



Boletim Epidemiológico



AÇAILÂNDIA-MA
SETEMBRO 2020



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



SALA DE
SITUAÇÃO
FS-UNB



Projeto Central QualiTopama

Ministério da Saúde/Universidade Federal do

Tocantins/Fundação de Apoio Científico e Tecnológico

Coordenação Geral

Dr. Paulo Fernando de M. Martins (UFT)

Coordenação Adjunta para Ações de Pesquisa e Diagnóstico Situacional

Dra. Renata Junqueira Pereira (UFT)

Coordenação Adjunta para Ações de Comunicação Social

Dr. Frederico Salomé de Oliveira (UFT)

Coordenação Adjunta para Ações de Educação em Saúde

Dra. Denise Capuzzo (UFT)

Coordenação Adjunta para Ações em Tecnologia da Informação

MSc. Rogério Nogueira (UFT)

Assessoria Científica em Epidemiologia

Dr. Jonas Brant (UnB)

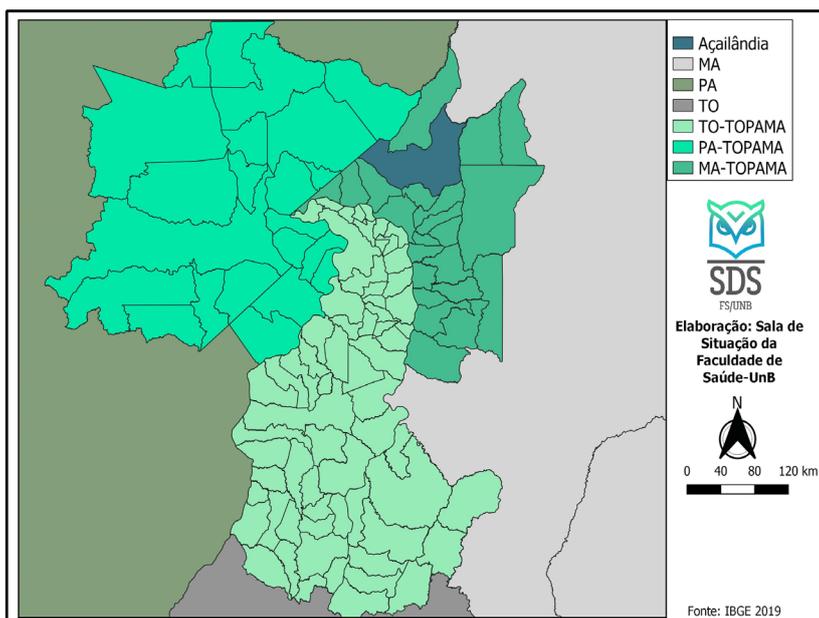


SUMÁRIO

O Estado do Maranhão e o Município de Açailândia.....	4
A Covid-19.....	12
Covid-19 no Estado do Maranhão.....	13
Covid-19 em Açailândia.....	18
O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.....	21
PQA-VS em Açailândia.....	24
Conclusão.....	42
Referências.....	44
ANEXO I. Modificações no nome dos indicadores do PQA-VS, ao longo dos anos	47

O estado do Maranhão e o município de Açailândia

Localizado na região Nordeste do Brasil, o estado do Maranhão atualmente possui 217 municípios que juntos totalizam uma população de 6.574.789 pessoas (IBGE, 2010), o mesmo faz limite com os estados do Piauí, Tocantins e Pará, assim como com o Oceano Atlântico. A área ocupada pela região é de 331.936,949 km² (IBGE, 2020).



Sua capital São Luís se caracteriza como a cidade mais populosa do estado concentrando uma população aproximada de 1.101.884 habitantes. Os outros dois municípios com o maior número de habitantes são Imperatriz e São José do Ribamar, com 258.682 e 177.687 moradores, respectivamente. Vale lembrar que as populações apresentadas são estimativas do IBGE para o ano de 2019 (IBGE, 2020).

Após a breve apresentação acerca do estado do Maranhão, torna-se relevante adentrarmos na apresentação do município de Açailândia, o qual será o foco neste boletim. A cidade, no censo de 2010, contava com 104.047 mil (Tabela 1) habitantes, a estimativa para 2019 foi de 112.445 mil pessoas (IBGE, 2020).

Sua extensão é de 5.808,304 km² apresentando uma densidade de 17,92 habitante por km², fazendo parte do bioma Amazônia. De acordo com o censo de 2010, apresentava 13% de domicílios com esgotamento sanitário. Ao compararmos sua população com as demais cidades maranhenses, Açailândia ocupa a oitava posição em aspectos populacionais (IBGE, 2020).

Tabela 1. Distribuição por faixa etária Maranhão e Açailândia-MA dados IBGE 2010.

Faixa etária	MA	MA %	Açailândia	Açailândia %
0 a 14	2034076	30,94	32350	31,09
15 a 29	1934189	29,42	31443	30,22
30 a 49	1564781	23,8	26502	25,47
50 a 69	782505	11,9	10880	10,46
70 a 89	242614	3,69	2742	2,64
90+	16624	0,25	130	0,12
Total	6.574.789	100	104.047	100,00

Fonte: (IBGE, 2010).

Observa-se que a maior concentração de pessoas está entre a faixa etária de 0 a 29 anos, em ambas as localidades. Em relação à distribuição por sexo, as mulheres estão em maioria representando 50,3% do total, sendo assim, os homens concentram 49,7% da população, no estado. Em Açailândia, as mulheres estão em maioria por pouca diferença, com 50,1% (IBGE, 2010).

Ao abordarmos os aspectos relacionado a educação, até o ano de 2018 o estado do Maranhão apresentava 8.348 escolas de Ensino Infantil, 9.690 escolas destinadas ao Ensino Fundamental e 1.051 para o Ensino Médio, para as mesmas instituições Açailândia apresentava 49, 70 e 20, respectivamente (SINOPSE, 2018).

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações. O índice varia de 0 a 10, no entanto, estabelecido, como meta para 2022, alcançar média 6, valor que corresponde a um sistema educacional de qualidade comparável ao dos países desenvolvidos (INEP, 2020).

Em 2017, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) em relação ao ensino médio foi de 3,5 para a rede pública de ensino e 5,2 no ensino privado, leva-se em conta que a nota nível Brasil é de 3,8. No município teve-se a nota de 5,0

para os anos iniciais e 4,1 para os anos finais, dados referentes à rede pública de ensino (IDEB, 2017).

É importante ressaltar que os índices educacionais refletem em outros, como: saúde e economia (UNESCO, 2020). De acordo com os dados expostos; município e estado não conseguiram ainda atingir a meta estipulada. Dessa forma, demonstra-se urgente uma análise dos fatores que têm impedido o desenvolvimento de ambos a fim de melhorar a educação do estado/ município e de todos os aspectos relacionados a ela.

Ao analisarmos o nível de instrução da população de Açailândia e do estado, tem-se a seguinte distribuição:

Tabela 2. Nível de instrução da população do Maranhão e Açailândia-MA, IBGE 2010.

Nível de Instrução	Maranhão	Maranhão %	Açailândia	Açailândia %
Sem Instrução	3.213.208	61	49.938	59,4
Fundamental Completo	842.384	16	15.673	18,6
Médio Completo	994.385	18,9	15.474	18,4
Superior Completo	189.918	3,6	2.588	3,1
Não determinado	24.842	0,5	382	0,5
Total	5.264.737	100	84.055	100,0

Fonte: (IBGE, 2010).

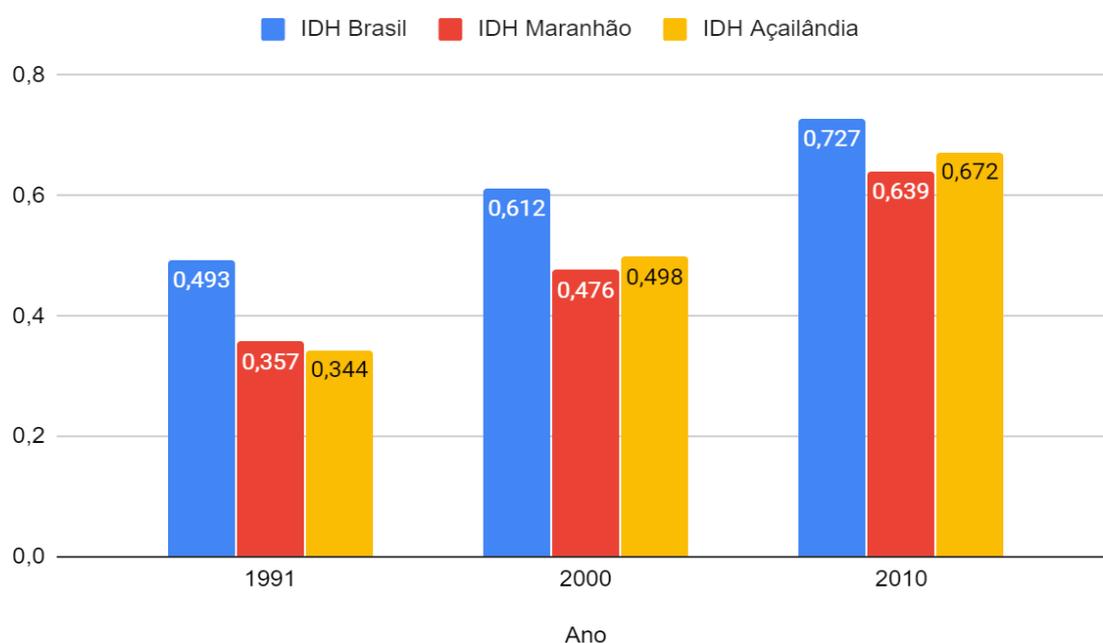
Os dados referentes a economia do município mostram que ele tem evoluído ao longo dos anos (Figura 1), no entanto, ainda há muito para melhorar, como a incidência da pobreza, salário médio mensal e porcentagem da população ocupada. Todos os fatores citados estão intimamente relacionados e por isso devem ser trabalhados em conjunto.

O Índice de Desenvolvimento Humano que analisa o desenvolvimento de uma determinada região a partir da junção de três fatores, sendo eles, renda, educação e

saúde. Seu resultado varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo do valor máximo, maior o é o IDH da localidade (PNUD, 2020).

Sendo assim, o IDH do Maranhão é 0,639, ocupando a vigésima sexta posição no ranking dos estados brasileiros, perdendo somente para o Alagoas. O município em questão apresenta um IDH de 0,672, ficando na nona posição dentro do estado, e a nível Brasil na 2621ª de 5565 (IBGE, 2010).

Figura 1. Índice de Desenvolvimento Humano, Brasil, Maranhão e Açailândia-MA.



Fonte: (IBGE, 2010).

A Política Nacional de Saúde realizada pelo IBGE no ano e 2013, permite uma análise situacional mais profunda do estado, dentre os dados expostos temos:

Os dados referentes à Atenção Primária no estado, Programa Estratégia de Saúde da Família, ultrapassam a média nacional. Sobretudo, é importante atentar-se que, apesar dos bons resultados, melhorias ainda precisam ser feitas para que a cobertura e o número de visitas alcancem ainda mais pessoas, tendo em vista que:

1. O índice de tabagismo ultrapassa a média nacional, dado os riscos advindos do uso do tabaco, faz-se necessária uma melhora na oferta de tratamentos

para abandonar o hábito de fumar que também fazem parte da Atenção Primária em Saúde.

2. A porcentagem de doenças crônicas, de forma geral, está abaixo da nacional, mas existem doenças que podem ser evitadas com acompanhamento nutricional e melhora nos hábitos de vida, por exemplo.

Tabela 3. Distribuição dos domicílios particulares em relação a saúde da família e agentes de combate às endemias, IBGE 2013.

Condição	Porcentagem MA %	Porcentagem Nacional %
Cadastrados em Unidades de Saúde da Família	63,8	53,4
Receberam pelo menos uma visita de algum agente de endemias nos 12 meses que antecederam à pesquisa	63,3	69,4

Fonte: (IBGE, 2013).

Tabela 4. Distribuição da porcentagem (%) de tabagistas, no Maranhão, IBGE 2013.

Condição	Maranhão	Brasil
Fumantes atuais de cigarro	15	14,5
Usuários atuais de produtos derivados do tabaco	15,8	15

Fonte: (IBGE, 2013).

Tabela 5. Distribuição dos pacientes no Maranhão que apresentaram doenças crônicas, IBGE 2013.

Doença Crônica	% Maranhão	% Brasil
Asma	2,5	4,4
AVC	1,9	1,5
Câncer	0,5	2,8

Colesterol Alto	10,2	12,5
Depressão por profissional de saúde mental	3,8	7,6
Diabetes	5,4	6,2
Doença crônica de coluna	21,5	18,5
Doença do coração	1,6	4,2
DORT	1	2,4
Hipertensão Arterial	13,6	21,4
Insuficiência Renal Crônica	0,8	1,4

Fonte: (IBGE, 2013).

Para o município de Açailândia os aspectos relacionados à saúde que serão expostos são: taxa de mortalidade infantil, número de estabelecimentos de saúde e as causas de morte.

