



Caracterização Etiológica da Febre Aguda, Cidade de Nam-pula, Janeiro a Março de 2024 - Pág. 4

Perfil Epidemiológico, Demográfico e Clínico de Pacientes Menores de 5 Anos com Infecções Respiratórias Agudas Internados no Hospital Central de Maputo e Hospital Geral de Mavalane – 2023 - Pág. 8

Análise Descritiva de Casos Suspeitos de Sarampo Durante Um Surto De Sarampo no Distrito de Chiúre, 2024 - Pág. 13

Consequências Psicossociais da Malformação Congénita em Pais de Crianças Menores de 12 Meses no Distrito de Nicoadala, 2024 - Pág. 18

Conhecimentos e Práticas de Profissionais de Saúde na Prevenção do Suicídio no Hospital Central da Beira, Primeiro Trimestre de 2021 - Pág. 22

ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE CASOS RECRUDESCENTES DE SARAMPO, DISTRITO DE ANGÓNIA, 2023-2024, PROVÍNCIA DE TETE

O sarampo constitui um grave problema de saúde pública. Em países em desenvolvimento, surtos epidémicos são frequentes. A África tem sido a região mais afectada e, em 2019, concentrou 71,0% das 207.500 mortes globais. [Ver pág. 28](#)



FICHA TÉCNICA

Direcção

Eduardo Samo Gudo

Director-geral - INS

Sofia Viegas

Directora-geral Adjunta - INS

Coordenação

Rufino Gujamo - INS

Editora-Chefe

Liliana Dengo - INS

Editor-Chefe Adjunto

Alexandre Mulhanga - INS

Comité Editorial

Ivalda Macicame - INS

Leonildo Balango - INS

Liliana Dengo - INS

Rufino Gujamo - INS

Revisão Científica

Imelda Chelene

Odete Matola

Naisa Manafe

Almiro Tivane

Sádia Pereira

Américo Zandamela

Yolanda Utui

Clemência Massina

Jackson Somar

Lisartino José

Pascoal Alho

Nádia dos Santos

Auria Banze

Faiza Sallé

Fabião Mause

Alex Rodrigues

Revisão Linguística

Ananias Langa - INS

Denise Milice - INS

Leonildo Balango - INS

Secretariado

Áurea Tovele

Lúcia Sandra

Desenho Gráfico

Júlio Nandza

Gestão da Página Web

Anísio Bule

Mussa Chaleque



Nota Editorial

A presente edição do **Caderno de Saúde Pública (CSP)** reflecte o compromisso contínuo do Instituto Nacional de Saúde em fortalecer a produção, disseminação e utilização de evidência científica para melhorar as políticas e práticas de saúde pública em Moçambique.

Os estudos aqui reunidos representam uma amostra da diversidade de desafios epidemiológicos e sociais enfrentados no país. Apesar das diferenças temáticas, emergem **cinco lições centrais** para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde:

1. **Integração da vigilância epidemiológica e laboratorial** — A caracterização etiológica da febre aguda e o surto de sarampo em Chiúre evidenciam a importância de uma vigilância integrada, que combine diagnóstico laboratorial, investigação de campo e resposta rápida, assegurando decisões baseadas em evidências.
2. **Fortalecimento da prevenção e imunização** — A persistência de doenças evitáveis, como o sarampo e as infecções respiratórias agudas reafirma a urgência de manter elevadas coberturas vacinais, cadeias de frio funcionais e estratégias de alcance às populações mais vulneráveis.
3. **Valorização da saúde mental e do apoio psicossocial** — A análise sobre o impacto das malformações congénitas e a avaliação de práticas na prevenção do suicídio mostram a necessidade de integrar a saúde mental em todos os níveis do sistema, com destaque para o apoio emocional e formação de profissionais.
4. **Atenção à equidade e aos determinantes sociais da saúde** — As disparidades observadas entre áreas urbanas e rurais, condições socioeconómicas e crenças culturais reforçam que as políticas de saúde pública devem abordar, de forma coordenada, os determinantes sociais e ambientais que amplificam a vulnerabilidade das populações.
5. **Promoção da investigação aplicada e da tradução do conhecimento** — Todos os artigos reforçam o papel estratégico da investigação operacional conduzida pelas delegações provinciais do INS, que transforma dados locais em orientações práticas para vigilância, prevenção e cuidado.

O Comité Editorial reconhece o esforço e a dedicação das equipas provinciais e nacionais envolvidas na recolha, análise e divulgação destes dados. Que as evidências aqui apresentadas sirvam como instrumento de reflexão e acção para os decisores, profissionais de saúde e parceiros, consolidando um sistema de saúde mais resiliente, equitativo e baseado em ciência.

Boa leitura!

A Editora-Chefe

Liliana Dengo

CARACTERIZAÇÃO ETIOLÓGICA DA FEBRE AGUDA, CIDADE DE NAMPULA, JANEIRO A MARÇO DE 2024

*¹Fiel Correia; ¹Atija Marcelino, ¹Madalena Zacarias; ¹Jamilo Chabane; ¹Gabriel António, ¹Íria Marques; ¹Nortêncio; ¹Américo Barata.

¹Instituto Nacional de Saúde - Delegação Provincial de Nampula, Repartição de Inquéritos e Observação em Saúde

fiel.correia@gmail.com *

RESUMO

Introdução: A febre aguda é uma condição clínica caracterizada por elevada temperatura corporal sem causa aparente e constitui um dos principais motivos da procura dos cuidados de saúde nas Unidades Sanitárias (US) da cidade de Nampula. **Objectivo:** Analisar a etiologia e os factores sociodemográficos/clínicos associados à malária/dengue em pacientes com febre aguda notificados em duas US da cidade de Nampula. **Metodologia:** realizou-se um estudo retrospectivo transversal de análise de dados secundários da vigilância da febre aguda, 1º trimestre de 2024. **Resultados:** Incluíram-se 442 pacientes, dos quais 56% do sexo feminino, 39% (173) da faixa etária dos 25-34 anos, 46,6% (206) domésticos, sendo a maior parte proveniente do bairro de Mutauanha, 16,75%. A positividade de malária foi de 43% (190), dengue 54,5% (241) e 24,9% (110) tiveram coinfeção da dengue e malária. Pacientes do sexo feminino e com sintomatologia grave tiveram mais chances de ter dengue OR=2,0 (IC=1,0-2,5), coinfeção malária/dengue OR=2,0 (IC=1,2-3,3), coinfeção *P. falciparum* com outra espécie OR=2,9 (IC=1,7-5,2) com p= 0,016 e 0,00,1 respectivamente. **Conclusão:** A malária e a dengue foram as principais causas de febre aguda em Nampula, havendo presença de *Plasmodium ovale* e *P. malariae*.

Palavras-chave: Dengue, Febre aguda, Malária; Nampula

INTRODUÇÃO

A Febre Aguda (FA) é uma condição clínica caracterizada por elevada temperatura corporal sem causa aparente, acompanhada de sinais e sintomas: calafrios, sudorese, cefaleia, mal-estar, cansaço, mialgia, artralgia, anorexia, náuseas, vômitos, fotofobia, dor ocular e tosse.¹

A etiologia da febre, na maioria das vezes, é infecciosa de causa simples e autolimitada, mas pode ser secundária a uma infecção grave com potencial risco de vida,² podendo também ser

causada por doenças não infecciosas, tais como: neoplasias, inflamações, doenças autoimunes, hemorragias, trombozes, traumas, excesso de calor e até uso de certos medicamentos.³

A epidemiologia da FA depende da causa subjacente e da região geográfica. Em áreas tropicais e subtropicais, como a África Subsaariana, é frequentemente associada a doenças infecciosas, como malária, dengue, febre tifoide, leptospirose e hepatites virais.⁴

Na cidade de Nampula, a FA constitui um dos

principais motivos da procura dos serviços de saúde. Segundo dados do SISMA, em 2024, foram notificados 313.527 casos de síndrome febril, dos quais 89945(28,7%) ocorreram na cidade de Nampula.

Com vista a aferir a etiologia, a Vigilância da Febre Aguda (VFA) foi implementada em forma piloto, com uso de Teste de Diagnóstico Rápido (TDR) da malária Duo, com capacidade de detecção de *plasmodium falciparum* e espécies causadoras de malária não especificadas (Pan), e TDR-Dengue, com capacidade de detecção de três marcadores: NS1, IgG e IGM nos centros de saúde 1º de Maio e 25 de Setembro entre os meses de Janeiro a Março de 2024.

Este estudo pretende analisar a etiologia e os factores sociodemográficos, e clínicos associados à malária e dengue em pacientes com FA atendidos nos centros de saúde de 25 de Setembro e 1º. de Maio, na idade de Nampula, 1º Trimestre de 2024.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo de abordagem quantitativa, baseado em análise de dados secundários da vigilância da febre aguda de dois centros de saúde da cidade de Nampula 1º trimestre de 2024. Foram incluídos os registos de pacientes que apresentaram completude de variáveis para responder aos objectivos da pesquisa.

Os dados foram compilados e processados na plataforma MS Excel versão 2019 para análise descritiva. O pacote estatístico Stata versão 17 foi utilizado para realizar o teste de regressão logística binária, estimando a razão de chances (*odds ratio*) a um nível de significância

$\alpha=5\%$ e intervalo de confiança IC=95%, a fim de determinar a associação entre idade, sexo, sintomas graves e ocupação com as variáveis de desfecho dengue e *plasmodium falciparum*/Pan.

Foi solicitada autorização do uso de dados da VFA ao Serviço Provincial de Saúde de Nampula para fins desta pesquisa. Durante o processamento dos dados, as variáveis referentes à identificação dos pacientes foram omitidas, de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade.

RESULTADOS

Foram incluídos 442 registos de pacientes com febre aguda, sendo: 56% (246/442), 39% (173/442) da faixa etária dos 25 a 34 anos, 47% (206/442) domésticos. Os bairros de Mutauanha e Muatala tiveram maior frequência dos casos, com 17% (75/442). Quanto à sintomatologia, houve maior proporção de pacientes com febre e dor de cabeça em termos de principais sintomas, com 27% (119/442), enquanto a fadiga e dor abdominal intensa foram os sintomas graves mais referidos, com 52% (230/442) e 39% (172/442), respectivamente.

