



Boletim Epidemiológico

República de Moçambique
www.misau.gov.mz

Nº 3/2007

Período de Janeiro a Setembro 2007

Formato electrónico: 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	2
7. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	3
8. ABORDAGEM TEMÁTICA	4
9. ALERTA	4

1. NOTA DE ABERTURA

O Boletim Epidemiológico apresenta informação sobre a situação epidemiológica do país. 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.

A edição No. 3 agrega informação de Janeiro a Setembro, compreendendo as semanas epidemiológicas de 1 a 39. Nesta edição para além das doenças mencionadas, apresenta-se um breve informe sobre a Diabetes.

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

2. DESTAQUE

- Surtos de Cólera em três Províncias
- Casos de Tracoma notificados nos Postos Sentinela
- Diferenças nos números de casos notificados e investigados de Sarampo, PFA e Tétano e malária.

3. SITUAÇÃO ACTUAL DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA

A recepção dos **Boletins Epidemiológicos Semanais (BES)** enviados das Províncias para o nível Central, mantêm-se **idêntica, em comparação aos anos anteriores**. O elevado número de BES recebidos em atraso, continua sendo o maior problema, destacando-se as **Províncias Inhambane, Nampula, Niassa, Manica e Gaza**. Estes atrasos afectam a análise semanal da informação. Neste período foram recebidos 400 (93%) dos 429 BES esperados.

A recepção dos **Boletins Epidemiológicos dos Postos Sentinela (BE – PS)**, também tem sido caracterizada pela frequente chegada muito tardia. Neste período de 2007 foram recebidos 77 relatórios (85,5%) dos 90 esperados. As Províncias de Niassa, Inhambane e Maputo Cidade foram as únicas que enviaram os 9 relatórios esperados.

4. EMERGÊNCIAS

Do balanço de 9 meses há a registar epidemias de cólera na província de C. Delgado entre a semana epidemiológica 9 a 21; Niassa entre as semanas 9 e 22 com 1.226 casos e 6 óbitos e 132 casos e 3 óbitos respectivamente; da semana epidemiológica 26 a 32, registou-se um surto de cólera em Sofala distrito de Chemba, com um total de 96 casos e 2 óbitos. As amostras das zaragoatas foram positivas para o *Vibrio cholerae*, serotipo *Ogawa*.

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.

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.

Tabela 1: Resumo das Doenças de Notificação Obrigatória, Comparação dos primeiros 9 meses - 2006/2007

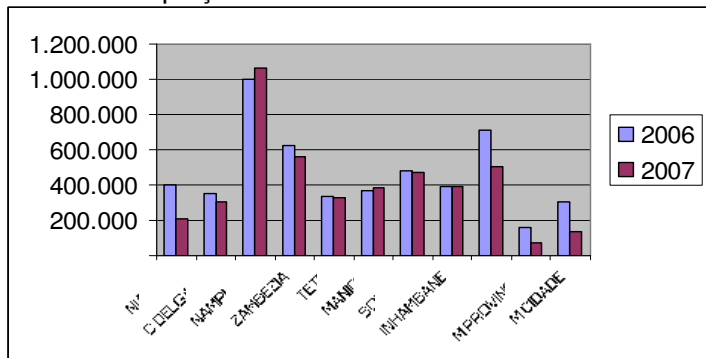
Doenças	Casos		Óbitos		Casos Evolução (%)
	2006	2007	2006	2007	
Sarampo	115	182	0	1	58,2
Tétano	15	14	9	6	-6.60
Diarreia	544,468	539,852	458	331	-0.85
Raiva	3,599	4,253	14	30	18.1
Disenteria	132,211	135,330	18	6	9.8
Peste	0	0	0	0	0.0
PFA	78	73	0		-6.4
Cólera	5,431	1,454	22	11	-73.2
Meningite	1,214	688	370	155	-43.3
Malária	5,141,903	4,419,156	4,144	2,586	-14.0

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 ou através de testes rápidos. Durante os 9 meses de 2007 foram registados 4.419.156 casos de Malária e 2.586 óbitos contra 5.141.903 casos e 4.144 óbitos no mesmo período de 2006.