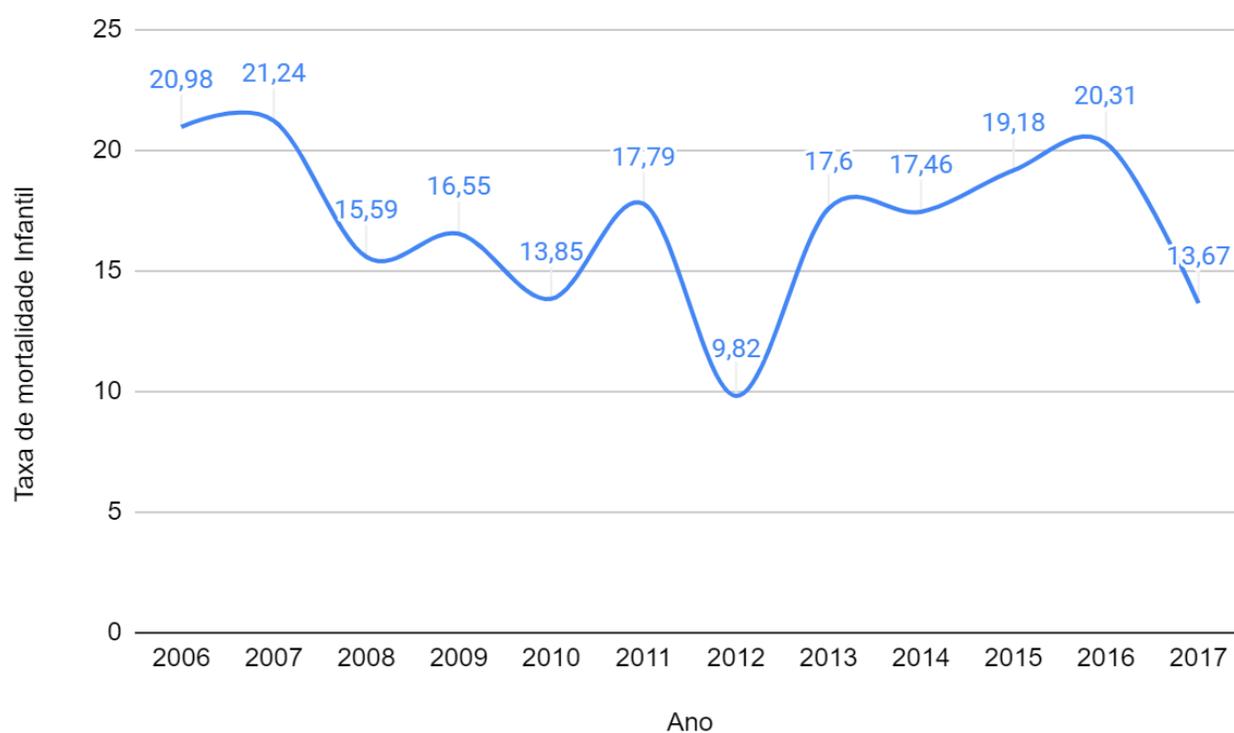
A mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais). Dessa forma, estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida (BRASIL, 2020).

As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em *altas* (50 ou mais), *médias* (20-49) e *baixas* (menos de 20), em função da proximidade ou distância de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas (BRASIL, 2020).

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos. O cumprimento das metas acordadas na Cúpula Mundial da Criança para o ano 2000 requerida, no Brasil, a redução da taxa para 30 óbitos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2020).

A taxa de mortalidade infantil é calculada pelo número de óbitos infantis somada aos óbitos em mulheres de situação de gravidez, parto e puerpério dividido por 1000 nascidos vivos. Nota-se que no período analisado os menores valores são nos anos de 2017 e 2012, sendo que se visualiza um padrão de que após 2007 os picos de valores mais altos são seguidos de uma queda da taxa.

Gráfico 1. Evolução da taxa de mortalidade infantil de 2006 até 2017, no município de Açailândia-MA.



Fonte: (IBGE, 2017).

Abaixo segue a distribuição dos estabelecimentos de saúde disponíveis em Açailândia até junho de 2020.

Tabela 6. Distribuição dos estabelecimentos de saúde no município de Açailândia-MA

Tipo de Estabelecimento	Julho 2018	Julho 2019	Julho 2020
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	1	1	2
CENTRO DE PARTO NORMAL	-	-	1
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	27	27	25
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	10	10	10
CONSULTÓRIO	27	26	26
FARMÁCIA	-	-	1
HOSPITAL GERAL	4	3	3
POLICLÍNICA	7	8	7
PRONTO ANTEDIMENTO	1	1	1
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	13	15	15
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	3	3	4
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSP-URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	3	3	3
POLO PREV.DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	1	1	1
Total	97	98	100

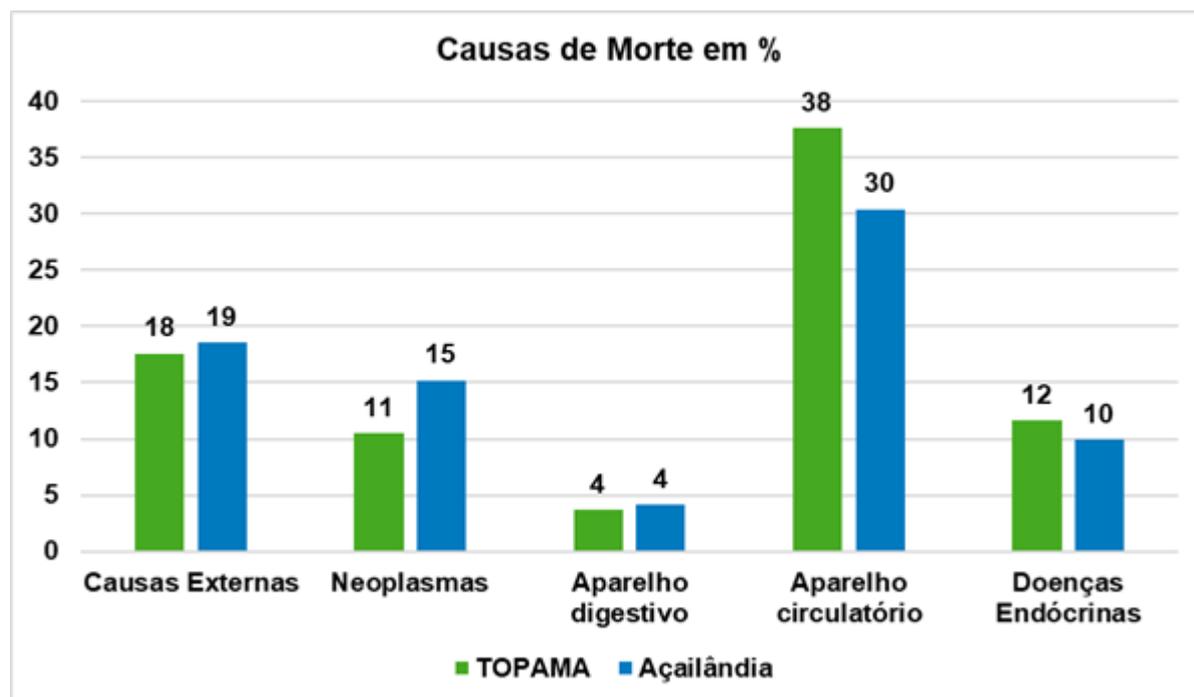
Fonte: (CNES, 2020).

Para concluir a análise relacionada aos aspectos de saúde, tem-se a proporção das cinco principais causas de morte da região do Bico do Papagaio, em comparação com o município no último ano alimentado no sistema, 2017 (Figura 2):

O AVC (Acidente Vascular Cerebral), também conhecido como derrame, doença isquêmica do coração e infarto do miocárdio é o principal fator que leva ao óbito no grupo ocasionado por doenças do aparelho circulatório. Os acidentes de trânsito e homicídios respondem, em conjunto, pelas principais mortes por causas externas (IBGE, 2017).

Com relação às doenças endócrinas, diabetes é a que mais leva ao óbito. Doenças hepáticas e gástricas estão no topo das doenças que levam ao óbito no grupo das doenças digestivas. Por fim, todos os tumores malignos fazem parte do grupo das neoplasmas (IBGE, 2017).

Figura 2. Proporção das cinco principais causas de morte da região TOPAMA, em comparação com o município Açailândia, no ano de 2017.



Fonte: (IBGE, 2017).

A partir dos pontos citados sobre as características do estado do Maranhão e da cidade de Açailândia e visando o atual cenário de Pandemia de COVID-19, discorreremos a cerca da difusão do vírus no estado e município e posteriormente análise do desempenho do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde em Açailândia.

A COVID-19

A COVID-19 é uma doença viral que apresenta sintomas similares aos da gripe, cujo o agente etiológico, o vírus SARS-CoV-2, pertence à família de vírus responsáveis por causar infecção respiratória (LANA et al., 2020). Os coronavírus são

comuns, no entanto, o causador da COVID-19 traz consigo variações que são agravadas conforme a situação imunológica do indivíduo (BRASIL, 2020).

O primeiro caso relatado de transmissão do SARS-CoV-2 foi relatado em dezembro de 2019, em Wuhan, capital da província de Hubei, na China, onde ocorreu uma rápida difusão tanto na província como no país (LANA et al., 2020). Até 12 de setembro de 2020, os países com maiores números de casos e óbitos são: Estados Unidos, Brasil e Índia, em ordem decrescente. Ainda, somando, mundialmente, cerca de 28,8 milhões de casos confirmados e 920 mil mortes (OMS, 2020).

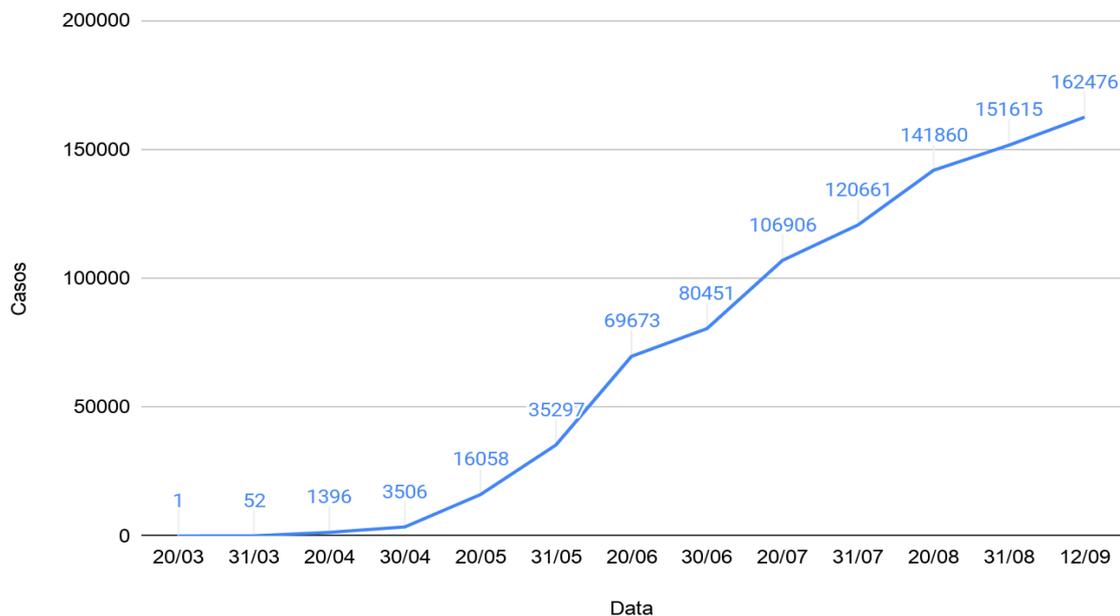
COVID-19 no estado do Maranhão

O primeiro caso de COVID-19 no estado do Maranhão foi relatado em 20 de março de 2020, após 11 dias em 31/03, o total de casos era de aproximadamente 52 confirmados (SESMA, 2020).

Segundo a Secretaria de Saúde do Maranhão (2020), em 31 de julho contabilizou-se 1399 casos novos, totalizando 120.661 casos. Em 31 de agosto foram contabilizados 403 casos novos, somando um total de 151.615 positivos para COVID-19 (Gráfico 2). Na última atualização de 12 de setembro somou-se 162.476 casos.

A incidência que é calculada de acordo com o número casos/população X 100.000, e até presente data, contabiliza-se 2.283,7 casos a cada 100.000 pessoas.

Gráfico 2. Frequência acumulada dos casos de COVID-19 no Maranhão, até 12/09.

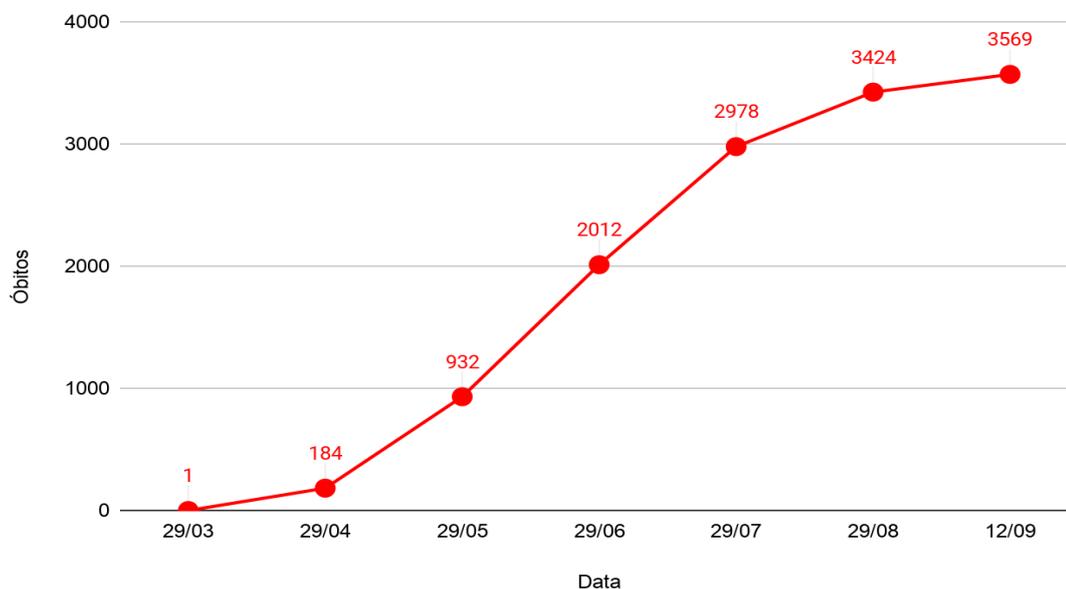


Fonte: (SESMA, 2020).