Dos 442 pacientes atendidos com FA, 62% (276/442) foram positivos para o TDR da dengue, 56% (246/442) para a malária e 68% (300/420) tiveram comorbidade (positivo para malária e dengue). Quanto à ocupação dos casos positivos, 46% eram domésticos. Destes, ainda, 20% de estudantes e 10% de domésticos foram os grupos mais afectados. Dos pacientes positivos da malária, 54% (132/246) foram casos de coinfeção por *plasmodium falciparum* e uma espécie não identificada (Pan). E 2%(4/246) foram infecções por plasmódio não especificado. Atenção à **Tabela 1:**

Tabela 1: Distribuição da positividade por sorologia da dengue e malária em pacientes com febre aguda atendidos nos entros de saúde de 25 de Setembro e 1º. de Maio, na cidade de Nampula, de Janeiro a Março de 2024. (N=442)

TDR	Casos	% Positividade
Dengue	276	62
NS1	11	4
IgG	189	68
IgM	76	28
Malária	246	56
Pf	110	45
Pf/Pan	132	54
Pan	4	2
Comorbidade malária+dengue	300	

Etiologia

Foram colhidas 71 amostras de pacientes com o resultado positivo de malária não especificada (*Pan*), das quais 78,9% (56 /71) foram casos de coinfeção por *plasmodium falciparum* com *plasmodium malariae*, 19,7% (14/71), *plasmodium falciparum* com *plasmodium ovale* e 1,4% (1/71) apresentou apenas plasmódio *ovale*.

Factores associados à ocorrência da malária Pan e dengue em pacientes com FA

O sexo feminino e sintomatologia grave foram associados à ocorrência da dengue, com duas vezes mais chances, quando comparados aos pacientes que não apresentavam tais sintomas: OR ajustado=2,0(IC=1,0-2,5; p=0,02), comorbidade de malária e dengue OR ajustado=2,0(IC=1,2-3,3; p=0,001), coinfeção *plasmodium falciparum*+*Pan* OR ajustado=2,9(IC=1,7-5,2; p=0,001). Os guardas tiveram 10,9 mais chances de estar infectados por comorbidade de malária e dengue, com OR ajustado=10,9(IC=1,9-56,7; p=0,01); os estudantes tiveram 2,8 vezes mais chances de apresentar comorbidade da malária e dengue, com OR ajustado = 2,8(IC=1,0-7,7; p=0,04).

DISCUSSÃO

A positividade foi alta (superior a 50%) em ambas as patologias analisadas. Um estudo de metanálise, realizado na América Latina, referiu que 49,2% das 13.539 pessoas com síndrome febril teve, pelo menos, um patógeno detectado e a proporção de positividade em cada estudo variou de 4,5% a 79%⁶, corroborando com os achados desta pesquisa.

Os factores climáticos de uma determinada região podem favorecer a ocorrência dessas doenças, sendo que, nos anos em que o índice pluviométrico é maior e as temperaturas são altas, ocorre maior proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*, devido às condições climáticas e, conseqüentemente, maior infecção dos indivíduos.⁷ O período de Janeiro a Março caracteriza-se por temperaturas altas e chuvas abundantes na cidade de Nampula, o que propicia a reprodução de mosquitos *Anopheles* e *Aedes*, possivelmente aliada às precárias condições de saneamento do meio ao nível da urbe.

Um estudo realizado no Brasil⁸ com 86 pacientes avaliados, revelou que 48 (55,8%) deles foram positivos, resultados próximos aos achados nesta pesquisa.

Os achados deste estudo relatam a ocorrência de infecções de malária causada por *P. malariae* e *P. ovale*, sendo que a maioria dos casos foram coinfeções entre o *P. falciparum* e *P. malariae*, e dengue, o que pressupõe uma exposição aos mosquitos *Anopheles*, *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*.

A maior parte de pacientes com febre aguda apresenta comorbidade da dengue e malária, assim como coinfeção por *P. falciparum* com *P. Malariae/ovale*, dificultando o diagnóstico destas patologias, visto que as US apenas possuem um TDR para a detecção do *P. falciparum*. Contudo, a coinfeção, com diferentes agentes infecciosos, leva à sobreposição de suas características clínicas, que podem dificultar o diagnóstico, especialmente em áreas endémicas.⁹ Neste caso, a disponibilidade de

meios de diagnóstico apropriados para a identificação dos múltiplos patógenos nas US contribui para o controlo e manejo efectivo destas infecções.⁵

A coinfeção da dengue e malária por *Pan* aumentou em 2 vezes a chance de gravidade em pacientes do sexo feminino e com sinais e sintomas graves. Neste sentido, a presença de sinais e sintomas graves (dor abdominal intensa, vômito persistente, sangramento gengival/mucosas/nariz, fadiga e dificuldades de respiração) em pacientes com FA cujo teste de *P. falciparum* seja negativo pode sugerir uma coinfeção da dengue e malária de espécies não identificadas.

Conclui-se que as principais causas da FA, na cidade de Nampula, são a malária e a dengue. Há ocorrências de infecções por *P. malariae* e *ovale* entre os pacientes com malária não especificada e/ou coinfeção por ambas as espécies e dengue.

Sugere-se ao Ministério da Saúde a incorporação do TDR da dengue e malária duo, de modo a melhorar o diagnóstico laboratorial para a identificação de agentes etiológicos da febre aguda e o tratamento aos pacientes.

RECOMENDAÇÕES

1. **Expandir o uso de testes de diagnóstico rápido (TDR) combinados** para dengue e malária em US periféricas, permitindo a detecção precoce e precisa de coinfeções.
2. **Fortalecer a vigilância integrada da FA**, incluindo a dengue, malária e outras causas infecciosas, com fluxo regular de notificação ao nível provincial e nacional.
3. **Reforçar acções de controlo vectorial**, com ênfase em eliminação de criadouros e educação comunitária sobre prevenção de picadas de mosquitos *Aedes aegypti* e *Anopheles*.
4. **Capacitar os profissionais de saúde** na interpretação de resultados laboratoriais e reconhecimento de sintomas sugestivos de coinfeção.
5. **Promover campanhas de sensibilização** sobre sinais de alarme e procura precoce de cuidados em casos de febre persistente, reduzindo complicações e mortalidade.
6. **Incentivar estudos laboratoriais de seguimento**, incluindo tipificação molecular dos agentes e análise sazonal, para subsidiar intervenções direcionadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Voltarelli JC. Febre e inflamação. Med Ribeirão Preto [Internet]. 1994 [citado 14 de junho de 2024];27:7–48. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/36554495/febre.pdf>
2. Lambertucci JR, Ávila RE de, Voieta I. Febre de origem indeterminada em adultos. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2005 [citado 23 de agosto de 2024];38:507–13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/mHX9d-KM7NnP6zPshqkBmW5s/?lan>
3. 3SÍNDROME FEBRIL E SIGNIFICÂNCIA CLÍNICA - SECAD [Internet]. [citado 14 de junho de 2024]. Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/sindrome-febril-e-significancia-clinica>
4. Pokharel S, Karki M, Acharya B, Marasini B, Arjyal A. Outbreak of acute undifferentiated febrile illness in Kathmandu, Nepal: clinical and epidemiological investigation. BMC Infect Dis [Internet]. 2020 [citado 26 de março de 2025];20:89. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4803-8>
5. Moreira J, Bressan CS, Brasil P, Siqueira AM. Epidemiology of acute febrile illness in Latin America. Clin Microbiol Infect [Internet]. 2018 [citado 23 de agosto de 2024];24:827–35. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com>

- com/science/article/pii/S1198743X18304014
6. Etiología y caracterización epidemiológica del síndrome febril no palúdico en tres municipios del Urabá antioqueño, Colombia | *Biomédica (Bogotá)*;33(supl.1): 99-107, set. 2013. tab | LILACS [Internet]. [citado 23 de agosto de 2024]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-695801>
 7. Ferreira Saraiva E, Sauer L, Villela Flesh M. Influência do clima urbano da cidade de Campo Grande, MS, na quantidade de casos registrados de dengue: um estudo de caso via modelo de regressão Poisson. *Interações* [Internet]. 2023 [citado 14 de junho de 2024];24. Disponível em: [https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&pro-](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&pro-file=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=15187012&AN=173326823&h=vyk-WJVg%2Bs62Hj9BV4D4drvUR-Pual8tMhjgmVwqc3eK4HKOkdlJw9f5Wfw-JEeyMas6N7yl%2FHXe27G5HuxPn-hkVA%3D%3D&crl=c)
 8. Bezerra LF de M. Diagnóstico laboratorial de dengue e leptospirose em pacientes com síndrome febril aguda. 2012 [citado 23 de agosto de 2024]; Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/6889>
 9. MALÁRIA CGDCI, META-ANÁLISE RSE. OBJETIVO E DESENHO DO ESTUDO. [citado 23 de agosto de 2024]; Disponível em: <http://www.adaltech.com.br/anais/medtrop2018/resumos/PDF-eposter-trab-aceito-15111-5.pdf>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES MENORES DE 5 ANOS COM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS INTERNADOS NO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO E HOSPITAL GERAL DE MAVALANE – 2023

Telgídio Lavínio Matusse^{1,*}, Samuel Nuvunga¹, Almiro Tivane²

¹Instituto Nacional de Saúde - Delegação Provincial da Cidade de Maputo, ²Instituto Nacional de Saúde – Sede

telgidio.matusse@ins.gov.mz

RESUMO

Introdução: A ocorrência de doenças respiratórias em crianças menores de cinco anos está associada a factores como baixo peso ao nascer, poluição ambiental, ausência de vacinação e condições socioeconómicas precárias. Este estudo analisou o perfil epidemiológico, demográfico e clínico de pacientes internados por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) no Hospital Central de Maputo e Hospital Geral de Mavalane entre Janeiro e Dezembro de 2023. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, com dados secundários de vigilância das infecções respiratórias agudas nos postos sentinelas do Hospital Central de Maputo (HCM) e Hospital Geral de Mavalane (HGM) do período de Janeiro a Dezembro de 2023 em pacientes menores de 5 anos. **Resultados:** Nos 648 casos analisados, houve predominância do sexo masculino (57,9%). A maioria das crianças internadas (46,3%) estava na faixa etária de 12 a 24 meses, e 11% das crianças apresentaram baixo peso. Foram sintomas mais prevalentes: tosse (97,7%) e dificuldades respiratórias (90,9%). 21% das crianças apresentaram comorbidades respiratórias associadas. **Conclusão:** as IRA per-

manecem uma importante causa de internamento pediátrico, sendo essencial o reforço de estratégias preventivas e diagnósticas.

Palavras-chave: Infecções respiratórias agudas; Crianças; Hospitalização; Epidemiologia

INTRODUÇÃO

As IRA constituem, ainda, um problema de saúde pública global que requer um monitoramento dos sistemas de saúde. Os agentes patogénicos destas infecções causam doenças respiratórias, como a bronquite, pneumonia, influenza, cujo agravamento constitui a indicação mais comum para internamento hospitalar (1). Eles podem levar à fatalidade, com maior incidência para menores de 5 anos (2). Apesar de elas ocorrerem a nível global, são mais prevalentes nos países subdesenvolvidos do que nos países desenvolvidos (2).

A ocorrência de doenças respiratórias na faixa pediátrica está relacionada a factores como baixo peso à nascença, residência em locais com altos níveis de poluição, baixa escolaridade, ausência de vacinação contra pneumococo e sarampo (2), factores estes que, em Moçambique, são encontrados devido à sua condição de baixo desenvolvimento.

