



Boletim Epidemiológico

República de Moçambique

www.misau.gov.mz

Nº 1/2009

Período de Janeiro a Março 2009

 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 | 3 |
| 6. | VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE | 7 |

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, Direcção Nacional Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia.

O objectivo deste Boletim é o de fornecer retro informação sobre as doenças com importância em saúde pública, descrevendo 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 **Nº 1/2009** agrega informação das semanas epidemiológicas **1 a 12**. 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 por Sarampo, Tétano Neonatal, 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 afecta a análise semanal da informação. Durante o I trimestre do corrente ano foram recebidos 120 (90.9%) dos 132 BES esperados. As **Províncias de Nampula (semana 04) e Inhambane (semana 03-12) 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 e apesar da melhoria verificada esta situação melhorou bastante em relação ao ano de 2008. **Durante os 03 meses do corrente ano foram recebidos 90% dos BE-PS, mas com grandes atrasos.**

3. EMERGÊNCIAS

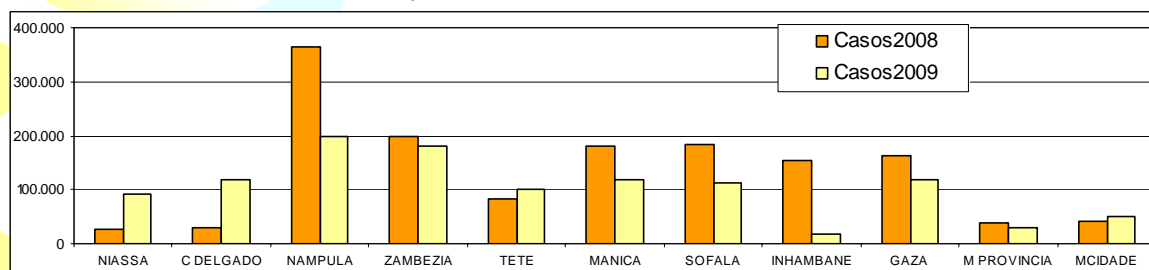
Em curso a epidemia de Cólera no País. Durante os 3 meses de 2009 foram notificados pela Via rápida, **14.448** casos e **122** óbitos (T. Letalidade=**0.84%**).

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 I trimestre de 2009 foram registados **1.132.779** casos de Malária e **724** óbitos contra **1.464.036** casos e **911** óbitos no mesmo período de 2008. Houve uma redução nos casos em **29.2%** com taxas de Letalidade de **0,064** em 2009 para **0.062** em igual período. As Províncias de Nampula, Zambézia, Manica e Sofala destacaram-se por terem contribuído com uma maior proporção de casos de malária (17.5%, 15.9% e 10.5%) respectivamente.

Gráfico 1: Comparação de casos de Malária, I Trimestre 2008/09

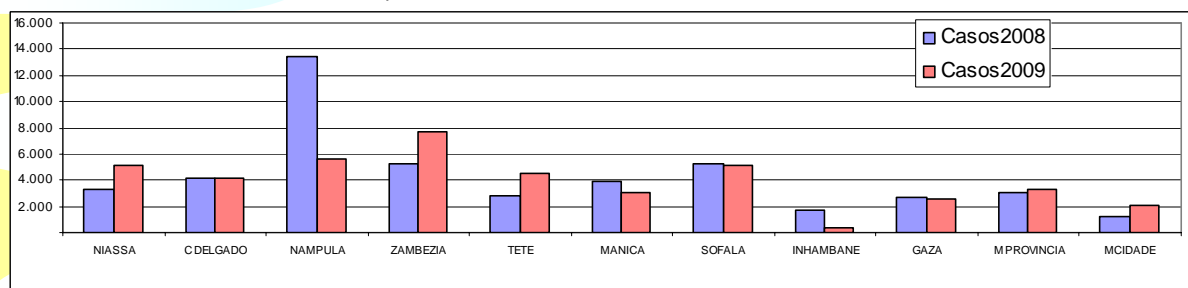


FONTE: BES

DISENTERIA

Os casos notificados referem-se à diarreia sanguinolenta de etiologia indeterminada. Durante os 3 meses de 2009, foram notificados **43.569** casos de disenteria e **2** óbitos, contra **46.745** casos e **3** óbitos em 2008. Houve uma **redução no número de casos em cerca de 11.1%**. As províncias com mais casos notificados foram: Nampula (7.116), Zambézia (5.592) e Sofala (5.121). Maputo Cidade (2099) e Inhambane (394), registaram menos casos. A disenteria com interesse para a vigilância é a causada pela *Shigella dysenteriae*.