O primeiro óbito foi registrado em 29 de março, passado um mês desta data, em 29 de abril tinha-se um total de 184 falecidos. Em 13 de agosto totalizam 3.228 óbitos, na última data de atualização de 12 de setembro, obteve-se um total de 3.569 mortes (Gráfico 3), com uma letalidade de 2,2% (total de óbitos pelo número de mortes x 100) (SESMA, 2020).

Embora o número de casos seja majoritariamente em mulheres (55%), os óbitos se dão em 62% no sexo masculino e 38% no sexo feminino (SESMA, 2020).

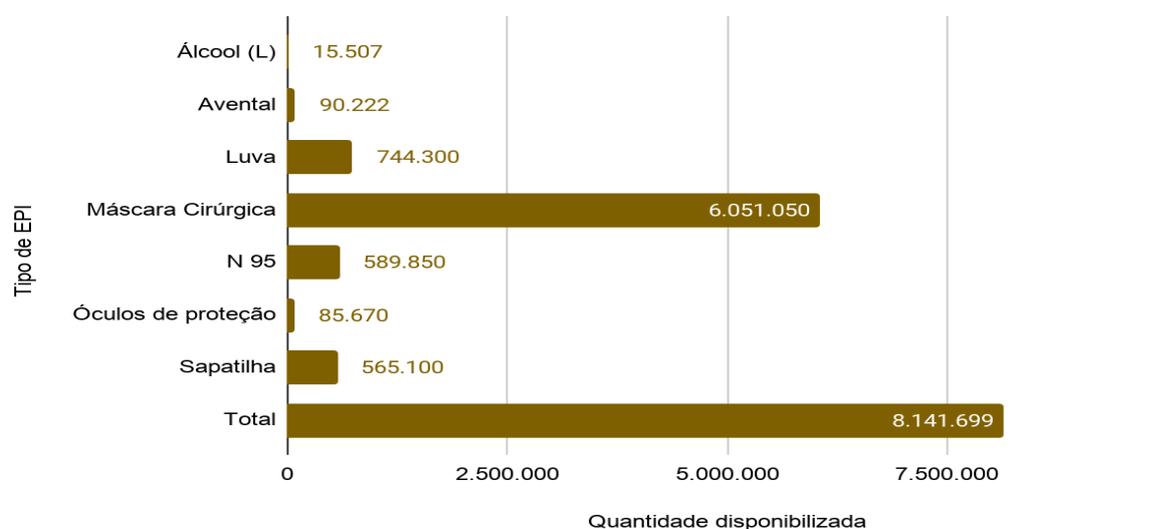
Gráfico 3. Evolução dos óbitos por COVID-19, no Maranhão até 12/09.



Fonte: (SESMA, 2020).

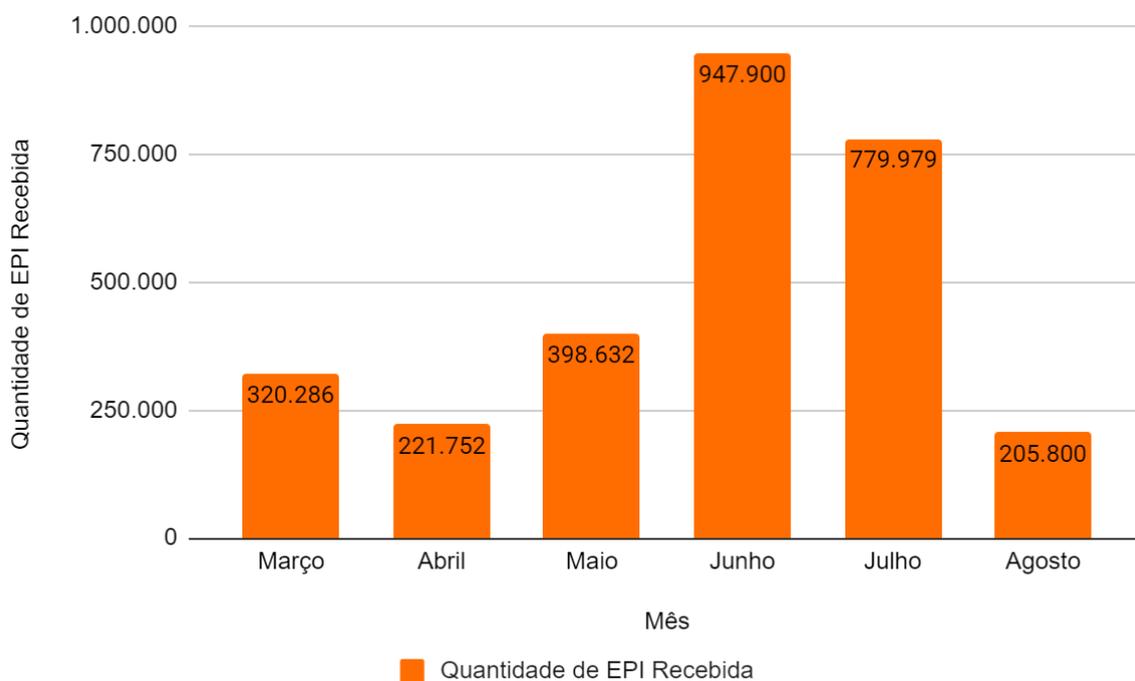
Mediante a exposição dos dados epidemiológicos da situação da epidemia de COVID-19 no estado do Maranhão, torna-se relevante a exposição dos insumos disponíveis no estado para o enfrentamento do vírus.

Figura 3. Equipamento de Proteção Individual disponibilizados no estado do Maranhão, em 2020.



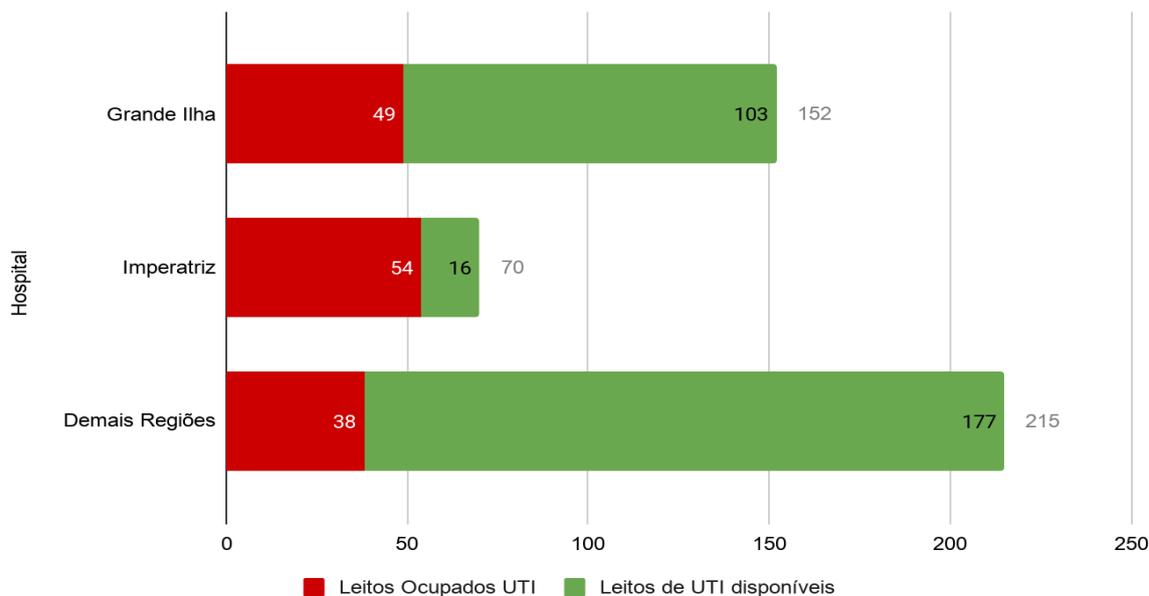
Fonte: (LOCALIZA SUS, 2020).

Figura 3.1. Quantidade de Equipamento de Proteção Individual recebida pelo estado do Maranhão, de março a agosto de 2020.



Fonte: (LOCALIZA SUS, 2020).

Figura 4. Ocupação dos leitos de UTI no estado do Maranhão até 12 de setembro de 2020.



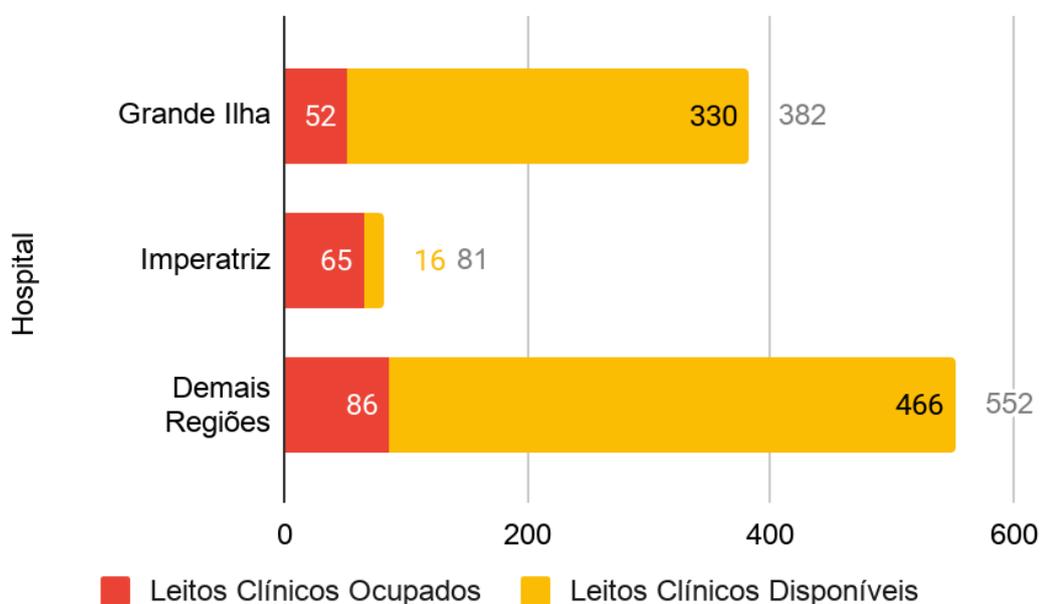
Fonte: (SESMA, 2020).

Quadro 1. Proporção de ocupação de leitos para COVID-19 no estado do Maranhão até 12 de setembro.

Leitos	Grande Ilha		Imperatriz		Demais Regiões	
	Ocupação %	Total	Ocupação %	Total	Ocupação %	Total
UTI	32,24	152	74,07	70	16,67	215
Clínico	13,61	382	80,25	81	14,86	552

Fonte: (SESMA, 2020).

Figura 5. Ocupação dos leitos clínicos para COVID-19 no estado do Maranhão até 12 de setembro.



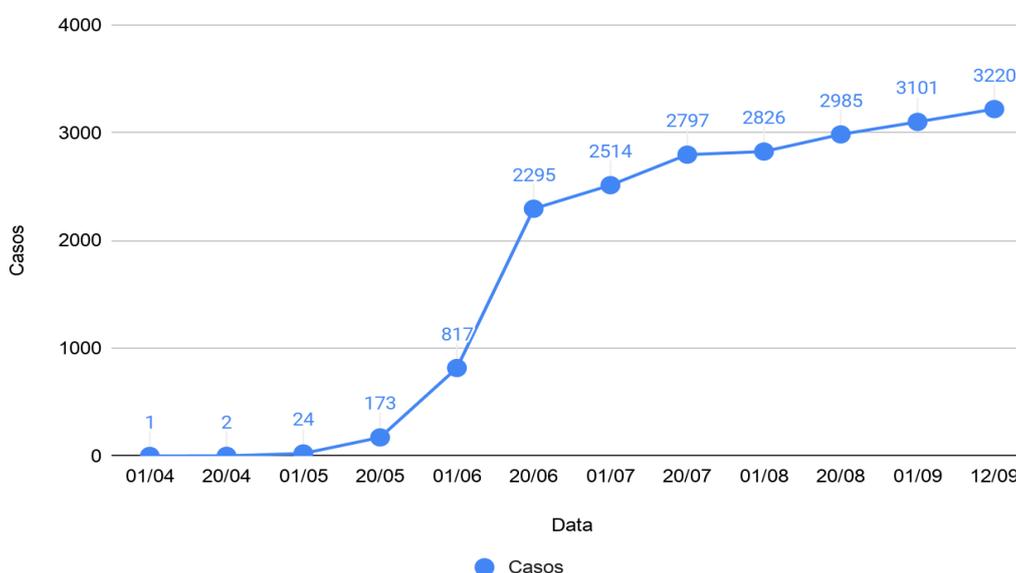
Fonte: (SESMA, 2020).

A partir do breve exposto acerca da situação da COVID-19 no estado do Maranhão, partiremos para análise de coronavírus no município em questão, seguido da apresentação e análise do Programa de Qualificação das Ações em Vigilância em Saúde no mesmo.

