



Boletim Epidemiológico

República de Moçambique

www.misau.gov.mz

Nº 2/2009

Período de Janeiro a Junho 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	1
4.	VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	1
5.	VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ ELIMINAÇÃO	3
6.	VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	5
7.	RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO	6
8.	DESTAQUE: GRIPE A H1N1	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 retroinformação 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; resultados de trabalhos de investigação em saúde pública e tem como destaque a situação da Gripe A H1 N1 em Moçambique e no mundo. A edição **Nº 2/2009** agrega informação das semanas epidemiológicas **1 a 25**. 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 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.

Controlo de chegada do BES

A recepção dos **Boletins Epidemiológicos Semanais (BES)** enviados das Províncias para o nível Central, mantêm-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 semestre do corrente ano foram recebidos 267 (97.1%) dos 275 BES esperados. As **Províncias de Cabo Delgado (semana 18), Nampula (semana 13, 14 e 17), Manica (18 e 25) e Gaza (14 e 24) têm BES em atraso**.

Controlo 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 06 meses do corrente ano foram recebidos apenas 43.3% dos BE-PS e com grandes atrasos**.

Para discutir os problemas da área no país, irá realizar-se entre os dias 6 e 7 de Agosto uma Reunião Nacional de Vigilância Epidemiológica, que contará com a presença do Directores Provinciais de Saúde e dos Responsáveis Provinciais de Vigilância Epidemiológica. Na este assunto será abordado com detalhe na próxima edição do Boletim.

3. EMERGÊNCIAS

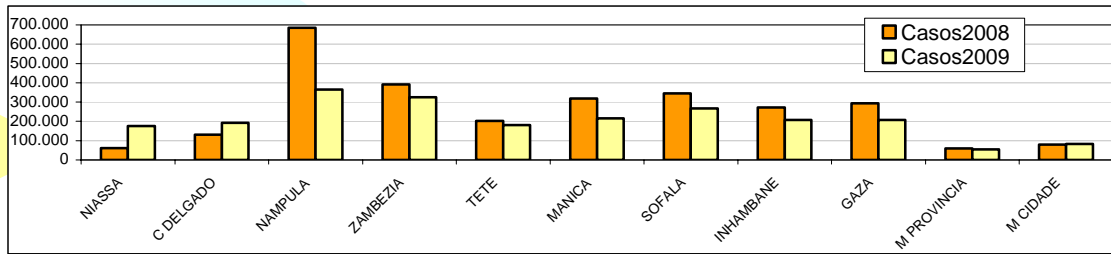
Durante os 6 meses de 2009 o país estava perante uma epidemia de Cólera. Foram notificados pela via rápida, **18.781** casos e **147** óbitos (Letalidade=0.8%).

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 semestre de 2009 foram registados **2.273.401** casos de Malária e **1.409** óbitos contra **2.841.034** casos e **1.782** óbitos no mesmo período de 2008. Houve uma redução nos casos em **20%** com taxas de Letalidade de **0,062** em 2009 para **0.063** em igual período. As Províncias de Nampula, Zambézia e Sofala destacaram-se por terem contribuído com uma maior proporção de casos de malária (16.1%, 14.3% e 11.7%) respectivamente.

Gráfico 1: Comparação de casos de Malária, 1º semestre 2008/09

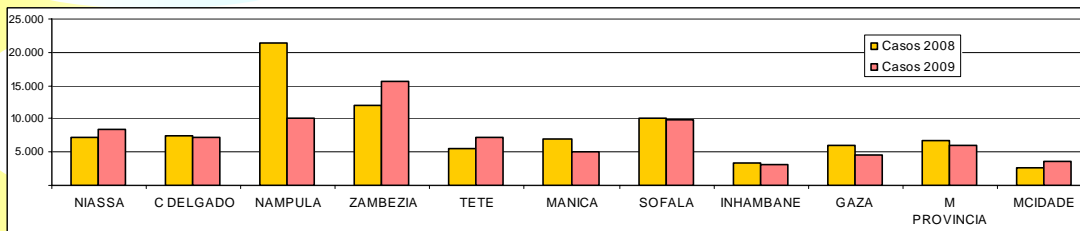


FONTE: BES

DISENTERIA

Os casos notificados referem-se à diarreia sanguinolenta de etiologia indeterminada. Durante os 6 meses de 2009, foram notificados **81.078** casos de disenteria e **9** óbitos, contra **89.451** casos e **4** óbitos em 2008. Houve uma **redução no número de casos em cerca de 9.4%**. As províncias com mais casos notificados foram: Nampula (10.190), Zambézia (15.705) e Sofala (9.791), enquanto que Maputo Cidade (3.581) e Inhambane (3.186), registaram menos casos. A disenteria com interesse para a vigilância é a causada pela *Shigella dysenteriae*.

