

## ***0.a. Goal***

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

## ***0.b. Target***

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

## ***0.c. Indicator***

3.3.3 Incidência de malária por 1.000 habitantes

## ***0.d. Series***

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

## ***0.e. Metadata update***

7/10/2020

## ***0.f. Related indicators***

Nenhum indicador relacionado

## ***1.a. Organisation***

Ministério da Saúde

## ***1.b. Contact person(s)***

Cesarino Tivane e Nelita Nassone

## ***1.c. Contact organisation unit***

Departamento de Monitoria e Avaliação, Direcção de Planificação e Cooperação

## ***1.d. Contact person function***

Técnicos de Monitoria e Avaliação

### **1.e. Contact phone**

+258 849007628; +258 846630589; +258847144676

### **1.f. Contact mail**

[tivanecesarino@gmail.com](mailto:tivanecesarino@gmail.com); [nelianasson@gmail.com](mailto:nelianasson@gmail.com); [muluana2002@gmail.com](mailto:muluana2002@gmail.com)

### **1.g. Contact email**

[tivanecesarino@gmail.com](mailto:tivanecesarino@gmail.com); [nelianasson@gmail.com](mailto:nelianasson@gmail.com); [muluana2002@gmail.com](mailto:muluana2002@gmail.com)

## **2.a. Definition and concepts**

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.

## **2.b. Unit of measure**

Número

## **3.a. Data sources**

MISAU, registos administrativos

## **3.b. Data collection method**

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

## **3.c. Data collection calendar**

Dados recolhidos, diariamente ao longo do ano

## **3.d. Data release calendar**

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

## **3.e. Data providers**

Ministério da Saúde

### ***3.f. Data compilers***

Ministério da Saúde

### ***3.g. Institutional mandate***

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.

### ***4.a. Rationale***

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 direccionar recursos para as populações mais necessitadas

### ***4.b. Comment and limitations***

A incidência estimada pode diferir da incidência reportada

### ***4.c. Method of computation***

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

### ***4.d. Validation***

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.

### ***4.h. Methods and guidance available to countries for the compilation of the data at the national level***

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 x (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.

#### ***4.i. Quality management***

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.

#### ***4.j. Quality assurance***

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.

#### ***4.k. Quality assessment***

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.

### ***5. Data availability and disaggregation***

Dados disponíveis de 2015 a 2019. Dados desagregados por Província

### ***6. Comparability/deviation from international standards***

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

### ***7. References and Documentation***

MISAU, Relatórios anuais de balanço do Sector da Saúde