



# Boletim Epidemiológico

## Nº 3/2009

República de Moçambique

[www.misau.gov.mz](http://www.misau.gov.mz)

Procurar:

Período de Janeiro a Setembro de 2009

 Formato electrónico: [http://www.misau.gov.mz/pt/epidemias\\_endemias/vigilancia\\_epidemiologica](http://www.misau.gov.mz/pt/epidemias_endemias/vigilancia_epidemiologica)

### ÍNDICE

1.	NOTA DE ABERTURA	1
2.	SITUAÇÃO ACTUAL DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	1
3.	EMERGÊNCIAS: <b>cólera, febre tifóide em Tsangano; Gripe A H1N1</b>	1
4.	VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	2
5.	VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE ERRADICAÇÃO/ ELIMINAÇÃO	4
6.	VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SERVIÇO DE SAÚDE	6
7.	RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO: <b>Curso FELTP</b>	7
8.	<b>DESTAQUE: Reunião Nacional de Vigilância Epidemiológica</b>	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. A edição **Nº 3/2009** agrega informação das semanas epidemiológicas **1 a 39** e tem como objectivos fornecer retroinformação sobre as doenças com importância em Saúde Pública, descrevendo de forma sintética a situação das doenças e/ou condições de saúde sujeitas a notificação; informação sobre os surtos e outras emergências sanitárias (febre tifóide em Tsangano, gripe A H1N1 e cólera); divulgar resultados de trabalhos de investigação em saúde pública. Ainda, o destaque desta edição vai para a Reunião Nacional de Vigilância Epidemiológica realizada no mês de Agosto. Este Boletim contém também recomendações importantes para os Directores Provinciais e Médicos-Chefe com vista à melhoria do desempenho da vigilância epidemiológica. Espera-se e agradece-se comentários e sugestões que contribuam para a melhoria deste Boletim

#### 2. SITUAÇÃO ACTUAL DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA alterar

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. **Deste modo, é fundamental que as DNO, mesmo quando registadas em outras fichas (BE-PS, D03, D04) sejam sempre notificadas no BES, para que não existam discrepâncias de dados.**

##### Controlo de chegada do BES

A recepção dos Boletins Epidemiológicos Semanais (BES) enviados das províncias para o nível central, mantém-se **idêntica à dos anos anteriores**. O maior problema continua sendo o número de BES recebidos com atraso, que afecta a análise semanal da informação. Durante os primeiros 9 meses do corrente ano foram recebidos 422 (98.3%) dos 429 BES esperados. As **Províncias de Nampula (semana 28, 29, 32 e 37) e Gaza (37, 38 e 39) têm BES em atraso.**

#### 3. EMERGÊNCIAS

##### Cólera

Durante este ano, todas as províncias foram assoladas pela cólera. Até ao dia 7 de Novembro de 2009 (semana epidemiológica 44/09) tinha sido notificado um cumulativo de **19.192** casos e **152** óbitos (Taxa de Letalidade=**0,8%**). Com um período sem o registo de casos entre 18/07/09 e 30/08/09), a cólera ressurgiu na semana 35/09 na província de Cabo Delgado afectando actualmente os distritos de Ancuabe, Mocimboa da Praia e Montepuez (página 3).

### Febre Tifóide

Os Distrito de Tsangano na província de Tete, mais precisamente a localidade de Muanjeti está afectada por um surto de febre tifóide desde o dia 5 de Maio de 2009. Até ao dia 15 de Novembro de 2009 tinham sido notificados 111 casos e 17 óbitos, com uma taxa de letalidade de 15%.

