



Boletim Epidemiológico

República de Moçambique
www.misau.gov.mz

Nº 4/2007

Período de Janeiro a Dezembro 2007

Formato electrónico: http://www.misau.gov.mz/pt/epidemias_endemias_vigilancia_epidemiologica

ÍNDICE

1. NOTA DE ABERTURA	1
2. SITUAÇÃO ACTUAL DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA	1
3. EMERGÊNCIAS	3
4. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	3
5. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ELIMINAÇÃO	7
6. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	9
7. ABORDAGEM TEMÁTICA	14
8. DESTAQUE	15

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 (RVE).

O objectivo deste Boletim é o de fornecer retroinformação sobre as doenças com importância em saúde pública, publicando de forma sintética a situação 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.

A edição Nº 4 agrega informação das 52 semanas epidemiológicas de 2007. Espera-se e agradece-se comentários e sugestões que contribuam para a melhoria do mesmo.

2. SITUAÇÃO ACTUAL DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA

O Boletim Epidemiológico Semanal (BES) e o Boletim Epidemiológico dos Postos Sentinela (BE-PS) são subsistemas dos Sistema de Informação para a Saúde (SIS) e notificam Doenças de Notificação Obrigatória (DNO).

No BES são notificados semanalmente casos e óbitos (**internamentos e consultas**) de Sarampo, Tétano, Paralisia Flácida Aguda (PFA), Cólera, Meningite, Malária, Raiva, Peste, Diarreia e Disenteria registados em todas as Unidades Sanitárias do País. Para além das doenças do BES, o BE-PS notifica mensalmente patologias que requerem meios de diagnóstico mais diferenciados e pessoal mais qualificado. As DNO infecciosas para os Postos Sentinela (Hospitais Centrais e Provinciais) são: Difteria, Hepatite infecciosa, Meningites, Tuberculose extra Pulmonar, Tracoma, Febre Tifóide.

Deste modo, é fundamental que as DNO, mesmo quando registadas em outras fichas (BE-PS, D03, D04) sejam sempre notificadas no BES.

No último trimestre de 2007, o DIS/RVE procedeu à actualização da lista de casos e óbitos das DNO a notificar através do BES.

Paralelamente foram elaboradas duas propostas (uma em formato A4 e outra em formato A3) da Ficha de Contagem de Novos Casos de Doenças de Notificação Obrigatória (Mod SIS CO2) e actualizada a ficha do BES (Mod SIS CO3), cujo pré-teste está planificado para o segundo trimestre de 2008 em 12 unidades sanitárias das províncias de Zambézia, Manica e Maputo Província. Foram elaboradas as normas de definição de caso em colaboração com as Direcções Nacionais de Assistência Médica, de Promoção de Controle de Doenças e das unidades Sanitarias.

Controle de chegada do BES

A recepção dos BES das Províncias na RVE apresentou uma ligeira melhoria, em comparação aos anos anteriores; neste período foram recebidos 570 (99,6%) dos 572 BES esperados. O elevado número de BES recebidos em atraso, continua sendo o maior problema, destacando-se as Províncias Nampula e Zambézia. Estes atrasos afectam a análise semanal da informação.

Controle de chegada do BE-PS

A recepção dos BE – PS, também tem sido caracterizada pela frequente chegada tardia. Neste período de 2007 foram recebidos 101 relatórios (84,2%) dos 120 esperados. As Províncias de Niassa, Nampula, Zambézia, Tete, Inhambane, Gaza, Maputo Cidade e foram as únicas que enviaram os 12 relatórios esperados.

Tabela 1: BE-PS esperados, recebidos e em falta em 2007

Província	Esperados	<u>Nº BE-PS</u>	
		Recebidos	Em falta
Niassa	12	12	0
Cabo Delgado	12	7	5
Nampula	12	12	0
Zambezia	12	12	0
Tete	12	12	0
Manica	12	11	1
Sofala	12	10	2
Inhambane	12	12	0
Gaza	12	12	0
Maputo Cidade	12	12	0

FONTE: BE-PS

Hospital Central de Maputo (HCM)

O nº de serviços no HCM que enviam dados para a elaboração do BES aumentou de 5 para 15 (mais de 100%); os BES são enviados à Direcção de Saúde da Cidade de Maputo (DSCM) e posteriormente ao MISAU.

Hospital Militar de Maputo (HMM) e Unidades Sanitárias Privadas da Cidade de Maputo

Embora tenha decorrido um encontro de sensibilização orientado pela DSCM com a participação do MISAU/ INS, esta instituição apenas recebeu 03 BES do HMM em 2007.

A Rede Sanitária Privada reconhecida pela DSCM é constituída por 6 Clínicas, 37 Consultórios Médicos, 31 Centros de Saúde e 26 Postos de Saúde, destas, apenas 4 (2 Centros de Saúde, 1 Clínica e 1 Posto de Saúde) é que enviam os BES as Áreas de Saúde onde estão inseridas. O Misau e as DPS's irão continuar a envidar esforços para que a informação do sector privado seja incluída no BES em todas as províncias .

3. EMERGÊNCIAS

Do balanço de 12 meses, há a registar epidemias de cólera nas províncias de C. Delgado, Zambézia, Manica, Tete, Sofala, Gaza, Província e Maputo Cidade. Os primeiros casos notificados foram entre as semanas epidemiológicas 9 a 21 em C. Delgado (1.226 casos e 6 óbitos; em Niassa entre as semanas 9 e 22 (132 casos e 3 óbitos); em Sofala, distrito de Chemba, entre as semanas 26 a 32 (96 casos e 2 óbitos).

Tendo sido declarada a epidemia a 8 de Outubro (semana 41), afectando as Províncias de Maputo, Zambézia, C. Delgado, Manica, Gaza, Sofala, Tete e Cidade de Maputo. Durante o ano de 2007 (Calendário epidemiológico) foram registados 2.554 casos e 20 óbitos (taxa de letalidade de 0,9%) em todo o País.