Gráfico 2: Comparação de casos de Disenteria, I Trimestre 2008/2009

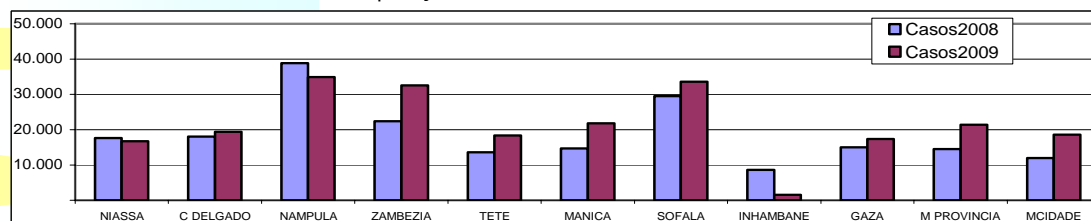


FONTE: BES

DIARREIA

Durante os 3 meses de 2009 foram notificados no BES **244.687** casos com **326** óbitos contra **204.809** casos com **221** óbitos em 2008. Houve um aumento no **número de casos em 16.3%**. O número de casos nos menores de 4 anos representou **49.1%**, enquanto que a faixa etária de ≥ 15 anos foi **37.0%**.

Gráfico 3: Comparação de casos de Diarreia, I Trimestre 2008/2009

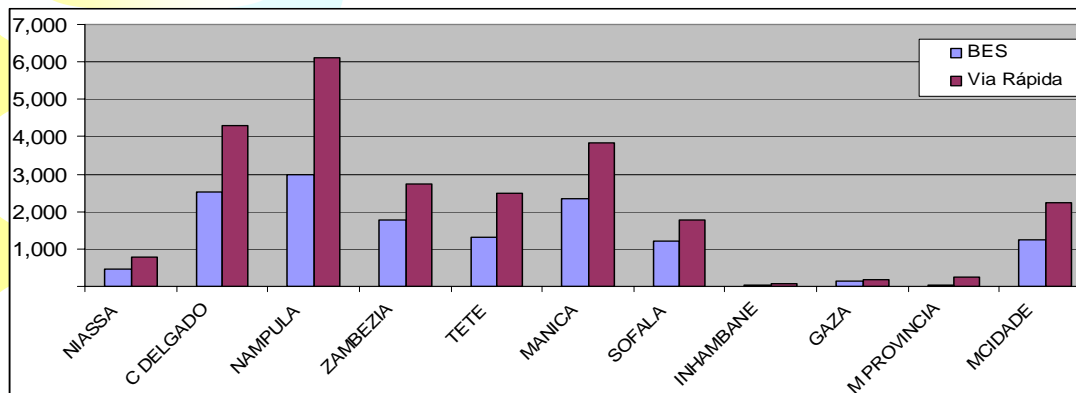


FONTE: BES

CÓLERA

Foram notificados **13.956** casos de Cólera e **109** óbitos (taxa de letalidade 0,8%) contra **5.007** casos e **43** óbitos (taxa de letalidade de 0,9%) no mesmo período de 2008. Os casos de cólera em 2009 ocorreram em todas as Províncias, com exceção de Inhambane. Persiste uma subnotificação no BES dos casos de Cólera notificados diariamente pela via rápida, sendo esta mais acentuada nas Províncias de Nampula e Cabo Delgado. Recomenda-se que o Responsável Provincial de Vigilância Epidemiológica compatibilize urgentemente estes dados por distrito e por semana epidemiológica.