Gráfico 2: Comparação de casos de Disenteria, 1º Semestre 2008/2009

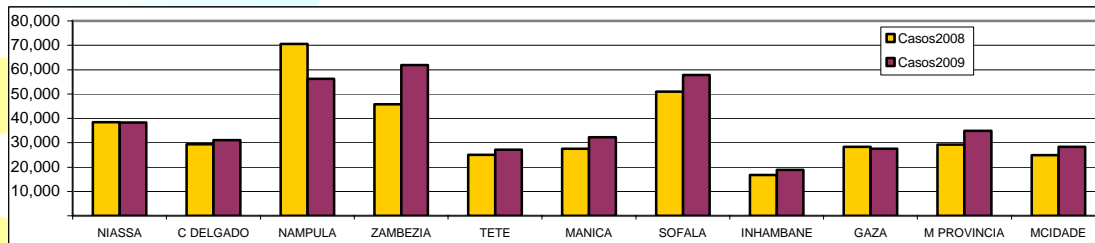


FONTE: BES

DIARREIA

Durante os 6 meses de 2009 foram notificados no BES **414.490** casos com **471** óbitos contra **386.994** casos com **382** óbitos em 2008. Houve um **aumento no número de casos em 7.1%**. O número de casos nos menores de 4 anos representou **49.1%**, enquanto que a faixa etária de ≥ 15 anos foi **36.7%**.

Gráfico 3: Comparação de casos de Diarreia, 1º Semestre 2008/2009

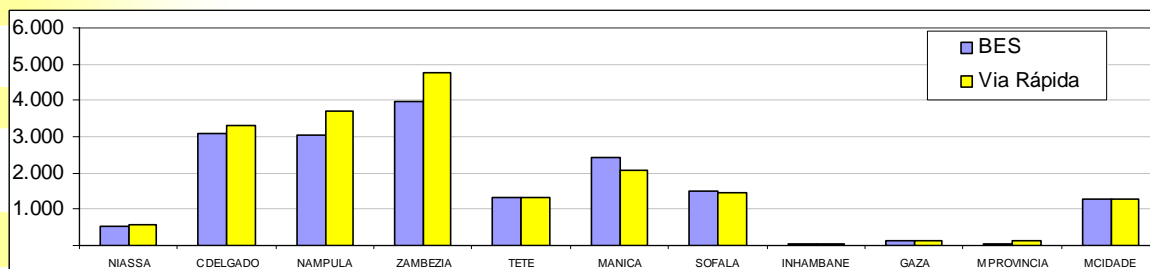


FONTE: BES

CÓLERA

Foram notificados diariamente pela via rápida **18.781** casos de Cólera e **147** óbitos (taxa de letalidade=0.8%) contra **6.106** casos e **59** óbitos (taxa de letalidade=0.9%) no mesmo período de 2008. Os casos de Cólera em 2009 ocorreram em todas as Províncias. Persiste uma sub notificação de casos no BES (**17.276**), sendo esta mais acentuada nas Províncias de Nampula, Zambézia, Manica 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

