



Boletim Epidemiológico

República de Moçambique

www.misau.gov.mz

Nº 2/2008

Período de Janeiro a Junho 2008

 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	2
4.	VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	2
5.	VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ ELIMINAÇÃO	5
6.	VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	7
7.	RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO	10

1. NOTA DE ABERTURA

O Boletim Epidemiológico apresenta informação sobre a situação epidemiológica do país. Este é um meio de informação periódica 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, resultados de trabalhos de investigação em saúde pública e outras informações de interesse Nacional e da Região.

A edição Nº2/2008 agrega informação das semanas epidemiológicas 1 a 26. 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 (internamentos e consultas) e óbitos 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.

Controle de chegada do BES

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 continua sendo o número de BES recebidos com atraso, que afectam a análise semanal da informação. No 1º Semestre do corrente ano foram recebidos 227 (92.3%) dos 246 BES esperados. As Províncias de Niassa, Nampula e Zambézia têm BES em atraso.

Controle de chegada do BE-PS

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 2008 foram recebidos 50% dos relatórios, mas com grandes atrasos.

3. EMERGÊNCIAS

Em curso a epidemia de Cólera no País. No primeiro semestre de 2008 foram notificados pela Via rápida, 6.832 casos e 76 óbitos (T. Letalidade=1.1%); a província de Tete foi a mais afectada, notificando 1.181 casos e 39 óbitos.

Paralelamente, existe o registo diário dos cumulativos dos casos de cólera, que para o mesmo período apresentava 6.648 casos e 48 óbitos notificados, (T. Letalidade=0.7%).

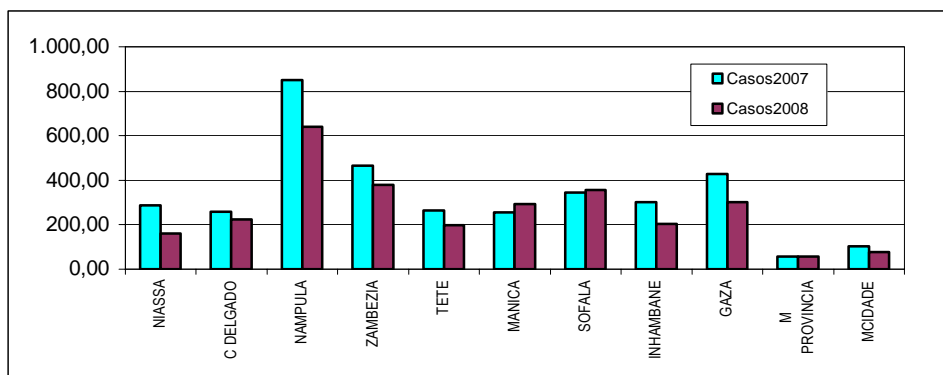
Existem discrepâncias entre os casos e óbitos notificados através destes dois mecanismos (184 casos e 37 óbitos), a mais no total dos cumulativos diários, devido à não inclusão no BES de casos notificados pela via rápida.

4. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

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 o 1º Semestre 2008 foram registados 2.895.930 casos de Malária e 1.837 óbitos contra 3.614.780 casos e 2.492 óbitos no mesmo período de 2007. Houve uma redução nos casos em 19.9%, e conseqüente uma ligeira diminuição das taxas de letalidade de 0,07 para 0,06. As Províncias de Nampula, Zambézia e Sofala destacam-se por terem contribuído com uma maior proporção de casos de malária (22,1%, 13.1% e 12,3%) respectivamente. A Província e a Cidade de Maputo, têm vindo 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 1: Comparação de casos de Malária, 1º Semestre 2007/08

