitos no mesmo período do ano anterior. Comparando o mesmo período do ano anterior houve um aumento em cerca de 89% devido à mudança na definição de caso.

Dos 125 casos notificados, apenas 66 casos (52,8%) foram investigados. A província de Nampula notificou 53 casos mas só investigou 18. A Província de Inhambane notificou 19 casos e investigou apenas 1 o que reflecte uma falta de cumprimento das normas.

Gráfico No 6- Casos notificados e investigados de suspeitas de Sarampo 1º Semestre 2007



As 66 amostras foram negativas para IgM do sarampo, porém, 6 foram positivas para IgM da Rubéola, e, provinham de Maputo Cidade (3) Maputo Prov. (1) Niassa (1) Tete(1). (FONTE: Ficha de Investigação de Casos).

Comparando os casos notificados no BES e os casos do internamento reportados mensalmente através da ficha do SIS, D03 (nível I) e D04 (nível II) observa-se que os casos notificados no BES são muito inferiores que os reportados nas fichas D03/DO4. Recomenda-se uma maior atenção dos Responsáveis das unidades sanitárias, dos distritos e das províncias para a compatibilização de dados provenientes destas fontes, como forma de melhorar a qualidade dos dados notificados e no cumprimento das normas de notificação.

### TÉTANO NEONATAL

Foram registados no 1º Semestre de 2007, 8 casos com 3 óbitos (taxa de letalidade de 37,5%), contra 12 casos e 6 óbitos (tx de letalidade de 50%) no mesmo período de 2006. Inhambane notificou 3 casos com uma taxa letalidade 66,7% e Sofala 2 casos e uma taxa de letalidade de 50%. Comparando os 2 semestres houve uma redução de casos em cerca de 33%. (FONTE: BES)

### LEPRA

No 2º Trimestre do 2007 a prevalência foi de aproximadamente 2.5 casos, dos quais 84% eram Multi Bacilares (MB) contra 4.8 no 1º trimestre do ano 2006; com 69,2% de MB. As deformidades G 2 foram 13,8% contra 8,5% e as crianças de 0-14 anos representaram 10,5% contra 8,5% respectivamente.

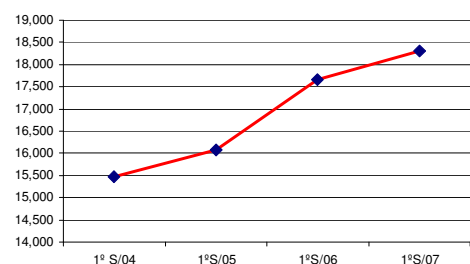
A taxa de detecção em 2007 foi de 1,2/100.000; A taxa de abandonos MB 1,6 % e PB 1,3%, enquanto que em 2006 a taxa de detecção foi de 6,8/100.000, de abandono MB 0,4% e PB de 0,3%. A taxa de prevalência em 2007 foi inferior (1,2/10.000) a de 2006 (2,4/10.000), retratando uma melhoria nos indicadores do trimestre (FONTE: SIS – LEPRA).

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

### TUBERCULOSE

Os dados registados mostram uma ligeira subida dos casos de Tuberculose de 17.669 no 1º Semestre de 2006 para 18.301 no mesmo período de 2007. O gráfico a seguir ilustra a evolução dos casos notificados de 2004 a 2007:

Gráfico No 7- Casos notificados - do 1º Semestre 2004 a 2007



FONTE: SIS – TB

A taxa de despiste de casos com BK+ do 1º semestre de 2007 foi de 45.9% contra 47.4% do mesmo período de 2006, facto atribuído ao aumento cada vez crescente de casos de Tuberculose com BK- e TB extrapulmonar.

A taxa de cura no 1º Semestre de 2006 foi de 82.3% contra 77.3% de igual período de 2005, o que mostra uma evolução positiva na ordem de 5%, atribuído a melhoria da implementação da directa observação do tratamento (DOT).

A taxa de abandono foi de 4.4% contra 6.1% do mesmo período de 2005, o que revela uma melhoria significativa das actividades de busca aos doentes faltosos.