A COVID-19 no município de Açaílândia

A confirmação do primeiro caso de coronavírus na cidade de Açaílândia foi em 01 de abril de 2020, segundo a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, enquanto ocorreu a primeira confirmação no município o estado contabilizava 71 casos confirmados. No dia 20 do mesmo ocorreu a confirmação do segundo caso. Em 12 de setembro de 2020, contabilizam-se 3.220 casos (SESMA, 2020).

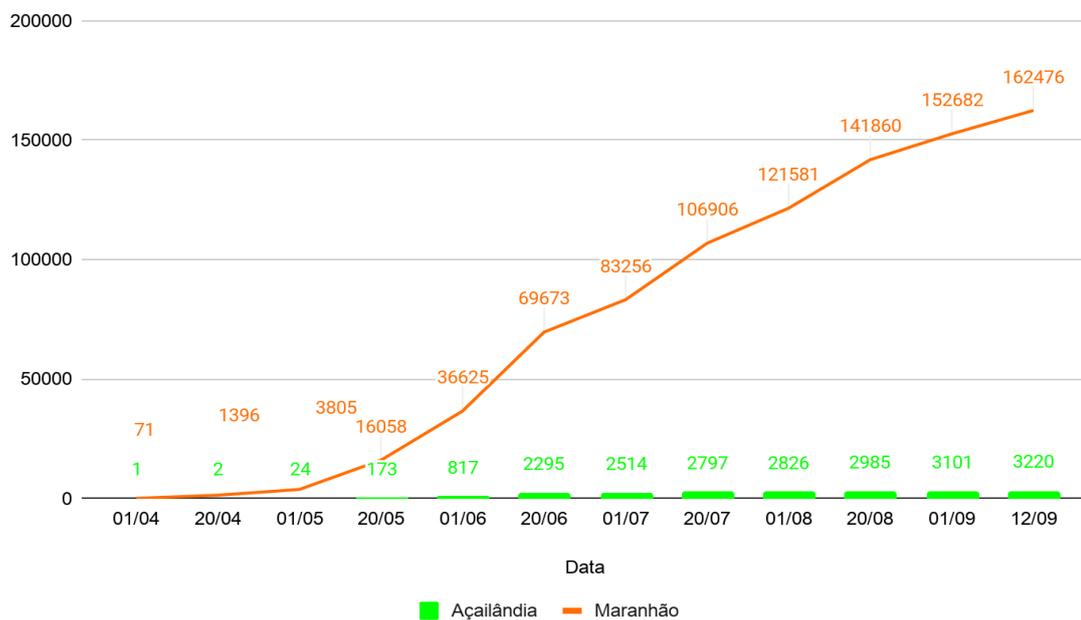
Gráfico 4. Frequência acumulada dos casos de COVID-19 no município de Açaílândia-MA 12 de setembro de 2020.



Fonte: (SESMA, 2020).

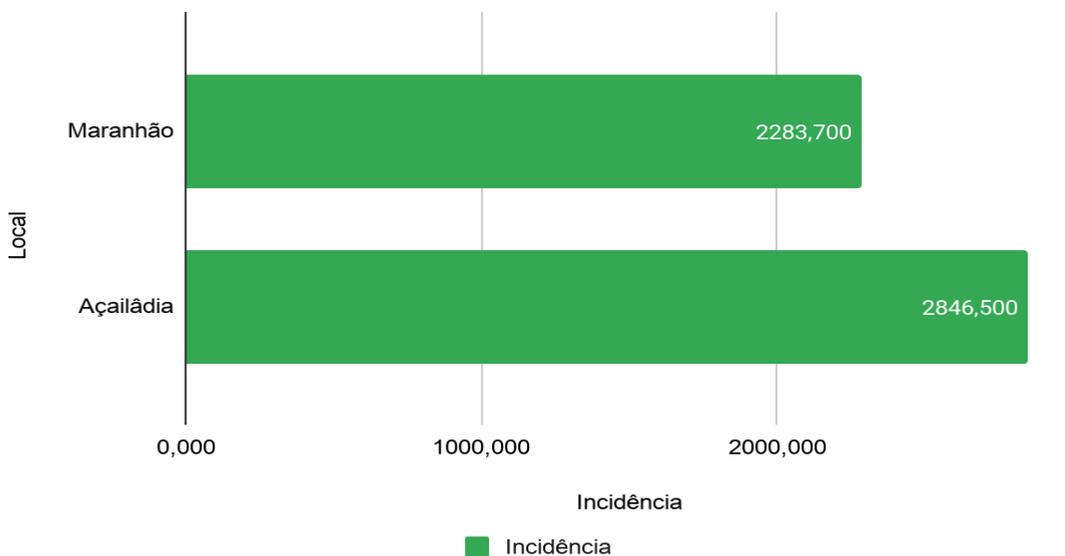
Ao compararmos o aumento de casos de Açaílândia com crescimento de todo o estado, nota-se que o número total de casos no município se torna ínfimo em relação ao total do Maranhão, deste modo torna-se relevante o cálculo da incidência para ter a dimensão de quantas pessoas serão infectadas a cada 100.000 habitantes (SESMA, 2020).

Gráfico 5. Frequência acumulada dos casos de COVID-19 em Açailândia-MA e Maranhão até 12 de setembro de 2020.



Fonte: (SESMA, 2020).

Figura 6. Incidência Maranhão e Açailândia-MA até 12 de setembro de 2020.

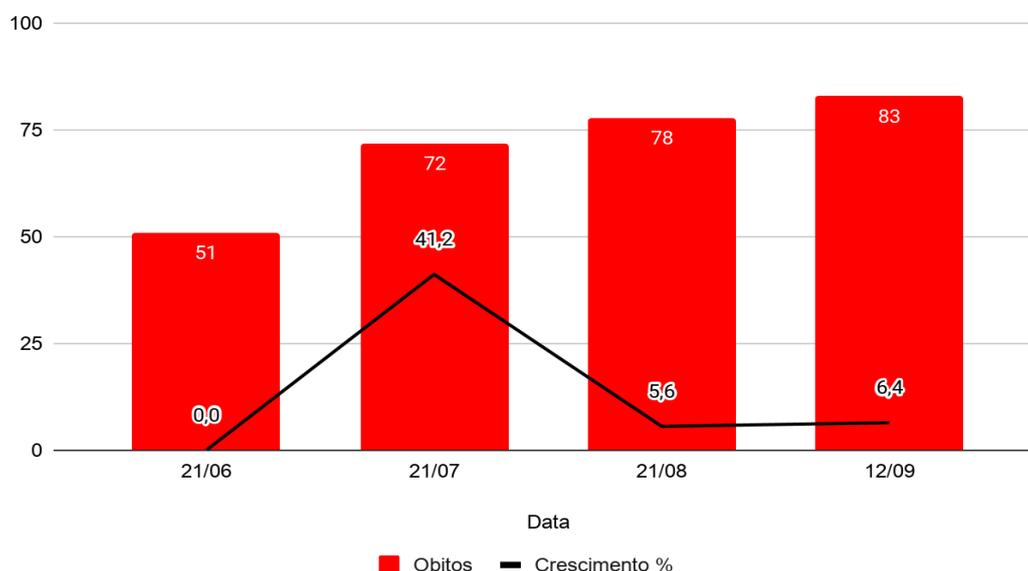


Fonte: (SESMA, 2020).

O gráfico 6 demonstra como o número de casos do Maranhão é maior que o de Açailândia, entretanto o Gráfico das Incidências nos mostra que o número de infectados a cada 100.000 habitantes em Açailândia está à frente do estado.

Ao analisarmos os óbitos existentes na cidade, tem-se que no dia 21 de junho existiam 51 mortes confirmadas, passado um mês esse valor cresceu para 72 falecidos. Hoje, em 12 de setembro de 2020, totalizam-se 83 óbitos (SESMA, 2020; COVID-19 AÇAILÂNDIA, 2020).

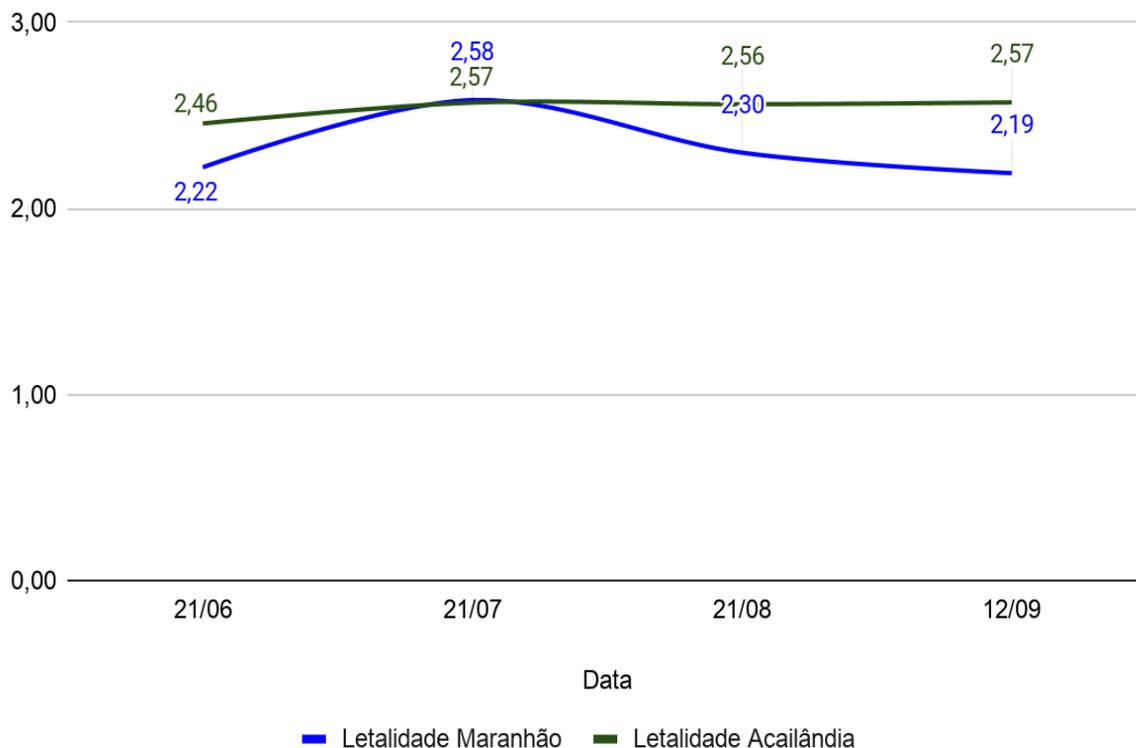
Gráfico 6. Evolução e crescimento dos óbitos em Açailândia até 16/08/2020.



Fonte: (SESMA, 2020).

Para concluir a exposição e análise dos dados epidemiológicos acerca da COVID-19, torna-se relevante analisar a taxa de letalidade da patologia no município e a fim de comparação, usaremos a letalidade geral do estado para que se tenha uma noção de como o município se encontra em relação ao Maranhão neste indicador.

Gráfico 7. Evolução das incidências do estado do Maranhão e do município de Açaílândia-MA até 12/09/2020.



Fonte: (SESMA, 2020).

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, conhecido como PQA-VS, consiste atualmente em um conjunto de 14 metas construídas pelo Ministério da Saúde a fim de melhorar o desempenho do SUS, visando a garantia do acesso integral dos serviços prestados e com uma boa qualidade, que corroboram em melhorias para as condições de saúde da população brasileira (SES-BA, 2020).

O Ministério da Saúde, por meio da Vigilância em Saúde, é responsável pela operacionalização do programa e impõe responsabilidades para as três esferas governamentais, sendo elas para o Governo Federal o apoio financeiro e técnico e para os estados e municípios implementar as ações que garantem o cumprimento de todas as metas (BRASIL, 2020).

Sendo assim, o PQA-VS tem por definição um processo progressivo de melhorias das ações de Vigilância em Saúde, envolvendo gestão e o processo de

trabalho, estimulando a gestão baseada em compromissos e alcance das metas de indicadores pactuados (SES-BA, 2020).

Para fins de uma melhor análise dos dados, o autor elaborou uma ordem específica para análise dos indicadores – *desconsiderando as alterações citadas no Anexo I*-ficando da seguinte forma:

- **INDICADOR 1:** Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
- **INDICADOR 2:** Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
- **INDICADOR 3:** Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município.
- **INDICADOR 4:** Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação com coberturas vacinais preconizadas.
- **INDICADOR 5:** Percentual de amostras analisadas para o Residual Agente Desinfetante em Água para o consumo humano.
- **INDICADOR 6:** *Proporção de semanas com lotes do SINAN enviados. Disponível até 2017.*
- **INDICADOR 7:** Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.
- **INDICADOR 8:** Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento adequado em tempo oportuno.
- **INDICADOR 9:** Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial de dengue.
- **INDICADOR 10:** Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
- **INDICADOR 11:** Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera com confirmação laboratorial.
- **INDICADOR 12:** Número de testes de Sífilis por gestante.
- **INDICADOR 13:** Número de testes de HIV realizados.

- **INDICADOR 14:** Preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.
- **INDICADOR 15:** *Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida. Disponível a partir de 2016 para alguns municípios.*

** Desconsiderando alterações na ordem dos indicadores listadas anteriormente. ATENÇÃO! Isso não significa que os dados coletados estão incorretos, e sim que adotamos uma ordem específica para análise, levando em consideração os dados expostos pelo app PQA-VS de acordo com o nome do indicador e não com a numeração especificada nele.*

Tabela 7: Resumo dos indicadores do PQA-VS, ao longo dos anos (2013-2019), em Açaílândia-MA.

