



Boletim Epidemiológico

República de Moçambique

www.misau.gov.mz

Nº 3/2008

Período de Janeiro a Setembro 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, Unidade de Epidemiologia .

O objectivo deste Boletim é o de fornecer retro informação sobre as doenças com importância em saúde pública, Durante os 9 meses de 2008 a prevalência foi de aproximadamente 0,6 casos por 10.000 habitantes. Os novos casos com deformidades Multi Bacillares (MB) foram de 12,4%, sendo de 6,5% na população entre 0 a 14 anos (FONTE: SIS – LEPRO). A província de Cabo Delgado (3.6/10.000), e Zambézia (4./10.000) apresentaram as prevalências mais elevadas enquanto que nas restantes foi inferior a 1/10.000. 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 N:3/2008 agrega informação das semanas epidemiológicas 1 a 39. 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 do 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 Boletins Epidemiológicos Semanais (BES)

Durante os 9 meses do corrente ano foram recebidos 427 (99.5%) dos 429 BES esperados. As **Províncias de Niassa (semana 36) e Cabo Delgado (semana 34) têm BES em atraso**. O maior problema continua sendo o número de BES recebidos com atraso, que afectam a análise semanal da informação.

Controle de chegada do Boletins Epidemiológicos dos Postos Sentinela (BE – PS)

Durante os 9 meses do corrente ano foram recebidos 90% dos relatórios, mas com grandes atrasos.

3. EMERGÊNCIAS

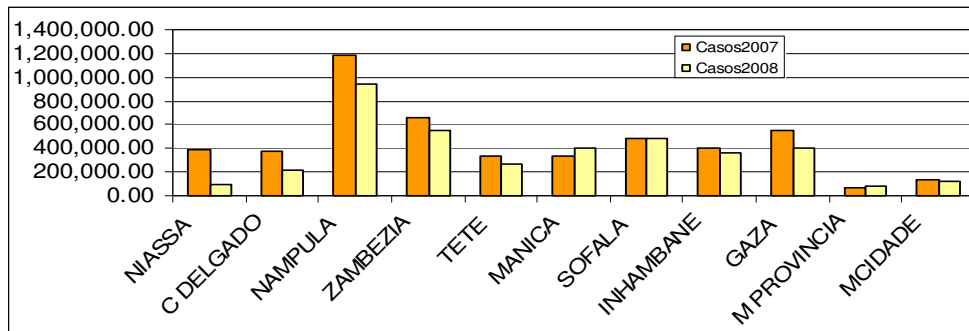
Em curso a epidemia de Cólera no País. Durante os 9 meses de 2008 foram notificados pela Via rápida, **7.236** casos e **77** óbitos (T. Letalidade=1.1%).

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 os 9 meses de 2008 foram registados **3.943.354** casos de Malária e **2.480** óbitos contra **4.901.593** casos e **2.947** óbitos no mesmo período de 2007. Houve uma redução nos casos em **19.5%**, e uma diminuição das taxas de Letalidade **0,06%** em igual período. As Províncias de Nampula, Zambézia, Sofala e Gaza destacam-se por terem contribuído com um maior número de casos de malária (22,7%, 13,3%, 11,6% e 9,6%) 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 Nacional de Pulverização.

Gráfico 1: Comparação de casos de Malária, 9 Meses 2007/08

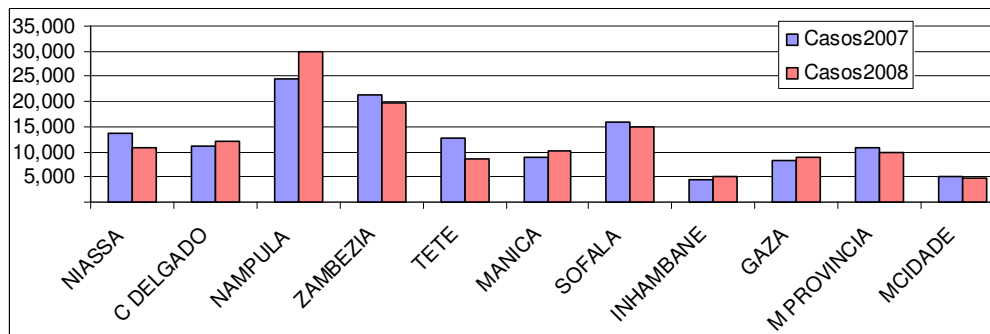


FONTE: BES

DISENTERIA

Os casos notificados referem-se à diarreia sanguinolenta de etiologia indeterminada. Durante os 9 meses de 2008, foram notificados **134.699** casos e **6** óbitos, contra **137.101** casos e **9** óbitos em 2007. Houve uma **redução de cerca de 1.75% no número de casos**. As províncias com mais casos notificados foram as de Nampula (29.784), Zambézia (19.595) e Cabo Delgado (12.177). Maputo Cidade (4.869) e Inhambane (5.142), registaram o menor número de 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, 9 Meses 2007/08