Houve uma redução de casos em 14% e óbitos em 37,6%. Como consequência uma diminuição da taxa de letalidade de 0,08% para 0,06%. As Províncias de Nampula, Gaza e Zambézia contribuíram com uma proporção 24%, 11% e 12% dos casos, respectivamente. Maputo Província e Cidade reduziram o número de casos notificados. As razões residem provavelmente na maior capacidade de confirmação laboratorial de casos e na campanha de pulverização Nacional.

Gráfico Nº 1: comparação de casos de Malária – 9 meses 2006/07



Fonte: BES

De forma geral há problemas de subnotificação dos óbitos (e casos de doença) registados no internamento na maior parte das U.S. do país, por isso, as taxas de letalidade obtidas não são realistas. A tabela 2 faz a comparação das 2 fontes de informação do SIS (BES e D03/D04) num mesmo período.

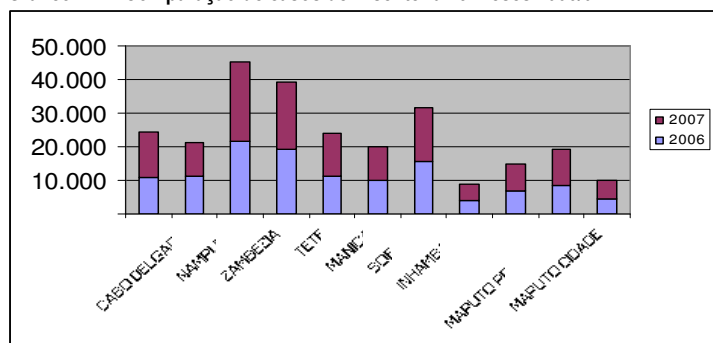
Tabela 2: Comparação de casos e óbitos de malária notificados através do BES e Fichas D03/4 nos primeiros 9 meses de 2007

Fonte	Casos	Óbitos	Tx. de Let (%)
D03 (internamento)	61.614	2.308	3,7
D04 (internamento)	54.823	2.584	4,7
TOTAL	116.437	4.892	4,2
BES (consultas e internamento)	4.419.156	2.586	0,06

DISENTERIA

Os casos notificados referem-se à diarreia sanguinolenta de etiologia indeterminada. Durante os 9 meses de 2007 foram notificados 135.330 casos de disenteria e 6 óbitos, contra 123.211 casos e 18 óbitos em 2006. Houve um aumento de casos em cerca de 9,8%, e uma redução nos óbitos de 66,6%. As províncias que notificaram mais casos foram: Nampula, Zambézia, Sofala, Manica e Niassa, enquanto que Maputo Cidade, Inhambane e Gaza foram as que notificaram menos. A disenteria com interesse para a vigilância é a causada pela *Shigella dysenteriae*. Não se registaram surtos no período em análise.

Gráfico Nº 2: Comparação de casos de Disenteria –9 meses 2006/07

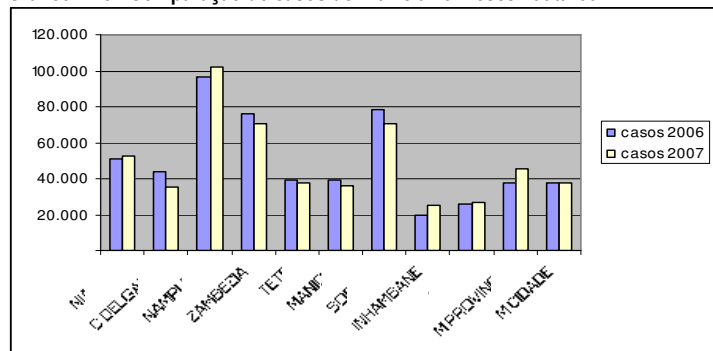


Fonte: BES

DIARREIA

Durante os 9 meses de 2007 foram notificados no BES 539.852 casos com 331 óbitos contra 544.468 casos com 458 óbitos em 2006. O número de casos em menores de 4 anos representou 55% do total, enquanto que na faixa etária de ≥ 15 anos foi de 30%.