### Gripe A H1N1

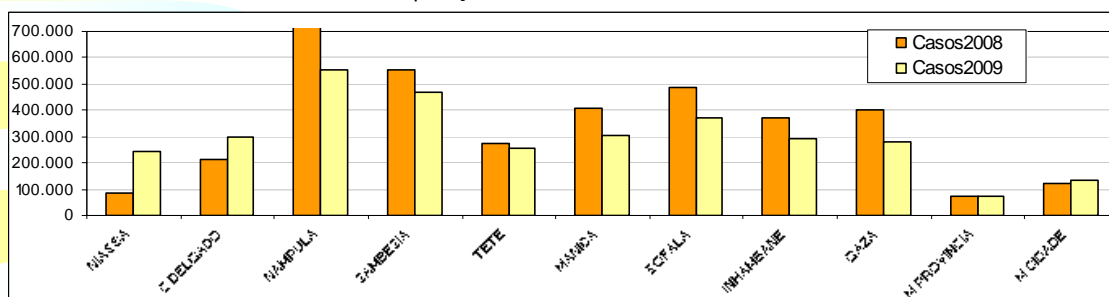
O primeiro caso suspeito foi notificado no dia 6 de Agosto de 2009 e o primeiro caso foi confirmado no dia 17 do mesmo mês. Entre o dia 6 de Agosto até às 7.00 horas do dia 07 de Novembro (semana 44/09), foram notificados no país um total de 128 casos suspeitos provenientes da Cidade de Maputo (103) e das Províncias de Maputo (15), Gaza (5), Inhambane (3), Tete e Sofala (1). Destes, 57 casos foram positivos, 61 casos negativos, 9 casos descartados por não cumprirem com os critérios da definição de caso em vigor no país; **1 caso está pendente, à espera de confirmação laboratorial**. Entre os casos positivos, 36 eram pacientes do sexo feminino e 21 do sexo masculino. A distribuição por grupo etário, mostrou que no sexo feminino, os grupos de 0-4 e 30-34 anos foram os mais afectados; no sexo masculino foram mais frequentes nos grupos etários de 5-9 , 10-14 e 30-34 anos. **Ocorreram 2 óbitos entre os casos confirmados de gripe A H1N1.**

## 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 confirmados laboratorialmente ou através de testes rápidos. Durante os primeiros 9 meses de 2009 foram registados **3.276.313** casos de malária e **1.906** óbitos contra **3.936.627** casos e **2.481** óbitos no mesmo período de 2008. Houve uma redução nos casos em **17%** e de **23%** nos óbitos. A taxa de letalidade mantém-se estacionária (**0,06%**). As Províncias de Nampula, Zambézia, Sofala, Manica e Cabo Delgado destacam-se por terem contribuído com uma maior proporção de casos de malária (16,9%, 14,3%, 11,4%, 9,3% e 9,1%) respectivamente. A Província e a Cidade de Maputo, têm vindo a reduzir o número de casos notificados.