Gráfico 4: Discrepância de casos de Cólera notificados no BES e pela Via Rápida

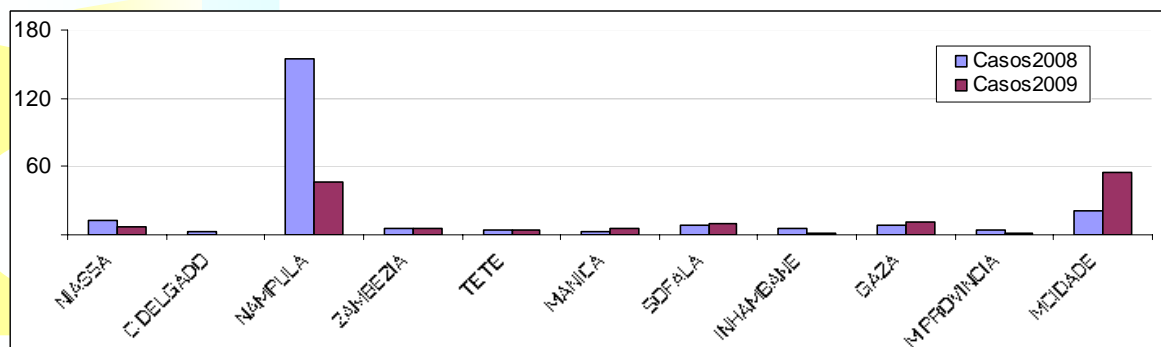


FONTE: BES

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 3 meses de 2009 foram notificados através do BES, **145** casos e **29** óbitos (taxa de letalidade=20,0%) contra os **231** casos e **33** óbitos (taxa de letalidade=14,3%) notificados em 2008. As Províncias de Maputo Cidade e Nampula foram as que notificaram mais casos. 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 5: Comparação de casos de meningite, - I Trimestre 2008/2009



FONTE: BES

PESTE

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

RAIVA

Foram notificados **1.837** casos de mordedura animal e **09** casos de Raiva contra **1.520** casos de mordedura animal e igual número de casos de em 2008. Comparativamente aos 3 meses do ano passado. (FONTE: BES)

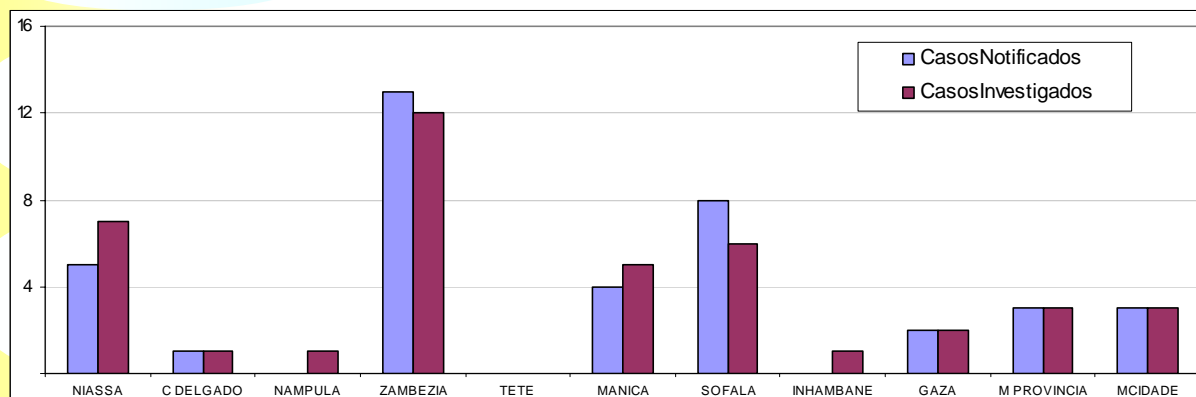
5. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ELIMINAÇÃO

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 de PFA devem ser investigados e confirmados laboratorialmente.

Em 2009 foram notificados **39** casos e 0 óbitos através do BES, contra **15** casos e **0** óbitos no mesmo período do ano anterior. Foram investigados **41** casos de PFA através da Ficha de investigação de caso, o que significa que nem todos os casos investigados e notificados através da Ficha de Investigação de caso são também notificados no BES.

Gráfico 6: Casos notificados e investigados de PFA, I Trimestre 2009



FONTE: BES/Fichas de Investigação de caso

A taxa de detecção foi de 1.7 por 100.000 crianças com idade inferior a 15 anos e a percentagem de fezes de boa qualidade foi de 73%. Todos os casos enviados ao Laboratório de Referência, foram negativos ao vírus da poliomielite (selvagem e vacinal).

Estes dados mostram que as províncias continuam a não alcançar as metas referentes aos indicadores de vigilância, uma vez que a "Taxa de Detecção PFA não Pólio" continua inferior a 2/100.000 crianças <15 anos e a "Proporção de amostras de fezes colhidas 14 dias após o início da PFA" abaixo de 85%.