Gráfico Nº 3 : Comparação de casos de Diarreia –9 meses 2006/2007



Fonte: BES

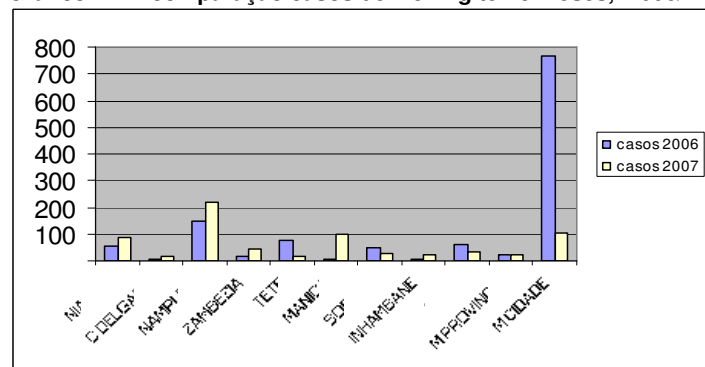
CÓLERA

Neste período foram notificados 1.454 casos e 11 óbitos em 2007, (taxa de letalidade = 0,8%) contra 5.431 casos e 22 óbitos (taxa de letalidade = 0,4%) no mesmo período de 2006. Em 2007 houve uma redução em cerca de 73,2% dos casos. As regiões afectadas em 2007, foram: distritos de Lago (Niassa) com 132 casos e 3 óbitos; Pemba, Mecúfi e Mocimboa da Praia (C. Delgado) com 1226 casos e 6 óbitos; e, de Chemba (Sofala) 96 casos e 2 óbitos; em 2006 foram afectadas as províncias de Sofala, Zambézia, Manica e Nampula

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 e meningites clínicas sem confirmação laboratorial. Durante os 9 meses de 2007 foram notificados através do BES 688 casos e 155 óbitos (taxa de letalidade=22,5%) contra 1.214 casos e 370 óbitos (taxa de letalidade=30,5%) notificados em 2006.

Gráfico Nº 4: comparação casos de Meningite - 9 meses, 2006/7



Fonte: BES

PESTE

Os primeiros 9 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.

RAIVA

Foram notificados 4.253 casos de mordedura animal e 30 casos de raiva, em 2007 contra 3.599 casos de mordedura animal e 14 casos de raiva do ano 2006, representando um aumento de cerca de 117%. Em 2007 os casos de raiva ocorreram nas Províncias de Gaza (8), Nampula (6), Zambézia (5), Manica (3), Sofala (3), Tete (2), Niassa, Cabo Delgado e Inhambane com 1 caso respectivamente (FONTE: BES).

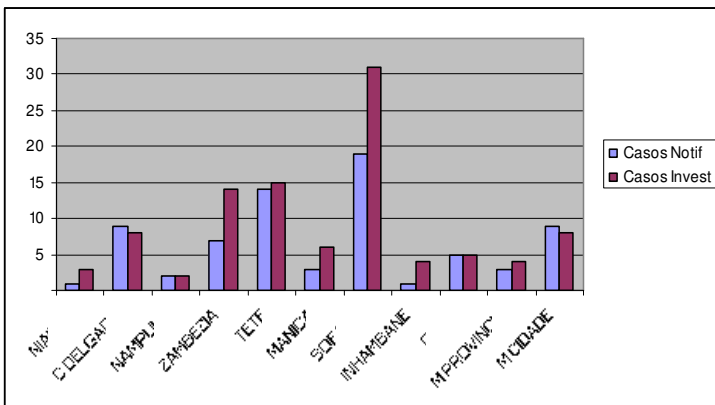
6. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ELIMINAÇÃO

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 período em análise foram notificados 73 casos através do BES, contra 78 no mesmo período do ano 2006. Entretanto em 2007, foram investigados 100 casos de PFA através da ficha de investigação de caso. **Estes números espelham uma subnotificação de 27 casos no BES.** Por exemplo, a Província de Sofala investigou 31 casos com o envio de amostras para o laboratório, porém notificou apenas 19 casos no BES.

Gráfico Nº 5 - Casos notificados/ investigados de PFA, Jan. -Setembro 2007



Fonte: BES

Das 100 amostras de fezes enviadas ao laboratório, 80 foram colhidas dentro do período de 14 dias após o início da paralisia. A taxa de detecção foi de 1,4% 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 Maputo Cidade, Sofala e Tete, as restantes não cumpriram com as metas de notificação recomendadas pela OMS (Tabela 2).