Gráfico 1: Comparação de casos de malária, 9 meses 2008/09

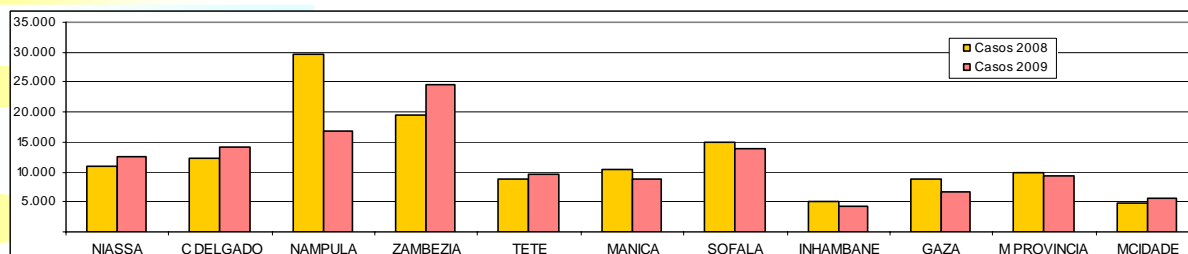


FONTE: BES

### DISENTERIA

Os casos notificados referem-se à diarreia sanguinolenta de etiologia indeterminada. Durante os primeiros 9 meses de 2009, foram notificados **126.369** casos e **20** óbitos, contra **135.203** casos e **6** óbitos em 2008. Houve uma **redução de cerca de 7% no número de casos**. As províncias com mais casos notificados foram as de Zambézia (24.705), Nampula (16.725), Cabo Delgado (14.063) e Sofala (13.819). Inhambane (4.279) e Maputo Cidade (5.613) registaram o menor número de casos. A disenteria com maior interesse para a vigilância epidemiológica é a causada pela *Shigella dysenteriae*. Contudo o sistema de vigilância das disenterias não têm incluído a confirmação laboratorial. Não se registaram surtos no período em análise.

Gráfico 2: Comparação de casos de Disenteria, 9 meses 2008/2009

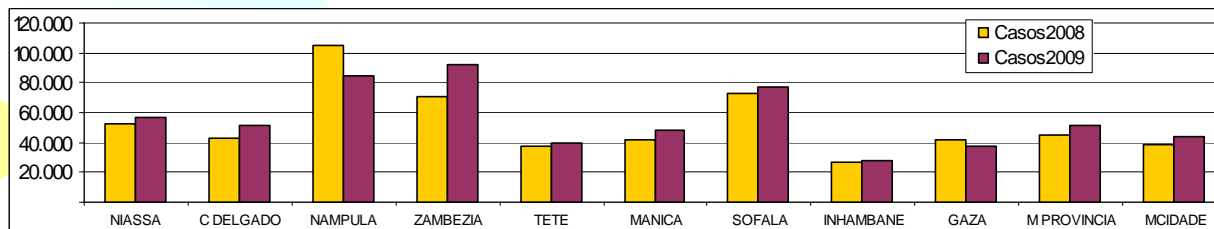


FONTE: BES

## DIARREIA

Durante os primeiros 9 meses de 2009 foram notificados no BES **611.977** casos e **608** óbitos por diarreia contra **576.419** casos e **699** óbitos em 2008. Houve um aumento de **6%** no *número de casos*. A distribuição de casos por grupo etário mostrou que a proporção mais elevada (51%) registou-se no grupo de menores de 4 anos, enquanto que no grupo de  $\geq 15$  anos foi 35%. A taxa de letalidade em todos os grupos etários foi de 0,1%.

Gráfico 3: Comparação de casos de diarreia, 9 meses 2008/2009

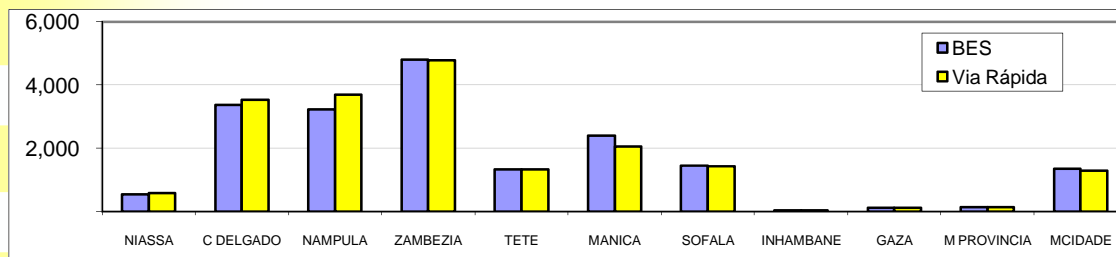


FONTE: BES

## CÓLERA

Entre Janeiro e Setembro, todas as províncias notificaram casos de cólera pela via rápida totalizando **19.041** casos de cólera e **147** óbitos (taxa de letalidade 0,8%), contra **6.330** casos e **64** óbitos (taxa de letalidade de 1%) no mesmo período de 2008. Comparando os casos notificados através do BES e pela comunicação diária (via rápida), verificou-se que existe **uma diferença de 235 casos**, devido à não agregação no BES dos dados notificados diariamente pela via rápida (BES 18.806 casos e 147 óbitos). **Recomenda-se que as províncias harmonizem com urgência os dados destas fontes, o que possibilitará uma análise mais completa da perfil epidemiológico desta doença.**