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	-
2	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	-
3	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	-	-
4	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	-	NÃO
5	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	-
6	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	-	-	-
7	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	-
8	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	-
9	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	-	-
10	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	-
11	SIM	-						
12	NÃO	NÃO						
13	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	-
14	SIM	-						
15*	-	-	-	SIM	SIM	SIM	SIM	-
Total de Metas Cumpridas	8	9	6	10	9	8	Não finalizado	Não finalizado
Repasse recebido	159.290,69	181.505,58	122.098,24	194.957,46	187.481,67	166.650,38	Não finalizado	Não finalizado

*O Indicador 15 passou a ser computado em 2016, o mesmo se refere a proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

* O Indicador 6 de 2013 a 2017 indicava a proporção de semanas com lotes do SINAN enviados. Dessa forma, o Indicador 7 representa a proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata encerradas até 60 dias após notificação.

O PQA-VS em Açailândia

O primeiro indicador do PQA-VS avalia o Registro de Óbitos (SIM) em relação ao estimado, nele espera-se que em até 60 dias do final do mês de ocorrência haja 90% de registros de óbitos alimentados na base federal.

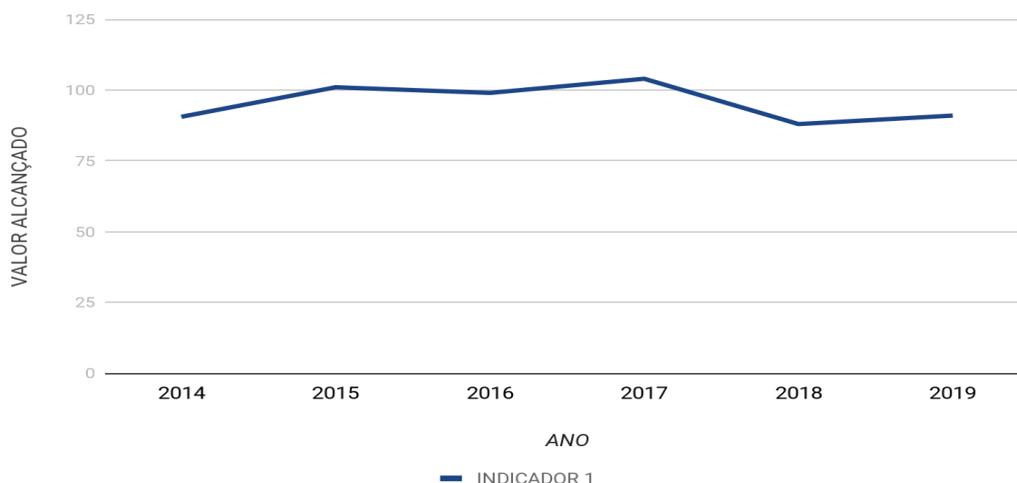
Esse sistema possibilita a construção do perfil de mortalidade de um município, região ou estado e dessa forma, desenvolver indicadores que permitam, dentre outras coisas (DIVE, 2020):

- O monitoramento da situação de saúde da população;
- A comparação da evolução dos óbitos ao longo dos anos;
- A identificação das áreas prioritárias.

Ao longo dos anos (2014 a 2019), o município de Açailândia conseguiu manter-se dentro da linearidade na coleta desses dados; não atingindo a meta somente em 2018, ano em que foi de 88% a proporção de óbitos alimentados no sistema.

Diante dos dados analisados, verifica-se que há boa comunicação entre as instâncias responsáveis pela alimentação, análise e coleta dos dados. Dessa forma, as equipes podem dar continuidade às medidas implementadas haja vista que elas têm promovido bons resultados, no entanto, também se faz necessária uma análise das oscilações apresentadas.

Gráfico 8. Registro de Óbitos no SIM, entre 2014 e 2019, em Açailândia.



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

O segundo indicador do PQA-VS avalia o Registro de Nascidos Vivos (SINASC) em relação ao estimado, objetiva-se que em até 60 dias do final do mês de ocorrência, haja 90% de registro de nascidos vivos na base federal.

Esse indicador possibilita, dentre outras coisas:

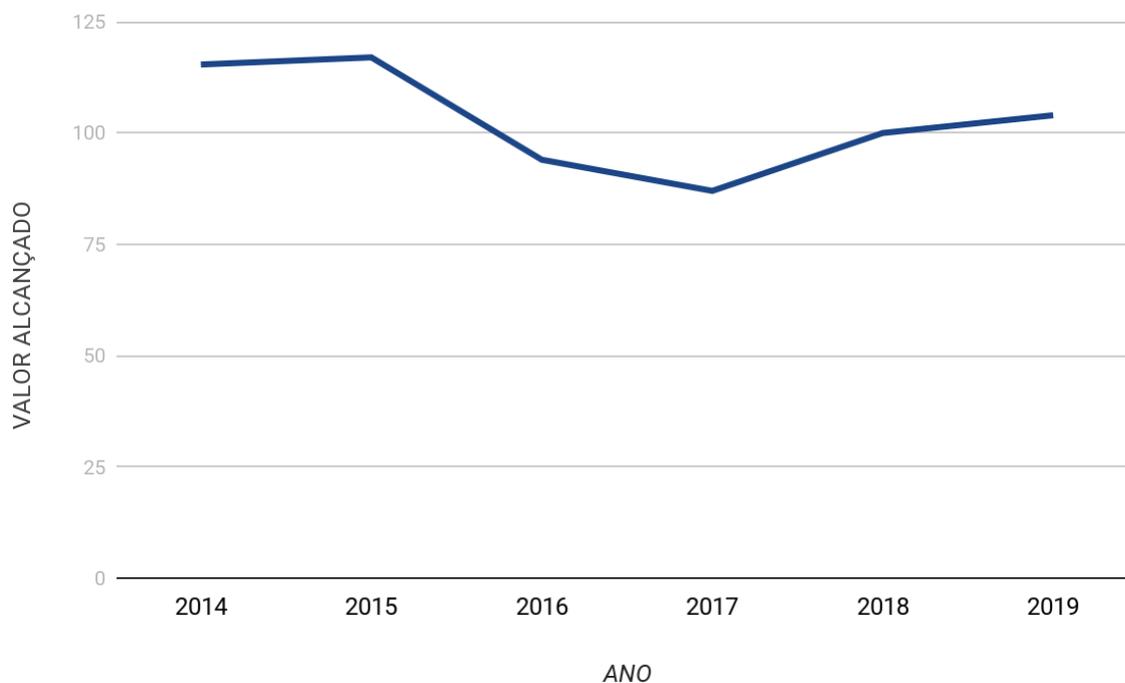
- O acompanhamento das estatísticas de nascimentos, com variáveis que são de grande importância para a saúde pública, como peso ao nascer, Apgar 1° e 5° minutos, escolaridade da mãe, consultas de pré-natal, presença e descrição de anomalia congênita, etc.;
- Avaliação dos riscos na gravidez, no parto e ao recém-nascido;
- Subsídios para execução das ações básicas na área materno-infantil e,
- Maior confiabilidade na elaboração dos coeficientes de mortalidade infantil.

Ao longo dos anos (2014-2019), o município de Açailândia conseguiu manter um padrão na coleta desses dados, não atingindo a meta somente em 2017, ano em que atingiu 87%. Vale ressaltar que ultrapassar 100% pode não ser um ponto positivo, tendo em vista que esses valores podem ser ocasionados por subnotificações em municípios vizinhos, dupla alimentação do sistema etc.

Dessa forma, pode-se inferir dos resultados uma boa comunicação entre as instâncias responsáveis pela alimentação, análise e coleta dos dados. Não obstante, ainda se faz necessária uma análise dos fatores que impedem que o município tenha

estabilidade nos serviços inerentes aos resultados e, por vezes, ultrapasse 100% ou não alcance a meta preconizada.

Gráfico 9. Registro de Nascidos Vivos (SINASC), entre 2014 e 2019, no município de Açailândia.



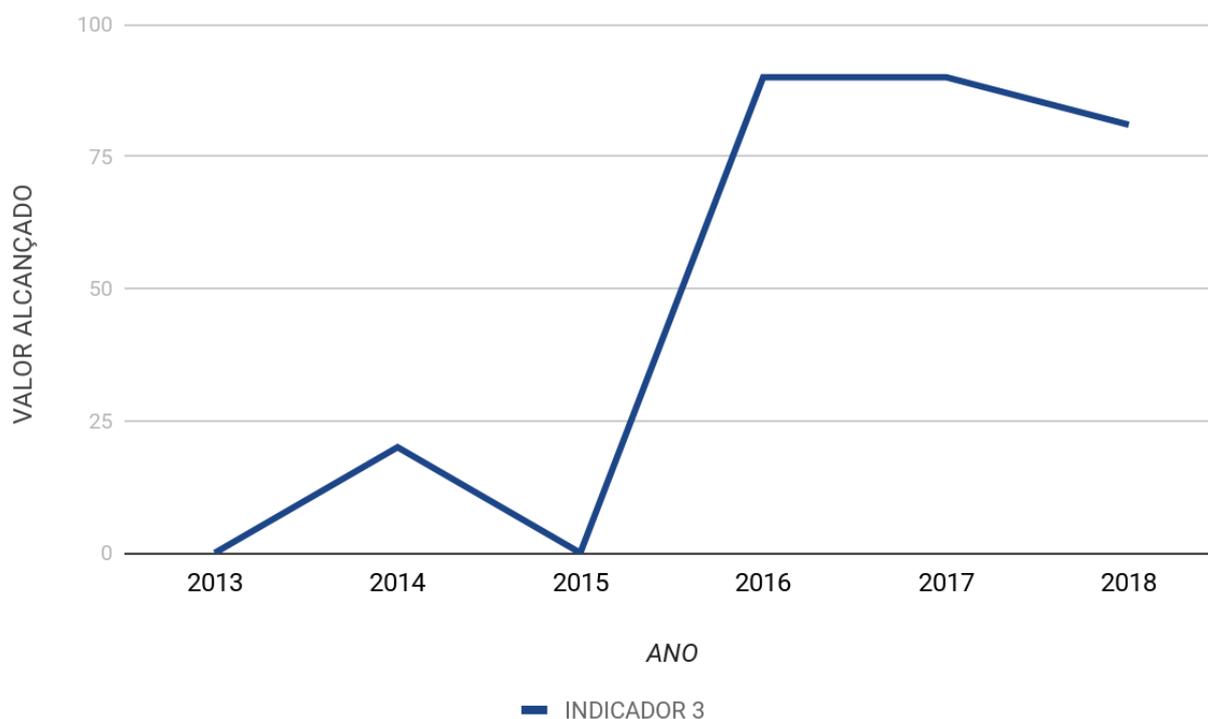
Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

O terceiro indicador do PQA-VS avalia as Salas de Vacina do município, espera-se que mensalmente, 80% das Salas de Vacina com SNI-PI implantado alimentem o sistema. Formado por um conjunto de sistemas, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem como objetivo oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso país, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea em todos os municípios e em todos os bairros.

Ao longo dos anos (2013-2018), o município de Açailândia não conseguiu manter uma linearidade na coleta desses dados, no entanto, desde 2016 a meta tem sido atingida. Infere-se do gráfico, uma melhora dos resultados ao longo dos anos o que pode ser resultado de um empenho dos gestores municipais em conscientizar a

população promovendo saúde a partir do fortalecimento da Atenção Primária. No entanto, é importante que sejam investigadas as causas que impedem que o município mantenha uma linearidade no alcance das metas.

Gráfico 10. Proporção de Sala de Vacinas municipais que mensalmente alimentaram o sistema SNI-PI, entre 2013 e 2018, em Açailândia.



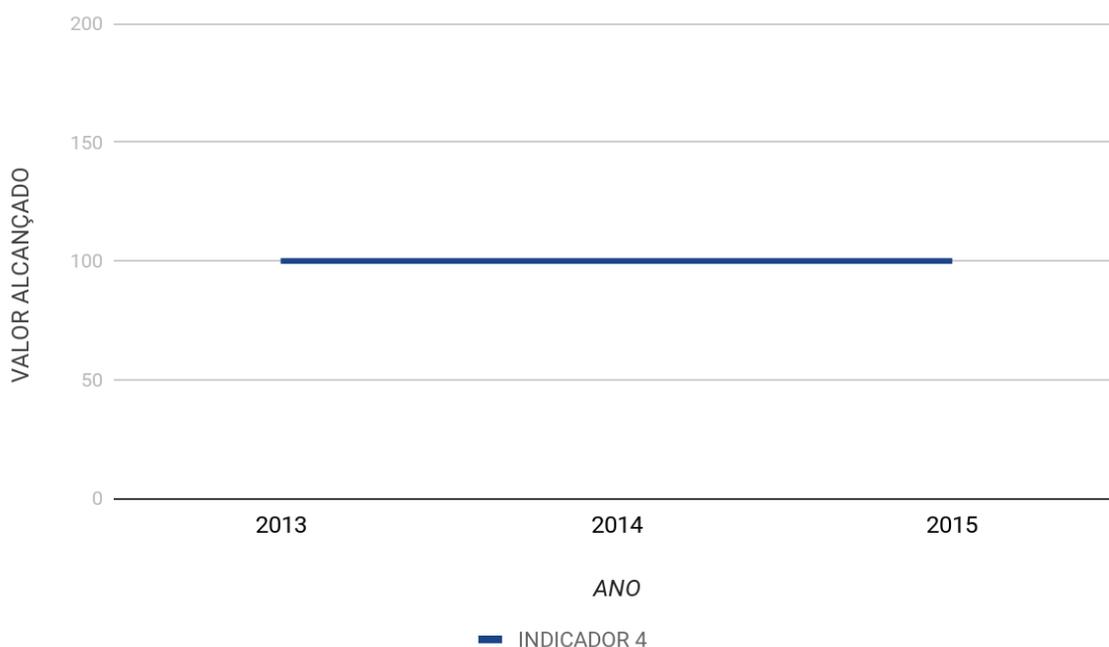
Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

O quarto indicador do PQA-VS até 2015 avaliava a proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas (Gráfico 11). A partir de 2016, passou a avaliar a proporção de vacinas selecionadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança, Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10, Valente (2ª dose), Poliomielite (3º dose) em < 1 ano e Tríplice Viral até um ano, com cobertura preconizada (Gráfico 12).