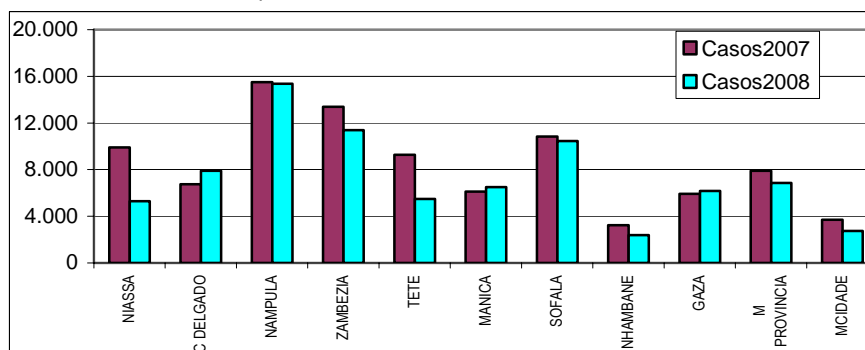


FONTE: BES

DISENTERIA

Os casos notificados referem-se à diarreia sanguinolenta de etiologia indeterminada. Durante o 1º semestre de 2008, foram notificados 80.587 casos de disenteria e 4 óbitos, contra 92.513 casos e 8 óbitos em 2007. Houve uma redução no número de casos em cerca de 12.9%. As províncias com mais casos notificados foram: Nampula (15.362), Zambézia (11.377) e Sofala (10.440). Maputo Cidade (2.751) e Inhambane (2.400), registaram menos casos. A disenteria com interesse para a vigilância é a causada pela *Shigella dysenteriae*. Não se registaram surtos no período em análise.

Gráfico 2: Comparação de casos de Disenteria, 1º Semestre 2007/08

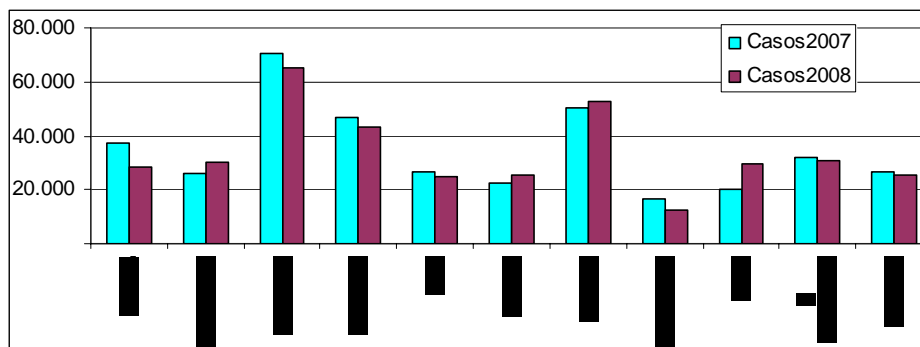


FONTE: BES

DIARREIA

No 1º semestre de 2008 foram notificados no BES 368.326 casos com 209 óbitos contra 375.476 casos com 276 óbitos em 2007. Houve uma redução no *número de casos em 1.9%*. O número de casos nos menores de 4 anos representou 52.2%, enquanto que a faixa etária de ≥ 15 anos foi 34,1%. A taxa de letalidade foi de 0,06% em todas as faixas etárias.

Gráfico 3: Comparação de casos de Diarreia, 1º Semestre 2007/2008



FONTE: BES

CÓLERA

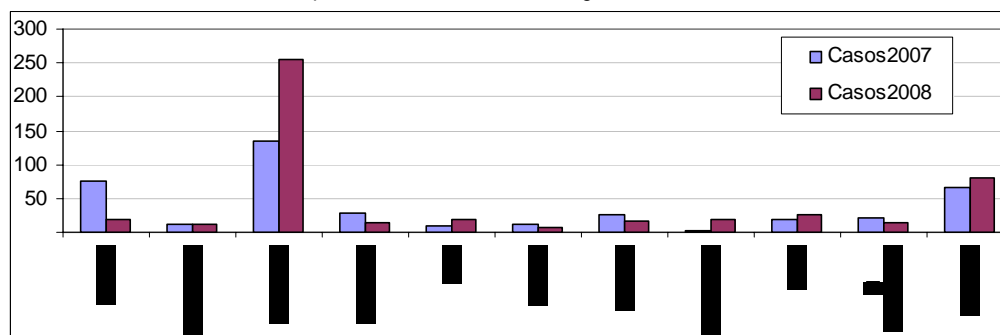
Foram notificados no 1º semestre de 2008, 5.539 casos de Cólera e 50 óbitos (taxa de letalidade 0.9%) contra 1.327 casos e 7 óbitos (taxa de letalidade de 0,5%) no mesmo período de 2007. Comparando os casos notificados através do BES e pela comunicação diária verificou-se que existem grandes diferenças, devido à não agregação no BES dos dados notificados diariamente pela Via rápida (6.832 casos e 76 óbitos).