Gráfico 4: Discrepância de casos de cólera notificados no BES e pela via rápida

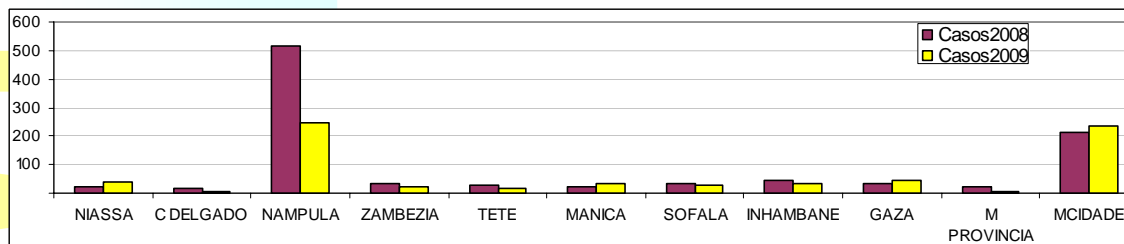


FONTE: BES

## 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 meningites de outras etiologias. Durante os 9 meses de 2009 foram notificados através do BES, **712** casos e **121** óbitos (taxa de letalidade=17%) contra os **989** casos e **148** óbitos (taxa de letalidade=15%) notificados em 2008. 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, 9 meses 2008/2009



FONTE: BES

## PESTE

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

## RAIVA

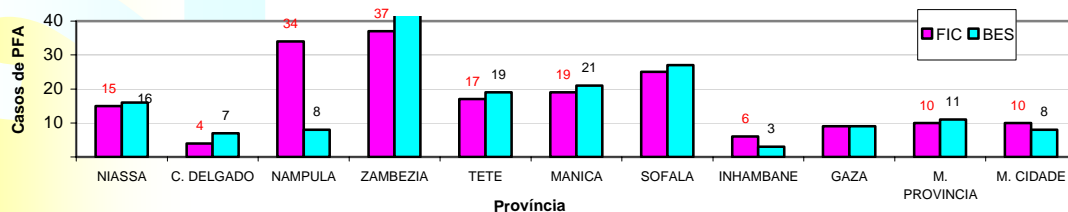
Durante os nove meses de 2009 foram notificados **5.351** casos de mordedura animal e **38** casos de raiva contra **5.265** casos de mordedura animal e **46** casos de raiva do ano 2008. Comparativamente aos 9 meses do ano passado a notificação de casos de raiva reduziu em cerca de **17%**. Em 2009 os casos ocorreram nas províncias de Niassa e Sofala (8), Nampula e Zambézia (6), Gaza (4), M. Cidade e Cabo Delgado (2) e Tete e Manica (1) 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 de PFA devem ser investigados e confirmados laboratorialmente. Até Setembro de 2009 foram notificados **205** casos e **1** óbito no BES, contra **99** casos e **0** óbitos no mesmo período do ano anterior. Foram investigados **186** 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, Janeiro a Setembro de 2009**



FONTE: BES/Fichas de Investigação de caso

A taxa de detecção foi de 2.6 por 100.000 crianças menores de 15 anos e a percentagem de fezes de boa qualidade foi de 81% (valor inferior ao recomendado pela OMS:>85%); no que concerne à taxa de detecção, a Província de Cabo Delgado teve o desempenho mais baixo, enquanto que proporção de fezes de boa qualidade foi igualmente baixas em Nampula e Niassa. 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".