A taxa de óbitos foi de 10.3% contra 12.2% do mesmo período de 2005, devido à introdução do tratamento preventivo com cotrimoxazol e aumento do acesso ao tratamento antiretroviral (TARV) aos doentes com TB/HIV.

Para reduzir o impacto do HIV nos doentes com Tuberculose e vice-versa, está em curso a implementação e aceleração das actividades colaborativas de TB/HIV. Estas actividades incluem o aconselhamento e testagem a todos os doentes com TB (realizado no sector da TB), o acesso aos cuidados e serviços de tratamento, incluindo o aumento do acesso ao TARV aos doentes com Tuberculose. Estas intervenções são importantes para a redução da mortalidade dos pacientes concomitantemente infectados pela dupla pandemia.

Do total de 15.732 doentes com TB, foram aconselhados e testados para HIV 13.076 (83,1%) e destes 5.544 (42,4%) eram HIV+.

E, do total de 5.544 doentes com TB/HIV+, 1.645 (29,7%) tiveram acesso ao TARV e 4.970 (89,6%) fizeram o tratamento preventivo com o cotrimoxazol (TPC).

#### HIV/SIDA

O Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) atendeu 290.458 utentes no primeiro semestre 2007 contra os 188.276 atendidos no mesmo período de 2006, o que representa um aumento de 54,3% (Tabela 3).

Tabela 3: Doentes atendidos no ATS no 1º semestre, 2006-2007

	2006	2007	Evolução semestral (%)
Total de utentes	188276	290458	54,3
sexo feminine	118100	182587	54,6
sexo masculine	70293	108004	53,6
HIV+	57084	87787	53,8

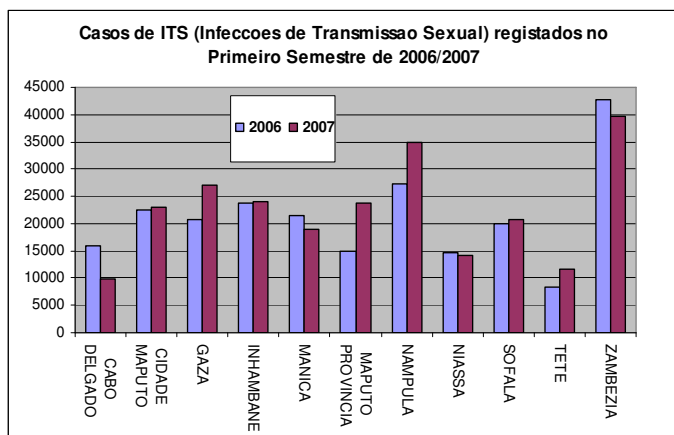
O Programa de Terapia Antiretroviral (TARV) conseguiu um aumento na cobertura nacional de TARV de 16,3% em 2006 para 22,1% até Junho 2007 porque das 233.404 doentes inscritos, 65.296 iniciaram o tratamento antiretroviral em 193 US do país.

#### ITS

No primeiro semestre de 2007, foram notificados 247.868 casos de ITS contra 232.226 no mesmo período de 2006, representando um aumento de 6,74%. As províncias de Nampula e Gaza notificaram mais casos, contrariamente as províncias de C. Delgado e Tete notificaram menos casos. Registou-se igualmente um aumento no número de contactos atendidos (21,4%), passando de 58.604 para 71.146.

Em relação ao sexo, em 2007, foram notificados casos em 99.440 indivíduos do sexo masculino e 148.428 do sexo feminino, contra os 98.252 e 133.974 casos em 2006, respectivamente.

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



(FONTE: FICHA V)

## 8. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

### Trauma

A vigilância epidemiológica do Trauma e dos seus factores de risco é de fundamental importância para a implementação de políticas voltadas para a prevenção, controle dessas doenças e a promoção geral da saúde.