Tabela 1: Monitoria dos indicadores de PFA, I Trimestre 2009

| Província | Casos esperados | Casos notificados | Taxa de detecção | Casos de PFA com amostras de qualidade | | Amostras inadequadas | Controlo aos 60 dias |
|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|--|------------|----------------------|----------------------|
| | | | | (n) | % | | |
| C. Delgado | 16 | 1 | 0.5 | 0 | 0% | 1 | 0 |
| Gaza | 12 | 2 | 1.3 | 2 | 100% | 0 | 0 |
| Inhambane | 14 | 1 | 0.6 | 1 | 100% | 0 | 0 |
| Manica | 14 | 5 | 2.9 | 4 | 80% | 1 | 0 |
| Maputo P. | 10 | 3 | 2.4 | 2 | 67% | 1 | 0 |
| Maputo C. | 12 | 3 | 2.0 | 3 | 100% | 0 | 0 |
| Nampula | 36 | 1 | 0.2 | 0 | 0% | 1 | 0 |
| Niassa | 10 | 7 | 5.6 | 0 | 0% | 7 | 0 |
| Sofala | 16 | 6 | 3.0 | 6 | 100% | 0 | 0 |
| Tete | 16 | 0 | 0.0 | 0 | 0% | 0 | 0 |
| Zambézia | 36 | 12 | 2.7 | 12 | 100% | 0 | 0 |
| Moçambique | 192 | 41 | 1.7 | 30 | 73% | 11 | 0 |

FONTE: BES/Fichas de investigação de caso

Para melhorar a qualidade destes indicadores, cada Director Provincial de Saúde deve priorizar as acções de vigilância na sua província, através da liderança do processo e facilitação de toda a logística necessária para garantir

o comprimento rigoroso das normas de vigilância da PFA. O Médico Chefe Provincial deve supervisionar e controlar a qualidade do preenchimento das fichas e das histórias clínicas elaboradas antes do seu envio aos órgãos centrais. Também é responsável pela coordenação técnica de todas as actividades no âmbito da vigilância, devendo verificar semanalmente a evolução do seguimento dos casos na Província.

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 noutra indivíduo de qualquer idade com diagnóstico sugestivo de Poliomielite; esta participação é imprescindível para a monitoria da Poliomielite e detecção imediata da 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 nos internamentos em todos os níveis de atenção. Como norma todos os casos suspeitos devem ser investigados e confirmados laboratorialmente.

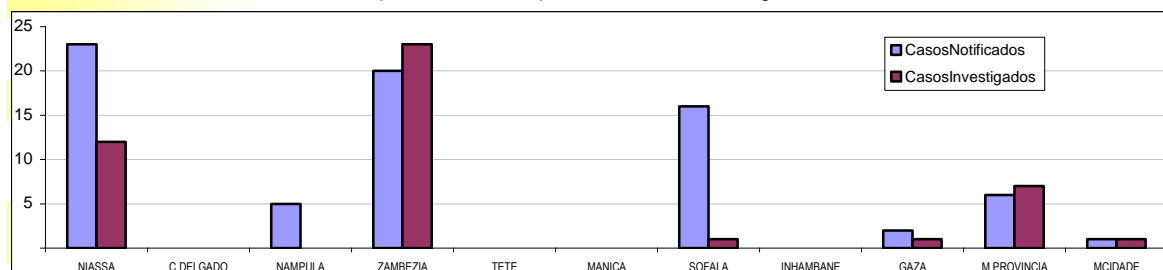
No ano de 2009 (Tabela 2) foram notificados 73 casos suspeitos de Sarampo e 0 óbitos, contra 20 casos 0 óbitos no mesmo período de 2008. Foram investigados 46 (70,8%) casos suspeitos; destes, 1 na Província da Zambézia (MOZ-ZAM-NMR-0409) foi enviada a ficha ao Laboratório de Imunologia do INS sem a respectiva amostra. Das 45 amostras testadas no Laboratório nenhuma foi positiva para o vírus do Sarampo (Tabela 1) e 4 foram positivas para o vírus da Rubéola proveniente das províncias de Niassa (MOZ-NSS-MRP-001-09), Maputo Cidade (MOZ-MPC-MAV-001-09, MOZ-MPC-MAV-002-09) e Zambézia (MOZ-ZAM-GRE-002-09). Embora se tenha registado uma melhoria comparativamente a 2008, há províncias que ainda não notificaram nenhum caso suspeito, como por exemplo, Cabo Delgado, Inhambane, Manica, Nampula e Tete. 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.