Desde o início desta epidemia até ao dia 19 de Fevereiro de 2008 foram notificados 4.325 casos de cólera e 48 óbitos (taxa de letalidade de 1,1%). Na província da Zambézia, a Cidade de Quelimane regista casos desde 12 de Fevereiro de 2008 tendo um cumulativo de 94 casos e 1 óbito até o dia 18 de Fevereiro. O distrito de Morrumbala não regista casos há mais de dois meses.

As amostras das zaragoas foram positivas para o *Vibrio cholerae*, serotipo Ogawa.

4. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

Tabela 2: Resumo das DNO notificadas no BES, Janeiro - Dezembro, 2006-2007*

Doenças	Casos		Óbitos		Casos evolução (%)	Taxa Letalidade (%)	
	2006	2007	2006	2007		2006	2007
Sarampo	184	267	0	1	45.1	0.00	0.37
T. neonatal	19	17	11	6	-10.5	57.89	35.29
Diarreia	711,140	726,408	582	438	2.1	0.08	0.06
Raiva **	17	53	17	53	211.8	100.00	100.00
Disenteria	168,864	184,289	23	10	9.1	0.01	0.01
Peste	0	0	0	0	0.0	0.00	0.00
PFA	106	97	0	0	-8.5	0.00	0.00
Cólera	5,431	2,554	22	20	-53.0	0.41	0.78
Meningite	1,470	972	422	194	-33.9	28.71	19.96
Malária	6,337,763	5,950,208	5,048	3,929	-6.1	0.08	0.07

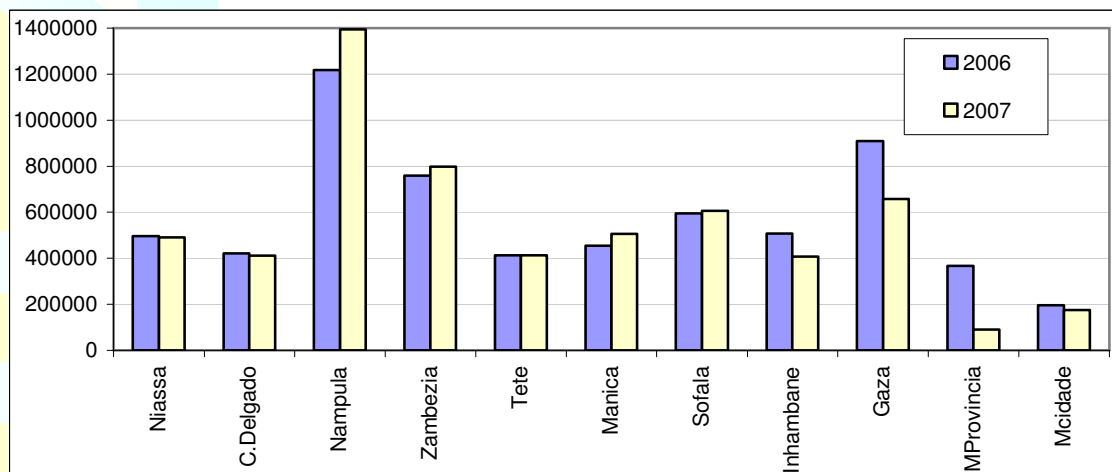
Fonte: BES/ MISAU

* em falta as semanas 4 (Nampula) e 46 Zambézia; ** mordedura animal 5.147 (2006), 5.832 (2007)

MALÁRIA

Os casos notificados no BES referem-se 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. Em 2007 registaram-se 5.950.208 casos e 3.929 óbitos contra 6.337.763 casos e 5.048 óbitos do mesmo período de 2006. Comparando os dois anos, houve uma redução de casos em 6,1% e óbitos em 22,1%, com uma diminuição da taxa de letalidade de 0,08% para 0,07%. As Províncias de Nampula, Gaza e Zambézia contribuíram com uma proporção 23%, 11% e 13% 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 N.º 1: Comparação de casos de Malária, 12 meses 2006/07



FONTE: BES

A análise comparativa dos dados notificados através do BES e das fichas D04 e D03 (casos/óbitos internados nas Unidades Sanitárias de I e II nível de atenção) mostra grandes diferenças. Por exemplo, no país foi notificado um cumulativo 5.875 óbitos nos internamentos de nível I e II (através das fichas D03 e D04), contra 3.929 no BES.

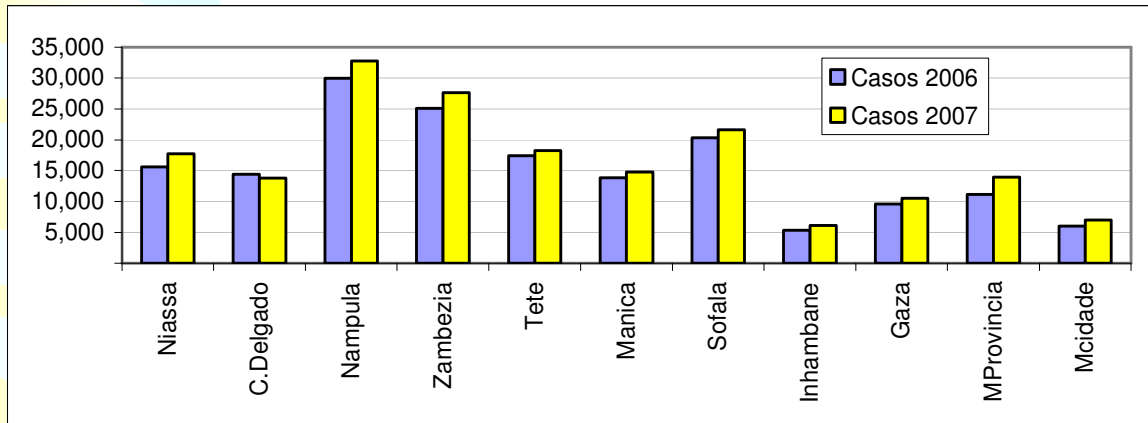
A nível das províncias, a situação é mais crítica em Nampula; nas fichas D03/4 (internamentos) foram notificados 1.394.225 casos e 1.528 óbitos contra 41.996 casos e 1.027 óbitos do BES (internamento e consultas). Estes dados mostram uma subnotificação de casos (1.352.299) e de óbitos (501) no BES, constatação inaceitável uma vez que o BES soma casos e óbitos de internamentos e consultas de todos os níveis de atenção, ou seja, deve notificar um número superior ou igual aos das fichas D03/4.