Nele, espera-se alcançar 100% da cobertura vacinal preconizada das vacinas que estão presentes no Calendário Básico de Vacinação da Criança. É importante ressaltar que esse indicador depende da alimentação de outros indicadores pois suas bases de dados são o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-API ou SI-PNI) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Ao longo dos anos (2013-2015) o indicador foi atingido, no entanto, a partir de 2016 ele sofreu um decréscimo significativo chegando ao limite inferior (0) em 2017. De acordo com o que foi exposto, demonstra-se urgente uma análise dos fatores que limitam o alcance dessa meta para que sejam tratados.

Gráfico 11. Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas, entre 2013 e 2015, em Açailândia.

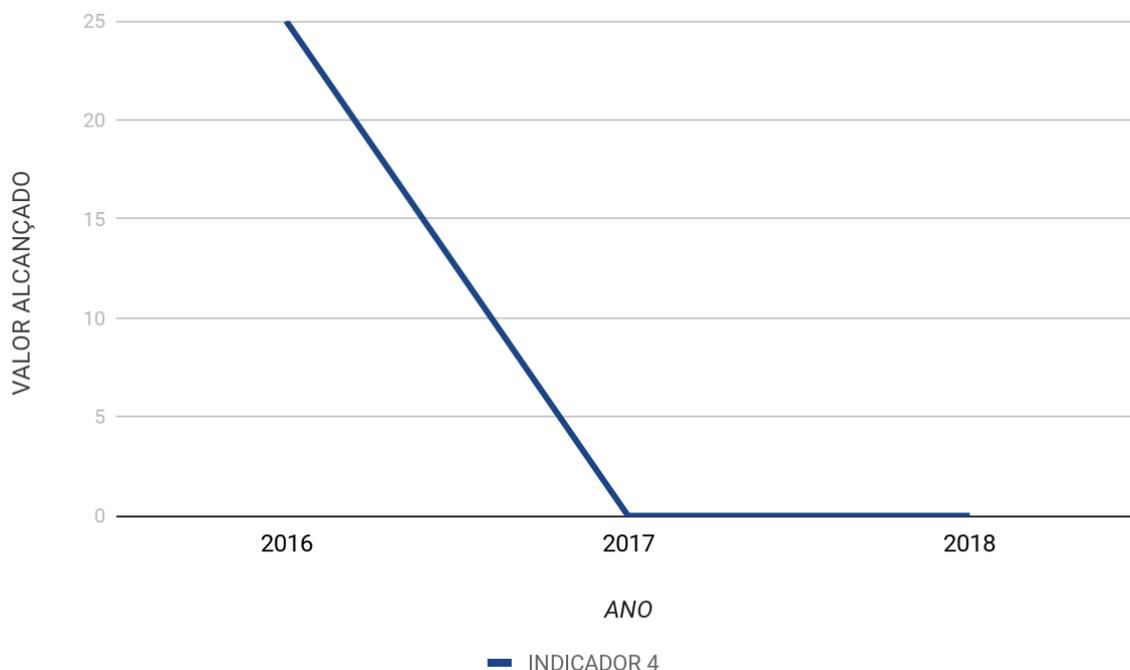


Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

Gráfico 12. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança, Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10, Valente (2ª

dose), Poliomielite (3º dose) em < 1 ano e Tríplice Viral até um ano, com cobertura preconizada, entre 2016 e 2020, em Açailândia.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.



O quinto indicador do PQA-VS até 2015 avaliava a proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para o consumo humano (Gráfico 13), esperava-se que pelo menos 90% do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes fecais presentes na água fossem realizadas.

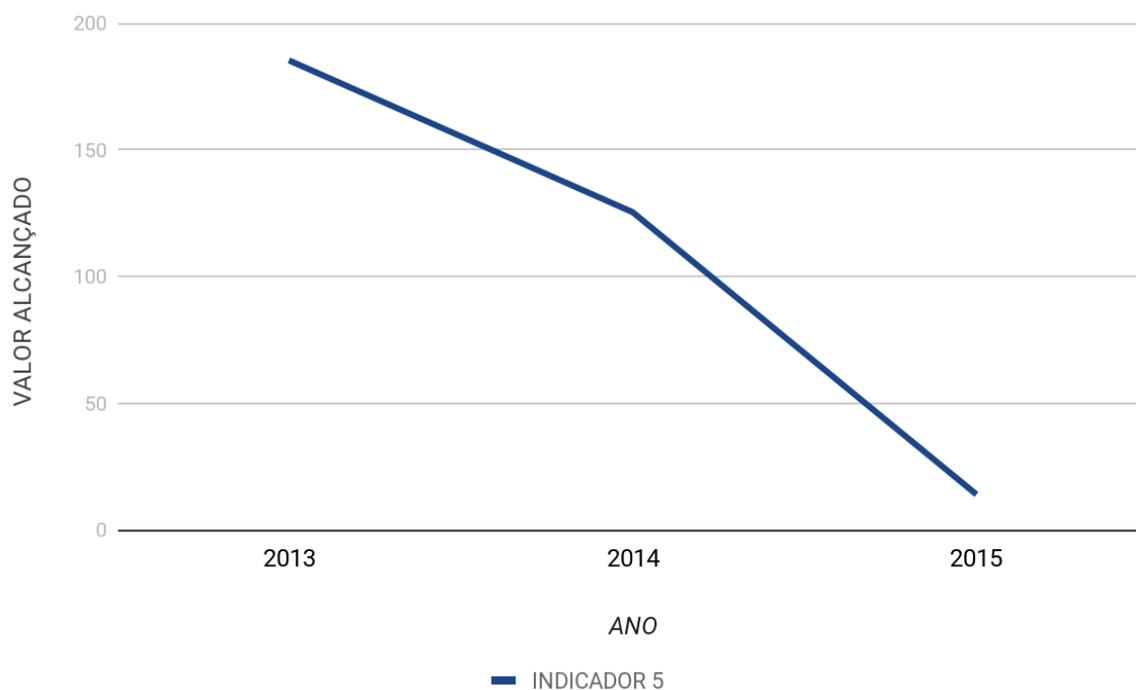
Em 2016, passou a avaliar a qualidade da água para consumo humano nos municípios por meio do percentual de resíduos de agente desinfetante presente nela (Gráfico 14), espera-se que pelo menos 75% das análises sejam realizadas.

De forma geral, o município de Açailândia não tem obtido bons resultados - apresentou decréscimo entre 2013 e 2016, voltou a crescer em 2017, mas ainda sim sem atingir a meta. É importante frisar que resultados maiores do que 100% podem não representar características positivas, haja vista que esses valores podem ser ocasionados por dupla alimentação do sistema e demais aspectos relacionados.

Uma análise dos dados demonstra que a população provavelmente está propensa a doenças relacionadas a falta de tratamento de água e esgoto, dessa

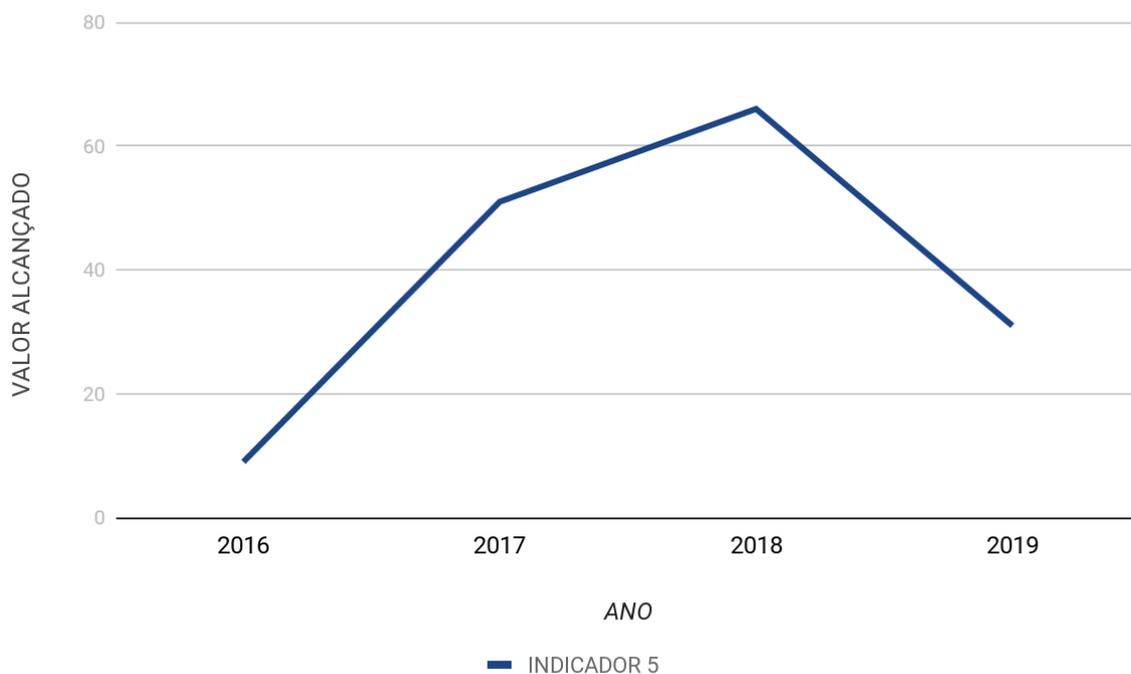
forma, demonstra-se urgente a necessidade de investigação desses resultados e seus correlatos a fim de que a população tenha acesso à água própria para consumo.

Gráfico 13. Proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para o consumo humano, entre 2013 e 2015, em Açailândia.



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

Gráfico 14. Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para o consumo humano (Cloro residual, Cloro residual combinado ou dióxido de cloro), entre 2016 e 2019, em Açailândia.

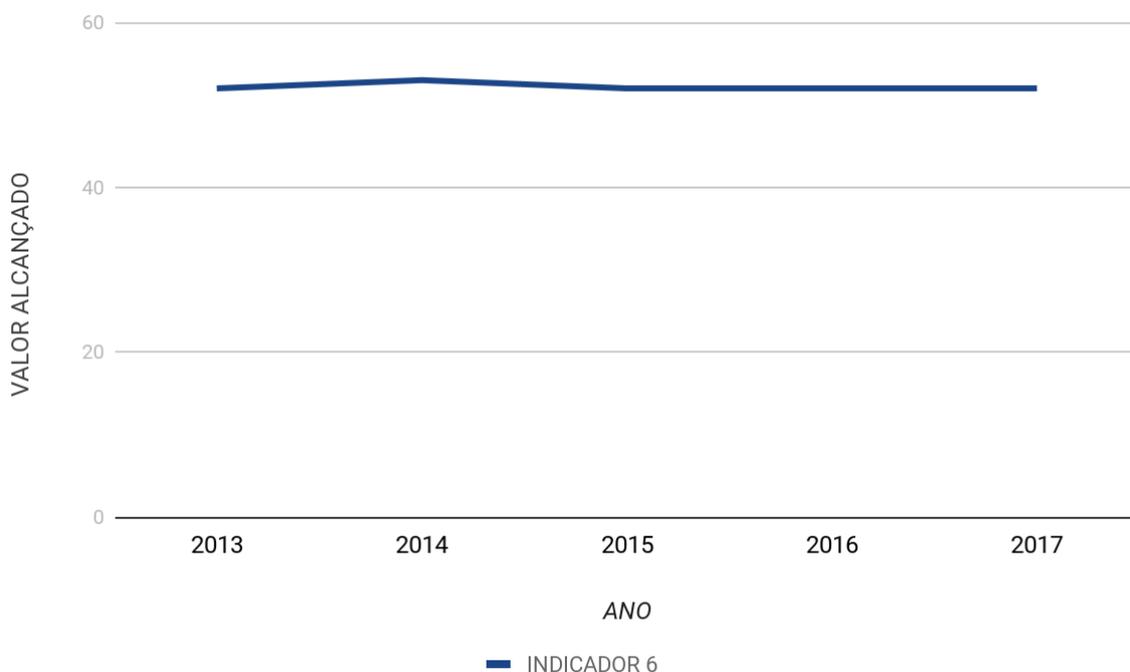


Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

O sexto indicador avalia a proporção de semanas com lotes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) enviados. A utilização do SINAN de forma efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, o que possibilita o fornecimento de subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, dessa forma, também contribui para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Observa-se no município certa linearidade nos dados, atingindo a meta (50 semanas) em quase todos os anos analisados. Esses dados mostram que o município provavelmente esteve apto a diagnosticar eventos na população e solicitar de outras instâncias subsídios para tratá-los.

Gráfico 15. Proporção de semanas com lotes do SINAN enviados, entre 2013 e 2017, em Açailândia.