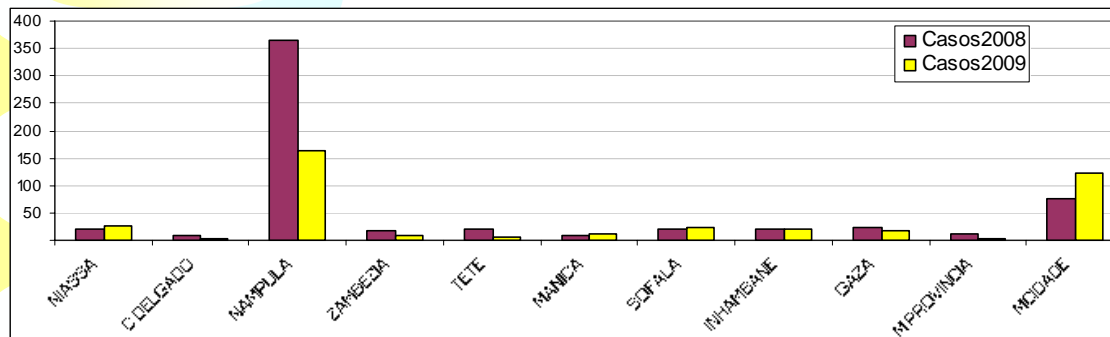


FONTE: BES

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 6 meses de 2009 foram notificados através do BES, **400** casos e **74** óbitos (taxa de letalidade=**18.5%**) contra os **593** casos e **90** óbitos (taxa de letalidade=**15.2%**) 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 das Meningites 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, 1º Semestre 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 **3.286** casos de mordedura animal e **21** casos de Raiva contra **3.339** casos de mordedura animal e **32** casos de Raiva em 2008. (FONTE: BES)

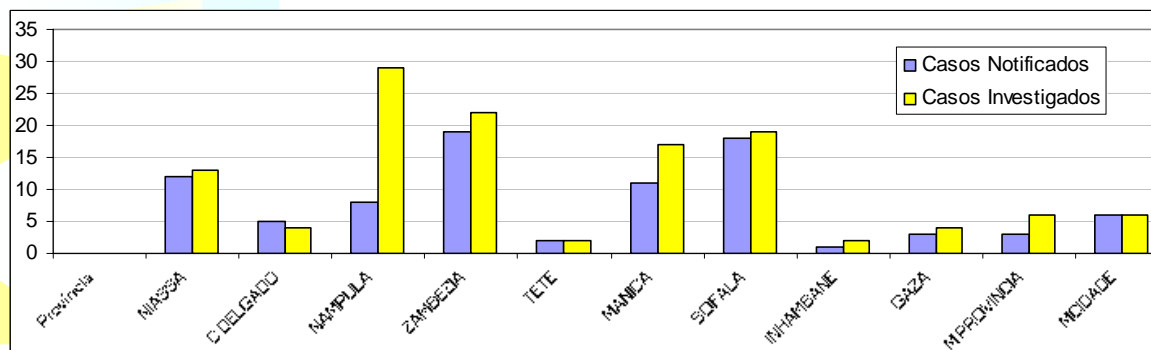
5. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ELIMINAÇÃO

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 **88** casos e 0 óbitos através do BES, contra **58** casos e 0 óbitos no mesmo período do ano anterior. Foram investigados **135** 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, 1º Semestre 2009



FONTE: BES/Fichas de Investigação de caso

A taxa de detecção foi de 2.8 por 100.000 crianças menores de 15 anos e a percentagem de fezes de boa qualidade foi de 76%. 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, 1º Semestre 2009

	Nº de casos esperados	Nº de casos notificados	Taxa de PFA não polio	amostras colhidas dentro de 14 dias após ao início da PFA		Classificação dos casos				Amostras inadequadas	controle aos 60 dias
				(n)	%	confirmado	compatível	rejeitado	Não classificado		
Cabo delgado	8	4	1.0	3	75%	0	0	1	0	1	0
Gaza	6	4	1.3	3	75%	0	0	4	0	1	0
Inhambane	7	2	0.6	2	100%	0	0	1	0	0	0
Manica	7	17	4.9	16	94%	0	0	12	0	1	0
Maputo Província	5	6	2.4	4	67%	0	0	3	0	2	0
Maputo Cidade	6	6	2.0	6	100%	0	0	6	0	0	0
Nampula	18	29	3.2	13	45%	0	0	13	0	16	0
Niassa	5	13	5.2	2	15%	0	0	2	0	11	0
Sofala	8	19	4.8	19	100%	0	0	17	0	0	0
Tete	8	2	0.5	2	100%	0	0	2	0	0	0
Zambezia	18	22	2.4	21	95%	0	0	20	0	1	0
Mocambique	96	124	2.6	91	73%	0	0	81	43	33	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 cumprimento rigoroso das normas de vigilância da PFA. O Médico Chefe Provincial devem 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. O Responsável Provincial de Vigilância Epidemiológica deve garantir que todos os casos investigados sejam notificados no BES. 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 noutro 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.