No primeiro semestre de 2008, os casos de Cólera ocorreram nas Províncias de C. Delgado (Pemba Metuge e C. Pemba), Niassa (Cuamba), Nampula (C. Nampula e Memba), Zambézia (C. Quelimane e Morrumbala), Tete (C. Tete, Angónia, Mutarara, Moatize, Changara, Chiúta e Chifunde), Sofala (Beira, Maringue, Gorongosa, Dondo e Nhamatanda), Manica (Guro, Barue, Cidade de Chimioio, Vanduzi, Gondola e Tambara), Gaza (Chokwé, Cidade de Xai-Xai, Guijá, Distrito de Xai-Xai e Bilene), Maputo Província (Distritos da Manhiça e Matola) e Cidade.

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 meningite de outras etiologias. Durante o 1º semestre de 2008 foram notificados através do BES, 479 casos e 79 óbitos (taxa de letalidade=16.5%) contra os 405 casos e 84 óbitos (taxa de letalidade=20.7%) notificados 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).

Gráfico 4: Comparação de casos de Meningite - 1º Semestre 2007/2008



FONTE: BES

PESTE

Durante o 1º semestre de 2008 não foram reportados casos de Peste em Moçambique. Os últimos casos foram notificados em 2004 (FONTE: BES)

RAIVA

Foram notificados 3.212 casos de mordedura animal e 26 casos de Raiva contra 2.492 casos de mordedura animal e 20 casos de Raiva do ano 2007. Comparativamente ao 1º semestre de 2007 a notificação de casos de Raiva aumentou em cerca de 28.9%. Em 2008 os casos ocorreram nas Províncias da Inhambane (4), Gaza (3), Sofala (5), Nampula (3), Zambézia (2), Tete (1), Manica(1) e M. Cidade (6). (FONTE: BES)

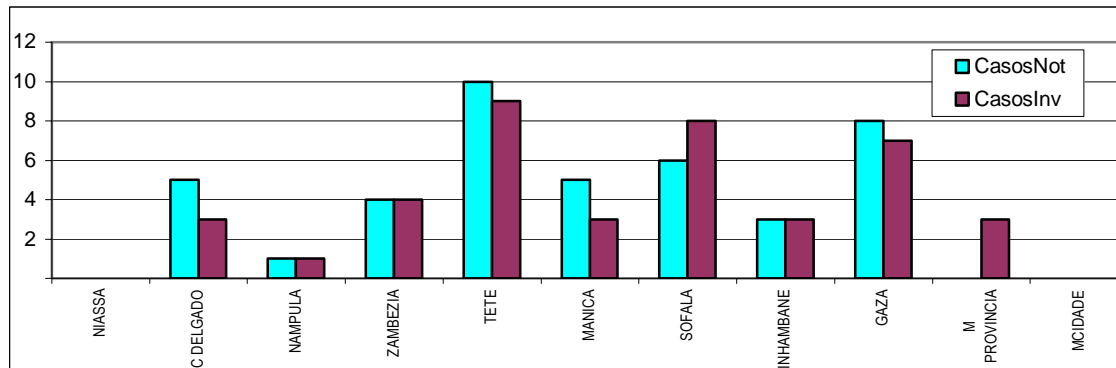
5. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ELIMINAÇÃO

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 primeiro semestre de 2008 foram notificados 42 casos através do BES, contra 71 no mesmo período do ano anterior. Entretanto em 2008, foram investigados 41 casos de PFA através da Ficha de Investigação de Caso, ou seja, todos os casos investigados e notificados através da Ficha de Investigação de Caso são também notificados no BES. Na Tabela 1 são apresentados os indicadores de monitoria da PFA referentes ao primeiro semestre deste ano.

