

3 GARANTIR O ACESSO À SAÚDE DE QUALIDADE E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS

3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de SIDA, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis

3.3.3 Incidência de malária por 1.000 habitantes

Novos casos de malária por 1.000 pessoas em risco a cada ano em número

Ministério da Saúde

Cesarino Tivane e Nelita Nassone

Departamento de Monitoria e Avaliação, Direcção de Planificação e Cooperação

Técnicos de Monitoria e Avaliação

+258 849007628; +258 846630589; +258847144676

tivanecesarino@gmail.com; nelianasson@gmail.com; muluana2002@gmail.com

tivanecesarino@gmail.com; nelianasson@gmail.com; muluana2002@gmail.com

A incidência de malária é definida como o número de novos casos de malária por 1.000 pessoas em risco a cada ano.

Caso de malária é definido como a ocorrência de infecção por malária em uma pessoa cuja presença de parasitas da malária no sangue foi confirmada por um teste de diagnóstico. A população considerada é a população em risco da doença.

Número

Medir tendências na morbilidade da malária e identificar locais onde o risco de doença é maior. Com estas informações, o programa da Malária pode responder a tendências incomuns, como epidemias, e direcionar recursos para as populações mais necessitadas

A incidência estimada pode diferir da incidência reportada

A incidência de malária (1) é expressa como o número de novos casos por 100.000 habitantes por ano, sendo a proporção total de risco estimada pelo Programa Nacional de Controle da Malária do país

As Unidades Sanitárias preenchem, aprovam os resumos mensais aos serviços distritais de Saúde que esses por sua vez, fazem a revisão, análise, aprovação e lançamento no Sistema de Informação para Saúde, Monitoria e Avaliação (SISMA).

A Direcção Provincial de Saúde monitora o lançamento, faz análise e discussão dos dados lançados no SISMA.

A Direcção de Planificação e Cooperação faz análise e uso dos dados para produção dos indicadores.

Não há diferença, a metodologia de cálculo e as definições utilizadas são globais

A incidência de malária (1) é expressa como o número de novos casos por 100.000 habitantes por ano, sendo a população de um país derivada de projeções feitas pela Divisão de População da ONU e a proporção total de risco estimada pelo Programa Nacional de Controle da Malária de um país. Mais

especificamente, o país estima qual é a proporção de alto risco (H) e qual é a proporção de baixo risco (L) e a população total em risco é estimada como População \times (H + L).

O número total de casos novos, T, é estimado a partir do número de casos de malária reportados pelo Ministério da Saúde, que é ajustado para levar em consideração (i) falta de cobertura dos sistemas de notificação (ii) pacientes que procuram tratamento no sector privado, os que fazem auto-medicação ou que não procuram tratamento; e (iii) potencial diagnóstico excessivo pela falta de confirmação laboratorial dos casos.

O procedimento, descrito no Relatório Mundial sobre a Malária de 2009 (2), combina dados reportados pelos NMCPs (casos reportados, relatando perfeição/integridade e probabilidade de que os casos sejam parasitas positivos) com dados obtidos de inquéritos aos agregados familiares com representatividade a nível nacional sobre o uso de serviços de saúde. Resumidamente,

Onde:

a = são casos de malária confirmados no sector público

b = é suspeita de casos testados

c = são casos presumidos (não testados, mas tratados como malária)

d = reflecte perfeição/integridade de reporte

e = é a taxa de positividade do teste (fração positiva da malária) = a / b

f = são casos no sector público, calculados por $(a + (c \times e)) / d$

g = é a fração que busca tratamento no sector público

h = é a fração que busca tratamento no sector privado

i = é a fração que não procura tratamento, calculada por $(1-g-h) / 2$

j = são casos no sector privado, calculados por $f \times h / g$

k = são casos não privados e não públicos, calculados por $f \times i / g$

T = é o total de casos, calculado por $f + j + k$.

Para estimar a incerteza em torno do número de casos, a taxa de positividade do teste foi assumida como tendo uma distribuição normal centrada no valor da taxa de positividade do teste e no desvio padrão definido como $0,244 \times \text{Taxa de positividade do teste}^{0,5547}$ e truncado para estar no intervalo 0-1. Presumiu-se que a perfeição/integridade dos relatórios tivesse uma das três distribuições, dependendo do intervalo ou valor reportado pelo NMCP.

Se o intervalo fosse superior a 80%, supunha-se que a distribuição fosse triangular, com limites de 0,8 e 1 e o pico em 0,8. Se o intervalo for maior que 50%, a distribuição foi assumida como retangular, com limites de 0,5 e 0,8. Finalmente, se o intervalo fosse inferior a 50%, a distribuição é assumida como triangular, com limites de 0 e 0,5 e o pico em 0,5 (3).

Se a perfeição/integridade do relatório foi reportada com um valor superior a 80%, assume-se uma distribuição beta com um valor médio do valor reportado (máximo de 95%) e intervalos de confiança (ICs) de 5% em torno do valor médio. Presumiu-se que as proporções de crianças para quem o atendimento era procurado no sector privado e no sector público apresentavam distribuição beta, sendo o valor médio o valor estimado na pesquisa e o desvio padrão calculado na faixa estimada de 95% de intervalos de confiança (IC) divididos por 4.

Presumiu-se que a proporção de crianças para as quais não procuraram atendimento tenha distribuição retangular, com o limite inferior 0 e o limite superior calculado em 1 menos a proporção que procurou atendimento no setor público ou privado.

Foram mapeados indicadores de vários documentos orientadores nacionais e globais e incorporados num quadro único de indicadores do sector, para facilitar a monitoria e avaliação do desempenho e compromissos do governo e parceiros de cooperação. Paralelamente, no âmbito do fortalecimento do sistema de informação, está em curso o processo de estabelecimento de interoperabilidade entre os sistemas de informação no sector com vista a maximizar a produção, fluidez, disponibilidade, acessibilidade, visibilidade, análise de dados global da informação para a tomada de decisão.

Para assegurar a garantia de qualidade é usado o aplicativo “OMS Data Quality Framework” do Sistema de Informação para a Saúde, Monitoria e Avaliação (SIS-MA) para a avaliação da qualidade de dados em 4 dimensões: Integridade e completude dos relatórios, Consistência interna dos dados, Consistência externa de dados e Consistência das estimativas populacionais.

São feitas rotineiramente avaliação externas de qualidade de dados, integrando equipes mistas (programa, departamento de monitoria e avaliação, departamento de informação para a saúde e avaliadores externos) onde se observa a consistência de dados desde o nível da unidade sanitária até ao nível central. Nestas avaliações existem instrumentos de medição padrões de qualidade com pontuações estabelecidas.

MISAU, registos administrativos

Dados recolhidos a partir dos livros de registo diário de consultas nas unidades sanitárias do país

Dados disponíveis de 2015 a 2019. Dados desagregados por Província

Dados recolhidos, diariamente ao longo do ano

Mensalmente a informação é publicada a nível do MISAU, até dia 20 de cada mês

Ministério da Saúde

Ministério da Saúde

Ao abrigo da Lei 7/96, que define as bases gerais do Sistema Estatístico Nacional, o Instituto Nacional de Estatística (INE), de acordo com o Despacho publicado no Boletim da República No. 39/2000, I Série, de 27 de Setembro de 2000, delega oficialmente a Direcção de Planificação e Cooperação (DPC), do Ministério da Saúde, a publicação e difusão da informação estatística oficial do Sector de Saúde, em Moçambique.

MISAU, Relatórios anuais de balanço do Sector da Saúde

Nenhum indicador relacionado