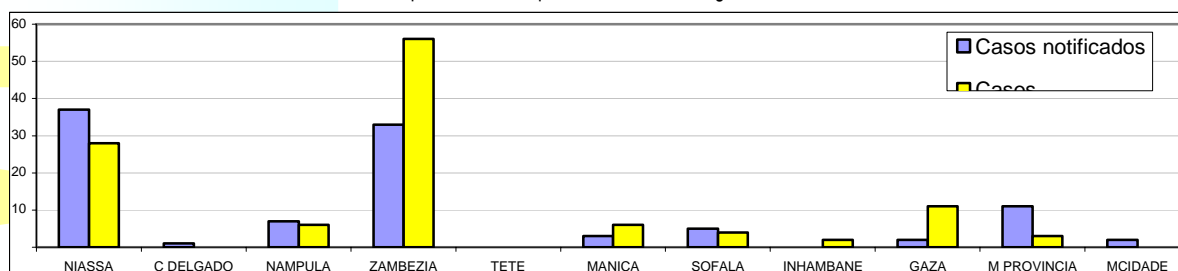
No período em análise (Tabela 2) foram notificados 101 casos suspeitos de Sarampo e 1 óbito, contra 65 casos 0 óbitos no mesmo período de 2008. Foram investigados 116 casos suspeitos através da Ficha de Investigação de Caso. Embora se tenha registado uma melhoria comparativamente a 2008, há províncias que ainda não notificaram nenhum caso suspeito, como por exemplo, Cabo Delgado, Inhambane 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

	Casos esperados	casos notificados	Taxa de detecção	amostras colhidas	Resultados para Sarampo			Resultados para Rubéola		
				N (%)	Pos.	Neg.	Indet.	Pos.	Neg.	Indet.
C. Delgado	35	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0
Gaza	28	2	0.1	2	0	2	0	0	2	0
Inhambane	30	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0
Manica	30	6	0.2	6	0	5	0	0	4	1
M. Província	23	11	0.5	11	0	11	0	0	11	0
M. Cidade	27	3	0.1	3	0	3	0	3	0	0
Nampula	81	6	0.1	6	1	5	0	0	6	0
Niassa	22	28	1.3	28	1	27	0	1	27	0
Sofala	36	4	0.1	4	0	4	0	0	4	0
Zambézia	81	56	0.7	54 (96%)	0	51	3	4	49	1
Moçambique	426	116	0.3	114 (98%)	2	108	3	8	103	2

FONTE: Fichas de investigação de caso

Gráfico 7: Casos suspeitos de Sarampo notificados e investigados, 1º Semestre 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 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 e de Varicela, 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 13 casos e 3 óbitos (T. Letalidade=23.1%), contra 10 casos e 4 óbitos (T. Letalidade= 40%) em igual período do ano anterior (FONTE: BES)

6. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

LEPRA

Durante os 6 meses de 2009 a taxa de prevalência manteve-se inferior a 1 caso por 10.000, habitantes, mais concretamente em 0,4% dos casos por 10.000 habitantes. As províncias com prevalências mais elevadas foram as de Niassa (0.7/10.000), Cabo Delgado (0.8/10.000), Nampula (0.6/10.000) e Zambézia (0.6/10.000). Os novos casos com deformidades Multi Bacillares (MB) foram de 11.6%, sendo de 4,2% na população entre 0 a 14 anos (FONTE: SIS – LEPRA).

TUBERCULOSE (TB)

Despiste e Notificação dos Casos

Foram notificados 21.667 casos notificados no primeiro semestre de 2009, contra 19.461 em igual período de 2008 o que mostra uma evolução de 11% na notificação global. Nos últimos quatro anos registou-se um crescimento acentuado (22%) nos casos notificados, devido a expansão da estratégia de diagnóstico e tratamento para as comunidades (DOTS comunitário) em todos os 128 distritos do País e a da melhoria da rede dos laboratórios.

Gráfico 8: Casos de TB notificados, 1º Semestre de 2006 a 2009



FONTE: PNCTB

Com relação a **detecção de casos de Tuberculose** com baciloscopia positiva (CNBK+), que são as formas mais infecciosas, também registou-se um crescimento, com particular destaque para as províncias de Niassa e Nampula. A taxa de despiste aumentou na ordem de 3%. O número de casos com BK- e de Tuberculose extrapulmonar, aumentou igualmente no período em análise, em 36.3% e 11.3%, respectivamente. A região centro do país, foi a que registou maior crescimento na detecção de casos com baciloscopia positiva, na ordem de 7%, destacando-se a província de Sofala, com um crescimento de 3%. Na região sul, com excepção da província de Maputo, as restantes províncias registaram um decréscimo.