Dum estudo feito em Moçambique, consta que as infecções respiratórias agudas, com destaque para pneumonia, já foram a maior causa de morbidade e mortalidade entre as crianças menores de 5 anos. Os factores ambientais para tal ocorrência foram a sazonalidade, poluição atmosférica doméstica, aglomeração e o tabagismo (3).

O internamento de crianças por doenças respiratórias é mediante a observância de sintomas clinicamente avaliados, dos quais a dificuldade respiratória consta como um dos principais, havendo outros agentes patogénicos associados, como a asma, que, pelo diagnóstico clínico, levam a criança ao internamento. Nisto, o estudo busca

analisar o perfil epidemiológico, demográfico e clínico de pacientes menores de 5 anos internados por infecções respiratórias agudas no Hospital Central de Maputo e Hospital Geral de Mavalane de Janeiro a Dezembro de 2023.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal com dados secundários vigilância das infecções respiratórias agudas nos postos sentinelas do HCM e HGM no período de Janeiro a Dezembro de 2023, com o objectivo de analisar o perfil epidemiológico dos pacientes menores de 5 anos internados por IRA no HCM e HGM, na cidade de Maputo.

Descrição da fonte de dados: A vigilância de IRAS é uma vigilância sentinela de base hospitalar e laboratorial do INS que tem como um dos objectivos vigiar a circulação de vírus respiratório de influenza, *Sars-Cov-2* e RSV através da colheita de amostras e do envio à testagem no laboratório central do INS. Os pontos focais da vigilância, através do instrumento de recolha de dados, reportam para a base de dados da vigilância informação sociodemográfica e epidemiológica dos pacientes que são testados e, semanalmente, dados agregados de todos os pacientes que são internados nas enfermarias da pediatria.

População do estudo: Foram considerados, neste estudo, pacientes internados com idade menor ou igual a 5 anos, com doenças respiratórias e que entraram no sistema de vigilância das infecções respiratórias agudas de Janeiro a Dezembro de 2023.

Variáveis do estudo: Foram incluídas as se-

guintes variáveis: idade, sexo, histórico vacinal (DTP_HepB_PCV10, Pcv13, sarampo, outras), sintomas apresentados e presença de comorbidades respiratórias crônicas. Foram analisadas as variáveis de idade, sexo, estado vacinal, principais sintomas e condições clínicas associadas.

Análise de dados: As análises incluíram estatísticas descritivas e testes de associação entre variáveis, como o teste qui-quadrado para variáveis categóricas e o teste de *Mann-Whitney* para comparação de idades. Considerou-se significância estatística para $p < 0,05$.

Para avaliar a existência de associação entre a faixa etária das crianças e a presença de comorbidade respiratória crônica, foi construída uma tabela de contingência com as frequências absolutas de cada categoria. Em seguida, foi aplicado o teste do qui-quadrado de *Pearson*, adequado para variáveis categóricas nominais. O teste foi utilizado para verificar se a distribuição da comorbidade variava significativamente entre as diferentes faixas etárias definidas: 0–6 meses, 7–11 meses, 12–24 meses e 25–60 meses. Foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). O objectivo desta análise foi identificar se a idade, representada em faixas etárias, estava estatisticamente associada à maior ou menor prevalência de doenças respiratórias crônicas entre as crianças hospitalizadas por IRA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características demográficas Durante o período em análise, foram examinados dados de 648 registos de crianças menores de cinco anos internadas por infecções respiratórias agudas no HCM e HGM. A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas e clínicas desses pacientes.

Do total de crianças internadas, 375 (57,9%)

eram do sexo masculino e 273 (42,1%), do sexo feminino, indicando uma leve predominância de meninos entre os casos hospitalizados.

Em relação à faixa etária, observou-se que a maioria dos casos estava concentrada entre 12 e 24 meses de idade, representando 300 casos (46,3%), seguida pelas faixas de 25 a 60 meses, com 190 casos (29,3%); 0 a 6 meses, com 104 casos (16%), e a menor proporção entre 7 a 11 meses, com 54 casos (8,3%). Este padrão reforça que a maior vulnerabilidade às IRA se dá entre 1 e 2 anos de idade, período crítico do desenvolvimento imunológico.

Quanto ao peso ao nascer, dos 648 prontuários analisados, 71 crianças (11%) nasceram com peso igual ou inferior a 2,5 kg, caracterizando baixo peso ao nascer. Cerca de 446 crianças (68,8%) nasceu com peso entre 2,6 kg e 3,9 kg, considerado adequado. Ainda, 131 crianças (20,2%) apresentaram peso ao nascer igual ou superior a 4,0 kg.

Tabela 1. Características demográficas entre pacientes < 5 anos internados por IRA no HCM e HGM em 2023

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	273 (42.1)
Masculino	375 (57.9)
Idade (Meses)	
0 - 6	104 (16)
7 - 11	54 (8.3)
12 - 24	190 (29,3)
25 - 60	54 (8.3)
Peso à nascença (Kg)	
≤ 2,5	71 (11)
≥ 4,0	131 (20.2)
2,6 - 3,9	446 (68.8)
Proveniência (Distrito)	
KaMavota	237 (36.6)
KaMaxaquene	143 (22.1)
Matola	109 (16.8)

Marracuene	23 (3.5)
KaMpfumo	37 (5.7)
Nlhamankulu	19 (2.9)
KaMubukwana	56 (8.6)
Outro Maputo Província	11 (1.7)
Outro Maputo Cidade	13 (2)
Vacinações	
DTP_HepB_PCV10	620 (95.7)
Pcv13	612 (94.4)
Sarampo	495 (76.4)
Outras vacinas	2 (0.3)
Sintomas	
Tosse	633 (97.7)
Dificuldades respiratórias	589 (90.9)
Congestão nasal	269 (41.5)
Rinorreia	264 (40.7)
Outros sintomas	269 (41.5)
Comorbidades respiratórias associadas	
Sim	136 (21)
Não	512 (9)

Discussão

A predominância do sexo masculino (57,9%) entre os internados corrobora dados encontrados em diversos estudos sobre infecções respiratórias em crianças. Pesquisas como as de (4), mostram que os meninos têm uma maior taxa de hospitalização por IRA, devido à maior vulnerabilidade imunológica e diferenças fisiológicas entre os sexos. Além disso, a concentração dos casos na faixa etária de 12 a 24 meses (46,3%) reflecte o facto de que o período de 1 a 2 anos é crítico para o desenvolvimento do sistema imunológico, o que aumenta a susceptibilidade a infecções respiratórias, sendo que, nessa faixa etária, o sistema imunológico das crianças ainda está em formação, tornando-as mais vulneráveis a doenças infecciosas (4).

Sintomas e comorbidades respiratórias

Os sintomas mais prevalentes entre as crianças internadas foram tosse (97,7%) e dificuldades respiratórias (90,9%), o que está em conformidade com o quadro clínico esperado para as IRA, conforme descrito em (5). A presença de comorbidades respiratórias associadas em 21% dos casos também é um dado importante, pois crianças com condições pré-existentes, como asma ou bronquite, têm maior probabilidade de desenvolver complicações graves em infecções respiratórias.(6)hospitalized in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU ressaltam que o controlo de doenças respiratórias crónicas em crianças é essencial para reduzir o risco de hospitalizações e a mortalidade associada às IRA.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados fornecem uma visão detalhada do perfil epidemiológico das crianças menores de cinco anos, internadas por IRA em Moçambique, evidenciando factores de risco importantes, como a faixa etária e o peso ao nascer. As altas taxas de vacinação indicam que, embora os desafios persistam, as estratégias de prevenção, como a vacinação, são eficazes na redução da morbilidade. A análise de factores como a proveniência geográfica e a presença de comorbidades respiratórias aponta para a necessidade de estratégias de saúde pública direccionadas a populações mais vulneráveis e com acesso limitado a serviços de saúde.

RECOMENDAÇÕES

- 1. Reforçar programas de vacinação infantil**, garantindo a cobertura integral contra agentes respiratórios (pneumococo, influenza, sarampo, COVID-19) e vigilância activa de atrasos vacinais.
- 2. Integrar a vigilância de infecções respiratórias agudas e crónicas** nos sistemas de

monitoria hospitalar e comunitária, com especial atenção a menores de dois anos.

3. **Melhorar a qualidade do ar em ambientes domésticos**, incentivando o uso de fontes de energia limpa e a redução da exposição à fumaça proveniente da lenha e do carvão.
4. **Ampliar a triagem precoce de comorbidades respiratórias** (asma, bronquite, desnutrição) durante o pré-natal e nas consultas de puericultura.
5. **Fortalecer a comunicação comunitária** sobre os sinais de alerta das IRA e a importância da procura precoce de cuidados médicos.
6. **Promover estudos longitudinais** para avaliar os factores ambientais e sociais associados à recorrência de IRA em crianças menores de cinco anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lukac CD, Simms B, Kwong GPS, Holidinsky JK, Johnson DW, Kellner JD. Hospitalizations for all-cause pediatric acute respiratory diseases in Alberta, Canada, before, during, and after the COVID-19 pandemic: a population-level retrospective cohort study from 2010 to 2024. *Lancet Reg Health - Am*. abril de 2025;44:101024.
2. Abdul-Aziz ZM, Ahmed AE, Hasan MD. Epidemiological and Clinical Insights into Pediatric Lower Respiratory Tract Infections in Kirkuk City-Iraq. *Pak J Life Soc Sci PjLSS* [Internet]. 2024 [citado 26 de março de 2025];22(1). Disponível em: https://pjls.edu.pk/articles/2024_1/2527-2538.htm
3. Samuel W, Langa S, Scarlet MPJ, Monjane NE, Monteiro LG. Influência Do Ambiente Domiciliar Na Ocorrência De Infecções Respiratórias Agudas Em Crianças Menores De 5 Anos De Idade No Sul De Moçambique. *Rev Científica Multidiscip Núcleo Conhecimento*. 7 de maio de 2021;73-88.
4. Liu D, Baumeister RF, Veilleux JC, Chen C, Liu W, Yue Y, et al. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Res*. outubro de 2020;292:113297. 166-433-1-PB.
5. Regina Malveste Ito C, Santos MO, De Oliveira Cunha M, De Araújo KM, De Souza GRL, Rézio GS, et al. Rhinovirus infection and co-infection in children with severe acute respiratory infection during the COVID-19 pandemic period. *Virulence*. 31 de dezembro de 2024;15(1):2310873.