Tabela 2: Monitoria de PFA, Janeiro -Setembro de 2007

	Casos esperados de PFA	N de casos de PFA	Taxa de PFA não-pólio*	Casos de PFA com 2 amostras de fezes aos 14 dias*	
				(n)	%
Cabo Delgado	8	8	1,3	4	50%
Gaza	6	5	1,1	3	60%
Inhambane	7	4	0,8	3	75%
Manica	6	6	1,3	5	83%
Maputo Província	5	4	1,1	2	50%
Maputo Cidade	5	8	2,1	4	50%
Nampula	17	2	0,2	2	100%
Niassa	5	3	0,8	3	100%
Sofala	8	31	5,2	28	90%
Tete	7	15	2,9	15	100%
Zambezia	18	14	1,0	11	79%
Moçambique	92	100	1,4	80	80%

*Indica o critério global de certificação

*Taxa de PFA não-pólio é 2/100.000 crianças dos 0-14 anos

SARAMPO

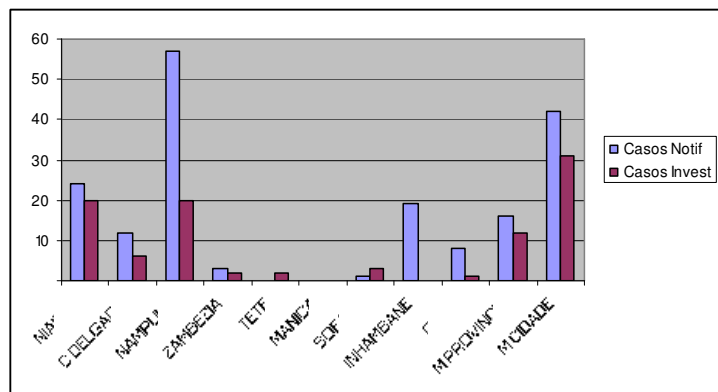
Os dados recolhidos através do BES incluem todos os casos clínicos suspeitos diagnosticados nas consultas e nos internamentos em todos os níveis de atenção. Como norma todos os casos suspeitos devem ser investigados e confirmados laboratorialmente. Durante os 9 meses de 2007 foram notificados no BES 182 casos suspeitos de sarampo com 1 óbito, contra 115 casos sem óbitos no mesmo período do ano anterior.

Comparando o mesmo período do ano anterior registou-se um aumento de cerca de 58,2%, devido à alterações na definição de caso.

Dos 182 casos notificados em 2007, apenas 97 casos (53,3%) foram investigados, o que reflecte o incumprimento das normas de vigilância para esta doença, à semelhança do PFA.

A análise por Província mostrou que na Cidade de Maputo foram notificados 42 casos e investigados 31; Nampula, 57 casos notificados, 20 investigados; Niassa, 24 casos notificados, 20 investigados. Uma das razões associadas ao fraco envio das amostras de soro para confirmação laboratorial do sarampo é a dificuldade de algumas Províncias no transporte dessas amostras em condições viáveis, desde o Distrito até ao laboratório do INS.

Gráfico No 6: Casos notificados e investigados de suspeitas de Sarampo, Janeiro -Setembro de 2007



FONTE: BES

TÉTANO NEONATAL

Foram notificados nos 9 meses de 2007, 14 casos com 6 óbitos (taxa de letalidade de 42,8%), contra 15 casos e 9 óbitos (taxa de letalidade de 60%) no mesmo período de 2006: Nampula (4), Inhambane (3), Sofala (2), Tete (2), Zambézia, C. Delgado e Gaza com 1 caso respectivamente.