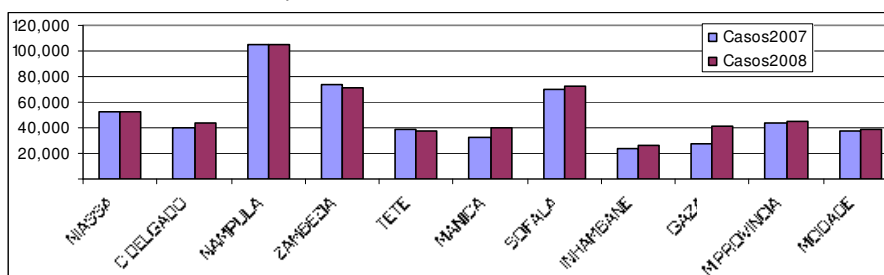


FONTE: BES

DIARREIA

Durante os 9 meses de 2008 foram notificados no BES **574.126** casos e **576** óbitos contra **544.495** casos e **495** óbitos em 2007. Houve um aumento no **número de casos em 5.4%**. A distribuição de casos por grupo etário mostrou que a proporção mais elevada (53.3%) registou-se no grupo de menores de 4 anos, enquanto que no de ≥ 15 anos foi 33,2%. A taxa de letalidade em todos os grupos etários foi de 0,1%.

Gráfico 3: Comparação de casos de Diarreia, 9 Meses 2007/2008



FONTE: BES

CÓLERA

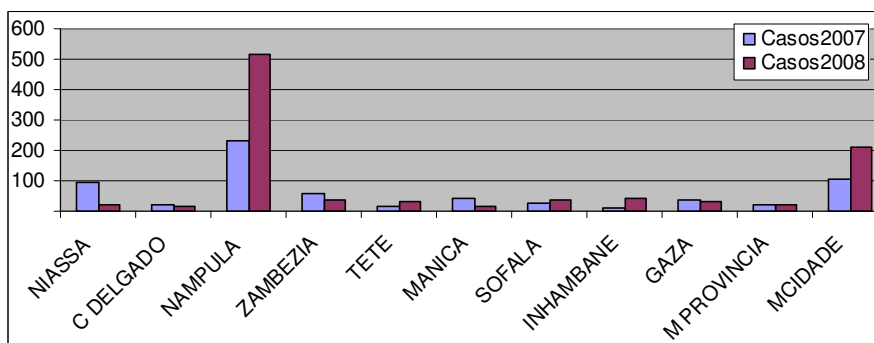
Entre Janeiro e Setembro, foram notificados **6.214** casos de cólera e **62** óbitos (taxa de letalidade 0,9%) contra **1.406** casos e **9** óbitos (taxa de letalidade de 0,6%) no mesmo período de 2007. Com exceção de Inhambane todas as Províncias notificaram casos de Cólera.

Comparando os casos notificados através do BES e pela comunicação diária (Via Rápida), verificou-se que existe **uma diferença de 1.022 casos e 15 óbitos**, devido à falta de notificação no BES dos dados notificados diariamente pela Via rápida (7.236 casos e 77 óbitos). Recomenda-se que as Províncias harmonizem com urgência os dados destas fontes, o que possibilitará uma análise mais precisa da perfil epidemiológico desta doença.

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 os 9 meses de 2008 foram notificados através do BES, **986** casos e **146** óbitos (taxa de letalidade=**14,8%**) contra os **666** casos e **157** óbitos (taxa de letalidade=**23,6%**) 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 - 9 Meses 2007/2008



FONTE: BES

PESTE

Não foram reportados casos de peste em Moçambique. Os últimos casos foram notificados em 2004 (FONTE: BES)

RAIVA

Foram notificados **5.139** casos de mordedura animal e **46** casos de Raiva contra **4.241** casos de mordedura animal e **34** casos de raiva do ano 2007. Comparativamente aos 9 meses do ano passado a notificação de casos de Raiva aumentou em cerca de 21,2%. Em 2008 os casos ocorreram nas Províncias de Niassa (4), Inhambane (7), Gaza (4), Sofala (8), Nampula (7), Zambézia (5), Tete (2), Manica (2) e M. Cidade (7) respectivamente. (FONTE: BES).