**Tabela 1: Monitoria dos indicadores de PFA, Janeiro a Setembro de 2009**

	Casos esperados	Casos notificados	Taxa de detecção anualizada de casos de PFA não pólio	Casos de PFA com 2 amostras de fezes até 14 dias após início da paralisia N (%)	Classificação dos casos				Fezes indequadas	Controlo aos 60 dias
					confirmado	compatível	descartado	Não classificado		
C. Delgado	8	4	0.7	3 (75)	0	0	3	1	1	0
Gaza	6	9	2.0	7 (78)	0	0	5	4	2	0
Inhambane	7	6	1.1	4 (67)	0	0	4	2	2	0
Manica	7	19	3.6	18 (95)	0	0	17	2	1	0
M. Província	5	10	2.7	8 (80)	0	0	8	2	2	0
M. Cidade	6	10	2.2	10 (100)	0	0	10	0	0	0
Nampula	18	34	2.5	19 (56)	0	0	19	15	15	0
Niassa	5	15	4.0	4 (27)	0	0	4	11	11	0
Sofala	8	25	4.2	23 (92)	0	0	20	5	2	14
Tete	8	17	2.8	17 (100)	0	0	15	2	0	0
Zambézia	18	37	2.7	37 (100)	0	0	32	5	0	7
<b>Moçambique</b>	<b>96</b>	<b>186</b>	<b>2.6</b>	<b>150 (81)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>137</b>	<b>49</b>	<b>36</b>	<b>21</b>

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 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. 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

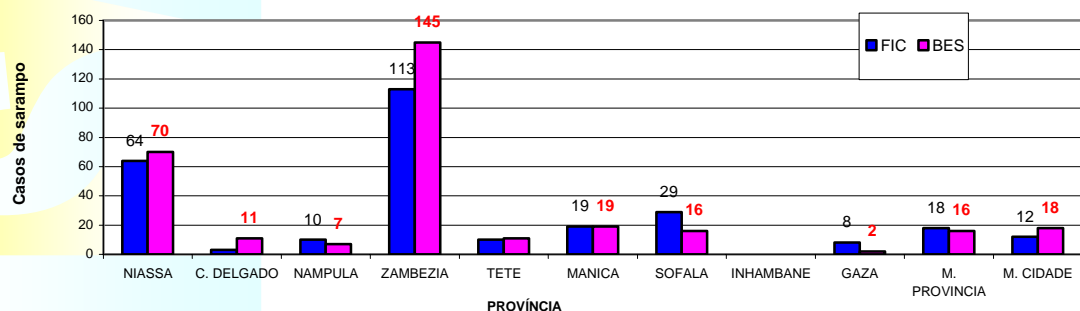
Os casos recolhidos através do BES incluem todos os casos clínicos suspeitos diagnosticados nas consultas e nos internamentos em todos os níveis de atenção. Como norma todos os casos suspeitos devem ser investigados e confirmados laboratorialmente. No período em análise (Tabela 2) foram notificados 315 casos suspeitos de sarampo no BES e 1 óbito, contra 294 casos 0 óbitos no mesmo período de 2008. Foram investigados 286 casos suspeitos através da Ficha de Investigação de Caso. Embora se tenha registado uma melhoria considerável comparativamente a 2008, a província de Inhambane ainda não notificou nenhum caso suspeito, enquanto que Cabo Delgado, Gaza, Nampula e Tete têm um baixo desempenho. 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 anualizada	Amostras colhidas N (%)	Resultados para sarampo			Resultados para rubéola		
					Pos.	Neg.	Indet	Pos.	Neg.	Indet
C. Delgado	18	3	0.2	3 (100)	0	3	0	0	0	0
Gaza	14	8	0.8	7 (90)	5	2	0	0	7	0
Inhambane	15	0	0.0	0 (0)	0	0	0	0	0	0
Manica	15	19	1.7	19 (100)	1	18	0	1	11	1
M. Província	12	18	2.0	18 (100)	0	17	0	0	18	0
M. Cidade	14	12	1.1	12 (100)	0	11	1	3	9	0
Nampula	41	10	0.3	10 (100)	1	9	0	0	9	0
Niassa	11	64	7.8	63 (98,4)	1	59	3	1	51	2
Sofala	18	26	2.1	29 (100)	0	29	0	10	10	2
Tete	17	10	0.8	10 (100)	0	10	0	7	3	0
Zambézia	41	113	3.7	111 (98.2)	1	106	4	8	94	4
<b>Moçambique</b>	<b>216</b>	<b>286</b>	<b>1.8</b>	<b>282 (99)</b>	<b>9</b>	<b>264</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>212</b>	<b>9</b>