ANÁLISE DESCRITIVA DE CASOS SUSPEITOS DE SARAMPO DURANTE UM SURTO DE SARAMPO NO DISTRITO DE CHIÚRE, 2024

Menas Matias Cosme Nyussi*; Álvaro Floriano Ernesto; Omar Ioussufo Laimo; Jackson Magido Soma; Housto Bonifácio Culuze

Instituto Nacional de Saúde - Delegação Provincial de Cabo Delgado

menas.nyussi@ins.gov.mz

RESUMO

Introdução: O sarampo é uma infecção viral altamente contagiosa e uma importante causa de morbidade e mortalidade infantil em Moçambique. Globalmente, infecta cerca de 10 milhões de pessoas por ano, causando até 200.000 mortes, principalmente em crianças. O estudo objectiva investigar as causas e circunstâncias de morte das crianças com suspeita de sarampo. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo e quantitativo no distrito de Chiúre em Julho de 2024, onde foram colhidos dados demográficos, clínicos, amostras de sangue, zaragatoa nasofaríngea e dérmica para diagnóstico laboratorial. **Resultados:** Foram identificados 45 casos suspeitos, sendo 51,1% masculinos. A frequência ocorreu em crianças menores de 5 anos (67%). Destes, 51% dos casos na aldeia de M'mala. 31% dos casos apresentaram formas graves, associadas à malária e desnutrição. Apenas 20% dos casos estavam vacinados, e das 18 amostras laboratoriais, 89% foram positivas para sarampo e 11% para rubéola. Foram registados 11 óbitos, resultando numa alta taxa de letalidade (24%), concentrada em crianças de 0 a 4 anos (82%). **Conclusão:** O surto evidenciou lacunas críticas na cobertura vacinal, no acesso aos serviços de saúde, sobretudo nas aldeias de M'mala, Namalala e 1º de Maio, e a cuidados de saúde para prevenir novos surtos e reduzir a mortalidade.

Palavras-chave: Sarampo; Surto, Cobertura vacinal, Chiúre

INTRODUÇÃO

O Sarampo é uma doença altamente infecciosa causada por um vírus de RNA simples, da família Paramyxoviridae, género Morbillivirus, e tem como único reservatório o ser humano⁽¹⁾.

Em todo o mundo, o sarampo infecta cerca de 10 milhões de pessoas e causa cerca de 100.000 a 200.000 mortes a cada ano, maioritariamente em crianças⁽²⁾. A África presenciou um aumento significativo de surtos de doenças preveníveis por vacinas em 2022, registando 17.500 casos de sarampo entre Janeiro e Março, um aumento de 400% comparado ao mesmo período em 2021⁽³⁾.

Em 2024, Moçambique registou um surto de sarampo, causando 31 mortes e 1.191 pessoas infectadas. As províncias mais afectadas foram Cabo Delgado (341 casos), Niassa (428 casos) e Nampula (351 casos), no Norte do país. A taxa de letalidade geral foi de 2,6%, com 27 óbitos registados nas comunidades⁽⁴⁾.

Em Julho de 2024, a aldeia de M'mala, no distrito de Chiúre, notificou rumores de óbitos em crianças. Diante disso, foi conduzida uma investigação epidemiológica, com o objetivo de identificar os factores associados ao surto e confirmar as causas de óbitos.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. Os dados foram colhidos por meio de ficha de investigação de casos suspeitos de sarampo e formulário de avaliação de qualidade de certificação de óbitos.

Foram colhidos 5ml de sangue venoso de cada paciente suspeito de sarampo, utilizando a técnica de assepsia com tubo de colheita à vácuo (vacutainer) seco e sem anticoagulante. As amostras foram conservadas a uma temperatura de +2 a +8°C e enviadas ao Laboratório de Saúde Pública. De seguida, as amostras foram referenciadas ao laboratório de referência (INS Marracuene).

RESULTADOS

Ao todo, foram analisados 45 casos de sarampo, onde 51,1% eram do sexo masculino. A maioria dos casos ocorreu em crianças menores de 5 anos (67%). A maior parte dos casos

forma provenientes da aldeia de M'mala (51%), indicando um possível foco de transmissão na região. Os casos começaram a surgir em 02 de Julho, com um pico em 17 de Julho (27%), seguido por quedas nos dias seguintes.

Em relação ao quadro clínico, 31% dos casos evoluíram para formas graves, exigindo internamento, complicações como malária e desnutrição aguda grave, e 69% dos casos foram atendidos ambulatoriamente, sugerindo que a maioria dos casos não apresentou complicações severas.

No que tange à situação vacinal, apenas 20% dos casos suspeitos estavam vacinados, enquanto 80% não haviam recebido a vacina. Entre os vacinados, 67% tinham vacinação completa.

Das 18 amostras testadas, 89% foram positivas para sarampo e 11% para rubéola. Isso confirma que o surto foi maioritariamente de sarampo, mas também houve casos de rubéola.

Tabela 1: Descrição dos casos suspeitos de sarampo do distrito de Chiúre ocorridos no ano de 2024

Variável	Características	Frequências	
		Absoluta (N)	Relativa
Casos Suspeitos por Sexo	Masculinos	23	51,1%
	Femininos	22	48,9%
Distribuição de casos suspeitos por faixa etária	0 - 4 Anos	30	67%
	5 Anos - 9 Anos	12	27%
	>= 10	3	7%
Distribuição dos casos suspeitos por área geográfica	Maningani	1	2%
	Miria	1	2%
	M'mala	23	51%
	Muajaja	1	2%
	Muajaja 1	1	2%
	Namalala	6	13%
	Namitua	1	2%
	Ncuerete	1	2%
	Titimar	1	2%
	Ujamão	1	2%
	1 de Maio	3	7%
	Naheco	3	7%
	Josina Machel	1	2%
Chai	1	2%	

	02/jul	1	2%
	03/jul	2	4%
	04/jul	1	2%
	09/jul	8	18%
Cronologia dos Casos Suspeitos	10/jul	2	4%
	12/jul	2	4%
	13/jul	2	4%
	17/jul	12	27%
	18/jul	7	16%
	19/jul	8	18%
Quadro Clínico dos Casos	Grave (Internados por Malária ou DAG)	14	31%
	Normal (Ambulatório)	31	69%
Situação Vacinal dos Casos	Vacinados	9	20%
	Não Vacinados	36	80%
Situação Vacinal (Qualidade)	Vacinação Completa (Com critérios)	6	67%
	Vacinação incompleta (Com critérios)	3	33%
Teste Laboratorial	Amostras Colhidas	18	40%
Confirmação Laboratorial	Positivas para Sarampo*	8	89%
	Positivas para Rubéola*	1	11%

Fonte: Base de dados (INS) 2024

Foram registados 11 óbitos na comunidade, resultando em uma taxa de letalidade de 24%, que é bastante elevada para o sarampo. A faixa etária mais afectada foi a de 0-4 anos (82% dos óbitos), reforçando que crianças pequenas são mais vulneráveis. A maioria dos óbitos ocorreu em meninos (55%). As mortes foram

distribuídas ao longo do tempo, com maior concentração entre 03 e 13 de Julho. As aldeias de Namalala (36%) e 1º de Maio (27%) registaram o maior número de óbitos, o que pode indicar falhas na cobertura vacinal ou dificuldades no acesso aos serviços de saúde nessas regiões.

Tabela 2: Descrição dos óbitos por sarampo do distrito de Chiure ocorridos no ano de 2024.

Variável	Características	Frequências	
		Absoluta (N)	Relativa
Óbitos	Taxa de Letalidade	11	24%
	0 - 4 Anos	9	82%
Distribuição dos óbitos por faixa etária	5 Anos - 9 Anos	2	18%
	>= 10	0	0%
	Masculinos	6	55%
Distribuição dos óbitos por sexo	Feminino	4	36%
	02/jul	1	9%
Cronologia dos óbitos	03/jul	2	18%
	04/jul	1	9%
	09/jul	1	9%
	10/jul	2	18%
	12/jul	2	18%
	13/jul	2	18%
	Namalala	4	36%
Distribuição dos óbitos por área geográfica	1 de Maio	3	27%
	Naheco	2	18%
	Josina Machel	1	9%
	Chai	1	9%

Fonte: Base de dados (INS) 2024

DISCUSSÃO

A proporção dos casos por sexo foi ligeiramente equilibrada. De acordo com a literatura da Organização Mundial da Saúde (OMS), o género geralmente não é um factor determinante na infecção por sarampo, mas diferenças regionais podem ocorrer, devido a fatores sociais ou culturais⁽⁷⁾.

Crianças menores de 5 anos representaram 67% dos casos, corroborando estudos que apontam esse grupo etário como o mais vulnerável ao sarampo. A imunidade em desenvolvimento e a baixa cobertura vacinal em populações específicas tornam esse grupo especialmente susceptível⁽⁸⁾.

A cronologia dos óbitos reflecte um padrão típico de surtos, com rápido aumento de casos após o período de incubação e contacto social intenso⁽⁸⁾. A taxa de letalidade foi muito acima dos padrões normais. De acordo com a OMS, altas taxas de letalidade geralmente reflectem

problemas no acesso à assistência médica e às condições de saúde precárias⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

O surto de sarampo analisado revelou importantes lacunas na cobertura vacinal e no acesso aos serviços de saúde, que contribuíram significativamente para a sua propagação. A vulnerabilidade das crianças menores de 5 anos, especialmente aquelas desnutridas ou com complicações como a malária, reforça a necessidade de políticas de saúde pública que priorizem a vacinação universal e as intervenções nutricionais. A análise da cronologia e da distribuição geográfica dos casos e óbitos destacou focos críticos, como nas aldeias de M'mala, Namalala e 1º de Maio, onde falhas na imunização e dificuldades logísticas de atendimento agravaram os impactos.

Além disso, a elevada taxa de letalidade ob-

servada ressalta a urgência de melhorias no diagnóstico precoce, no tratamento das complicações associadas e na conscientização das comunidades sobre a importância da vacinação. Estudos apontam que alcançar uma cobertura vacinal de, pelo menos, 95% é essencial para interromper surtos e proteger as populações vulneráveis. O fortalecimento das campanhas de vacinação, aliado a uma rede de assistência robusta, é a chave para evitar surtos futuros e reduzir a mortalidade associada ⁽¹⁰⁾.