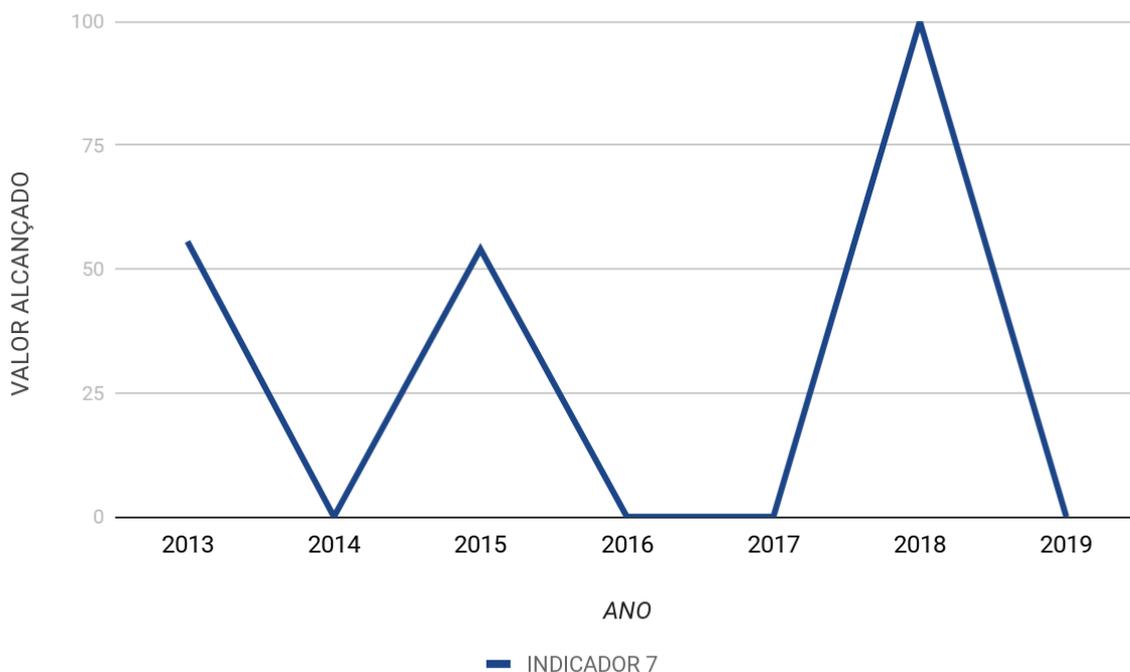
O gráfico demonstra o número de semanas enviados ao longo dos anos.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

O sétimo indicador avalia a proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. Têm-se como objetivo encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, dentro do período supracitado. Por meio dele, pode-se avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do SINAN.

É notável o déficit de Açailândia ao longo dos anos atingindo a meta somente em 2018 (Gráfico 16). Dessa forma, demonstra-se urgente a necessidade de investigar as causas que impedem o município de alcançar a meta para tratá-las e alcançar a meta nos anos subsequentes.

Gráfico 16. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediatas encerradas em até 60 dias após notificação, entre 2013 e 2019, em Açaílândia.



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

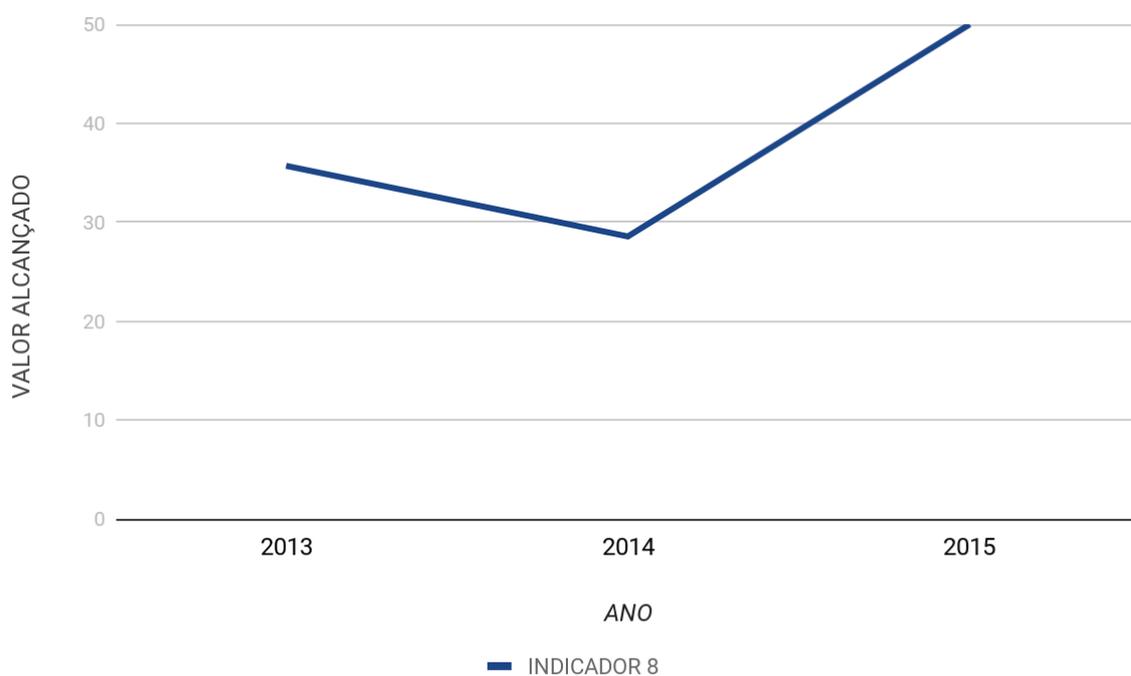
O oitavo indicador até 2015 avaliava a proporção dos casos de malária que iniciaram o tratamento até 48 horas a partir do início dos sintomas (Gráfico 17). Tinha-se como objetivo que:

- 70% dos casos locais fossem tratados em até 48 horas
- 70% dos casos importados fossem tratados em até 96 horas.

Em 2016, passou a avaliar proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno (Gráfico 18), tendo como objetivo também uma meta de 70%. Esse indicador permite avaliar a capacidade de entrega do tratamento antimalárico que contribui para redução de mortalidade e morbidade pela doença.

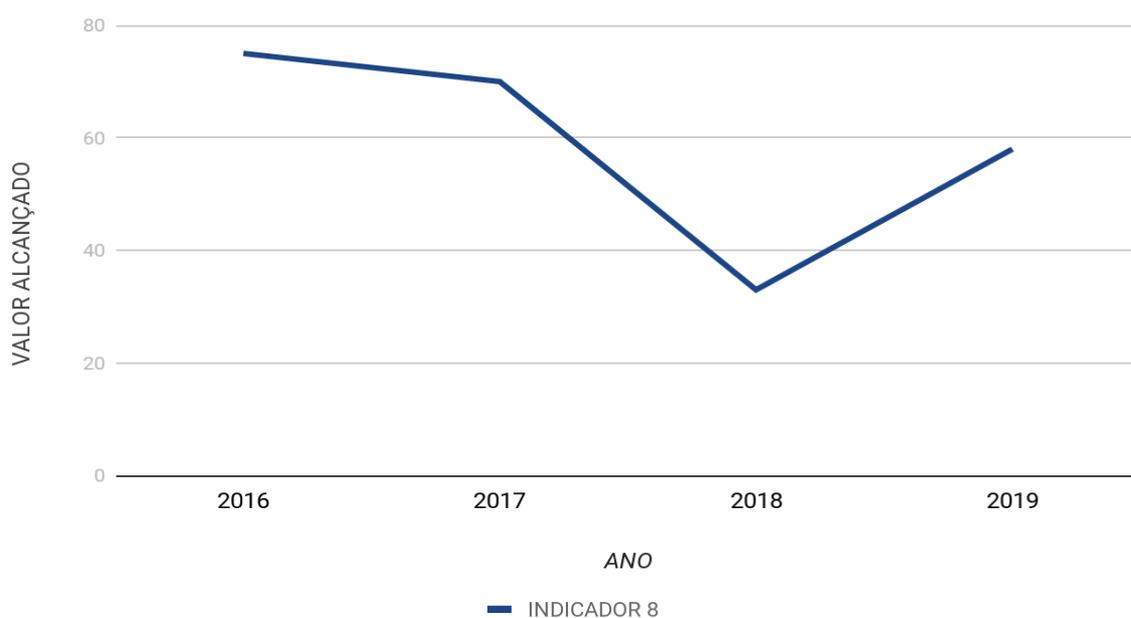
Em Açaílândia, o indicador foi alcançado em 2016 e 2017, no entanto, decaiu nos anos posteriores ficando bem distante da meta estipulada. Dessa forma, faz - se necessário a investigação das causas dessas oscilações para que mais casos sejam tratados em menos tempo.

Gráfico 17. Proporção dos casos de malária que iniciaram o tratamento até 48 horas a partir do início dos sintomas, entre 2013 e 2015, em Açailândia.



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

Gráfico 18. Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno, entre 2016 e 2019, em Açailândia.



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

O nono indicador tem por objetivo a realização de ao menos 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% de cobertura/ciclo, o que permite evidenciar o conjunto de imóveis localizados em áreas de alta infestação pelo vetor. Áreas que não são endêmicas para a doença devem ser visitadas somente quando possuem persistência de casos.

Em Açailândia, o indicador foi alcançado por três anos consecutivos (2013-2015) e em sequência (2016-2019) o indicador não foi atingido, o que pode indicar uma falha na atuação e integração das equipes que realizam as visitas domiciliares, além disso, infere-se também baixa adesão da população as medidas de prevenção.

Tabela 8: Alcance da meta estipulada para ciclos de visitas domiciliares realizados para o controle vetorial da Dengue, em Açailândia, entre 2013 e 2019.

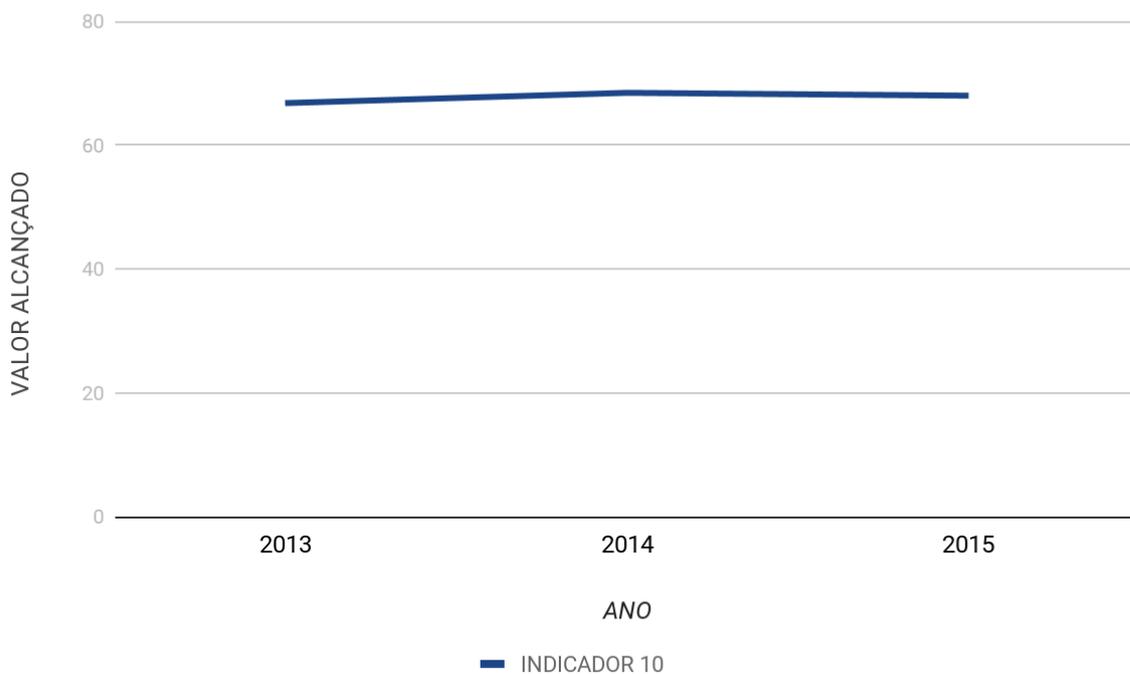
Indicador 9	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
A META FOI ALCANÇADA?	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

Até 2015, o décimo indicador avaliava a proporção de contatos extradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados (Gráfico 19), objetivava-se realizar o exame em pelo menos 80% dos casos novos de hanseníase. A partir de 2016, passou a avaliar a proporção de contatos examinados de casos novos de Hanseníase, mas a porcentagem objetivada permaneceu a mesma (Gráfico 20). Mais que isso, esse indicador demonstra a capacidade de realizar a vigilância para descobertas de casos novos, a partir dos contatos extradomiciliares.

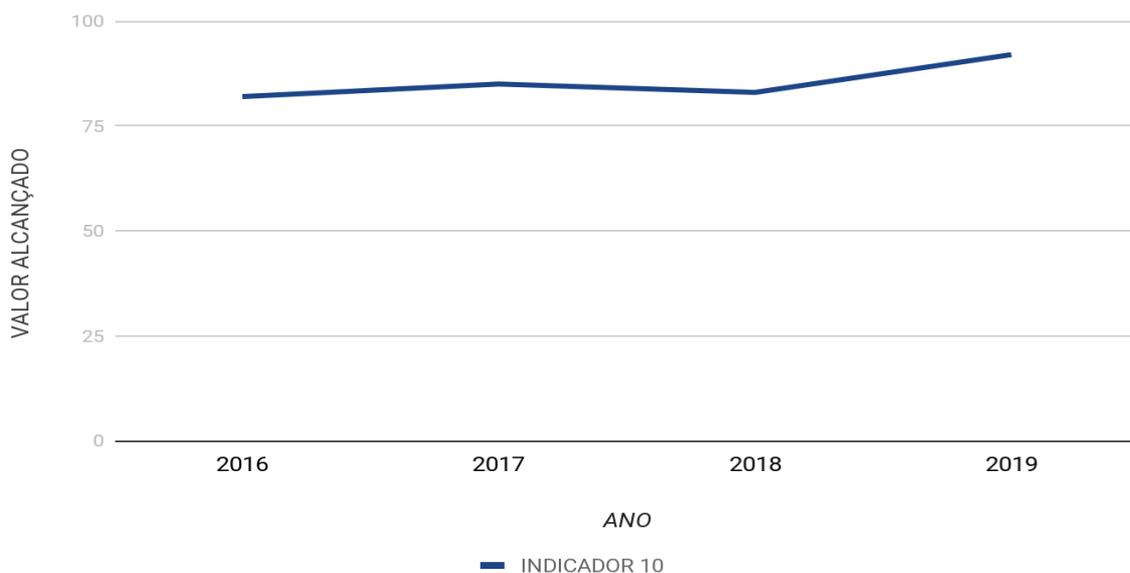
Em Açailândia a meta não foi alcançada entre 2013 e 2015, quando a maior porcentagem atingida foi 68,46%. A partir de 2016, o município passou a atingir a meta, tendo seu melhor desempenho em 2019, quando atingiu 92%. Tais resultados podem ser reflexos de um rastreamento de contatos assíduo e possivelmente efetivo para o controle da hanseníase.