Resultados do Tratamento

Os casos avaliados correspondem a cohort do segundo trimestre de 2008. A taxa de **cura** foi de 82.3%, tendo sido já ultrapassada a meta estipulada para todo o ano. A semelhança dos períodos anteriores, a região Norte do País apresenta as melhores taxas de cura, devido ao desempenho das províncias de Cabo Delgado e Niassa (88% dos pacientes). As províncias com as taxas de cura mais baixas são Maputo Cidade, Manica e Gaza com 75%, 76.8%/76.9% respectivamente.

A taxa de **abandono** baixou de 4.5% para 3.6%, o que pode ser atribuído a melhoria das actividades de busca aos doentes faltosos e a promoção da adesão ao tratamento. A Cidade do Maputo (6.2%) e Nampula (6.1%) registaram as taxas de abandono mais elevadas, excedendo o máximo de 5% definido pelo programa. Dos casos BK+ avaliados, verificou-se uma taxa de **óbitos** de 10.2%, tendo as províncias de Manica, Gaza, Sofala e

Maputo Cidade registado taxas relativamente elevadas, de 19.7%; 14.4%; 13.8% e 12.3% respectivamente. Estas cifras podem ser atribuídas à busca tardia de cuidados e à co- infecção TB/HIV.

Infecções de Transmissão Sexual - ITS/HIV/SIDA

ITS

Durante os primeiros seis meses de 2009 foram notificados 214.414 casos de ITS, correspondendo a 31,9% de cumprimento do plano. A Leucorreia continua a ser a síndrome mais prevalente.

Tabela 3: Casos de ITS por Síndrome (Janeiro – Junho/2009)

Síndrome	2009	%	2008	%
Leucorreia	85.321	39.8%	105.046	39.5
Úlcera Genital	74.575	34.8%	93.785	35.3
Corrimento Uretral	54.518	25.4%	67.043	25.2

FONTE: PNC ITS/HV/SIDA

Ainda neste período foram notificados 68.417, contactos (32%) contra 106.458 (40%) em igual período do ano anterior. O sexo feminino continua a ser o afectado com 56,9% dos casos de Infecções de Transmissão Sexual. O rastreio da Sífilis na mulher grávida cobriu apenas 63.8% das mulheres grávidas observadas na 1ª 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 (Janeiro-Junho 2009/2008)

ANO	1ª Consulta Pré-Natal	Mulheres grávidas testadas		RPR+/Teste rápido.+	
		Nº	Cobertura	Nº	Tx. Positividade
2009	351.778	224.350	63.8%	10.610	4,7%
2008	485.712	293.872	60.5%	19.010	6,5%

FONTE: PNC ITS/HV/SIDA

Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)

Durante o período em balanço, houve expansão do Aconselhamento e Testagem, em particular no contexto clínico, o que permitiu o aumento do acesso bem como a aproximação destes serviços aos utentes. Entre os 255.726 utentes, 85% foram testados para o HIV com taxa de positividade de 24%, destacando-se a província de Gaza com 38% de positividade. Em igual período de 2008, 92% dos utentes que procuraram os serviços de ATS fizeram o despiste do HIV/SIDA, o que significa uma diminuição de 7% de adesão nestes serviços. No ATS Comunitário, foram aconselhados 80.938 utentes, dos quais 43.010 (53,%) eram do sexo feminino. Dos 69.445 (85,8%) que se submeteram ao teste de HIV, 3.515 (5%) eram seropositivos.

Tabela 5: Distribuição por sexo e taxa de seropositividade nos ATS (Janeiro – Junho 2008/2009)

Ano	Total atendidos	Feminino	Masculino	Total Testados	HIV +	HIV –	Indt
2009	255.726	155.052 (61%)	100.674 (39%)	217.743 (85%)	53.116 (24%)	162.953 (75%)	1.674 (1%)
2008	281.746	170.769 (61%)	110.977 (39%)	277.641 (92%)	62.833 (24%)	195.493 (75%)	1.981 (1%)

FONTE: PNC ITS/HV/SIDA

Tratamento Anti-Retroviral (TARV)

Até 30 de Junho de 2009 havia 148.829 pacientes em TARV, dos quais 137.417 eram adultos e 11.412 crianças com menos de 15 anos de idade em TARV. O programa conseguiu alcançar 69% da meta anual de TARV (72% para adultos e 49% para as crianças). O número de locais com TARV aumentou de 213 para 216, devido à introdução do tratamento em 2 unidades sanitárias em Nampula e 1 na Zambézia. Os resultados de avaliação Nacional de programa TARV mostraram que a taxa de retenção dos doentes depois 6, 12 e 24 meses em TARV foi de 86%,79% e 78% respectivamente. No âmbito da descentralização, até ao fim do mês de Junho foram transferidos 2.528 pacientes do HDD do HCM, dos quais 2.037 para a cidade de Maputo, 440 para Província de Maputo e 51 para outras Províncias. Este processo está em curso nas províncias de Sofala, Zambézia, Tete e Cabo Delgado; as restantes Províncias estão em processo de planificação.

7. RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO

O papel das baratas *Periplaneta americana* (Blattoptera: Blattellidae) e *Blattella germanica* (Blattoptera: Blattellidae) na transmissão de geohelmintos (Nemátodos) causadores de parasitoses intestinais no homem na Cidade de Maputo, 2008.

EZEMBRO¹, Esmeraldo; AUGUSTO², Gerito; MUATINTE³, Bernardo; THOMPSON⁴, Ricardo; afiliação: ¹Laboratório Nacional de Referência da Tuberculose-MISAU; ²Departamento de Parasitologia Intestinal e Vesical - Instituto Nacional de Saúde- MISAU; ³Departamento de Ciências Biológicas – Faculdade de Ciências –UEM; ⁴Departamento de Parasitologia de Sangue- Instituto Nacional de Saúde- MISAU

As baratas são insectos muito comuns e encontram-se em quase todos os ambientes, principalmente nos países das regiões tropicais e subtropicais por exemplo, em Moçambique. Para avaliar o papel das baratas na transmissão mecânica de geohelmintos causadores de parasitoses intestinais no humano, foi realizada entre Novembro de 2007 e Janeiro de 2008, uma pesquisa nos mercados informais de Xipamanine e Xiquelene na Cidade de Maputo. As baratas foram capturadas através de armadilhas colocadas nos sanitários públicos e nas bancadas de venda de produtos alimentares. O exame laboratorial foi realizado no Departamento de Parasitologia Intestinal e Vesical, do INS no MISAU, através da técnica de Ritchie-Coprotest-Adaptada.

Foram capturadas 229 baratas, das quais 36% transportavam mecanicamente um ou mais estágios de geohelmintos (ovos de *Ascaris lumbricoides* (22,7%), *Ancylostoma doudenale* (5,7%), *Enterobius vermicularis*(3,1%), *Trichuris trichiura* (4,4%), *Hymenolepis nana* (3,9%) e larvas de *Strongyloide stercoralis* (5,2%). Os resultados mostraram que existe uma relação entre as condições sanitárias e de saneamento do meio e as proporções de baratas capturadas e de baratas transportando mecanicamente um ou mais estágios de geohelmintos. Estes achados permitiram concluir o potencial papel destes insectos como vectores de geohelmintos. Recomenda-se o uso de medidas de controlo das baratas ,para além da promoção de higiene na prevenção de parasitoses intestinais dos utentes destes mercados.

8. DESTAQUE

Gripe A H1N1

A Gripe A H1N1 é uma **doença nova** causada por um vírus que afecta o sistema respiratório e é provocada por uma variante do vírus da gripe humana comum. O primeiro caso detectado no México em Abril de 2009 e rapidamente se espalhou pelo mundo. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), até ao dia 23 de Agosto de 2009, havia mais de 162 países afectados em todo o mundo, com mais de 209.438 casos e pelo menos 2.185 óbitos e uma taxa de letalidade de cerca de 1%.

Dos 46 países do continente africano, 22 estavam afectados, com mais de 3843 casos e 11 óbitos notificados. Os países afectados são: Egipto, África do Sul , Marrocos, Argélia, Tunísia, Quênia, Cabo Verde, Etiópia, Tanzânia, Sudão, Namíbia, Líbia, Uganda, Zimbábue, Swazilandia, Costa de Marfim, Botswana, Gana, Zâmbia Madagáscar, Camarões e Moçambique. No nosso país, o primeiro caso foi confirmado no dia 17 de Agosto. Em Moçambique entre os dias 6/8/09 e o dia 8/9/09 tinham sido notificados 56 casos suspeitos, dos quais 8 foram positivos, 19 negativos, 26 pendentes à espera de confirmação laboratorial e 3 descartados, uma vez que não reuniam os critérios da definição de caso em vigor.