DISENTERIA

Os casos notificados referem-se à diarreia sanguinolenta de etiologia indeterminada. Em 2007 foram notificados 184.289 casos e 10 óbitos, contra 168.864 casos e 23 óbitos de Disenteria em 2006. Houve um aumento de 9,1% no n.º de casos e uma redução de 56,5%, nos óbitos. 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 N° 2: Comparação de casos de Disenteria –12 meses 2006/07

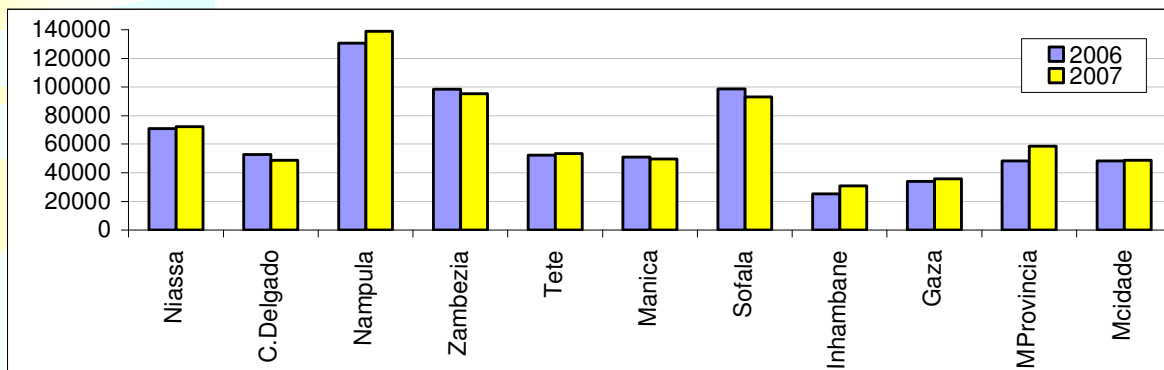


FONTE: BES

DIARREIA

Em 2007 foram notificados no BES 726.408 casos com 438 óbitos contra 711.140 casos com 582 óbitos em 2006.

Gráfico N° 3: Comparação de casos de Diarreia –12 meses 2006/2007



FONTE: BES

Igualmente, a diarreia apresentou diferenças nos dados recolhidos no BES e no D03/4. No país foram notificados 360 óbitos a mais no D03/4 do que no BES. As províncias de Nampula, Zambézia e Sofala mostram as maiores diferenças entre estes dois instrumentos.

CÓLERA

Em 2007 foram notificados 2.554 casos e 20 óbitos, (taxa de letalidade = 0,8%) contra

5.431 casos e 22 óbitos (taxa de letalidade = 0,4%) no mesmo período de 2006, representando uma redução em cerca de 52% dos casos. Este ano as regiões afectadas em foram os distritos de Lago (Niassa) com 148 casos e 2 óbitos; Pemba, Mecúfi, Pemba Metuge, Cidade de Pemba e Mocímboa da Praia (C. Delgado) com 1354 casos e 6 óbitos; e, de Chemba, Beira, Maríngue, Dondo e Nhamatanda (Sofala) com 212 casos e 0 óbitos, Guru, Barue, Cidade de Chimoio, Vanduzi e Gondola (Manica), com 11 casos e 0 óbitos, Morrumbala

(Zambézia), com 21 casos e 2 óbitos, Chokwé, Xai-Xai Cidade, Xai-Xai Distrito, Guijá e Bilene (Gaza), com 4 casos e 1 óbito; Matola, Manhiça e Xinavane (Maputo Província), com 7 casos e 1 óbito; e Maputo Cidade, com 797 casos e 8 óbitos. Em 2006 as províncias afectadas foram as de Sofala, Zambézia, Manica e Nampula.

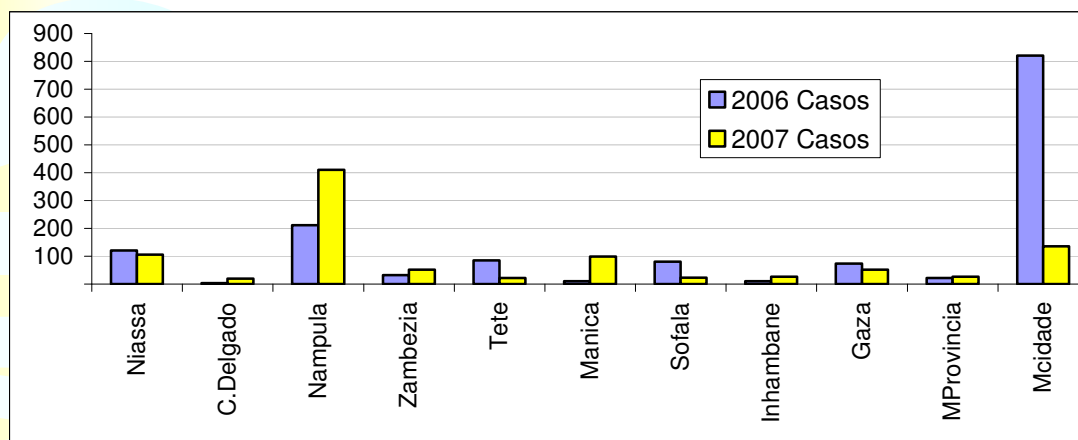
Na epidemia do último trimestre houve uma sobre notificação de 75 casos no BES (1.084) comparativamente aos da via rápida (1.009); em relação aos óbitos foi o inverso (13 na via rápida e 12 no BES). O DIS, através de um mecanismo de retroinformação e controlo de qualidade está a corrigir o erro a partir da fonte.