Tabela 2: Casos suspeitos de Sarampo investigados por Província

| | População | Casos esperados | Casos notificados | Taxa de detecção | Resultados para Sarampo | | | Resultados para Rubéola | | |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|-------------------------|-----------|----------|-------------------------|-----------|----------|
| | | | | | positivo | negativo | Indeter | positivo | negativo | Indeter |
| C. Delgado | 1,751,499 | 35 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| Gaza | 1,422,352 | 28 | 1 | 0.0 | 0 | 1 | | 0 | 1 | 0 |
| Inhambane | 1,509,680 | 30 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| Manica | 1,483,576 | 30 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| Maputo P. | 1,150,985 | 23 | 7 | 0.3 | 0 | 7 | | 0 | 7 | 0 |
| Maputo C. | 1,325,845 | 27 | 2 | 0.1 | 0 | 2 | | 2 | 0 | 0 |
| Nampula | 4,059,879 | 81 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| Niassa | 1,114,626 | 22 | 12 | 0.5 | 0 | 12 | | 1 | 11 | 0 |
| Sofala | 1,796,668 | 36 | 1 | 0.0 | 0 | 1 | | 0 | 1 | 0 |
| Tete | 1,679,470 | 33 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| Zambezia | 4,055,430 | 81 | 24 | 0.3 | 0 | 23 | | 1 | 22 | 0 |
| Moçambique | 21,350,010 | 426 | 47 | 0.1 | 0 | 46 | 0 | 4 | 42 | 0 |

FONTE: Fichas de investigação de caso

Gráfico 7: Casos suspeitos de Sarampo notificados e investigados, I Trimestre 2009



FONTE: BES/Fichas de investigação de caso

Recomendações para a melhoria da vigilância das PFA e Sarampo:

1. Recomenda-se que as províncias de Nampula, Tete, Inhambane e Cabo Delgado elaborem e implementem urgentemente um plano de busca activa de casos de PFA. Estas províncias devem enviar uma cópia deste plano ao Departamento de Epidemiologia, bem como o relatório de progresso destas actividades.
2. Todos os casos suspeitos de Sarampo e de PFA devem ser investigados e notificados de acordo com as normas em vigor no País.
3. Para fins de vigilância epidemiológica e de acordo com a definição de caso suspeito de Sarampo em vigor no País, todos os exantemas, incluindo os casos Rubéola, devem ser considerados casos suspeitos de Sarampo, notificados e investigados como tal; o registo no Livro de Registo destes últimos casos, deve ser "Suspeita de Sarampo/Rubéola", para garantir a sua notificação e investigação.
4. Garantir o cumprimento das normas de recolha, conservação, transporte e envio de amostras de Sarampo e PFA ao Laboratório, com a qualidade requerida.
5. Todos os pontos focais de vigilância devem enviar mensalmente o seu relatório, com as actividades desenvolvidas e do desempenho dos indicadores da vigilância epidemiológica da sua Província.
6. Todas as províncias devem organizar (agrupar) os seus distritos com população de crianças menores de 15 anos seja inferior a 100,000, para se actualizar o mapa das províncias em relação aos distritos silenciosos para o PFA e Sarampo.

TÉTANO NEONATAL

Foram registados **06** casos e **02** óbitos (T. Letalidade= 33,3%), à semelhança do registado em igual período do ano anterior (FONTE: BES)

6. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

LEPRA

Durante os 3 meses de 2009 a taxa de prevalência manteve-se inferior a 1 caso por 10.000, habitantes, mais concretamente em **0,5** casos por 10.000 habitantes. Os novos casos com deformidades Multi Bacillares (MB) foram de **16.1%**, sendo de **5,5%** na população entre 0 a 14 anos (FONTE: SIS – LEPRA).

A província de Niassa (0.9/10.000), Cabo Delgado (0.8/10.000), e Zambézia (0.8/10.000) apresentaram as prevalências mais elevadas enquanto que as restantes províncias apresentaram menores taxas.