FONTE: Fichas de investigação de caso

Gráfico 7: Casos suspeitos de Sarampo notificados e investigados, Janeiro a Setembro de 2009



FONTE: BES/Fichas de investigação de caso

### Recomendações para a melhoria da vigilância das PFA e sarampo:

1. Recomenda-se que as províncias com baixo desempenho para PFA (C. Delgado e Inhambane) e sarampo (C. Delgado, Gaza, Nampula e Tete) elaborem e implementem urgentemente um plano de busca activa de casos. A cópia deste plano e o relatório de progresso devem ser enviados ao Departamento de Epidemiologia.

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.

#### TÉTANO NEONATAL

Foram notificados 31 casos e 2 óbitos (T. Letalidade=6,5%) no BES e investigados 18 casos através das Fichas de Investigação de Caso. Em igual período do ano anterior foram notificados 13 casos e 4 óbitos (T. Letalidade= 30,8%) no BES.

### 6. VIGILÂNCIA DAS OUTRAS DOENÇAS NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

#### LEPRA

Durante os 9 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

No período em análise comparativamente ao igual período do ano passado houve uma evolução de 9% na notificação global de casos, de 29.711 casos notificados de Janeiro a Setembro de 2008 para 32.304 casos notificados nos primeiros 9 meses de 2009. Com relação a **detecção de casos de Tb** com baciloscopia positiva (CNBK+), registou-se um crescimento na ordem de 2.4% comparativamente ao mesmo período de 2008; o número de casos com BK- e de Tb extrapulmonar, também aumentaram, representando 9% e 4% respectivamente.

##### Avaliação dos Resultados do Tratamento

Os casos avaliados neste relatório correspondem a cohort do ano de 2008, cujos dados estão disponíveis. A taxa de **cura** foi de 82.3%. A semelhança dos períodos anteriores, a região norte do país apresenta as melhores taxas de cura, sendo a mais elevada na Província de Cabo Delgado (88%). As províncias com as taxas de cura mais baixas são Gaza (75%), Maputo Cidade (77%) e Inhambane (79%). A taxa de **abandono** baixou de 4.5% para 4%, devido à melhoria das actividades de busca aos doentes faltosos, a promoção da adesão ao tratamento e a implementação da estratégia DOTS-Comunitário. Dos casos BK+ avaliados, verificou-se uma taxa de **óbitos** de 9.6%, tendo as províncias de Gaza (14%), Manica (13.6%) e Inhambane (12.3%) registado taxas relativamente elevadas, o que pode ser atribuído ao atraso na chegada a unidade sanitária, numa fase avançada da doença, bem como a co- infecção TB/HIV.

#### Infecções de Transmissão Sexual - ITS/HIV/SIDA

##### ITS

Durante os primeiros nove meses de 2009 foram notificados 267.618 casos de ITS, permanecendo a leucorreia o síndrome mais prevalente.

**Tabela 3: Casos de ITS por síndrome, Janeiro a Setembro, 2008/2009)**

Síndrome	2008	%	2009	%
Leucorreia	193.834	39.7	105.541	39.4
Úlcera genital	173.343	35.5	93.526	35
Corrimento uretral	120.838	24.8	68.551	25.6

FONTE: PNC ITS/HV/SIDA

Foram notificados **84.766** contactos (**31.7% dos casos**) contra **216.395 (44%)** em igual período do ano anterior; **56.6%** dos casos de ITS foram notificados no sexo feminino. O rastreio da sífilis na mulher grávida cobriu apenas **58.4%** das utentes observadas na primeira consulta pré natal, devido a irregularidade na disponibilidade de testes rápidos de sífilis e de reagentes RPR.