Semana Epi	BES		via rapida	
	casos	obitos	casos	obitos
41 do 2007	3	1	9	2
42 do 2007			8	1
43 do 2007			8	
44 do 2007	21	2	6	
45 do 2007	21		18	
46 do 2007	74		86	
47 do 2007	194		162	2
48 do 2007	150	2	111	1
49 do 2007	114		115	
50 do 2007	173		161	2
51 do 2007	186	3	179	3
52 do 2007	148	4	146	2
	1,084	12	1,009	13

MENINGITE

Os casos notificados no BES são relativos a todos os níveis de atenção e incluem casos de meningite meningocócica, Meningites por outras etiologias Meningites clínicas sem confirmação laboratorial. Em 2007 foram notificados 972 casos e 194 óbitos (taxa de letalidade=19,9%) contra 1.470 casos e 422 óbitos (taxa de letalidade=28,7%) em 2006.

Gráfico N°4: Comparação casos de Meningite - 12 meses, 2006/7



FONTE: BES

PESTE

Desde 2004 que não se registam casos de Peste no país.

RAIVA

Em 2007 foram notificados 5.832 casos de mordedura animal e 53 casos de raiva, contra 5.147 casos de mordedura animal e 17 casos de raiva do ano 2006, o que representa um aumento de cerca de 211% dos casos de Raiva. Em 2007, os casos de raiva registaram-se nas Províncias de Gaza (9), Nampula (8), Zambézia (16), Manica (2), Sofala (5), Tete (3), Maputo Cidade (2), Inhambane (6), Niassa e Cabo Delgado com 1 caso respectivamente.

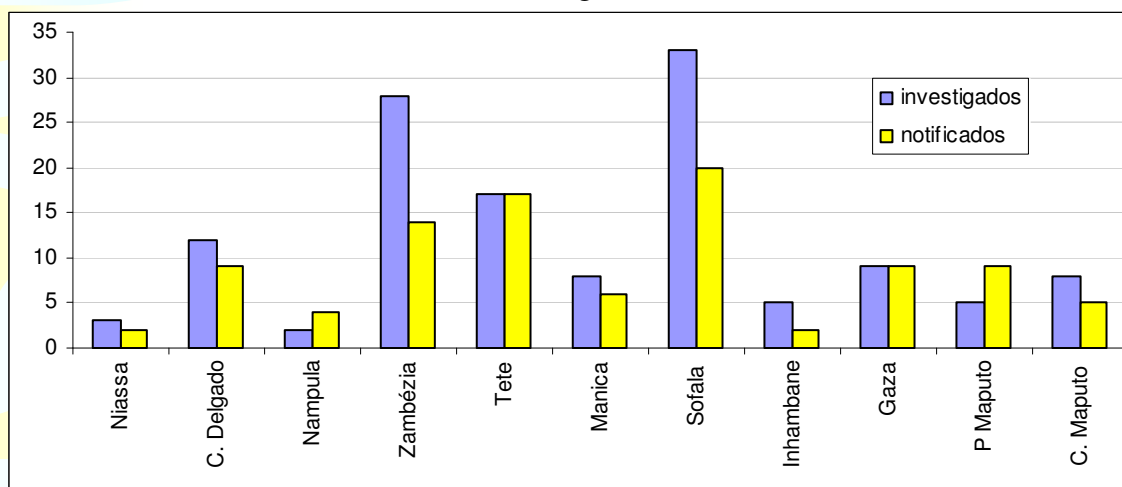
5. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ELIMINAÇÃO

PFA/POLIO

Desde 1997, no âmbito da erradicação da Poliomielite, que todos os casos de PFA, em crianças menores de 15 anos são notificados através do BES; estes devem ser também investigados através da Ficha de Investigação de Casos e confirmados laboratorialmente. Em 2007 o BES notificou 97 casos e foram investigados 130, contra 106 notificados e 141 investigados em 2006.

A relação entre casos notificados e investigados mostrou uma subnotificação de 33 casos de PFA no BES. Nas províncias da Zambézia (14 casos) e Sofala (13 casos) esta diferença foi mais elevada; em Gaza e Tete, o nº de casos notificados e investigados foi idêntico; nas Províncias de Maputo e Nampula os casos notificados no BES foram superiores ao investigado.

Gráfico N°5: Casos notificados/ investigados de PFA, Janeiro-Dezembro 2007



FONTE: BES, Fichas investigação de casos

Das 130 amostras de fezes enviadas ao laboratório, 106 foram colhidas dentro do período de 14 dias após o início da paralisia (Tabela 2). A taxa de detecção foi de 1,4% e a percentagem de amostra de fezes de boa qualidade foi de 82%. Todos os casos investigados e confirmados pelo Laboratório de Referência foram negativos ao vírus da poliomielite (selvagem e vacinal).