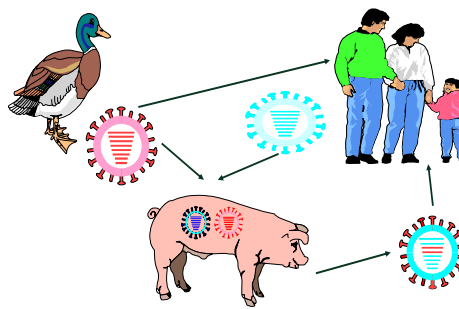


Figura 1: Processo de formação do vírus da Gripe A H1N1

O perfil desta doença difere do da Gripe sazonal. Contrariamente, à Gripe sazonal, os jovens e os adultos são os mais afectados pela Gripe A. Os dados disponíveis mostram em todo o mundo, a maioria dos casos graves registaram-se em adultos com menos de 50 anos, enquanto que na Gripe sazonal, 95% dos casos ocorre em pessoas com mais de 65 anos.

Os sinais e sintomas são similares aos da gripe sazonal e são: febre de início súbito, superior a 38° C, tosse, dores de garganta, dores do corpo, dores de cabeça, secreção nasal, calafrios e cansaço. Contrariamente à gripe sazonal, os pacientes também podem apresentar diarreia e vômitos. As complicações incluem a dificuldade respiratória e a pneumonia.

O medicamento recomendado pela OMS para o tratamento é o Oseltamivir (Tamiflu). Entretanto a OMS vem alertando as autoridades sanitárias e a população de todos os países para o facto de que o seu uso indiscriminado pode tornar o vírus mais resistente e abrir caminho para o surgimento de novas cepas, aumentando os riscos para a saúde pública. O uso do Oseltamivir no tratamento de casos suspeitos ou confirmados de Gripe A (H1N1) está indicado para pacientes com **quadro clínico da forma grave da doença OU que apresentem factores de risco para as suas complicações** A sua utilização deve ser iniciada, no máximo, **até 48 horas** a partir da data de início dos sintomas e devem ser observadas as recomendações do fabricante constantes na bula do medicamento.

O **quadro clínico da forma grave:** inclui indivíduos de qualquer idade que apresentem doença respiratória aguda (início dos sintomas até 48h), com febre, seguida de tosse **OU** dor de garganta **E** dispnéia, apresentando ou não manifestações gastrointestinais. **Os factores de risco para complicações** a considerar são: (i) crianças menores de dois anos de idade; (ii) idosos (acima de 60 anos); (iii) gestantes (na gravidez, o Oseltamivir deve ser usado somente se o benefício justificar

Quadro 1: Comparação dos sinais e sintomas das Gripes sazonal e A H1N1

Sintomas	Gripe Comum	Gripe A
Febre	< 39º	Início súbito a 39º
Dor de Cabeça	De menor intensidade	Intensa
Calafrios	Esporádico	Frequentes
Cansaço	Moderado	Extremo
Dor de Garganta	Fortes	Leve
Tosse	De menor intensidade	Seca e contínua
Muco	Congestionamento nasal	Pouco comum
Dores musculares	Moderadas	Intensas
Ardor nos olhos	Leve	Intenso

o risco potencial para o feto); (iv) pessoas com imunodepressão (exemplo: pacientes com câncer, em TARV ou em uso regular de corticosteróides); (v) hemoglobinopatias (doenças provocadas por alterações da hemoglobina, como a anemia falciforme); (vi) Diabetes mellitus; (vii) Cardiopatia; (viii) Doença pulmonar ou renal crónica; (ix) menores de 19 anos em terapia prolongada com aspirina.

Ainda, nas crianças a não ingestão suficiente de líquidos, vômitos fortes ou constantes, dificuldade em urinar, choro sem lágrimas e prostração, enquanto que nos adultos, a dor ou pressão no peito ou no abdómen, tontura repentina, confusão mental e a presença de sintomas similares aos da influenza ou Gripe com melhoria dos sintomas e ressurgimentos rápido dos mesmo incluindo de tosse, são **sinais de alerta** e requerem

cuidados médicos imediatos. Antes de administrar o tratamento, o clínico deve avaliar cuidadosamente todos os indivíduos que compõem o grupo de risco para complicações,, avaliá-los, monitorá-los periodicamente e tratar qualquer doença associada.