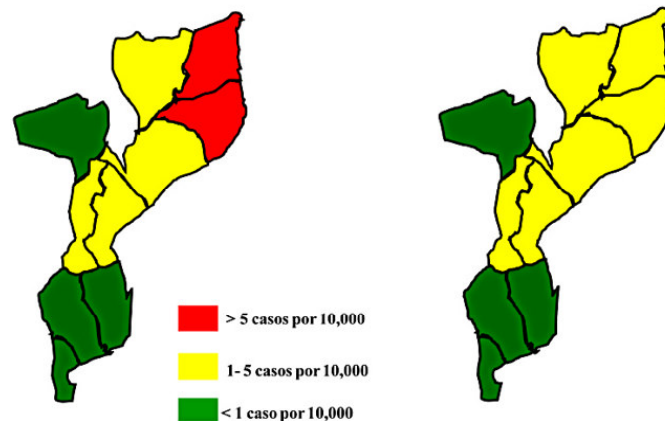
Dos casos notificados apenas 71% (10) foram investigados.

LEPRA

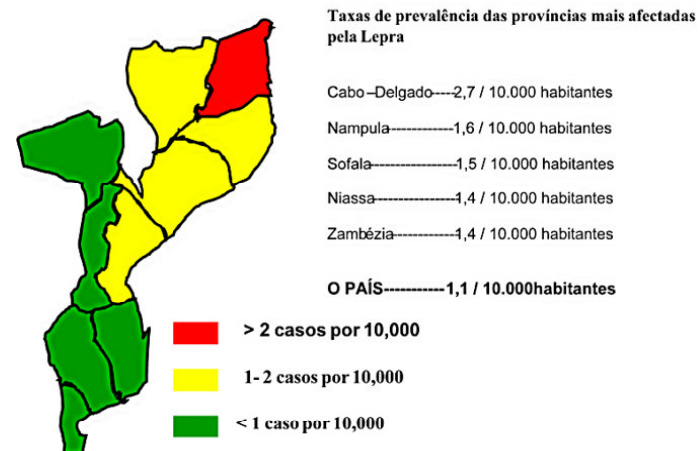
A taxa de prevalência nacional da lepra no 3º trimestre de 2007 foi de 1,1 por 10.000 habitantes. Em relação aos 2 anos anteriores (2005 e 2006) houve uma redução, como ilustra a figura a seguir (FONTE: SIS – LEPRA).

2005: final do terceiro trimestre

2006: final do terceiro trimestre



2007: final do terceiro trimestre



A província que teve uma maior taxa de prevalência foi Cabo Delgado com 2,7/10.000 habitantes, enquanto que Manica teve uma taxa inferior a 1 caso por 10.000 habitantes. A taxa de multibacilares (MB) foi de 83,7%; as deformidades G2 foram 12,7% e a taxa de detecção 3,4 por 100.00 habitantes; a taxa de abandono 0,3% em MB e 0,1% em PB. De forma geral houve melhoria nos indicadores da lepra.

7. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

TRACOMA

Os casos de Tracoma são notificados dos serviços de Oftalmologia dos Postos Sentinela dos Hospitais Centrais e Provinciais. Da informação disponível (ver recepção de BE-PS, página 1), foram notificados 1.062 casos de Tracoma durante os 9 meses do ano em curso, nas Províncias de Sofala (438), Gaza (270), Zambézia (194), Inhambane (72), Maputo Província (55) C. Delgado (15), Nampula (8), Niassa (8) e Manica (2).

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

TUBERCULOSE

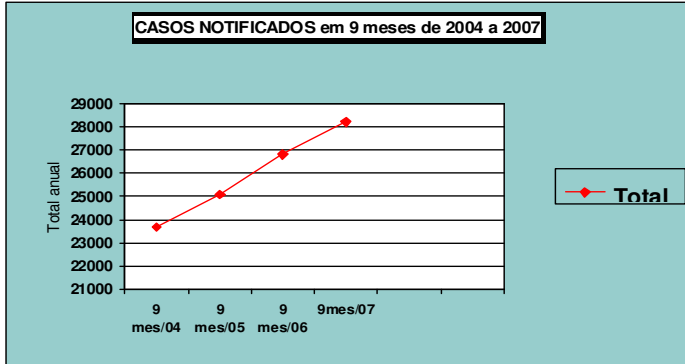
Durante os 9 meses de 2007 foram reportados 28.214 casos de tuberculose (BK+, BK-, TBE e em tratamento) contra 26.807 em 2006.

Houve um aumento de casos em cerca de 5,2%. Em 2007 48% dos doentes com tuberculose eram BK+ contra 51,2% em 2006. A taxa de despiste dos casos BK+ tem vindo a decrescer.