Tabela N°3: Monitoria de PFA, Janeiro – Dezembro de 2007

Província	Casos esperados (n)		Casos investigados (n)		Taxa anual de PFA não-pólio (%)		% casos PFA com 2 amostras de fezes aos 14 dias*	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Niassa	5	5	6	3	1,2	0,6	50	100
Cabo Delgado	7	8	16	12	2,3	1,5	81	58
Nampula	17	17	8	2	0,5	0,1	100	100
Zambézia	17	18	13	28	0,8	1,6	100	86
Tete	7	7	18	17	2,6	2,4	100	94
Manica	6	6	13	8	2,2	1,3	77	87
Sofala	7	8	28	33	4	4,1	86	88
Inhambane	6	7	10	5	1,7	0,7	90	80
Gaza	6	6	10	9	1,7	1,5	100	78
P. Maputo	5	5	11	5	2,2	1,0	92	60
C. Maputo	6	5	8	8	1,3	1,6	87	50
Total	89	92	141	130	1,6	1,4	89	82

FONTE: BES, Fichas investigação de caso

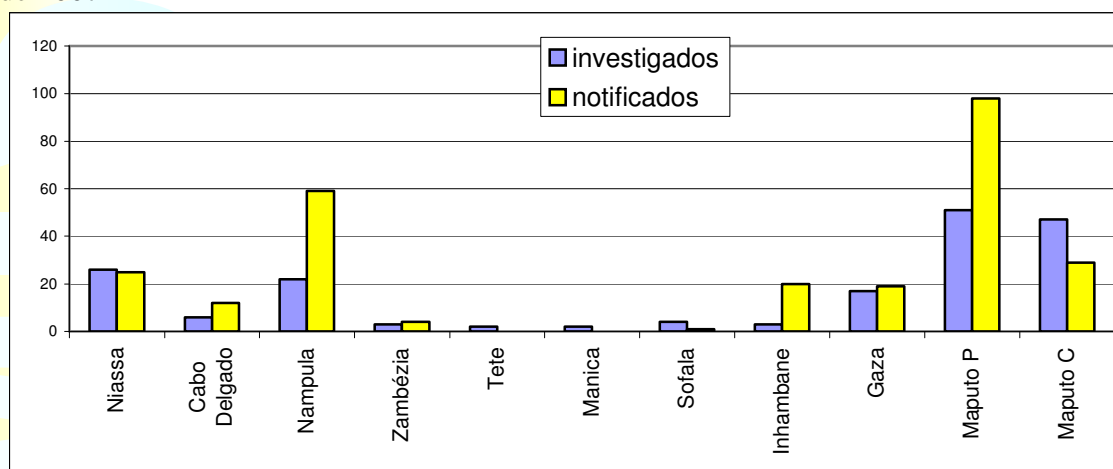
Com exceção das províncias de Sofala e Tete, as restantes não cumpriram com as metas de notificação recomendadas pela OMS (Tabela 2).

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. Em 2007 foram notificados no BES, 267 casos suspeitos de Sarampo com 1 óbito (Gaza), contra 184 casos e 0 óbitos no mesmo período do ano anterior. Estes dados espelham uma evolução de 45,1% do número casos, devido à alteração na definição de caso.

Dos casos notificados em 2007, apenas 183 (72%) foram investigados, tendo apenas 1 sido positivo para IgM do Sarampo e 75 foram positivos para IgM da Rubéola.

Gráfico N°6: Casos de Sarampo suspeitos notificados e investigados, Janeiro –Dezembro de 2007



FONTE: BES/Fichas de investigação de caso

A análise por Província mostrou um substancial incumprimento das normas de vigilância para esta doença, à semelhança do PFA; dos 98 casos notificados pela Cidade de Maputo só 47 foram investigados, enquanto que Inhambane notificou 22 e investigou apenas 1. Esta discrepância espelha o nível de incumprimento das normas em vigor no País.

Para o sarampo foram notificados em 2007, 44 óbitos no D03/4 contra 1 no BES. As províncias de Nampula, Tete e Maputo apresentaram diferenças relativas ao número de casos, enquanto que Niassa, Zambézia, Tete e Gaza notificaram os restantes óbitos.

TÉTANO NEONATAL

Em 2007 foram notificados 17 casos com 6 óbitos (taxa de letalidade de 35,3%), contra 19 casos e 11 óbitos (taxa de letalidade de 57,9%) no mesmo período de 2006. A província de Nampula (4) notificou o maior número de casos, enquanto que o menor foi notificado em Manica, C. Delgado e Gaza (1 caso respectivamente). Dos casos notificados apenas 71% (10) foram investigados.

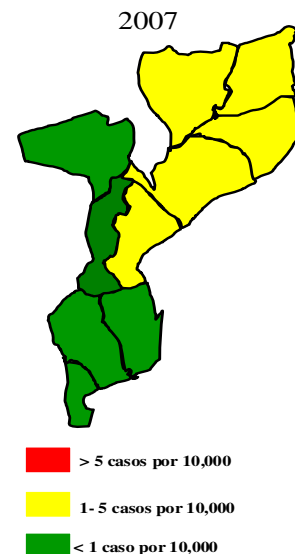
6. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

LEPRA

Em 2007, taxa média de prevalência nacional foi de 0,9 contra 1,6/10.000 habitantes em 2006. No 4º trimestre de 2007, foram notificados 1.830 casos contra 3.273 do mesmo período do 2006. A taxa de Multi bacilares (MB) foi de 84,1% (2007) e 82,0% (2006); a proporção de deformidade G2 foi de 6,6 % (2007) e 9,5% (2006) enquanto que a de crianças 0-14 foi de 9,6 %. A taxa de detecção foi de 2,4 (2007) e 3,1 (2006) por 100.000 habitantes enquanto que a de abandonos foi 0,7 % em MB e de 0,0 % em Pauci Bacilares.

Nota-se uma tendência de redução do número total dos casos no País, bem como e uma redução da percentagem de abandonos. A percentagem de crianças no 4º trimestre do 2007 de 9,6% significa a existência de infecção recente.

Embora a O.M.S considere aceitável uma percentagem inferior a 10%, esforços devem ser feitos para tratar todos os casos multi-bacilares que ainda existem nas comunidades. O dia 31 de Dezembro de 2008 foi definido, como a data limite para se atingir a nível nacional a meta de “menos de 1 caso de lepra por cada 10.000 moçambicanos”.