TUBERCULOSE (TB)

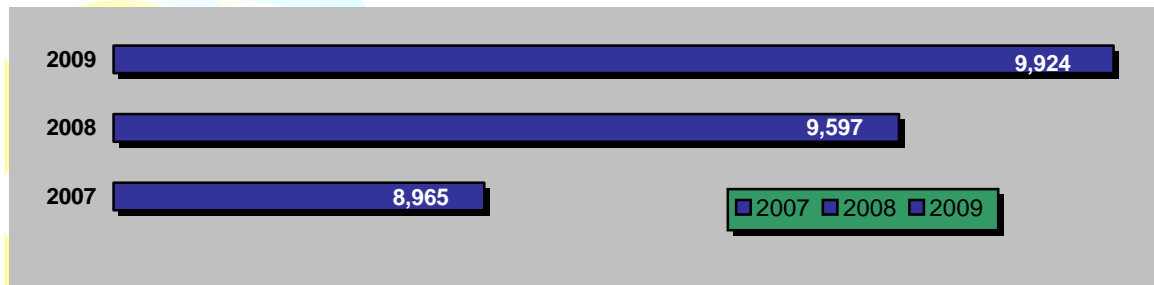
Despiste e Notificação dos Casos

No período em análise e comparativamente ao igual período do ano passado houve uma evolução de 3.4% na notificação global de casos (9.597 em 2008 para 9.924 em 2009). Em relação à detecção de casos de Tuberculose com bacilos copia positiva (CNBK+), a taxa de despiste foi de 50%, o que significa crescimento de 1%.

A Região Centro foi a única que registou crescimento no despiste de CNBK+, em cerca de 10%, com destaque para a província de Tete que comparativamente ao mesmo trimestre do ano anterior teve uma subida de 22%. Na Região Norte a província que menos se destacou foi Cabo Delgado ao baixar de 295 CNBK+ para 230 o que com uma descida na ordem de 22%, seguindo a de Nampula que decresceu 16% (de 665 em 2008, para 559 em 2009). A Região Sul foi a que teve o pior desempenho; com uma redução de 1846 em 2008 para 1780 em igual período de 2009 (taxa de decréscimo=3.6%), devido a uma redução drástica redução nas províncias de Inhambane (8%) e Maputo (4%). Apesar deste insucesso registado em várias províncias, importa destacar as províncias de Manica e Zambézia que aumentaram as suas taxas comparativamente ao mesmo período do trimestre anterior em 15% e 22% respectivamente.

Por outro lado, é notória a tendência crescente do despiste dos casos ao longo dos anos 2007 (48%) a 2009 (50%) (primeiro trimestre), na ordem de 2%. De referir que esta taxa ainda está muito aquém da prevista para 2009 (60%). Para o período em análise, do total de casos diagnosticados, 49% dos casos são casos novos com BK+, representando os casos novos BK- e de Tuberculose Extra Pulmonar (TBE) a representar 38% e 13% de todos os casos novos, respectivamente.

Gráfico 8: Evolução dos casos de TB notificados, I Trimestre 2007 a 2009



FONTE: PNCTB

Conforme se observa no gráfico acima, o número de casos tende a crescer, por um lado devido a implementação do DOTS Comunitário; a melhoria do sistema de registo dos casos, mas também como consequência dos elevados índices de infecção pelo HIV no País. Esta última situação é confirmada pelo aumento dos casos com BK- e de TBE que ocorrem com maior frequência nestes casos.

Resultados do Tratamento

No período em análise, a taxa de **cura** subiu de 81.3% para 82.3%, tendo já sido alcançada a meta estipulada para este ano. A semelhança dos períodos anteriores, a região Norte do País apresenta as melhores taxas de cura, devido ao contributo das províncias de Cabo Delgado e Niassa (cura em 88% dos pacientes). As províncias com as taxa de cura mais baixas foram Maputo Cidade (75%), Manica (76.8%) e Gaza (76.9%).

A taxa de **abandono** baixou de 4.5% para 3.6%, o que pode ser atribuído à melhoria das actividades de busca dos doentes faltosos e sensibilização dos pacientes para adesão ao tratamento, através do DOTS Comunitário; as províncias de Cidade do Maputo (6.2%) e Nampula (6.1%) registam as taxas de abandono mais elevadas, excedendo o máximo de 5% definido pelo programa.