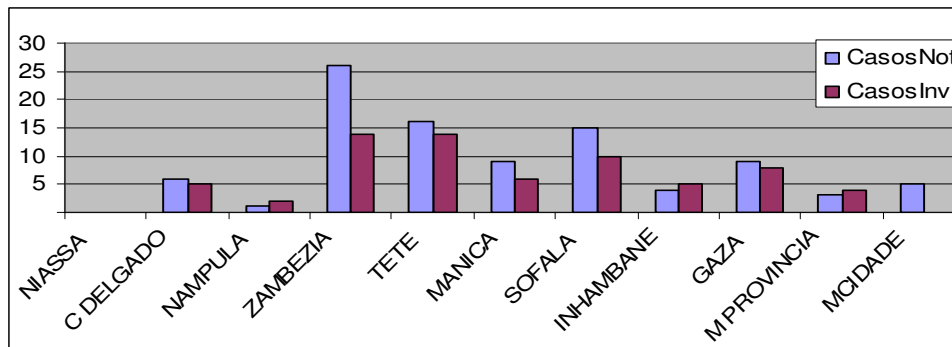
5. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ELIMINAÇÃO

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.

Durante os primeiros 9 meses foram notificados **94** casos e **0** óbitos através do BES, contra **112** casos e **1** óbito no mesmo período do ano anterior. Entretanto no mesmo período foram investigados **85** casos de PFA através da Ficha de Investigação de Caso (90,4%). Entretanto verificou-se também o inverso, ou seja, casos de PFA investigados, mas não notificados no BES (Gráfico 5).

Gráfico 5: Casos notificados e investigados de PFA, 9 Meses 2008



FONTE: BES/Fichas de Investigação de caso

Tabela 1: Monitoria da Paralisia Flácida Aguda, 9 meses 2008

Províncias	Casos esperados de PFA	Nº cumulativo de casos de PFA	Taxa anual PFA não-Pólio	Casos de PFA com 2 amostras 14 dias após início da PFA*	
				(n)	%
Cabo Delgado	8	5	0,8	4	80%
Gaza	6	9	2,0	7	78%
Inhambane	7	6	1,1	3	50%
Manica	6	7	1,6	5	71%
Maputo Província	5	3	0,8	3	100%
Maputo Cidade	6	3	0,7	2	67%
Nampula	18	3	0,2	3	100%
Niassa	5	0	0,0		0%
Sofala	8	15	2,5	14	93%
Tete	7	16	3,0	15	94%
Zambézia	18	18	1,3	15	83%
Moçambique	94	85	1,2	71	84%

* Indicador de critério global de certificação

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

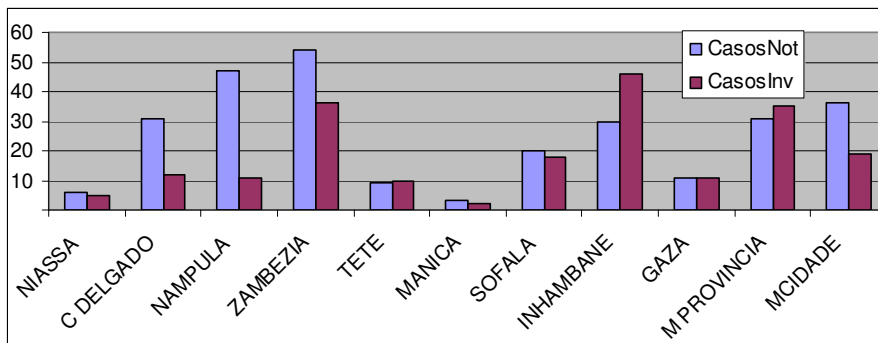
É importante notificar também todos os casos de PFA investigados através da **Ficha de investigação de caso**. É fundamental que todos os profissionais de saúde agentes, técnicos, enfermeiros, médicos se envolvam na detecção e notificação dos casos de PFA em menores de 15 anos ou pessoa de qualquer idade 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 ano de 2008 foram notificados **278** casos suspeitos de Sarampo e **0** óbitos, contra **144** casos **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, 9 Meses 2008



FONTE: BES/Fichas de investigação de caso

Entre os casos suspeitos foram investigadas 228 amostras (82,1%), das quais 5 foram IgM+ para Sarampo (2 da Gaza, 1 da Zambézia, Cabo Delgado e Inhambane) e 77 IgM+ para a Rubéola. Ainda, 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 DO3/DO4.