Em 2006 foi de cerca de 36% e em 2007, 34,8%. Estes resultados são atribuídos ao facto de se registar um aumento cada vez crescente de casos de tuberculose BK- e de TB extrapulmonar.

O Gráfico a seguir mostra a tendência dos casos de tuberculose nos primeiros 9 meses no período de 2004 a 2007.

Gráfico N° 7: Casos Tuberculose notificados nos primeiros 9 meses 2004-2007



FONTE: Programa da TB

HIV/SIDA

O **Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)** atendeu 383.301 utentes de Janeiro a Setembro de 2007 contra os 297.623 atendidos no mesmo período de 2006, o que representou um aumento de 28,8% (Tabela 3).

Tabela 3: Utesentes atendidos no ATS de Janeiro a Setembro, 2006/07

	2006	2007	Evolução (%)
Total de utentes	297.623	383.301	28,8
sexo feminino	187.243	242.919	29,7
sexo masculino	110.380	140.382	27,2
HIV-	200.221	260.425	30,1
HIV+	90.074	112.917	25,4

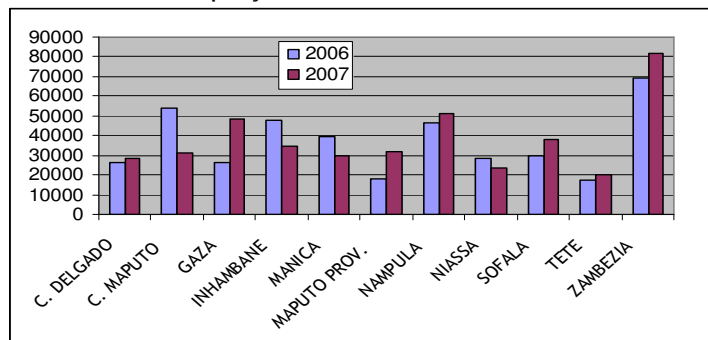
Foram testadas para HIV 376.185 pessoas em 2007, contra 292.528 em 2006, o que representou um aumento de 28,6% em relação a 2006. Das pessoas testadas cerca de 30% foram HIV+.

O **Programa de Terapia Anti - Retroviral (TARV)** inscreveu de Janeiro a Setembro de 2007, 48.313 novos doentes, contra 17.772 em 2006, representando uma evolução de 171,8%. O número de U.S. com serviços de TARV aumentou de 96 em 2007 para 109 em 2007. O número cumulativo de doentes em TARV em Setembro de 2007 era de 78.236, contra 34.184 em igual período de 2006.

ITS

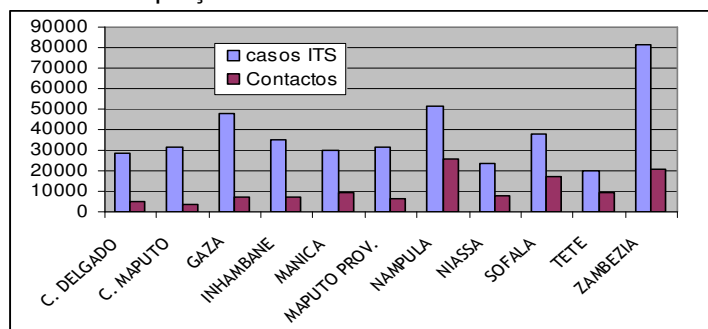
Nos primeiros 9 meses de 2007, foram notificados 418.265 casos de ITS contra 403.007 em 2006, o que representou um aumento de 3,8%. Foram também notificados em 2007, 119.814 contactos contra 104.663 de 2006. Registou-se igualmente um aumento de contactos na ordem de 14,5%.

Gráfico N° 8: ITS - Comparação de casos - Janeiro a Setembro de 2006/07



FONTE: Programa HIV/SIDA/ITS

Gráfico N°9: Comparação de casos ITS/Contactos - Janeiro a Setembro de 2007



FONTE: Programa HIV/SIDA/ITS

Comparando os contactos de 2007 e 2006 observa-se um aumento, entretanto continua a verificar-se um baixo índice de contactos em relação aos pacientes, isto mostra as dificuldades que estes têm em trazer os seus parceiros à U.S.