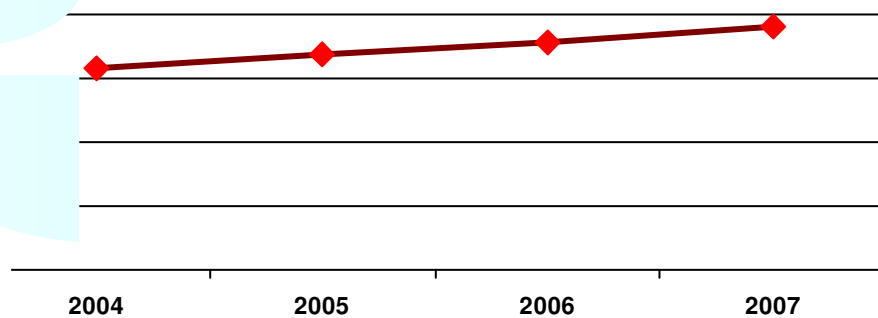


TUBERCULOSE (TB)

Em 2007 a taxa de prevalência de TB foi de 597 casos/100.000, a incidência de todas as formas de TB de 447, a incidência de casos novos com baciloscopia positiva de 185. A taxa de mortalidade foi de 124/100.000.

Verificou-se um aumento na detecção de casos de Tuberculose, de 31.672 novos casos em 2006 para 38.044 em 2007, apesar de este incremento não ter contribuído substancialmente para o aumento da taxa de despiste de casos de TB com baciloscopia positiva, enfoque do programa. Para além da melhoria do sistema de registo e notificação, este aumento de casos pode ser também atribuído a expansão do DOTS em algumas províncias.

Gráfico N°7: Evolução dos casos notificados de 2004 a 2007



FONTE: Programa da TB

Apesar da redução do nº de casos de TB com BK+, comparando-se a notificação de 2006/2007 observou-se um aumento de 6.7%, devido do aumento dos casos de TB BK-. Na sua origem poderá estar o aumento do nº casos de TB BK- pacientes HIV+. Os dados epidemiológicos de 2007 mostram uma seroprevalência do HIV de 50% em pacientes com TB.

Tabela N°4: Comparação ente os casos de Tuberculose notificados em 2006-2007

Tipo de TB	2006	2007
BK+	18275	18214
BK-	10618	13064
TBE	4929	5020
RETRA	1810	1746
TOTAL	35632	38044

FONTE: Programa da TB

HIV/SIDA

Em 2007, os resultados da Ronda Vigilância Epidemiológica foram actualizados. As estimativas das taxas ponderadas de prevalência do HIV em adultos dos 15-49 anos são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 5: Estimativas das taxas ponderadas de prevalência do HIV em adultos (15-49 anos).

PROVÍNCIA	Taxa de prevalência ajustada (LP)*		Região	Taxa de prevalência (LP)	
Maputo Cidade	23%	(18%-29%)	Sul	21%	(16%-23%)
Maputo Província	26%	(18%-34%)			
Gaza	27%	(18%-35%)			
Inhambane	12%	(7%-16%)			
Zambézia	19%	(12%-29%)	Centro	18%	(17%-21%)
Sofala	23%	(17%-33%)			
Manica	16%	(10%-23%)			
Tete	13%	(11%-21%)			
Niassa	8%	(4%-14%)	Norte	9%	(7%-10%)
Nampula	8%	(6%-12%)			
Cabo Delgado	10%	(6%-14%)			
Nacional				16%	(14%-17%)

FONTE: DNAM – Fevereiro 2008; *LP = Limites de Plausibilidade

Terapia Anti-retroviral (TARV)

Em 2007, o nº cumulativo de doentes em TARV subiu de 44.100 em 2006 para 88.211 em Dezembro de 2007, dos quais 62% são de sexo feminino e 7% <15 anos.

Durante o ano 2007 entraram em TARV 58.820 novos pacientes; 1.908 reiniciaram TARV; 3.737 foram transferidos; 8.157 foram registados como “saídas” (suspensos: 8%, transferidos para: 30%, abandonos: 39%, óbitos: 24%).

Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)

Dos 561 serviços de ATS existentes (clássicos, satélites, SAAJ's, clínicos - PTV/SMI e PNCTL) no País, apenas 412 (73,4%) notificam a informação ao MISAU. A Tabela 6 apresenta a evolução de utentes atendidos e testados neste serviço entre 2003 a 2007.

Tabela Nº6: Utesntes atendidos nos serviços de ATS, 2003 - 2007

Utentes	2003	2004	2005	2006	2007
Total de atendidos	110.385	187.681	222.442	401.303	519.638
Femininos	62.086	----- (*)	152.197	252671	327.299
Masculinos	48.299	----- (*)	70.245	148632	184.075
Total de testados	108.792	184.365	217.481	394.373	511.374
HIV+	27.741	49.294	61.278	121274	143.184
% HIV+	25.5	26.7	28.2	30.8	28.0

FONTE: Programa HIV/SIDA/ITS; (*) sem informação

Em 2007 foram testadas para o HIV, 511.374 pessoas, contra 394.373 em 2006, representando um aumento de 22,9%; das pessoas testadas 28% foram HIV+, pelo que o número de positividade diminuiu cerca de 3%.

Cuidados Domiciliários (CD)

O nº de doentes beneficiando de CD aumentou 54,3%, passando de 48.000 para 88.303, enquanto que o aumento no nº de US's providenciando estes serviço foi de 78%.