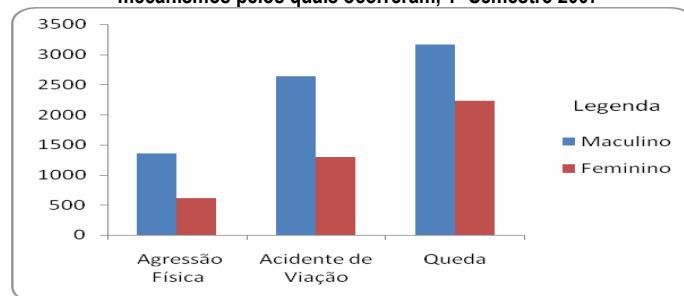
Neste contexto, o Departamento das Doenças Não Transmissíveis propôs um livro de registo para vigilância do trauma e outras doenças nos Serviços de Urgência dos Hospitais Centrais da Beira, Maputo e Nampula. De momento estão a ser enviados esforços com vista à expansão deste sistema para todas US do país.

A análise dos dados dos Serviços de Urgências do Hospital Central de Maputo, referentes ao primeiro semestre do ano 2007, mostra que o trauma determinou 22% do total dos casos atendidos nesta unidade sanitária durante este período.

Os indivíduos do sexo masculino foram os mais afectados (12.663), perfazendo 62% do total dos traumas atendidos nesta US. Esta predominância verificou-se também por grupo etário e nos mecanismos pelos quais estes ocorreram (Gráfico 9).

A maior incidência verificou-se em indivíduos entre os 5 e os 44 anos, com o pico no grupo etário 25 a 34 anos, que corresponde à faixa economicamente activa.

Gráfico No. 9 Distribuição dos casos de trauma por sexo e segundo os mecanismos pelos quais ocorreram, 1º Semestre 2007



Comparativamente ao primeiro semestre de 2006 houve uma redução de casos de trauma, representando 29% do total dos atendimentos contra 22% em 2007; a variação observada foi de -4% de casos. Entre as causas especificadas, as mais frequentes foram as quedas 6.572 em 2006 e 5.386 em 2007, seguidos de acidentes de viação e agressão física.

## 9. ALERTA

- Os BES continuam a ser enviados com atraso dificultando a análise atempada dos dados. A irregularidade no envio do BE-PS, é ainda mais grave. Recomenda-se que os responsáveis da Vigilância Epidemiológica dos Hospitais enviem com brevidade toda a informação em atraso desde 2006.
- Cólera: Os surtos de Cólera ocorrem mais frequentemente na estação quente e chuvosa, habitualmente veiculada através da água ou alimentos contaminados por fezes. Recomenda-se a preparação e implementação de um plano de actividades de prevenção do surgimento de surtos e a (re)organização duma equipa técnica multidisciplinar para investigação, avaliação e resposta no caso de ocorrência do surto.
- Recomenda-se que sejam notificados e investigados todos os casos suspeitos de Sarampo, que as amostras colhidas sejam enviadas ao Laboratório Nacional de Referência (Laboratório de Imunologia do INS).
- Continua a existir grandes diferenças entre o número de casos de Cólera notificados diariamente pela via rápida e os do BES; casos suspeitos de sarampo e de PFA notificados através da Ficha de Investigação de Caso e os do BES; subnotificação dos casos de meningite dos Hospitais Centrais e Provinciais no BES. Recomenda-se que o responsável provincial e distrital de estatística prestem especial atenção à agregação semanal da informação no BES com o objectivo de aumentar a fiabilidade da fonte de informação.

**Título:** Boletim Epidemiológico No. 2/2007.

Publicação do Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Saúde.

**Coordenação:** Departamento de Informação para a Saúde (DIS)

**Colaboradores:** Programas de HIV/SIDA, ITS, TB, Lepra, Departamento das Doenças Não Transmissíveis

**Endereço:** Av Eduardo Mondlane, 1008 – Maputo – Moçambique

C.P.: 264 - Fax: (+258) 21 431103,

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

**Contactos:** [lmendes@misau.gov.mz](mailto:lmendes@misau.gov.mz) [Alessandro.campione@gmail.com](mailto:Alessandro.campione@gmail.com);

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