Dos casos avaliados, verificou-se que a **taxa de óbitos dos casos BK+** manteve-se estacionária em 10.2%, tendo as seguintes províncias de Manica (19.7%), Gaza (14.4%), Sofala (13.8%) e Maputo Cidade (12.3%) registado taxas mais elevadas. As razões para estas taxas elevadas podem ser uma procura tardia para o tratamento, bem como a toma irregular dos medicamentos e a co-infecção TB/HIV.

ITS/HIV/SIDA

Infecções de Transmissão Sexual (ITS)

Durante o 1º trimestre de 2009 foram notificados 114.693 casos de ITS, correspondendo a 23.4%. A Leucorreia continua a ser a síndrome mais prevalente. O sexo feminino continua a ser o mais afectado (56%) pelas ITS.

Tabela 3: Casos de ITS por Síndrome, I Trimestre 2008/2009

| Síndrome | 2009 | % | 2008 | % |
|--------------------|--------|-------|--------|------|
| Leucorreia | 45.202 | 39.4% | 52.791 | 39.3 |
| Úlcera Genital | 39.373 | 34.3% | 47.616 | 35.5 |
| Corrimento Uretral | 30.118 | 26.3% | 33.819 | 25.2 |

Foram notificados durante o 1º trimestre, 34.419, contactos (30%) contra 53.618 (40%) em igual período do ano anterior. A Província de Maputo notificou 65% contactos.

O rastreio da Sífilis na mulher grávida cobriu apenas 60.5% das mulheres grávidas observadas na 1º consulta pré-natal devido a irregularidade na disponibilidade de testes rápidos de Sífilis e de reagentes RPR.

Tabela 4: Rastreio da Sífilis na Mulher Grávida, I Trimestre 2009/2008

| ANO | 1ª Consulta Pré-Natal | mulheres grávidas testadas | | RPR+/Teste Ráp.+ | |
|------|-----------------------|----------------------------|-----------|------------------|------------------|
| | | Nº | Cobertura | Nº | Tx. Positividade |
| 2009 | 175.988 | 115.840 | 60.5% | 4.837 | 4,2% |
| 2008 | 225.364 | 139.713 | 62% | 9192 | 6,6% |

Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)

Durante o período em balanço, com a expansão e integração dos serviços de STS, em particular a sua intensificação nos serviços de saúde, permitiu o aumento do acesso bem como a aproximação destes serviços aos utentes.

Tabela 5: Distribuição por Sexo e Taxa de Seropositividade nos ATS, I Trimestre 2009/2008

| Ano | Total | | Total | | | | |
|------|-----------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|
| | Atendidos | Feminino | Masculino | Testados | HIV + | HIV - | Indt |
| 2009 | 66.764 | 39.794 (60%) | 26.970 (40%) | 63.389 (95%) | 14.984 (24%) | 47.965 (75%) | 440 (1%) |
| 2008 | 94.959 | 58.794 (62%) | 36.165 (38%) | 86.803 (91%) | 21.831 (25%) | 64.309 (74%) | 663 (1%) |

Do total de utentes que procuraram os serviços de ATS, **95%** foram testados para o HIV, dos quais, 24% foram positivos, destacando-se a província de Gaza com 39% de positividade. Em igual período de 2008, a província de Gaza apresentava uma taxa de positividade de cerca de 40%; cerca de 91% dos utentes submeteram-se ao despiste do HIV/SIDA, o que significa um aumento de 4% de adesão a estes serviços. No ATS Comunitário, foram aconselhados durante os meses de Janeiro e Fevereiro 12.462 utentes, dos quais 6559 (53%) eram do sexo feminino. Dos 9257 (74%) que se submeteram ao teste de HIV, 406 (4%) eram seropositivos.

Título: Boletim Epidemiológico N° 1/2009

Autor: Ministério de Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia.

Redação: Lorna Gujral, Amélia Zandamela, Marla Amaro

Colaboradores: Alzira Mabote, Ana Paula Cardoso, Alcino Ndeve, Paula Samo Gudo

Endereço: Av Eduardo Mondlane, 1008 – Maputo – Moçambique, **C.P:** 264

Portal: www.misau.gov.mz

Contactos: vigilanciaepi@misau.gov.mz; **Cell:** (+258) 829033301; **Fax:** (+258) 21 431103