Tabela 7: US e doentes atendidos nos CD – 2004-2007

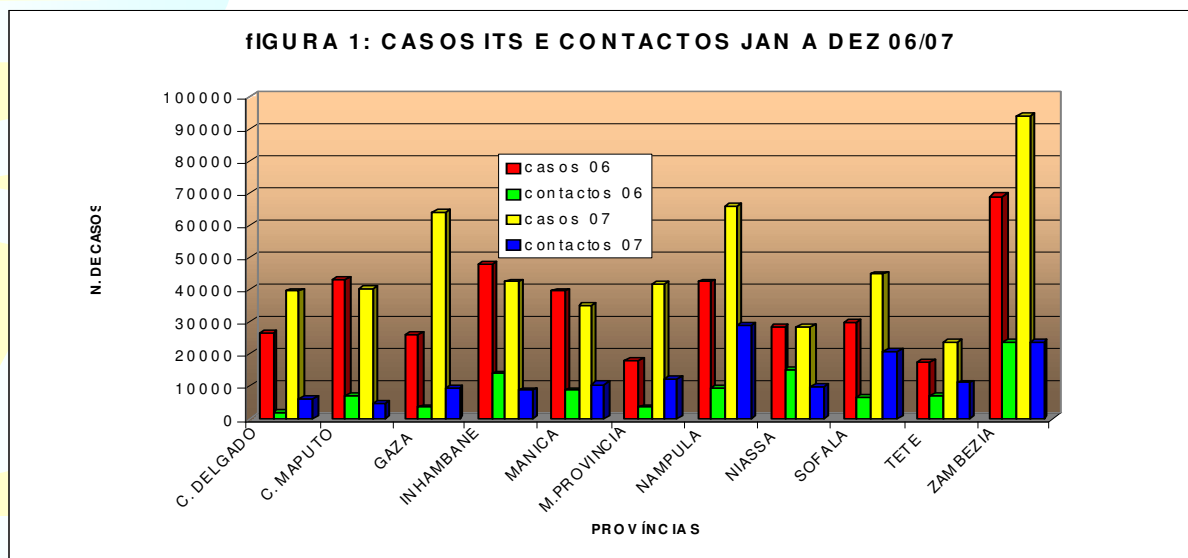
Cuidados Domiciliários	US envolvidas em CD				Doentes Atendidos			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Meta (PEN)	60	120	200	250	11.355	27.582	67.371	107.238
Total atingido	79	100	156	200	17.790	29.640	48.000	88.303

FONTE: Programa HIV/SIDA/ITS

Infecções de Transmissão Sexual (ITS)

Em 2007, foram notificados 519.222 casos de ITS contra 388.195 em 2006, representando um aumento de 25,2%. Entre os casos notificados em 2007, cerca de 29% foram contactos, contra 26,2% em 2006. Este aumento pode ser resultados da melhoria do sistema de notificação das ITS a nível nacional. O sexo feminino (59,2%), o grupo etário 20 anos e mais (78,8%) foram os mais afectados.

Gráfico N°8: Casos e contactos de ITS - Janeiro a Dezembro de 2006/07



FONTE: Programa HIV/SIDA/ITS

Em termos de frequência de síndromas notificados, não se registaram diferenças consideráveis entre 2006 e 2007.

Tabela N°8: Casos de ITS notificados por síndromas (2006-2007)

SÍNDROMES	2006		2007	
	N.º casos	%	N.º casos	%
ÚLCERA GENITAL	123.017	36.1	185.264	35.7
LEUCORREIA	136.346	40.0	211.034	40.6
CORRIMENTO URETRAL	81.423	23.9	122.984	23.7

FONTE: Programa HIV/SIDA/ITS

TRAUMA

Em 2007 o serviço de urgências do HCM admitiu 142.486 pacientes dos quais 41.798 (29%) sofreram traumatismos, contra 14.1436 atendidos em 2006, sendo os indivíduos do sexo masculino os mais afectados (Tabela 8).

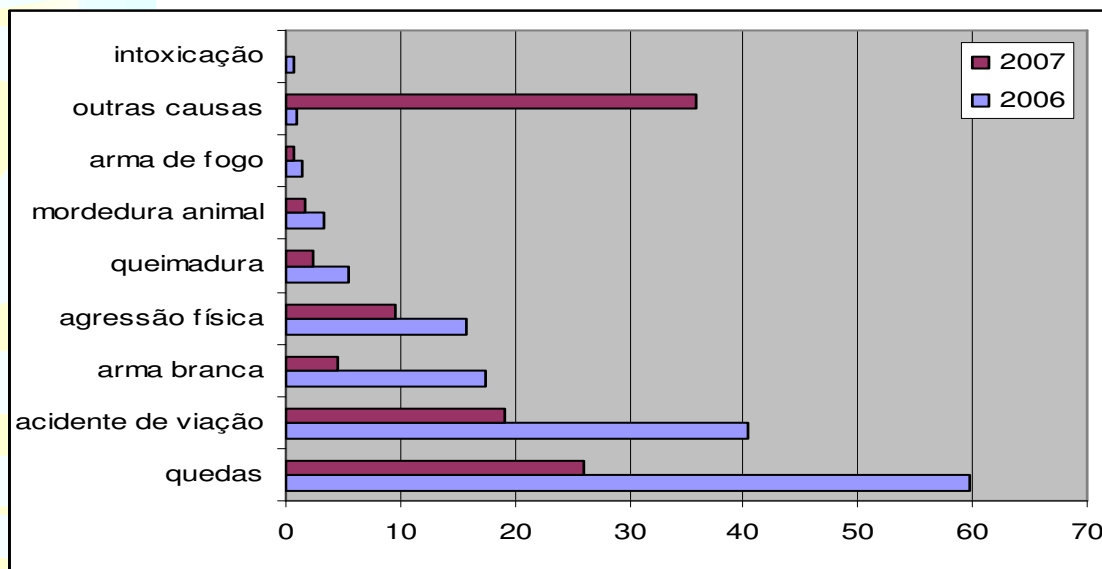
Tabela 9: Distribuição por sexo dos pacientes com traumas, atendidos no serviço de urgências do HCM, 2006 e 2007.

SEXO	2006		2007	
Masculino	36.948	58%	25.727	62%
Feminino	27.233	42%	16.071	38%
Total trauma	64.181	100%	41.798	100%

FONTE: Departamento Doenças Não Transmissíveis

Em 2007, as 3 causas mais frequentes de trauma foram “outras causas”, “quedas” e acidentes de viação”, enquanto que em 2006 foram “quedas”, “acidentes de viação”, “agressão por arma branca” (Gráfico 9).