Recomenda-se um maior cuidado 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

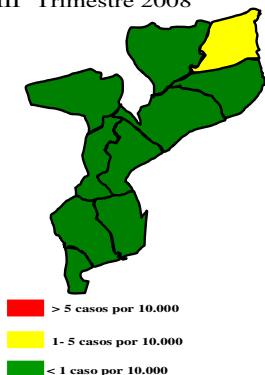
Foram registados **11** casos e **4** óbitos (T. Letalidade= 36.3%), contra **15** casos e **6** óbitos (T. Letalidade=40%) no mesmo período de 2007. (FONTE: BES)

6. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

LEPRA

Durante os 9 meses de 2008 a prevalência foi de aproximadamente 0,6 casos por 10.000 habitantes. Os novos casos com deformidades Multi Bacillares (MB) foram de 12,4%, sendo de 6,5% na população entre 0 a 14 anos (FONTE: SIS – LEPRA). A província de Cabo Delgado (3.6/10.000), e Zambézia (4./10.000) apresentaram as prevalências mais elevadas enquanto que nas restantes foi inferior a 1/10.000.

IIIº Trimestre 2008



TUBERCULOSE (TB)

No período em análise houve um aumento da **deteção de casos de Tuberculose**, de 18.301 casos no 1º semestre de 2007 para 19.258 no 1º semestre de 2008, perfazendo um aumento da taxa nacional de despiste de casos novos BK+ de 45.9% para 48.6%. As regiões Centro e Norte que em 2007 apresentavam taxas de despiste muito baixas, particularmente as províncias da Zambézia, Tete, Niassa e Cabo Delgado, conseguiram aumentar em média em 4%. Ainda assim, a região Norte do País carece de atenção, especialmente a província de Nampula, na qual a taxa de despiste tem crescido muito ligeiramente.

A taxa de **cura** reduziu ligeiramente para 81.2% no primeiro semestre de 2007 contra 82.2 % em igual período de 2006, mas encontra-se próxima da meta da OMS de 85%.

A taxa de **abandono** subiu para 4.7% em 2007 contra 4.5% do igual período de 2006, o que pode ser atribuído a fraca busca aos doentes faltosos; falta de informação sobre os pacientes falecidos na comunidade, as longas distâncias que os pacientes devem percorrer para fazer o DOT na unidade sanitária e ainda ao factor migração. De notar que as províncias de Gaza e Nampula são as que registam as taxas de abandonos mais elevadas do País.

A **taxa de óbitos** manteve-se estacionária em 10.1% em 2007 contra 10.3% do mesmo período de 2006, tendo as províncias de Maputo e Gaza apresentado as taxas mais elevadas do País.

No que concerne à integração **TB/HIV**, foi dada prioridade ao rastreio da TB a todos os pacientes inscritos HIV positivos, a melhoria do sistema de referência de doentes TB/HIV para o TARV, e ainda foi traduzido o manual para o diagnóstico da TB em doentes com HIV+/BK-. Ainda no âmbito da integração **TB/HIV**, verifica-se que a a percentagem de testados foi de 68% contra 65% do mesmo período em 2007. Dos testados, 67.8% são HIV+, dos quais 24.2% iniciaram o TARV e 88.3% iniciaram o tratamento preventivo com cotrimoxazol.

ITS/HIV/SIDA

O **Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)** apresentou uma evolução negativa de 18,7%, particularmente devido à redefinição de algumas estratégias da componente e

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

	2007	2008	Evolução trimestral (%)
Total de utentes	376.829	447.410	-18,7%
sexo feminino	240.473	268.533	...
sexo masculino	136.356	178.877	...
HIV+	104.747	920.82	...

Fonte: Programa ITS/HIV/SIDA

Durante o 3º trimestre de 2008, 109.668 adultos e 8.373 crianças com menos de 15 anos de idade estavam sujeitos ao **Tratamento Antiretroviral (TARV)**. O número cumulativo de pacientes que iniciaram este tratamento desde 2003 foi de 151.544 e de pacientes actualmente em TARV foi de 118.041.