RECOMENDAÇÕES

1. **Reforçar a cobertura vacinal** contra o sarampo e rubéola, com ênfase em campanhas de vacinação de rotina e suplementares, visando atingir $\geq 95\%$ de cobertura nas zonas rurais de Chiúre e distritos vizinhos.
2. **Fortalecer a vigilância epidemiológica** e a notificação imediata de casos suspeitos de sarampo nas unidades sanitárias e comunidades, com investigação laboratorial oportuna.
3. **Implementar estratégias de alcance comunitário** (equipas móveis, dias de saúde comunitária) para cobrir populações de difícil acesso e reduzir o número de crianças não vacinadas.
4. **Melhorar a logística de cadeia de frio e transporte de vacinas**, garantindo a integridade das doses em zonas remotas.
5. **Reforçar a comunicação de risco e mobilização social**, sensibilizando líderes comunitários, religiosos e escolas sobre a importância da vacinação e dos sinais de alerta do sarampo.
6. **Integrar o controlo do sarampo com outras intervenções de saúde infantil**, como suplementação de vitamina A, rastreio nutricional e gestão de casos de desnutrição.
7. **Promover estudos operacionais** sobre os factores determinantes da recusa vacinal e da baixa adesão, para orientar campanhas de comunicação culturalmente adequadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walter K, Malani PN. What Is Measles? JAMA. 20 de dezembro de 2022;328(23):2370.
2. Manuais MSD edição para profissionais [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Sarampo - Pediatria. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/pediatria/infecções-virais-comuns-em-lactentes-e-crianças/sarampo>
3. Surtos de doenças preveníveis por vacinação aumentam na África | OMS | Escritório Regional para a África [Internet]. 2025 [citado 27 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/news/vaccine-preventable-disease-outbreaks-rise-africa>
4. Moçambique declara fim do surto de sarampo após 31 óbitos e quase 1.200 casos [Internet]. [citado 27 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.saudemais.tv/noticia/56658-mocambique-declara-fim-do-surto-de-sarampo-apos-31-obitos-e-quase-1-200-casos>
5. Gujral L, Mabote A, Nhantumbo R. MANUAL DE VIGILÂNCIA DO SARAMPO E RUBÉOLA. 2020;
6. Secretaria da Saúde [Internet]. [citado 27 de março de 2025]. Sarampo. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Sarampo>
7. OMS: cobertura vacinal contra o sarampo é a mais baixa desde 2008 | As Nações Unidas no Brasil [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/208747-oms-cobertura-vacinal-contra-o-sarampo-%C3%A9-mais-baixa-desde-2008>, <https://brasil.un.org/pt-br/208747-oms-cobertura-vacinal-contra-o-sarampo-%C3%A9-mais-baixa-desde-2008>
8. Sarampo - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2022 [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/sarampo>
9. Diagnóstico laboratorial para sarampo - LabNetwork [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.labnetwork.com.br/noticias/diagnostico-laboratorial-para-sarampo/>
10. Ministério da Saúde [Internet]. [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

CONSEQUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS DA MALFORMAÇÃO CONGÊNITA EM PAIS DE CRIANÇAS MENORES DE 12 MESES NO DISTRITO NICOADALA – 2024

Elisa Uaieca^{1*}; Marcos Lourenço²; Abel Canada³ & Vânio Mugabe¹.

¹Instituto Nacional de Saúde - Delegação Provincial da Zambézia; ²Universidade Politécnica A Politécnica; ³Universidade Católica de Moçambique³

elisa.uaieca@ins.gov.mz

RESUMO

Introdução: A malformação congénita constitui um importante problema de saúde pública, devido ao impacto físico e emocional sobre as famílias. Este estudo analisou o impacto psicossocial da malformação congénita em pais de crianças menores de 12 meses no distrito de Nicoadala, em 2024. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quanti-qualitativa, envolvendo 13 participantes (10 pais e 3 profissionais de saúde). **Resultados:** Os pais eram, na sua maioria, jovens. Os principais sentimentos relatados foram tristeza (80%), medo (50%) e atribuição da condição a causas sobrenaturais (50%). Observou-se o isolamento social em 10% das famílias e ausência de acompanhamento psicológico formal. **Conclusão:** As malformações congénitas geram importante sofrimento psicológico e social, sendo necessária maior integração entre saúde mental e cuidados neonatais.

Palavras-chave: Malformação congénita; Impacto psicossocial; Nicoadala; Saúde mental

INTRODUÇÃO

Malformações congénitas são anomalias estruturais, funcionais, comportamentais e metabólicas que ocorrem durante a vida intrauterina e podem ser identificadas no pré-natal, no nascimento ou mais tarde na vida (World Health Organization 2016). No mundo, a cada ano, cerca de 8 milhões de recém-nascidos apresentam graves defeitos ou anomalia congénita, e 3 milhões morrem antes de 5 anos. Na África do Sul, 4,351 ou 0.96% do total de mortes, Moçambique tem 5,566 ou 2.18% do total de mortes (WHO 2021). O distrito de Nicoadala registou 7220 partos, dos quais 16 foram casos de malformação congénita, correspondendo a 0,22% (7220/16).

O processo de recepção de uma criança com anomalias congénitas tem um impacto psicossocial provocado pela influência do ambiente

em que se vive. O estudo tem como objectivo analisar o impacto psicossocial da malformação congénita em pais com crianças menores de 12 meses no distrito de Nicoadala ano 2024.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quanti-qualitativa, que teve como instrumento de recolha de dados o guião de entrevista semiestruturada e questionário. Os casos foram identificados por meio de uma ficha de notificação. Amostragem foi intencional, sendo constituída por 13 indivíduos, 10 pais e 3 profissionais de saúde: médico, enfermeira de saúde materno-infantil e psicóloga clínica. A análise de dados foi feita por SPSS versão 20. O estudo teve aprovação do Comité Provincial da Bioética da Zambézia para análise e com a referência CIBS n° 6-Z/2024.

RESULTADOS

Sobre a ocorrência de casos de malformação congénita no distrito de Nicoadala, os profissionais responderam PS₁-Sim, PS₂-Sim e PS₃-Sim. Quanto aos cuidados, os profissionais transferem os recém-nascidos com malformação congénita ao Hospital Central de Quelimane para melhores cuidados, sobre a prevenção PS₁ aderirem as profilaxias oferecidas na Unidade Sanitária (US) e Não fazer automedicação, PS₂- aderirem às profilaxias oferecidas na US e mudar o estilo de vida (tabágico e alcoolismo), PS₃- Aderirem as profilaxias oferecidas na US, em relao aos impactos desenvolver transtornos psicológicos, os profissionais responderam sem seguintes moldes PS₁-Sim, PS₂-Sim e PS₃-Sim.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no estudo indicam que, na sua maioria, os pais tinham a idade média

de 20 anos, porém a minoria foi de 10%, que tinha 40 anos de idade, discordando da teoria segundo a qual quanto maior for a idade, maior é a probabilidade de ter filho com malformação congénita (7). A notícia da malformação gerou impactos emocionais significativos nos pais e cuidadores, onde maior parte dos entrevistados apresentou tristeza, uma reacção comum ao luto pela perda do “filho idealizado” (4). Em relação à duração dos sintomas psicológicos, a maior parte dos pais ainda apresentam sintomas (“até agora”), indicando a necessidade dum acompanhamento psicológico prolongado. Casos agudos foram minoritários. Metade dos participantes associaram a malformação a feitiço, reflectindo crenças culturais que atrasam a busca por cuidados médicos. da ocorrência de sintomas relacionados com ansiedade e estres. A maior parte das mães não planeia nova gravidez, facto que representa um trauma psicológi-

Tabela1.

Indicador	Variáveis	n	%
Sexo	Masculino	1	10%
	Feminino	9	90%
Faixa etária	18-27	8	61%
	28-37	1	7%
	38-47	1	7%
Escolaridade	1-5ª classe	1	10%
	6-10ª classe	5	50%
	11-12ª classe	4	40%
Sintomatologia	Tristeza	8	80%
	Alegou Feitiço	5	50%
	Sentimento inespecífico.	7	70%
	Não pensar engravidar	7	70%
	Preocupam-se excessivamente com a sua saúde	7	70%
Aceitação da criança	Convivência normal	5	50%
	Sem resposta	3	30%
	Desprezam a criança	1	10%
	Isolada das outras	1	10%

co e medo de recorrência ou sobrecarga emocional (9). Quanto a comportamentos sociais em relação à criança, metade dos membros da família convivem normalmente com a criança, indicando adaptação, ou seja, apresenta-se como uma família resiliente.⁶ Ao nível social, uma parte dos participantes não respondeu, sugerindo possível negação ou estigma. Alguns sugeriram isolamento ou desprezo e reflectiram desafios de inclusão, exigindo intervenção psicossocial, ou seja, a parte minoritaria teve sentimentos inespecíficos, corroborando com autores⁵. No que diz respeito aos profissionais de saúde, todos os entrevistados confirmaram a ocorrência de casos no distrito e reforçaram a necessidade da vigilância epidemiológica. Iguamente, referiram o encaminhamento para o Hospital Central de Quelimane de todos os casos de malformação congénita, um procedimento crucial, mas a distância limita o acesso. Quanto à prevenção, as recomendações focam na adesão à profilaxia (ex.: ácido fólico, vacinas), combate à automedicação e vícios (álcool/tabaco). Sobre o impacto psicológico: Profissionais reconhecem o risco de transtornos mentais nos pais, destacando a necessidade de apoio psicológico integrado. Por outro lado, o distrito oferece os cuidados de saúde na identificação da malformação, fisioterapia e assuntos sociais. Os pais não receberam apoio psicológico. Com os resultados obtidos, recomenda-se reforçar o pré-natal para deteção precoce e aconselhamento genético. Intervenções culturais: Combater estigmas (ex.: associação a feitiço) por meio de educação comunitária (10).

CONCLUSÃO

De forma holística, o estudo evidenciou que o impacto psicossocial do fenómeno está integralmente ligado à família, ao meio social e nível de oferta dos cuidados de saúde.

O estudo revelou que os profissionais de saúde

de não referem à consulta de psicologia a pais com crianças com malformação congénita. Este estudo evidencia a intersecção entre saúde pública, cultura e saúde mental, exigindo abordagens multidisciplinares para reduzir o impacto das malformações congénitas em Nicoadala.

Foi evidente, no estudo, que a parte materna apresentou sinais de transtorno de ansiedade, de doença, trauma psicológico e isolamento social. Os efeitos do trauma desafiam os sistemas de crenças sobre a natureza humana, dos padrões de intimidade, das relações interpessoais e das conceções de si mesmo, para além da identidade pessoal, necessitando, deste modo, de um acompanhamento psicológico. A predominância de pais jovens está associada a factores como maior risco reprodutivo em adolescentes e adultos jovens, ou seja, o imaturo desenvolvimento biológico, a falta de acompanhamento pré-natal para o diagnóstico precoce e factores socioculturais foram evidentes na associação dos casos de malformação congénita. O impacto psicossocial destacado neste estudo inclui: trauma psicológico, ansiedade de doença e isolamento social das crianças com malformação congénita.

Com base nos resultados do estudo, sugere-se: reforçar o pré-natal para a detecção precoce e aconselhamento genético.; intervenções culturais para combater estigmas (ex.: associação a feitiço), por meio da educação comunitária; apoio psicológico contínuo para famílias, incluindo grupos de suporte; estudos adicionais para avaliar as causas específicas das malformações na região (ex.: ambientais e nutricionais).

RECOMENDAÇÕES

1. **Integrar o apoio psicológico e o aconselhamento genético** nas consultas de pré-natal e puericultura, especialmente para gestantes em grupos de risco ou com ante-

cedentes familiares de malformações.