**Tabela 4:** Rastreo da sífilis na mulher grávida (Janeiro- Setembro 2009/2008)

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

FONTE: PNC ITS/HV/SIDA

#### Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)

Durante o este período 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. Cerca de **85%** dos utentes que procuraram os serviços de ATS foram testados para o HIV com taxa de positividade de **24%**, destacando-se a província de Gaza com 34% de positividade. Pelos dados disponíveis em igual período de 2008 cerca de **91%** dos utentes que procuraram os serviços de ATS se submeteram ao despiste do HIV/SIDA, o que significa uma diminuição **6%** de adesão nestes serviços.

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

Ano	Total atendidos	Feminino	Masculino	Total testados	HIV +	HIV –	Indt
2008	379.323	226.483 (59%)	152.840 (40%)	344.906 (91%)	80.554 (23%)	261.815 (76%)	2.537 (0,7%)
2009	335.408	201.017 (59%)	134.391 (40%)	286.534 (85%)	67.544 (24%)	216.814 (76%)	2.176 (0,75%)

FONTE: PNC ITS/HV/SIDA

#### Tratamento Anti-Retroviral (TARV)

Até 31 de Agosto de 2009 havia **157.190** pacientes em TARV (**144.986** adultos e **12.204** <15 anos). O número de sítios de TARV continua **216**. Os resultados de avaliação Nacional de Programa do TARV do adulto 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, haviam sido transferidos até ao fim do mês de Agosto do Hospital de Dia do HCM **3.053** pacientes, dos quais **2.189** em TARV e **869** não estavam em TARV. O mesmo processo já esta em curso nas outras províncias do país.

### 7. RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO

#### Formação em Epidemiologia de Campo e Treino Laboratorial - FELTP:

De 29 de Junho a 30 de Setembro teve lugar o primeiro curso de Investigação e Resposta a Surtos realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o CDC - Atlanta, onde foram formados 23 Técnicos de Saúde das áreas de Epidemiologia e Laboratório. No final do curso os participantes divididos em grupos de 2 apresentaram diferentes trabalhos de pesquisa, cujos relatórios artigos estarão disponíveis na página web do MISAU a partir do próximo mês de Dezembro e serão divulgados nos próximos boletins. No curso foi distinguido o trabalho sobre *Febres de Origem Indeterminada*, realizado por Marques Machaieie e Ambrósio Randinho da província de Manica.

A partir do ano 2010 o Departamento de Epidemiologia espera realizar 2 cursos anuais de curta duração, bem como introduzir um mestrado nesta área, em parceria com a Universidade Eduardo Mondlane.

### 8. DESTAQUE: REUNIÃO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O sistema de vigilância de doenças transmissíveis (SVE) através do BES foi introduzido em Moçambique em 1977. Desde a sua implementação, vários têm sido os passos dados com objectivo de melhorar a fiabilidade dos dados das doenças notificadas através do BES.

Contudo, apesar do investimento significativo a todos os níveis em recursos humanos, financeiros e materiais, as várias avaliações e/ou estudos realizados desde a sua implementação (MISAU e OMS, 2007; Martins, 2005; Dgedge et al.; 2003; OMS, 2003; Lindelow, Ward e Guillouzie-Zorzi, 2003; MISAU, OMS e CDC, 2001; Sitói e Piotti, 1999a) têm demonstrado a existência de diversos constrangimentos, nomeadamente: sub/sobre notificação de dados; produção de dados incorrectos, incompletos e não atempados; incumprimento das normas e procedimentos do SVE; inexistência de retroinformação e de mecanismos controlo de qualidade institucionalizados; inexistência de arquivos e rotura de stock de instrumentos, com o conseqüente uso de instrumentos desactualizados e/ou inapropriados para o nível de atenção; supervisão, formação e treino inadequados em epidemiologia básica, vigilância e estatística,

sobretudo a nível distrital; grande rotatividade dos trabalhadores, principalmente na zona rural; análise deficiente de dados segundo tempo, pessoa e lugar.