Tabela 6: Grau de cumprimento de TARV, 3º Semestre 2008

Indicador*	Meta	Realizado	Grau de cumprimento
Nº cumulativo de doentes em TARV (Julho 2008)	113.918	112.256	99%
Nº cumulativo de doentes em TARV (Agosto 2008)	117.590	115.392	98%
Nº cumulativo de doentes em TARV (Setembro 2008)	121.263	118.041	97%

* Estes números são relativas ao nº de doentes que iniciaram o TARV menos os óbitos e abandono.

ITS

Foram notificados durante o terceiro trimestre de 2008 cerca de **111.298** casos de ITS contra **120.917** em 2007. Dentre os casos notificados em 2008, cerca de 46% foram contactos, o que significa um aumento significativo comparando com os 30.5% dos contactos notificados no mesmo período em 2007. O sexo feminino continua a ser o

mais prevalente com 59.2% dos casos e o masculino representa 40.8%. A faixa etária de 20 anos é a que maior número de casos reportou, representando cerca de 76.8%.

Em termos de sintomas mais prevalentes, a tabela 5 indica que a leucorreia continua a ser a mais frequente, seguida de úlcera e corrimento uretral. Em termos de frequência de síndromas notificados, não se registaram diferenças consideráveis entre 2007 e 2008.

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

Casos de ITS Notificados por SÍNDROMES (2007-2008)				
SÍNDROMES	2007	%	2008	%
LEUCORREIA	50010	41.4%	45517	40.9%
ÚLCERA GENITAL	42726	35,3%	39569	35.6%
CORRIMENTO URETRAL	28181	23.3%	26212	23.6%

7. RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO

MAPEAMENTO DA FILARÍASE LINFÁTICA EM MOÇAMBIQUE

Irene A. Langa¹, Sónia Luís, ²Cláudio Machalela¹, Pierro Berra³, Victória Cumbane², Irene Costa¹, Pierre Kahazi-Sangwa⁴, Paulo Arnaldo², Claudio Beltrame³ and Ricardo Thompson²

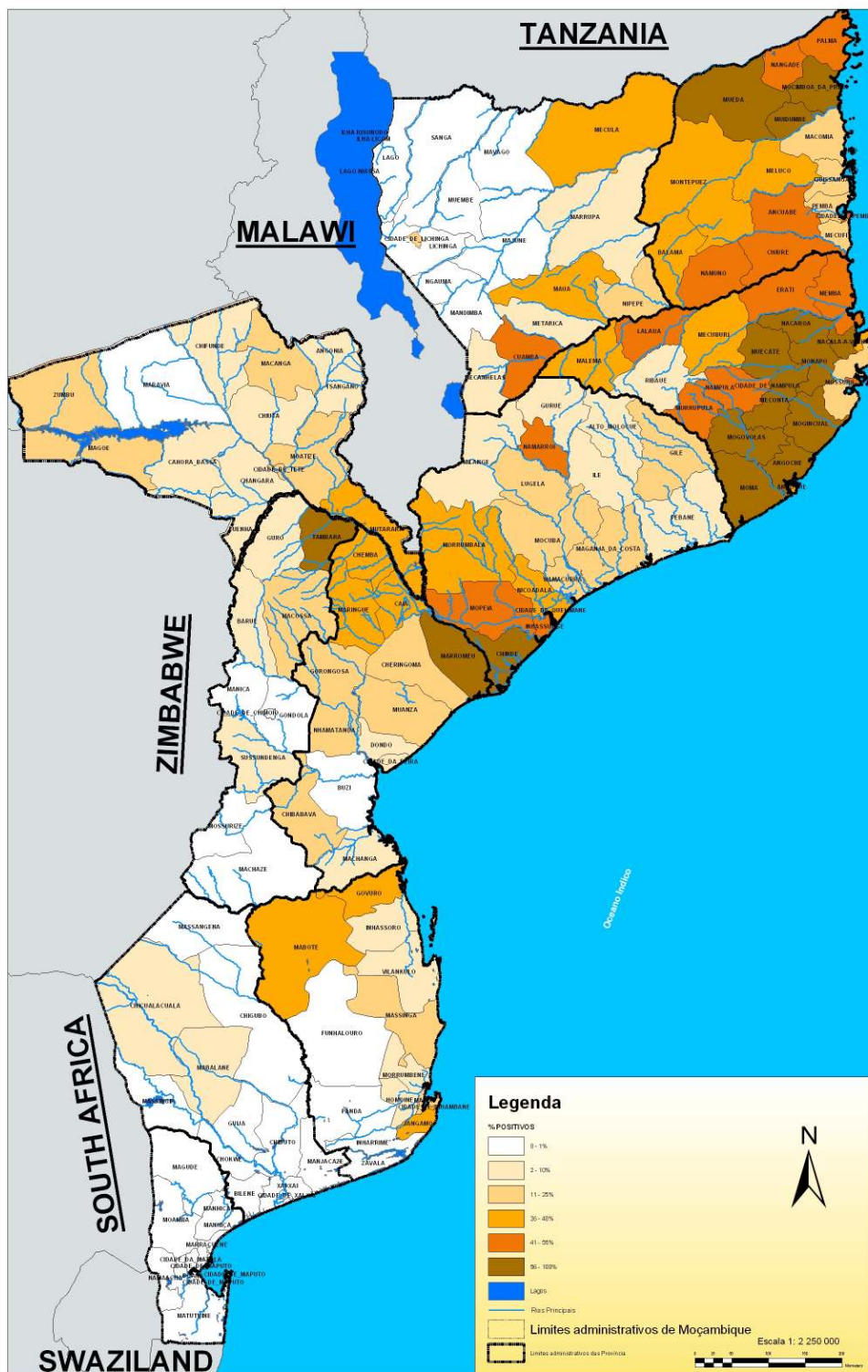
¹Faculdade de Medicina – U.E.M.;²Instituto Nacional de Saúde;³CUAMM- Médicos com África, Maputo ;⁴OMS- Representação de Moçambique