Gráfico 5: Casos notificados e investigados de PFA, 1º Semestre 2008



FONTE: BES/Fichas de Investigação de caso

Tabela 1: Monitoria da Paralisia Flácida Aguda, 1º Semestre 2008

	Casos esperados de PFA	N casos de PFA	Taxa anual PFA não-Pólio	Casos PFA com 2 amostras 14 dias após início da PFA*	
				(n)	%
Cabo delgado	8	3	0,8	2	67%
Gaza	6	8	2,7	6	75%
Inhambane	7	4	1,1	2	50%
Manica	6	4	1,3	3	75%
Maputo Província	5	2	0,8	2	100%
Maputo Cidade	6	1	0,3	1	100%
Nampula	18	2	0,2	2	100%
Niassa	5		0,0		0%
Sofala	8	12	3,0	11	92%
Tete	7	11	3,1	11	100%
Zambezia	18	11	1,2	9	82%
Mozambique	94	58	1,2	49	84%

* indicador de critério de certificação

* taxa de PFA não-Pólio é 2/100 000 crianças dos 0-14 anos

De salientar que é fundamental que todos os profissionais de saúde agentes, técnicos, enfermeiros, médicos se envolvam na detecção e notificação dos casos de PFA 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

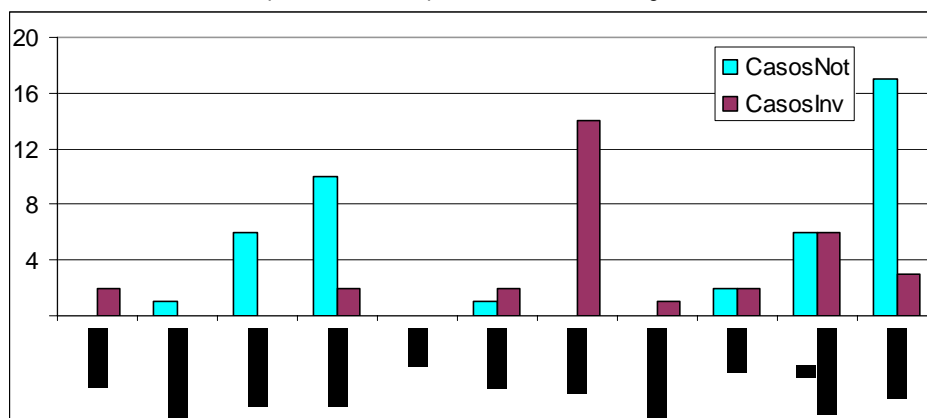
circulação ou não do vírus da pólio no país. Paralelamente deve haver um esforço para aumentar a busca activa dos casos.

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 2008 foram notificados 43 casos suspeitos de Sarampo e 0 óbitos, contra 122 casos e 1 óbito no mesmo período de 2007. À semelhança do verificado em períodos anteriores, nem todos os casos notificados no BES foram investigados e notificados através da *Ficha de Investigação de Caso* e vice-versa.

Gráfico 6: Casos suspeitos de Sarampo notificados e investigados, 1º Semestre 2008



FONTE: BES/Fichas de investigação de caso

As 49 amostras enviadas ao Laboratório foram negativas para IgM do Sarampo; 7 foram positivas para IgM da Rubéola. 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/D04.

Tabela 2: Comparação entre os casos e óbitos de Sarampo notificados no BES vs D03/D04

	2007		2008	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
BES	122	1	43	0
D03	87	13	19	1
D04	92	12	122	19
D03+D04	179	25	141	20
Subnotificação no BES	57	24	98	20

Recomenda-se uma maior atenção dos responsáveis a todos os níveis de atenção para a compatibilização de dados provenientes destas fontes, como forma de melhorar a qualidade dos dados notificados e cumprimento das normas de notificação quer do BES e muito em particular, para o Sarampo.

TÉTANO NEONATAL

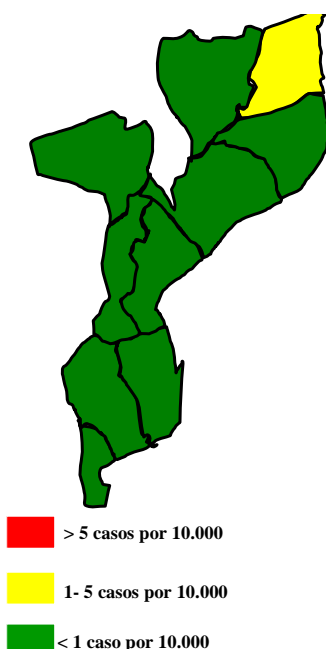
Foram registados no 1º semestre de 2008, 6 casos e 3 óbitos (t. letalidade=50%), contra 9 casos e 3 óbitos (t. letalidade=33.3%) no mesmo período de 2007. Durante o 1º semestre de 2008 não foi investigado nenhum caso.

6. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

LEPRA

No 1º semestre do 2008 a prevalência foi de aproximadamente 0,7 casos por 10.000 habitantes, dos quais 85,9 % eram Multi Bacilares (MB), contra 2,5 casos de igual período de 2007. Os novos casos com deformidades MB foram de 7,2%, sendo de 4,7% no grupo etário 0 a 14 anos. As províncias de Cabo Delgado (1,6/10.000) e Nampula

(1/10.000) apresentaram as prevalências mais elevadas enquanto que nas restantes esta foi inferior a 1/10.000 habitantes. A Figura 1 mostra a situação actual de Lepra no País.



TUBERCULOSE (TB)

Durante o 1º semestre de 2008 (19.258 casos) comparativamente ao 1º semestre de 2007 (18.301 casos). A taxa de despiste de casos novos BK⁺ aumentou de 45,9%, para 48,2%, um crescimento na ordem de 2% que pode ser atribuído as actividades de expansão do DOTS até a comunidade em todo o País. Por outro lado, observou-se o aumento dos casos BK⁺ de 8931 em 2007 para 9285 em 2008; aumento dos casos BK⁻ de 6037 em 2007, para 9285 casos em 2008 e no que concerne a TB extra pulmonar, verifica-se uma ligeira redução de 2437 para 2410. A taxa de cura decresceu ligeiramente de 82,2% para 81,2 % em igual período do ano passado. A taxa de abandono ao tratamento aumentou de 4.5% para 4.7% e a taxa de óbitos foi de 10,1% no 1º semestre de 2007.

No que concerne a integração TB/HIV, verificou-se que a taxa de pacientes testados reduziu de 68% para 65% no período em análise. No entanto, entre os testados 67,8% eram HIV⁺, dos quais apenas 24,2% iniciaram o TARV e 88,3% iniciaram o tratamento preventivo com cotrimoxazol. Até ao fim do 1º semestre de 2008 estavam em tratamento 167 casos de TB Multiresistente (TB-MDR), dos quais 41% e 28% na Cidade e Província de Maputo, respectivamente; 13% em Gaza e os restantes distribuídos pelas restantes províncias.

ITS/HIV/SIDA

O Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) apresentou uma evolução negativa de 17.73%; tendo sido identificados como constrangimentos o envio tardio da informação mensal por parte das DPS's e a falta de supervisões às unidades sanitárias para avaliar o processo de recolha e processamento da informação.

Tabela 3: Doentes atendidos no ATS no 1º semestre, 2007-2008

	2007	2008	Evolução semestral (%)
Total de utentes	351737	298766	- 17.73%
sexo feminino	225589	183778	...
sexo masculino	125695	114988	...
HIV+	97737	71189	...

FONTE: Programa ITS/HIV/SIDA/

De Janeiro a Junho 2008, iniciaram o TARV 26746 adultos e 1.625 crianças com menos de 15 anos. O número cumulativo de pacientes que iniciaram TARV desde 2003 era de 137.741 e de pacientes actualmente em TARV de 108.536.

O número de US oferecendo serviços integrados de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) para HIV subiu de 386 em Dezembro de 2007 para 504 de Maio de 2008. Entre Janeiro e Maio de 2008, foram aconselhadas 239.292 (mulheres das quais 179.818 (48%) aceitaram fazer o teste e 2.7291 (7.3%) eram seropositivas.

O número de unidades sanitárias com serviços de Cuidados Domiciliares (CD) continua a subir, não obstante o número de beneficiários está a decrescer.