Embora existam esforços substanciais a nível mundial, ainda não existe uma vacina disponível para esta doença, pelo que as **medidas de prevenção gerais** devem ser reforçadas. Estas incluem:

- Cobrir sempre o nariz e a boca com um lenço de papel, guardanapo quando espirrar ou quando tossir;
- Descartar o lenço com devidas precauções num caixote ou contentor de lixo;
- Lavar sempre as mãos com água e sabão depois de tossir ou de espirrar;
- Caso a pessoa não disponha de um lenço, cobrir sempre o nariz ou a boca com a parte inferior do cotovelo, quando espirrar ou quando tossir;
- Lavar regularmente as mãos com água e sabão, ou cinza ou líquido anti-séptico a base de álcool glicerinado;
- Evitar tocar os olhos, o nariz ou a boca;
- Em caso de contacto com um doente ou objectos contaminados, não tocar nos olhos, nariz, boca sem primeiro lavar bem as mãos;
- Manter sempre uma distância de pelo menos 1 metro com uma pessoa com Gripe, evitando a proximidade com uma pessoa doente;
- As pessoas com Gripe (mesmo a Gripe comum) devem evitar locais de grande aglomeração.
- Os casos suspeitos e ou com confirmação de Gripe A H1N1, sem critérios de internamento, devem permanecer nas suas casas durante 7 dias a partir do início da febre ou até 1 dia depois do seu desaparecimento, caso esta persista por mais de 7 dias.
- **Habitação:** manter as superfícies limpas, especialmente as mesas de cabeceira, superfícies da casa-de-banho e cozinha e brinquedos das crianças, limpando com um desinfectante caseiro, de acordo com as instruções da etiqueta do produto.
- **Temperatura:** o vírus da Gripe é destruído a temperaturas de 75°C a 100 °C.
- **Germicidas químicos:** o vírus é destruído através degermicidas como cloro, peróxido de hidrógeno, detergentes (sabão), iodóforos (anti-sépticos à base de iodo) e álcoois em concentração e tempo adequados.
- **Manipulação de utensílios e objectos usados por um doente:** a roupa de cama, as toalhas, os utensílios, incluindo a loiça e os talheres usados por uma doente não necessitam de ser lavado em separado, mas não devem ser usados novamente antes de serem lavados. Após tocar nestes objectos deve-se lavar as mãos com água e sabão.

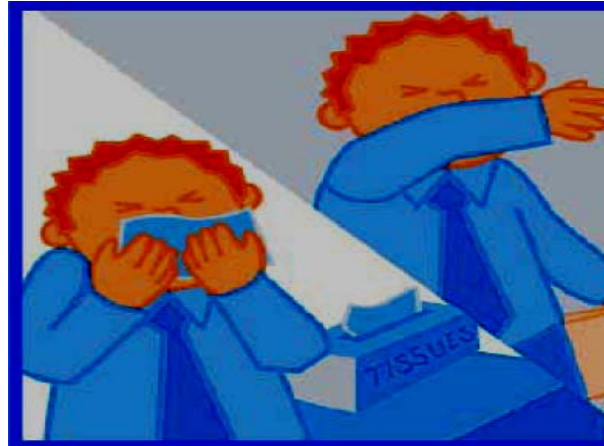


Figura 2: Protecção do nariz e da boca ao espirrar ou tossir



Figura 3: Lavagem frequente das mãos

Em virtude de ser uma doença nova e cuja evolução é desconhecida, a OMS tem vindo a monitorar o seu desenvolvimento para obter informação suficiente e que permita prever como a pandemia poderá evoluir nos próximos meses. Actualmente, há predominância na circulação do novo vírus A H1N1, representado 66% dos novos eventos foram no Hemisfério Norte e 89% no Hemisfério Sul.

Estes dados podem indicar um decréscimo da doença na América do Sul e parte da Austrália, enquanto que a doença associada ao novo vírus continua a aumentar na África Sub Sahariana. Entretanto os países do hemisfério norte devem preparar-se para uma segunda vaga de casos de Gripe. Embora, apesar da maioria dos casos registados serem casos ligeiros de Gripe, o nº de susceptíveis em todo o mundo é elevado, pelo que, durante uma segunda vaga o impacto da doença poderá ser imprevisível, com o aumento do nº de casos moderados a graves, ou seja, dos que requerem internamento e cuidados especiais.

Título: Boletim Epidemiológico Nº 2/2009.

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

Redactoras: Lorna Gujral Amélia Zandamela; **Revisor:** Mouzinho Saide

Colaboradores: Alzira Mabote, Alcino Ndeve, Eliana Coelho, Hélia Catine

Endereço: Av Eduardo Mondlane, 1008 – Maputo – Moçambique, C.P: 264 - Fax: (+258) 21 326164,

Portal: www.misau.gov.mz - **Contactos:** vigilanciaepi@misau.gov.mz; lqujral@misau.gov.mz;