O objectivo deste estudo era o de classificar os distritos do País quanto à sua endemicidade para posterior implementação de programas de controlo e eliminação da doença. Para tal, seleccionou-se aleatoriamente um Posto Administrativo (PA), por distrito, em todas as províncias do País.

Usando a metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), seleccionou-se 100 indivíduos com idade superior a 15 anos, residentes na área do estudo há pelo menos 10 anos e que não se tenham ausentado da mesma por um período superior a 6 meses consecutivos. A cada um destes indivíduos seleccionados de forma aleatória e estritamente voluntária numa localidade do PA seleccionada ao acaso, utilizou-se um teste rápido (ICT) de detecção de antígenos de *Wuchereria bancrofti* no sangue. A prevalência de testes positivos da localidade foi considerada representativa da situação de todo o Distrito. Os distritos com prevalência de antigenemia superior a 1% foram considerados endémicos.

Nos casos em que não se encontraram casos positivos seleccionou-se um segundo posto administrativo onde se realizou o inquérito para confirmar a endemicidade. Os resultados foram validados através de inquéritos nocturnos em 5 Distritos (2 altamente endémicos, 1 de endemicidade moderada e 2 de endemicidade baixa), usando testes ICT e pesquisa de microfíliarias através da técnica de coloração com Giemsa.

Deste modo, um total de 11.150 indivíduos em 128 Distritos foram testados (amostra do estudo) e 413 indivíduos foram testados em 5 Distritos para validar os resultados. Entre os Distritos estudados, 103 (80,4%) tinham um prevalência igual ou superior a 1% de indivíduos infectados com *Wuchereria bancrofti*, portanto considerados endémicos, segundo a classificação da OMS. Distritos com uma prevalência mais elevada foram encontrados na região norte do País: Nampula, Cabo Delgado e Zambézia e relativamente alta ao longo do vale do Zambéze.



Título: Boletim Epidemiológico No. 3/2008.

Autor e Editor: Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Saúde, Departamento de Informação para a Saúde, Repartição de Vigilância Epidemiológica

Redatores: Lorna Guiral e Amélia Zandamela; **Revisores:** Marla Amaro e Alessandro Campione

Colaboradores: Alzira Mabote, Sara Gimbel, Alcino Ndeve, Stélio Mazivila, Hélio Cossa, Paula Samogudo, Felisbela Gaspar

Endereço: Av Eduardo Mondlane, 1008 – Maputo – Moçambique, C.P: 264 - Fax: (+258) 21 431103,

Portal: www.misau.gov.mz - **Contactos:** vigilanciaepi@misau.gov.mz; lguiral@misau.gov.mz; Alessandro.campione@gmail.com;