Tabela 4: Dados de pacientes que se beneficiaram de CD no 1º semestre, 2007-2008

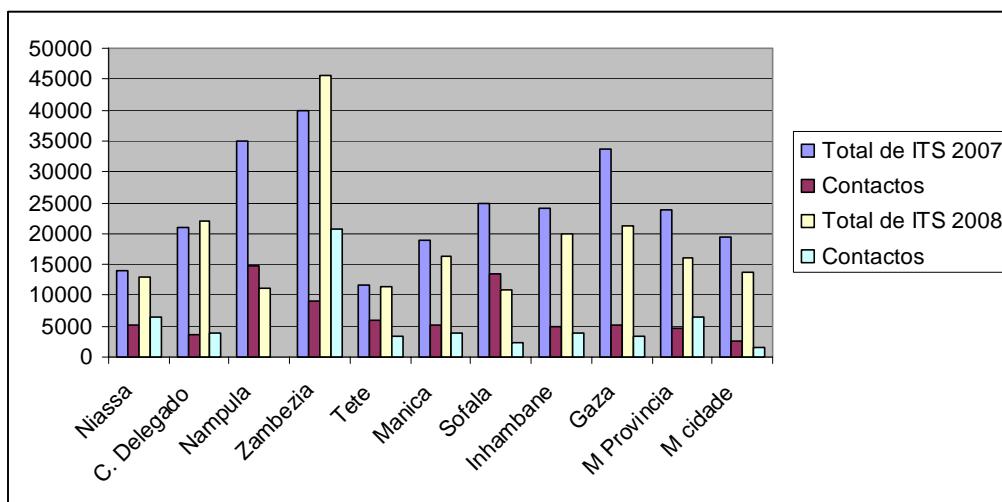
	2007		2008	
	US com CD	Volume de atendimento	US com CD	Volume de atendimento
Meta	225	53.619	250	143.776
Total atingido	170	49.666	200	39.526
PEN (% de comprimento)	76%	93%	80%	28%

FONTE: Programa ITS/HIV/SIDA

ITS

No primeiro semestre de 2008 (dados de Janeiro a Maio apenas) foram notificados 201.305 casos de ITS contra 266.008 em 2007. Entre estes 48,4% eram contactos, contra os 27,97% notificados no mesmo período em 2007. A maioria dos casos (56,9%) foram notificados em indivíduos do sexo feminino, a faixa etária de 20 anos foi a que registou mais casos (78,1%).

Gráfico 10: ITS, 1º semestre 2007 – 2008



FONTE: Programa ITS/HIV/SIDA

A Tabela 5 mostra que as Leucorreias continuam sendo o síndrome mais frequente no País. Em termos de frequência de síndromes notificados, não se registaram diferenças consideráveis entre 2007 e 2008.

Tabela 5: Casos de ITS Notificados por Síndromes (2007-2008)

Síndromes	2007		2008	
	N	%	N	%
Leucorreia	107498	40	79579	39.5
Úlcera genital	96710	36	70918	35.2
Corrimento uretral	61800	23.2	50808	25.2

FONTE: Programa ITS/HIV/SIDA

TRAUMA

A Vigilância Epidemiológica do Trauma e outras doenças foi introduzida no Hospital Central do Maputo (HCM) em 2005, nos Serviços de Urgência, (SUR) como resultado do piloto iniciado em 2000 para obtenção de dados sobre o trauma e testagem de um novo instrumento de recolha de dados nestes serviços.

No primeiro semestre do ano 2008, o SUR admitiu 146.584 pacientes contra 75.472 admitidos no mesmo período do ano 2007. Verificou-se um aumento geral no número de casos, tendo este sido mais acentuado no sexo masculino.

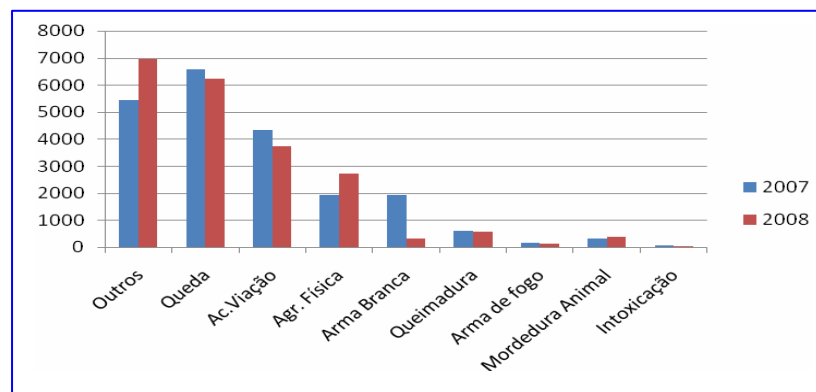
Tabela 6: Distribuição por sexo dos pacientes com trauma atendidos no SUR do HCM, 1º semestre de 2007 e 2008.