2. **Fortalecer a sensibilização comunitária** sobre causas médicas e prevenção das malformações congénitas, reduzindo o estigma e crenças associadas a feitiço ou punição espiritual.
3. **Garantir o acompanhamento multidisciplinar** (médico, psicológico e social) às famílias afectadas, assegurando o seguimento no Hospital Central de Quelimane e nas delegações provinciais.
4. **Formar profissionais de saúde** em comunicação empática e manejo de famílias em situação de luto ou choque emocional pós-diagnóstico.
5. **Promover campanhas de educação pré-natal** sobre suplementação de ácido fólico, vacinação materna e prevenção de infecções que podem causar malformações.
6. **Criar grupos de apoio comunitário** para pais e mães de crianças com malformações, fomentando a partilha de experiências e resiliência familiar.
7. **Estimular investigações epidemiológicas** sobre causas ambientais, nutricionais e genéticas das malformações congénitas em Moçambique, para orientar políticas preventivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Roecker, S., Mai, L. D., Baggio, S. C., Mazzola, J. C., & Marcon, S. S. (2012). Vivência de mães de bebês com malformação. *Escola Anna Nery*, 16(1), 17-26.

World Health Organization. Congenital disorders. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects> (accessed at June,2024).

Niyonkuru OI, Bigirimana Z, Abdoulaye M, Vieira B, Gafur M (2020) et al Perfil Clínico-Epidemiológico Das Malformações Congénitas No Berçário Do Hospital Central De Nampula.

Geara FT. Aspectos Comportamentais da família e do recém-nascido de alto risco Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. 2005; 1(2): 35-43

Melgosa

McCubbin, H.I., Thompson, A.I. & McCubbin, M.A. (2001). Family measures: Stress, coping and resiliency. Inventories for research and practice Honolulu: Copyright

World Health Organization WHO (2016). Congenital anomalies. Recuperado em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000400035.

World Health Organization WHO (2016) recommendations on antenatal care for a positive. ado em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/smSKWkRz-ZykGkKPNfYNNFTg/?lang=pt>

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-V (2014) 5ª edição

Antunes MSC, Patrocínio C. A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal, *Psicol Saúde Doenças*. 2007; 8(2): 239-51

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO HOSPITAL CENTRAL DA BEIRA, PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2021

Caetano Topola Raposo*, Edi Fulai, Falume Chale, João Luís Manuel

¹Instituto Nacional de Saúde - Delegação Provincial de Sofala

caetano.raposo@ins.gov.mz

RESUMO

Introdução: O suicídio constitui um grave problema de saúde pública global, afectando todas as faixas etárias e contextos sociais. Este estudo avaliou os conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde do Hospital Central da Beira (HCB) no âmbito da prevenção do suicídio durante o primeiro trimestre de 2021. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado no HCB durante o primeiro trimestre de 2021, com 63 profissionais que atenderam casos de tentativa de suicídio. **Resultados:** Dos 63 profissionais avaliados, 57,2% demonstraram conhecimento adequado sobre prevenção do suicídio. Em relação às práticas no manejo de tentativas de suicídio, 62,5% demonstraram práticas inadequadas. Médicos e psicólogos mostraram melhor desempenho quando comparados aos enfermeiros; e psiquiatras mostraram competência prática plena. Não houve nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de conhecimento ou prática. **Conclusão:** O estudo evidenciou fragilidades nos conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde na prevenção do suicídio. Destaca-se a necessidade de capacitação contínua e padronização de protocolos de atendimento.

Palavras-chave: Prevenção do suicídio; Saúde mental; Formação profissional; Beira

INTRODUÇÃO

A cada ano, aproximadamente 726.000 pessoas tiram a própria vida, sendo que o número de tentativas de suicídio é significativamente maior (1). A taxa global anual de suicídio é estimada em 10,7 por 100.000 habitantes (2). Embora o suicídio seja comumente associado a países de alta renda, trata-se de um fenómeno global que afecta todas as regiões do mundo. Em 2021, cerca de três quartos (73%) das mortes por suicídio ocorreram em países de baixa e média renda (1).

A região africana concentra seis dos dez países com as maiores taxas de suicídio do mundo (3). Entre eles, Moçambique destaca-se negativamente, por apresentar uma das mais elevadas taxas do continente. De acordo com dados da

Organização Mundial da Saúde (OMS), Moçambique regista uma taxa de suicídio estimada em 23,2% (4). Na província de Sofala, os dados do Serviço de Medicina Legal do Hospital Central da Beira (HCB) revelam que, entre Junho de 2011 e Agosto de 2014, das 1173 autópsias realizadas por mortes violentas, 10% (118/1173) foram classificadas como suicídio (5).

No HCB, os casos foram responsáveis por 18% (162/898) das consultas psiquiátricas de emergência registadas, configurando-se como a segunda principal causa dessas visitas. Ademais, 64% (104/162) dos pacientes que atentaram contra a própria vida vieram a óbito apenas após a chegada ao hospital (5). Este cenário suscita uma reflexão crítica sobre o cuidado prestado a essas pessoas desde o momento da admissão

até à alta hospitalar. Apesar da presença diária de serviços de psiquiatria e psicologia no Serviço de Urgência e Reanimação (SUR) do HCB no horário entre 08h e 20h, muitos pacientes enfrentam longas esperas por avaliação especializada, o que pode comprometer a resposta clínica adequada.

A triagem eficaz e a intervenção qualificada frente ao risco suicida, aliadas à eliminação de barreiras no acesso ao cuidado, são medidas essenciais para salvar vidas (6). Estima-se que cerca de 90% das pessoas que obitaram por suicídio haviam tido, nos três meses anteriores ao óbito, algum tipo de contacto com profissionais de saúde (7) observado em todas as culturas, gêneros e camadas sociais. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde assume papel fundamental na abordagem, tratamento e prevenção dos casos de ideação ou tentativas, tendo em vista o acolhimento, vínculo e responsabilização pelo cuidado das pessoas no território. Objetivou-se analisar estratégias de prevenção ao suicídio que são realizadas na Atenção Primária à Saúde de um município do Rio Grande do Norte. Trata-se de estudo descritivo, exploratório e com abordagem qualitativa. A coleta de informações foi composta por observação direta não participante nos equipamentos sociais da Rede de Atenção Psicossocial e por aplicação de entrevistas semiestruturadas com médicos e enfermeiros atuantes na atenção primária do município. As informações coletadas foram transcritas e submetidas ao processo de análise temática. Os resultados expõem que a demanda de saúde mental é atravessada por questões relativas à alta demanda, carência e despreparo dos profissionais, bem como pela desarticulação da rede. Portanto, evidenciou-se a necessidade de qualificação dos profissionais e de diálogo entre os serviços que compõem a rede para a elaboração de estratégias efetivas de prevenção ao suicídio na Atenção Primária à Saúde (7).

Entretanto, estudos apontam a persistência de concepções equivocadas entre profissionais

de saúde, que frequentemente subestimam os riscos, negligenciam sinais de alerta e perdem oportunidades valiosas de intervir preventivamente (2). Além disso, há evidências de estigmas associados a comportamentos auto-lesivos, com alguns profissionais descrevendo esses pacientes como manipuladores ou em busca de atenção, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada (7) observado em todas as culturas, gêneros e camadas sociais. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde assume papel fundamental na abordagem, tratamento e prevenção dos casos de ideação ou tentativas, tendo em vista o acolhimento, vínculo e responsabilização pelo cuidado das pessoas no território. Objetivou-se analisar estratégias de prevenção ao suicídio que são realizadas na Atenção Primária à Saúde de um município do Rio Grande do Norte. Trata-se de estudo descritivo, exploratório e com abordagem qualitativa. A coleta de informações foi composta por observação direta não participante nos equipamentos sociais da Rede de Atenção Psicossocial e por aplicação de entrevistas semiestruturadas com médicos e enfermeiros atuantes na atenção primária do município. As informações coletadas foram transcritas e submetidas ao processo de análise temática. Os resultados expõem que a demanda de saúde mental é atravessada por questões relativas à alta demanda, carência e despreparo dos profissionais, bem como pela desarticulação da rede. Portanto, evidenciou-se a necessidade de qualificação dos profissionais e de diálogo entre os serviços que compõem a rede para a elaboração de estratégias efetivas de prevenção ao suicídio na Atenção Primária à Saúde (7).

Face ao exposto, o presente artigo tem como objectivo avaliar os conhecimentos e as práticas dos profissionais de saúde do HCB no âmbito da prevenção do suicídio. Para tanto, propõe-se: (i) avaliar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde; (ii) identificar as práticas adoptadas diante de casos de tentativa de suicídio e (iii) verificar a associação entre as

características sociodemográficas e os conhecimentos e práticas relacionados à prevenção do suicídio.

METODOLOGIA

O estudo adoptou um delineamento descritivo, transversal e quantitativo, realizado no SUR do HCB em Moçambique, no primeiro trimestre de 2021. A população-alvo incluiu 63 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de psiquiatria e saúde mental, para além de psiquiatras) que actuavam no atendimento a pacientes com tentativa de suicídio. Os critérios de inclusão exigiam idade ≥ 18 anos e envolvimento directo com casos de comportamento suicida, excluindo profissionais de reanimação não relacionados a esses casos.

Os dados foram colectados por meio de um questionário estruturado, com perguntas fechadas sobre conhecimentos e práticas, e um roteiro de observação participante. As respostas foram avaliadas com base em critérios objectivos (pontuação $\geq 70\%$) e escalas de Likert. Os dados foram digitados no Microsoft Excel e analisados no STATA 16, utilizando estatísticas descritivas, análise bivariada e regressão de Poisson ($p < 0,1$). O estudo foi aprovado pelo Comité Nacional de Bioética (Ref:491/CNBS/20).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 63 profissionais de saúde que participaram do estudo estiveram distribuídos nas seguintes categorias: enfermeiros 49,2% (31/63), psicólogos 22,2% (14/63), médicos 20,6% (13/63), técnicos de psiquiatria e saúde mental 4,8% (3/63) e psiquiatras 3,2% (2/63).

A idade média dos participantes foi de 34,7 anos ($DP = 11,2$), variando entre 21 e 61 anos, com mediana de 32,0 anos. Quanto ao género, 52,4% (33/63) eram do sexo feminino. Em relação à escolaridade, 63,6% (40/63) possuía

formação superior, seguida por ensino médio, com 34,9% (22/63) e 1,5% (1/63) tinham o nível básico. Todos os participantes declararam ser praticantes de alguma religião.

Conhecimento dos profissionais sobre prevenção do suicídio

Entre os profissionais de saúde avaliados, 57,2% (36/63) demonstraram possuir conhecimentos adequados sobre prevenção do suicídio. Analisando por categorias profissionais, observou-se que todos os psiquiatras ($n=2$) e técnicos de psiquiatria e saúde mental ($n=3$) apresentaram conhecimentos adequados sobre o tema. Entre os psicólogos, 78,6% (11/14) mostraram domínio satisfatório da matéria. Por outro lado, 46,2% (6/13) dos médicos e 45,2% (14/31) dos enfermeiros exibiram níveis mais baixos de conhecimento adequado.