Como forma de reverter esta situação e de responsabilizar cada um dos intervenientes deste processo, realizou-se nos dias 6 e 7 de Agosto de 2009, a Reunião Nacional de Vigilância Epidemiológica, orientada pelo Sr. Ministro da Saúde, que para além dos Responsáveis Provinciais de Vigilância Epidemiológica e contou com a presença dos Srs. Directores Provinciais de Saúde, Directores Nacional de Saúde Pública e seus Adjuntos, Chefes de Departamento de Outras Doenças Transmissíveis, Doenças Não Transmissíveis, Saúde Ambiental, bem como dos Chefes do Programa Alargado de Vacinações e de Saúde Infantil do MISAU.

Esta Reunião teve como objectivos (i) analisar a situação actual da Vigilância Epidemiológica das doenças de notificação obrigatória notificadas através do BES; (ii) discutir os constrangimentos existentes para a realização das actividades da Vigilância Epidemiológica; (iii) discutir e propor medidas apropriadas para reverter a fraca qualidade dos indicadores de vigilância das doenças alvo de eliminação e erradicação. Este encontro teve uma forte componente formativa, pelo que foram discutidos vários aspectos ligados a vigilância epidemiológica e qualidade de dados do BES incluindo das doenças sujeitas a programas de erradicação, cólera, meningites, gripe A H1N1, doenças não transmissíveis, Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e aspectos teóricos e práticos da investigação de um surto.

Entre as principais recomendações de destacar a necessidade do aumento dos indicadores de PFA e sarampo (cada Distrito deve notificar pelo menos 1 caso por ano, mesmo os que possuem uma população inferior a 100.000 habitantes); a divulgação das normas para o diagnóstico diferencial da rubéola; o preenchimento correcto e completo das Fichas de Investigação de Caso de Sarampo e PFA bem como a elaboração das histórias clínicas dos mesmos; a melhoria da qualidade das amostras de PFA e sarampo enviadas aos Laboratório; fazer um estudo retrospectivo para caracterizar a etiologia das meningites registadas no país nos últimos 10 anos, bem como a realização de um estudo prospectivo em colaboração com o INS sobre a etiologia desta doença; a formação do pessoal das províncias para o uso nos novos instrumentos do BES e VIDR, bem como na análise e interpretação de dados; estudo e divulgação do RSI a nível das províncias e elaborar um cronograma discriminando as suas actividades até 2012.

Espera-se que a implementação destas recomendações se reflecta na melhoria da qualidade de informação (completa e atempada) das doenças notificadas através do BES e a capacidade das províncias na investigação e detecção precoce de surtos; no alcance das metas anuais para os indicadores "Taxa de detecção de casos" e "Proporção de amostras com qualidade" para as doenças alvo de erradicação/eliminação; na redução do número de distritos silenciosos no país para as doenças alvo de erradicação/eliminação; e ainda, na sensibilização das Direcções Provinciais de Saúde para a importância da implementação do RSI.

**Título:** Boletim Epidemiológico N° 3/2009.

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

**Redactores:** Lorna Gujral, Jeremias Mate; **Revisor:** Mouzinho Saide

**Colaboradores:** Alzira Mabote, Alcino Ndeve, Egídio Langa, Hélia Catine

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

**Portal:** [www.misau.gov.mz](http://www.misau.gov.mz) - **Contactos:** [vigilanciaepi@misau.gov.mz](mailto:vigilanciaepi@misau.gov.mz); [lgujral@misau.gov.mz](mailto:lgujral@misau.gov.mz);