Figura 9: Causas mais frequentes de Trauma atendidos no HCM, 2006-2007



FONTE: Departamento Doenças Não Transmissíveis

De ressaltar que os dados de trauma de 2007, incluem as vítimas das explosões de Paiol, daí que se observa uma percentagem elevada na categoria de casos cuja causa não é especificada (outras causas), uma vez que o Livro de Registo apenas engloba as variáveis nucleares. Sobre a idade, as faixas etárias mais afectadas foram 15-24 e 25-34 anos; os picos ocorreram na faixa etária 15-24 (9.671 casos) em 2007, e, na dos 25-34 (15.876 casos) em 2006.

7. ABORDAGEM TEMÁTICA

GRIPE AVIÁRIA

A Gripe Aviária (GA) causada pelo vírus influenza H5N1 é altamente patogénica e está a causar vários surtos a nível mundial, constituindo uma grave ameaça de saúde pública. Segundo OMS, entre 2003 e Novembro de 2007 tinham-se registado 355 casos e 206 óbitos (T. Letalidade= 61%). Em África, o primeiro caso foi notificado na Nigéria em Fevereiro de 2006, alastrando-se para o Egipto, Niger, Camarões, Burkina Fasso, Sudão, Costa do Marfim e Djibuti, alcançando o Togo e o Ghana em 2007. A ameaça de uma futura expansão é real devido ao movimento legal ou ilegal de aves ou produtos derivados.

Em Moçambique, não há evidência da presença de estirpes H5N1 nas aves ou nos seres humanos, **mas como país é umas das rotas migratórias de aves provenientes da Europa e Ásia, foram identificadas áreas de maior risco** (Figura 1).

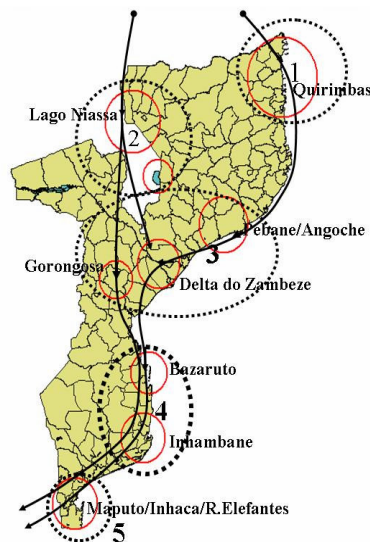


Figura N°1: Áreas de maior risco da Gripe Aviária em Moçambique

Como preparação para a mitigação dos efeitos negativos desse surto, foi desenvolvido um plano plurianual de preparação e resposta a esta pandemia, onde a vigilância epidemiológica nas áreas de saúde humana e animal, deve jogar um papel preponderante.

As actividades inerentes à vigilância em saúde humana incluem a revisão de guias técnicos considerando o novo regulamento internacional, incorporando doenças com

carácter internacional de transmissão como a influenza aviária; treino de pessoal sobre definição de casos da doença; introdução de formulários para notificação baseado no caso; treino sobre os Procedimentos Operacionais Estandarizados de GA; e a detecção de casos a partir da vigilância activa usando uma definição de caso padronizada.

8. DESTAQUE

Campanha Nacional de Saneamento do Meio e Promoção de Higiene

Os hábitos de higiene e o saneamento do meio constituem importantes determinantes de saúde das comunidades. O saneamento do meio deficiente, a disponibilidade escassa de água, a gestão irregular do lixo, a exiguidade de latrinas, a venda de alimentos de forma desordenada, desprotegida e fora do prazo de validade e a fraca higiene individual são algumas das causas que levam ao aparecimento de um elevado número de casos de doenças como diarreias, cólera, parasitoses, malária e doenças da pele.

Estas doenças podem ser prevenidas através da mudança dos comportamentos básicos, em relação ao saneamento do meio e higiene individual, como:

- (i) construção e uso correcto da latrina/sanitário;
- (ii) lavar as mãos com água limpa e sabão ou cinza antes de preparar alimentos e refeições, depois de usar a latrina ou sanitário, depois de trocar a fralda do bebé, depois das refeições, antes e depois de dar de comer ao bebé ou à criança;
- (iii) filtrar, ferver ou clorar a água para o consumo humano;
- (iv) conservar a água em recipientes limpos e tapados;
- (v) tomar banho com sabão pelo menos uma vez por dia;
- (vi) confeccionar, cozinhar, conservar e comercializar adequadamente os alimentos;
- (vii) depositar o lixo em locais apropriados (contentores, aterros sanitários entre outros);
- (viii) não tomar banho, brincar ou deitar lixo nas valas de drenagem e/ou charcos de água estagnada;
- (ix) combater a vectores como moscas, mosquitos, baratas, ratos, entre outros.

O desenho e implementação de uma estratégia de saneamento do meio e promoção de higiene que tenha como pilares as medidas acima mencionadas irá contribuir em grande medida para a melhoria do estado de saúde da população. Por isso que o Governo decidiu lançar a presente Campanha como estratégia conducente a acelerar os níveis de acesso ao saneamento. Os **objectivos gerais** Campanha são:

1. Contribuir para a mudança do comportamento dos cidadãos relativo aos hábitos de higiene;
2. Melhorar as condições de higiene individual, da habitação e dos alimentos, das condições de saneamento do meio, sobretudo no que respeita à deposição em condições higiénicas de dejectos humanos, resíduos sólidos, lixos hospitalares e águas residuais.

Esta campanha inicia a 1 de Março e terminará a 31 de Dezembro de 2008, nas cidades, municípios e vilas. Os locais alvo são as escolas, centros internatos, mercados, hospitais, esquadras, quartéis e jardim públicos; sem no entanto negligenciar as zonas rurais.

Todos os grupos e organizações sociais, sector público e privado, ONGs, associações baseadas na comunidade, líderes políticos, religiosos, estudantes e toda sociedade no geral) são chamados a participar, como forma de assegurar a mobilização das suas comunidades.

Título: Boletim Epidemiológico No. 4/2007
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