Práticas adoptadas perante vítimas de tentativa de suicídio

Em relação à prática dos profissionais no manejo dos casos de tentativa de suicídio, observou-se que 62,5% (39/63) demonstraram uma prática inadequada no atendimento a pacientes com tentativa de suicídio, enquanto 37,5% (24/63) apresentaram uma prática satisfatória, sendo que, entre os enfermeiros, 73,3% (23/31) mostraram uma prática inadequada, com apenas 26,7% (8/31) apresentando desempenho adequado. Os médicos 60% (8/13) apresentaram melhor desempenho, demonstrando uma prática satisfatória, e 40% (5/13) apresentou dificuldades no manejo. Os psicólogos dividiram-se, igualmente, com 50% (7/14) em cada nível de competência prática. Todos os psiquiatras avaliados demonstraram competência prática satisfatória, enquanto os técnicos de psiquiatria e saúde mental apresentaram uma prática inadequada em todos os casos observados.

Associação das características sócio demo-

gráficas relacionadas ao conhecimentos e práticas sobre tentativa de suicídio

Os resultados mostraram que nenhuma das variáveis sociodemográficas analisadas apresentou associação estatisticamente significativa com os níveis de conhecimento ou práticas em prevenção do suicídio. Quando analisado por área de formação profissional, utilizando psiquiatras como grupo de referência, observou-

-se que os enfermeiros apresentaram razões de chance de 0,09 (IC95%: 0,003-1,56) para conhecimento adequado e 0,21 (IC95%: 0,008-2,87) para práticas corretas. Os psicólogos demonstraram razões de chance de 0,14 (IC95%: 0,002-2,39), tanto para conhecimento quanto para práticas, enquanto os médicos apresentaram valores de 0,29 (IC95%: 0,008-4,26) para conhecimento e 0,44 (IC95%: 0,014-6,38) para práticas (Tabela 1).

Tabela 1. Associação entre conhecimentos e práticas em relação às características sociodemográficas e área de formação

	Conhecimento OR (95% CI)	Práticas OR (95% CI)	Conhecimento aOR (95% CI)	Práticas aOR (95% CI)
Idade	0.11 (0.79-1.02)	0.89 (0.94 - 1.07)	0.13 (0.43 – 1.11)	0.91 (0.91 – 1.08)
Sexo				
Feminino	0.90 (0.16-4.84)	0.36 (0.45-8.83)	0.15 (0.001-2.79)	0.53 (0.32-9.58)
Masculino	1 (referência)	1 (referência)	1 (referência)	1 (referência)
Nível de Escolaridade				
Básico	1 (referência)	1 (referência)	N/A	N/A
Médio	N/A	0.11 (0.02-1.51)	N/A	0.11 (0.01-9.58)
Superior	N/A	N/A	N/A	N/A
Religião				
Católica	0.71 (0.15-15.17)	0.93 (0.18-4.68)	0.79 (0.02-23.44)	0.42 (0.058-3.26)
Muçulmana	N/A	0.55 (0.24-13.21)	N/A	0.97 (0.10-10.95)
Evangélica	N/A	N/A	N/A	N/A
Protestante	1 (referência)	1 (referência)	1 (referência)	1 (referência)
Área de Formação				
Enfermeiro	0.09* (0.003-1.56)	0.21 (0.008-2.87)	0.89 (0.04-42.67)	0.69 (0.012 – 19.53)
Psicólogo	0.14 (0.002 – 2.39)	0.14 (0.002 -2.39)	0.86 (0.03-68.87)	0.18 (0.001 – 3.33)
Médico	0.29 (0.008 – 4.26)	0.44 (0.014 – 6.38)	N/A	0.67 (0.014 – 15.54)
Técnico de Psiquiatria	N/A	N/A	N/A	N/A
Psiquiatra	1 (referência)	1 (referência)	1 (referência)	1 (referência)

* $p < 0.1$

Discussão

A amostra, formada, na sua maioria, por enfermeiros jovens do sexo feminino, reflecte a realidade local, com destaque para a prática da religião, que pode influenciar a prática profissional. Quanto ao conhecimento, a maioria dos profissionais demonstrou domínio adequado e desempenho inferior entre outros, o que reflecte falhas na formação em saúde mental, especialmente entre profissionais da linha de frente, o que é consistente com a literatura (8).

Em relação às práticas diante de tentativas de suicídio, predominou a actuação inadequada. Os achados deste estudo destacam desafios críticos no manejo da prevenção do suicídio por profissionais de saúde em contextos de recursos limitados, como Moçambique. A discrepância entre o alto volume de casos de tentativas de suicídio e a preparação inadequada dos profissionais reflecte uma lacuna amplamente documentada em países de baixa e média renda (3).

A predominância de práticas inadequadas, em profissionais de primeira linha de contacto com o paciente, sugere que a rotinização de protocolos baseados em evidências é urgente, assim como observado em intervenções como o programa *mhGAP* em outros países africanos (9).

O estigma associado ao comportamento suicida, relatado em estudos como o de Bachmann (2). A falta de associação entre variáveis sociodemográficas e conhecimentos e práticas reforça que factores estruturais, como formação insuficiente e sobrecarga de trabalho, são determinantes centrais, exigindo políticas institucionais, não apenas individuais. Comparativamente, experiências como as do Quênia, onde a integração de treinamentos curtos e supervisão contínua melhorou a detecção de risco, oferecem modelos adaptáveis (10).

Este estudo apresenta limitações, como a realização em apenas um hospital, o que restringe

a generalização dos resultados, mas a escolha da maior unidade hospitalar da região garantiu representatividade do contexto de referência. O tamanho da amostra reduzido e a baixa presença de algumas categorias profissionais limitaram a robustez estatística, porém a inclusão de todos os profissionais actuantes directamente no atendimento a tentativas de suicídio reforça a validade dos achados.

CONCLUSÃO

O estudo identificou fragilidades significativas nos conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde do HCB em relação à prevenção do suicídio, especialmente entre enfermeiros. Apesar de alguns grupos, como psiquiatras e psicólogos, apresentarem melhor desempenho, a maioria demonstrou práticas inadequadas no manejo de casos. A ausência de associação com variáveis sociodemográficas indica que factores estruturais, como a formação insuficiente e a sobrecarga de trabalho, são os principais desafios.

Recomenda-se investir em capacitação contínua, padronizar protocolos de atendimento, fortalecer a supervisão e apoio às equipas, e promover pesquisas mais amplas para aprimorar a prevenção do suicídio.

RECOMENDAÇÕES

1. **Institucionalizar protocolos de triagem e manejo de risco suicida** em todos os níveis do sistema de saúde, assegurando a resposta rápida e o encaminhamento adequado.
2. **Reforçar a capacitação periódica dos profissionais de saúde** em prevenção do suicídio, identificação de sinais de alerta e comunicação empática com pacientes em sofrimento psicológico.
3. **Integrar serviços de saúde mental nos cuidados primários**, de modo a facilitar o

acesso ao acompanhamento psicológico e psiquiátrico nas comunidades.

4. **Promover campanhas de sensibilização pública** sobre saúde mental, redução do estigma e incentivo à procura de ajuda precoce.
5. **Criar sistemas de referência e contra-referência eficientes** entre hospitais, unidades sanitárias e serviços de apoio psicossocial comunitário.
6. **Desenvolver estudos operacionais e monitorias periódicas** sobre tentativas de suicídio, avaliando padrões de ocorrência, fatores de risco e eficácia das estratégias de prevenção.
7. **Implementar linhas de apoio e serviços de emergência psicológica**, especialmente durante horários noturnos e fins-de-semana, quando os riscos de suicídio tendem a aumentar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde. Suicídio [Internet]. 2024 de agosto de. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 6 de julho de 2018;15(7):1425.
3. Organização. Reverter o suicídio e a crise de saúde mental em África [Internet]. 2022 de outubro de. Disponível em: <https://www.afro.who.int/news/reversing-suicide-mental-health-crisis-africa>
4. Suicide Worldwide In 2019: Global Health Estimates. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
5. Wagenaar BH, Raunig-Berhó M, Cumbe V, Rao D, Napúa M, Sherr K. Suicide Attempts and Deaths in Sofala, Mozambique, From 2011 to 2014: Who, Where, and From What. *Crisis*. setembro de 2016;37(6):445–53.
6. Mendes AM, Souza EAD, Daniele TMDC, Frota MA. Percepção dos profissionais de saúde no atendimento de adolescentes com comportamento suicida. *Rev JRG Estud Acadêmicos*. 25 de julho de 2024;7(15):e151319.
7. Pimenta LFDA, Brito AACD, Lima AIO, Santos PFBBD. Prevenção ao suicídio na Atenção Primária, na percepção de profissionais de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2024;34:e34091.
8. Hawton K, Lascelles K, Pitman A, Gilbert S, Silverman M. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *Lancet Psychiatry*. novembro de 2022;9(11):922–8.
9. Cumbe VFJ, Manaca MN, Atkins DL, Muandido A, Hicks L, Oquendo MA, et al. Prevalence and correlates of suicidal behavior in primary care settings in Mozambique. *BMC Psychiatry*. dezembro de 2022;22(1):423.
10. Onger L, Nyawira M, Kariuki SM, Bitta M, Schubart C, Penninx BWJH, et al. Perspectives on reasons for suicidal behaviour and recommendations for suicide prevention in Kenya: qualitative study. *BJPsych Open*. março de 2023;9(2):e38.

ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE CASOS RECRUDESCENTES DE SARAMPO, DISTRITO DE ANGÓNIA, 2023-2024, PROVÍNCIA DE TETE

Nelson Justino Emílio Mugaua; João Alberto Massora*; Nádia Osman; Mauro Hernani Pio Monteiro; Sara Elisa Anselmo; Sisínio Cipriano Março.

Instituto Nacional de Saúde - Delegação Provincial de Tete

joão.massora@ins.gov.mz*

RESUMO

Introdução: O sarampo continua sendo um grave problema de saúde pública para países em desenvolvimento (1). Em Moçambique, a província de Tete enfrenta surtos recorrentes. Em 2023, notificaram-se 891 casos, com 2,7% (24/891) positivos, dos quais 70,8% (17/24) no distrito de Angónia. A pesquisa visa analisar o perfil sociodemográfico dos casos recrudescentes de sarampo em Angónia no período de 2023-2024. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo (fichas/base distrital; Kobocollect; SPSS v25). **Resultados:** Incluíram-se 129 casos suspeitos, 61,0% (79/129) de 2023 e 39,0% (50/129) de 2024. A Unidade Sanitária (US) de Ulongue teve mais casos, sendo 24,8% (32/129), Chia e Seze tiveram menos casos, com 6,2% (8/129).. Houve mais casos no género feminino: 53,5% (69/129), para as idades entre 5 e 14: 52,9% (67/129). Estado vacinal: 47,3% sem informação; 26,4% não vacinados; 26,4% vacinados. Dos referidos casos, 65,0% reportaram sintomas e 33,0% não têm informação. Não houve associações estatisticamente significativas ($p>0,05$). **Conclusão:** O recrudescimento concentra-se em escolares/adolescentes, com lacunas de registo e provável subvacinação, exigindo reforço da vigilância e vacinação direccionada.