Período	Feminino		Masculino		Total
	Nº casos	%	Nº casos	%	
1º semestre 2007	8529	40,05	12766	59,95	21295
1º semestre 2008	32978	45,00	40314	55,00	73292

Fonte: Livro de registos do SUR

As 3 causas (especificadas) mais frequentes foram quedas, acidentes de viação e agressões físicas. O aumento de causas não especificadas, revela a necessidade de melhorar a qualidade de preenchimento dos Livros de Registo. Para tal, o Departamento de Doenças não Transmissíveis está a preparar um curso de Vigilância Epidemiológica do Trauma para os Hospitais Centrais, Provinciais e Gerais do País.

Gráfico 11: Causas de Trauma no HCM, 1º semestre 2007 - 2008



Fonte: Livro de registos do SUR

7. RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA E PREVALÊNCIA DA BILHARZIOSE EM CRIANÇAS NA IDADE ESCOLAR EM MOÇAMBIQUE, 2005-2007

Gerito Augusto¹, Rassul Nalá¹, Verónica Casmo¹, Acácio Sabonete¹, Lourenço Mapaco¹ e Judite Monteiro¹

¹Departamento de Parasitologia Intestinal e Vesical - Instituto Nacional de Saúde – Ministério de Saúde, Av. Eduardo Mondlane N.º. 264 - Moçambique

A Bilharziose é causada por protozoários e helmintos e fazem parte das doenças tropicais negligenciadas em muitos países em desenvolvimento incluindo Moçambique. A primeira pesquisa nacional sobre a distribuição da e Bilharziose foi realizada entre 1952 a 1957 e desde então apenas estudos pontuais, muito limitados foram levados a cabo em algumas províncias como Maputo, Sofala, Gaza e Cabo Delgado em 1994, 1998 e 2005.

O presente trabalho teve como objectivo actualizar a distribuição geográfica e prevalência da Bilharziose no País. Para tal, entre Agosto de 2005 e Junho de 2007, o Laboratório de Parasitologia Intestinal e Vesical do Instituto Nacional de Saúde (MISAU), realizou uma pesquisa epidemiológica nacional, tendo como grupo alvo alunos das escolas do EP1, EP2 e EPC, com idades compreendidas entre 7-22 anos. Foram colhidas amostras de fezes e examinadas usando a técnica de filtração Kato-katz.

Das 83.331 crianças diagnosticadas, 43.324 (51.9%) eram do sexo masculino e 40.007 (48.1%) do sexo feminino com uma proporção em relação ao sexo M:F de 1:0,9. A média das idades foi de 11,36 anos e o número médio de crianças por cada escola foi 65 (amplitude: 21 - 180). Em cada distrito, uma média de 596 crianças por escola (amplitude: 92 - 1,332) foram envolvidos no estudo.

A prevalência geral de Bilharziose urinária e intestinal observada foi de 47.0% (amplitude:3.7%-100.0%) e 1% (0.0-22.0%) respectivamente; em relação aos sexos masculino e sexo feminino, respectivamente e esta diferença não foi estatisticamente significativa ($\chi^2= 0,0$; $p=1,0$). A análise segundo a faixa etária, mostrou uma prevalência 45.3% para crianças >14 anos, 46.4% entre as 10-14 anos e 47.4% para as >10 anos ($\chi^2=0.08$; $p=0.96$).

A média geométrica de ovos foi de 49.8 ovos/10ml (amplitude: 1 ovo-982 ovos/10ml de urina). Entre os infectados, 17,9% tiveram uma prevalência global de infecções pesadas (≥ 50 ovos/10 ml de urina), variando entre 10,6% (Gaza) e 25,7% (Niassa).

Os resultados indicam uma ocorrência difundida de Bilharziose urinária em todo o País, sendo que . As regiões norte e centro do país foram as mais afectadas; a nível de Distritos, as os distritos de Mecula e cidade de Inhambane registaram as prevalências mais elevada (100.0%) e baixa (3.7%) respectivamente, como ilustra a Figura 2.

Figura 2: Distribuição de Bilharziose urinária por distrito em Moçambique, Agosto de 2005 a Junho de 2007.