8. ABORDAGEM TEMÁTICA

A Diabetes mellitus é uma doença metabólica, caracterizada por hiperglicémia crónica, resultante da secreção deficiente de insulina, da sua acção ou de ambas. Está associada a complicações agudas graves (cetoacidose e hipoglicémia), assim como complicações a longo prazo que afectam os olhos, rins, pés, cérebro, coração e sistema vascular.

A Federação Internacional de Diabetes (FID) estima que em todo o mundo, cerca de 194 milhões de indivíduos sofrem de diabetes, cifra que poderá ultrapassar o dobro em 2030. A diabetes é uma das maiores causas de doença e morte prematura em vários países, sendo também responsável pelo aumento do risco para as Doenças Cardio Vasculares (DCV). A DCV é responsável por 50% a 80% das mortes em indivíduos que sofrem de diabetes. Em Moçambique a prevalência da diabetes na população com idade superior a 20 anos de idade foi estimada em 3,1% em 2003, projectando-se um aumento para 3,6% em 2025.

Comemoração do Dia Mundial da Diabetes

O dia Mundial da diabetes é comemorado a 14 de Novembro. Este é um dia de reflexão e consciencialização da população sobre a doença. Para assinalar esta data, este ano, a nível mundial as comemorações enfatizaram a necessidade do envolvimento da sociedade na luta contra esta epidemia silenciosa, principalmente no que diz respeito a Diabetes do Tipo 2, que está a aumentar em especial nos jovens e adolescentes, devido á não adopção de estilos de vida saudáveis. De salientar que a diabetes do tipo 1 também está a aumentar em todo o mundo; uma vez diagnosticado em crianças africanas, no meio rural estas têm apenas 7 meses de vida enquanto que no meio urbano, 3 anos de vida.

Em Moçambique, este dia foi comemorado nas cidades de Maputo, Beira e Quelimane, onde as actividades foram organizadas pela AMODIA em coordenação com o Ministério da Saúde e com apoio de organizações e agências internacionais. Foram realizadas palestras e distribuídos folhetos; rastreio de factores de risco; medição da Glicémia digital; aconselhamento nutricional; avaliação do pé diabético e prática de actividade física.

9. ALERTA

- Envio não atempado do BES:** continuam os atrasos no envio dos BES a todos os níveis, dificultando a análise atempada dos dados. A irregularidade no envio do BE-PS prevalece. Recomenda-se que os responsáveis da Vigilância Epidemiológica dos Hospitais enviem urgentemente a informação em **atraso desde 2006** (Hospital Central de Maputo, Hospitais Provincial de Tete, Hospital Central de Nampula, Hospitais Provincial de Xai-Xai, Hospitais Provincial de Inhambane e Hospitais Provincial de Cabo Delgado).
- Cólera :** Recomenda-se que as províncias preparem e implementem um plano de actividades de prevenção, incluindo a (re)organização numa **equipa técnica multidisciplinar** da DPS para investigação, avaliação e resposta no caso de ocorrência de epidemia ou surto e do **comité multisectorial de coordenação da cólera**, constituído por membros do governo local que terão a responsabilidade de assegurar uma estreita colaboração entre os sectores envolvidos na execução rápida e eficiente das actividades de controle da epidemia.
- Casos suspeitos de Sarampo:** devem ser notificados no BES e investigados. As amostras são colhidas e enviadas ao Laboratório Nacional de Referencia (Laboratório de Imunologia do INS).
- Discrepância de dados:** Continuam a existir grandes diferenças entre o número de casos suspeitos de Sarampo/PFA notificados através da Ficha de Investigação de Caso e os notificados no 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. 3/2007

Publicação do Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Saúde, Departamento de Informação para a Saúde.

Elaboração: Repartição de Vigilância Epidemiológica

Colaboradores: Programa de HIV/SIDA e ITS, Programa da Tuberculose, Lepra e Departamento das Doenças Não Transmissíveis

Endereço: Av Eduardo Mondlane, 1008 – Maputo – Moçambique

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

Portal: www.misau.gov.mz

Contactos: vigilanciaepi@misau.gov.mz - lmendes@misau.gov.mz - Alessandro.campione@gmail.com;