Palavras-chave: Sarampo, Recrudescente, Angónia, Tete

INTRODUÇÃO

O sarampo constitui um grave problema de saúde pública. Em países em desenvolvimento, surtos epidémicos são frequentes. A África tem sido a região mais afectada e, em 2019, concentrou 71,0% das 207.500 mortes globais (1).

Na província de Tete, em Moçambique, enfrentam-se surtos recorrentes de sarampo, tendo sido notificados quase 1.217 casos de 2019 a 2022. Em 2023, houve um aumento expressivo de 891 casos notificados, com 2,7% (24/891) de casos positivos, onde o distrito de Angónia absorveu 70,8% (17/24) de positividade, evidenciando vulnerabilidade local e risco para outros distritos vizinhos, facto que compromete os esforços de eliminação da doença na província (SISCOVE).

Este estudo teve como objectivos: Analisar o perfil sociodemográfico dos casos recrudescentes de sarampo em Angónia em 2023 e 2024.

METODOLOGIA

A pesquisa é descritiva e transversal, com uma abordagem quantitativa. Para a sua efectivação, usou-se a base de dados e as fichas de notificação de casos de sarampo das Unidades Sanitárias (US) do distrito de Angónia de 2023 e 2024. Para a colheita de dados, usou-se um *software* (Kobcollect). A categorização e análise foram feitas pelo SPSS versão 25. No mesmo sentido usou-se o teste X^2 para verificar a associação estatística entre as variáveis e calcularam-se as frequências absolutas.

RESULTADOS

Foram incluídas 129 fichas de notificações de suspeita de sarampo. Dos casos observados, 61,0% (79/129) foram notificados em 2023 e 39,0% (50/129) em 2024. As US com maiores casos 24.8% (32/129) incluem o Centro de Saúde Ulongue, seguido de 15.5% (20/129) do Centro de saúde de Domue, sendo a menor percentagem: 6.2% (8/129) representada pelos centros de saúde de Chia e Seze.

O género feminino teve maior predomínio, com 53.5% (69/129). Os indivíduos de idade entre 5e14 anos tiveram a maior notificação de casos suspeitos, com 52.9% (67/129), seguido de 22.5% (29/129) de casos suspeitos e notificados em participantes com idade entre 0 a 1 anos. A menor percentagem: 11.6% (15/129) foi observada em indivíduos com idade maior de 15 anos, seguida de 13.2% (17/129) dos casos notificados em participantes de 4 a 13 anos de idade.

Para o estado vacinal dos casos suspeitos e notificados, a maior percentagem: 47.3% (61/129) dos participantes não tinham informação relacionadas com a vacinação, seguido de 26.4% (34/129) dos participantes não vacinados e dos vacinados.

Na componente de os contactos de casos

suspeito terem tido contacto com outros caos, 55.0% (71/129) dos suspeitos e notificados reportaram não ter contactos com outros casos confirmados, seguido de 27.1% (35/129) dos que tiveram contacto com outros casos, sendo que a menor parte, que é de 3,1% (4/129), não tinha informação de ter tido algum contacto.

Quanto aos sinais e sintomas, nos casos suspeitos e notificados, 65,0% (84/129) destes tinham algum tipo de sintoma ou sinal inscrito, seguidos de 33,0% (42/129) daqueles cujas fichas não apresentaram as informações relacionados com a sintomatologia e os sinais.

Para a colheita de amostras, como parte do processo de notificação dos casos de suspeita de sarampo, do total dos casos notificados, a maioria: 63,0% (81/129) teve a colheita de amostra, contra 37,0% cujas amostras não foram colhidas.

Não se econcontrou nenhuma associação estatisticamente significativa entre o estado vacinal dos casos de sarampo suspeitos e notificados, e o estado vacinal, género, idades dos participantes e aparecimento dos sintomas, onde o p-valor foi de 0.233, 0.072 e 0.87 respectivamente.

Tabela 1: Análise multivariada dos factores de riscos associados a sarampo

Características	Vacinação		p-value
	Não	Sim	
Sexo			
Masculino	73% (43/59)	27% (16/59)	0.233
Feminino	75% (52/69)	25% (17/69)	
Idade			
0 - 1 anos	72% (21/29)	28% (8/29)	0.072
2 - 4 anos	78% (14/18)	22% (4/18)	
5 - 14 anos	67% (45/67)	33% (22/67)	
15+ anos	100% (15/15)	0% (0/15)	
Sinais e sintomas			
Com sintomas	73% (61/84)	27% (23/84)	0.878
Sem sintomas	67% (2/3)	33% (1/3)	
Sem informação	76% (32/42)	24% (10/42)	

DISCUSSÃO

O Centro de Saúde Ulongue registou a maior proporção de casos, seguido pelo Centro de Saúde de Domue, enquanto o de Chia e Seze apresentaram as menores taxas. Essa distribuição desigual pode reflectir diferenças na densidade populacional, acesso a serviços de saúde ou cobertura vacinal entre as regiões. Estudos revelam que mesmo com o progresso na expansão da cobertura, ainda existem disparidades críticas na cobertura, produzindo heterogeneidade significativa no impacto da imunização em toda a região africana (2) A faixa etária mais afectada foi a de 5 a 14 anos, seguida por 0 a 1 ano, indicando uma vulnerabilidade significativa em crianças e adolescentes. Este achado pode ser relacionado a factores cuidadores, geográficos e infra-estruturais que podem ser algumas barreiras, merecendo a inclusão do engajamento público e envolvimento de mídia (3).

Quase metade dos casos não tinha informação sobre o estado vacinal, e os casos com dados disponíveis não estavam vacinados, daí a necessidade de um esforço intenso para aumentar a cobertura da vacina e evitar surtos periódicos (4). Foi encontrado, na pesquisa, um número significativo de participantes sem amostras colhidas. Este achado demonstra lacunas nos procedimentos de notificação, impossibilitando a confirmação laboratorial, essencial para a vigilância epidemiológica. Estes achados evidenciam que a qualidade das investigações de casos deve ser melhorada, para aumentar a melhoria da vigilância e permitir que decisões melhores possam ser tomadas (5). Igualmente, destaca-se a necessidade de suporte contínuo às estratégias vacinação e a inclusão de mais pesquisas, para entender os factores que afectam o desempenho da vacina e melhorar os esforços de imunização em África (6).

Entretanto, não foi encontrada associação es-

taticamente significativa entre o estado vacinal e variáveis como género, idade ou sintomas (p -valor $> 0,05$). Isso pode indicar que a existência de outros factores relacionados a condições socioeconómicas ou barreiras no acesso à saúde influenciam mais a ocorrência de casos do que apenas o estado vacinal. Conclui-se que os centros de saúde de Ulongue e Domue contribuem com o peso de notificação de sarampo, enquanto os centros de saúde de Chia e Seze apresentam as menores taxas de notificados. Entretanto, a faixa etária de 5 a 14 anos foi a mais notificada, seguida por 0 a 1 ano. Existe fragilidade no seguimento do protocolo de notificação de casos, pois grande parte dos casos notificados não apresentavam dados sobre o estado vacinal, não só, como também foi observado um número significativo de participantes com amostras colhidas. A etiologia dos casos suspeito não tivera relação com outros casos confirmados, pois a maioria dos casos notificados não teve contacto com outros casos confirmados. Com base nestes resultados, recomendamos: reforçar a cobertura vacinal, especialmente em crianças menores de 5 anos e em idade escolar; melhorar o registo de dados clínicos e vacinais para permitir análises mais precisas e intensificar a vigilância epidemiológica, garantindo a colecta de amostras e investigação de contactos em todos os casos suspeitos e realizar estudos adicionais para identificar barreiras à vacinação e factores de risco específicos nos distritos mais afectados.

CONCLUSÃO

Observa-se uma concentração de casos na faixa de 5–14 anos de idade, com maior contribuição da US de Ulongue, e lacunas relevantes no registo vacinal (47,3% sem informação). A persistência de casos sem associações estatisticamente significativas sugere determinantes sistémicos (cobertura heterogénea, acesso e

mobilidade), requerendo respostas integradas de vacinação, vigilância e melhoria de dados.

RECOMENDAÇÕES

1. **Vacinação dirigida a 5–14 anos:** intensificar a rotina e SIA em Angónia, priorizando Ulongue e Domue (maior notificação).
2. **Qualidade dos registos vacinais:** reduzir “sem informação” com auditorias rápidas de dados (DQA) e recaptura activa de cartões.
3. **Saúde escolar e equipas móveis:** rastreio de cartões, actualização de doses em atraso e educação sobre sinais de alarme nas escolas e comunidades.
4. **Vigilância e laboratório:** aumentar colheita oportuna de amostras e confirmação etiológica para a monitoria de cadeias de transmissão.
5. **Cadeia de frio e abastecimento:** supervisão de apoio às US periféricas, garantindo disponibilidade e conservação de vacinas.
6. **Integração com nutrição:** articular acções de sarampo com vitamina A e rastreio/tratamento de desnutrição para reduzir a gravidade clínica.
7. **Inquéritos Rápidos de Cobertura (LQAS) e estudos operacionais:** identificar determinantes locais de baixa vacinação e orientar a comunicação social segmentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mandomando I, Naniche D, Pasetti MF, Cuberos L, Sanz S, Vallès X, et al. Assessment of the Epidemiology and Burden of Measles in Southern Mozambique. *Am Soc Trop Med Hyg*. 1 de julho de 2011;85(1):146–51.
2. Echeverria-Londono S, Hartner AM, Li X, Roth J, Portnoy A, Sbarra AN, et al. Exploring the subnational inequality and heterogeneity of the impact of routine measles immunisation in Africa. *Vaccine*. 8 de novembro de 2022;40(47):6806–17.
3. Ilesanmi M, Olujobi B, Ilesanmi O, Umaefulam V. Exploring data trends and providers’ insights on measles immunization uptake in south-west Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2023;46:28.
4. M Y, H H, S M, S S, L M, T M, et al. Measles incidence in South Africa: a six-year review, 2015-2020. *BMC Public Health [Internet]*. 30 de agosto de 2022 [citado 27 de março de 2025];22(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36042453/>
5. Sowe A, Njie M, Sowe D, Fofana S, Ceesay L, Camara Y, et al. Epidemiology of measles cases, vaccine effectiveness, and performance towards measles elimination in The Gambia. *PloS One*. 2021;16(10):e0258961.
6. Endalamaw D, Nibret E, Munshea A, Mekonnen F, Tadesse S, Zeru T, et al. Measles vaccine effectiveness in African children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 21 de novembro de 2024;24(1):1330.
7. Ramírez MA, Fernández Santisteban MT, Galange MM, Carralero RR, Júlio G, Samutondo C, et al. Epidemiology of measles in Angola: Results from routine surveillance from 2015 to 2021. *IJID Reg*. junho de 2023;7:256–61.
8. Yitbarek K, Tilahun T, Debela T, Abdena D, Girma T. Measles epidemiology and vaccination coverage in Oromia Region, Ethiopia: Evidence from surveillance, 2011-2018. *Vaccine*. 13 de julho de 2021;39(31):4351–8.



Descobrir, Entender e Informar