Gráfico 19. Proporção de contatos extradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados, entre 2013 e 2015, em Açailândia.



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

Gráfico 20. Proporção de contatos examinados de casos novos de Hanseníase, entre 2016 e 2018, em Açailândia.



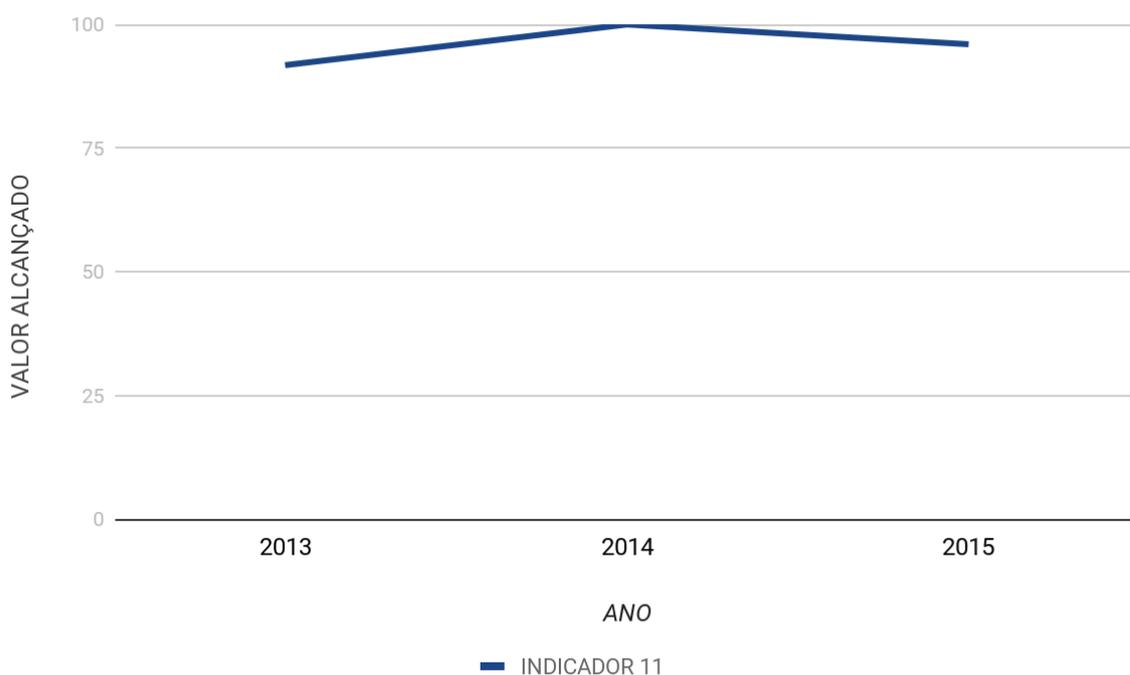
Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

O décimo primeiro indicador até 2015 avaliava a proporção de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilíferos Positivos examinados (Gráfico 21). A partir de 2016, passou a avaliar a proporção de contatos examinados de casos novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial (Gráfico 22).

Espera-se que 70% dos contatos de casos novos de tuberculoses tenham confirmação laboratorial e dessa forma, prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente o caso de doença ativo.

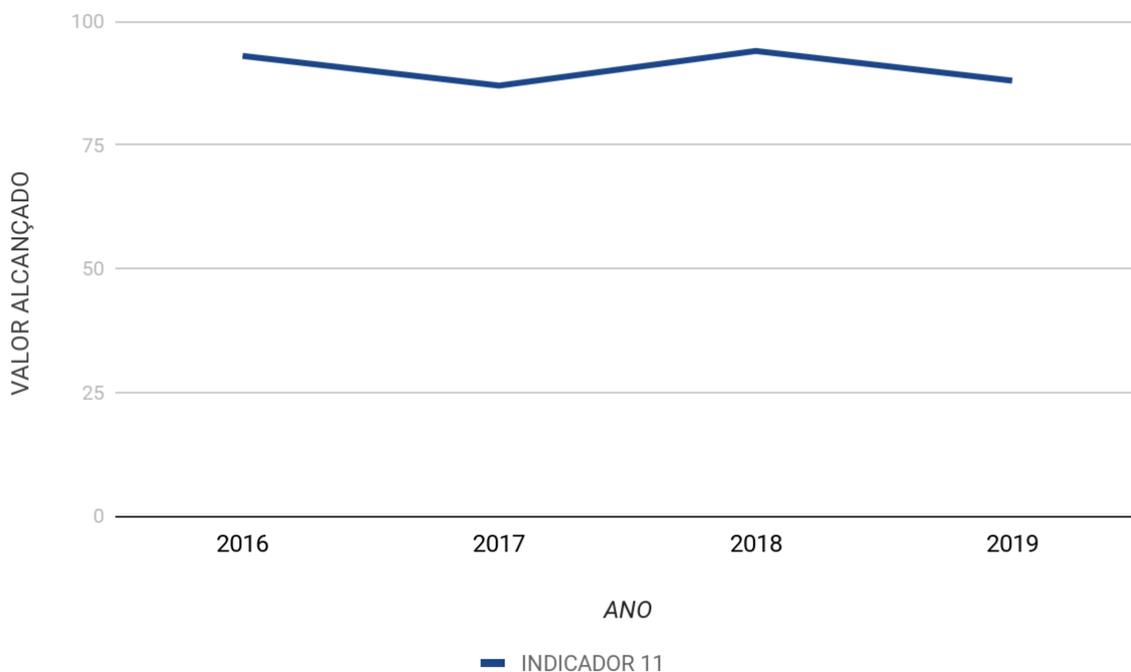
Em Açailândia, desde 2013 o indicador tem sido alcançado apesar de sofrer oscilações positivas e negativas. Apesar de o município apresentar-se efetivo na testagem, faz-se necessária uma investigação dos resultados expostos a fim de que as problemáticas sejam resolvidas e a análise seja padronizada no mais elevado nível possível.

Gráfico 21. Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados, entre 2013 e 2015, em Açailândia.



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

Gráfico 22. Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, entre 2016 e 2019, em Açailândia.

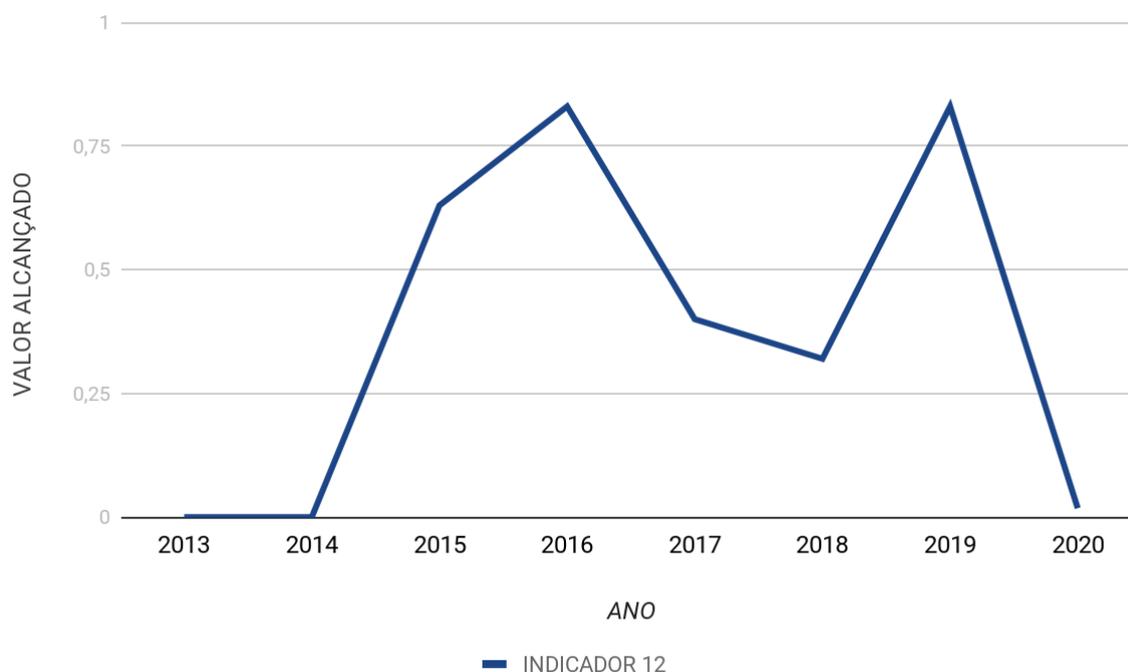


Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

O décimo segundo indicador avalia o número de testes de Sífilis por gestante, espera-se que sejam realizados pelo menos dois testes/gestante. Esse indicador tem como objetivo expressar a qualidade do pré-natal que reflete na diminuição das possibilidades de Sífilis Gestacional e Congênita.

Observa-se que em Açailândia, no período observado, a meta nunca foi alcançada o que pode prejudicar a garantia à saúde da gestante e do bebê, mais que isso, representar um aumento da possibilidade de Sífilis Congênita. Dessa forma, faz-se necessário que as causas de tais resultados sejam investigadas.

Gráfico 23. Número de testes de Sífilis realizados por gestante, entre 2013 e 2019, em Açailândia.



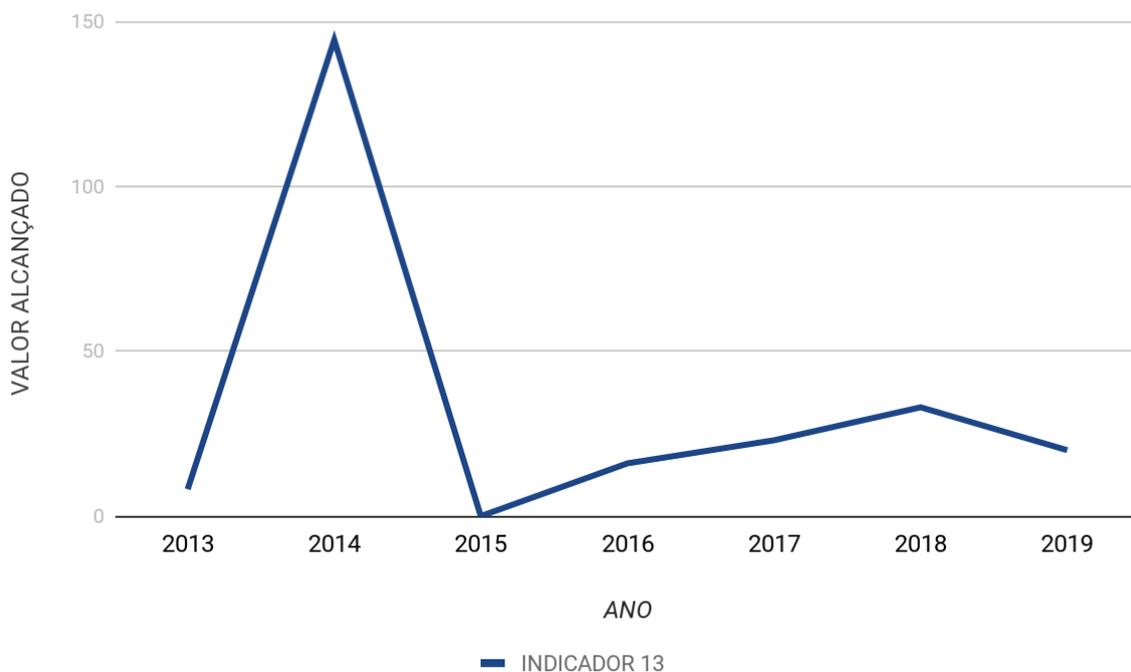
Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

O décimo terceiro indicador avalia o número de testes de HIV realizados, com isso espera-se aumentar em 15% o número de testes de HIV realizados. Esse indicador permite avaliar a oportunidade de diagnóstico do HIV.

Observa-se que em Açailândia há muitas oscilações nos dados ao longo dos anos: chegando ao limite inferior (0), como, por exemplo, em 2015 ou até mesmo, a ultrapassar 100% como em 2014 ano a taxa de testagem foi de 144,36%. No entanto, o município desde 2016 tem atingido a meta consecutivamente (Gráfico 24).

Diante do exposto, apesar do desempenho local apresentar-se de forma positiva, faz-se necessária uma avaliação dos picos que ultrapassam 100%, tendo em vista que eles podem indicar erros no processamento dos dados e/ou aspectos relacionados.

Gráfico 24. Proporção de testes de HIV realizados, entre 2013 e 2019, em Açailândia.



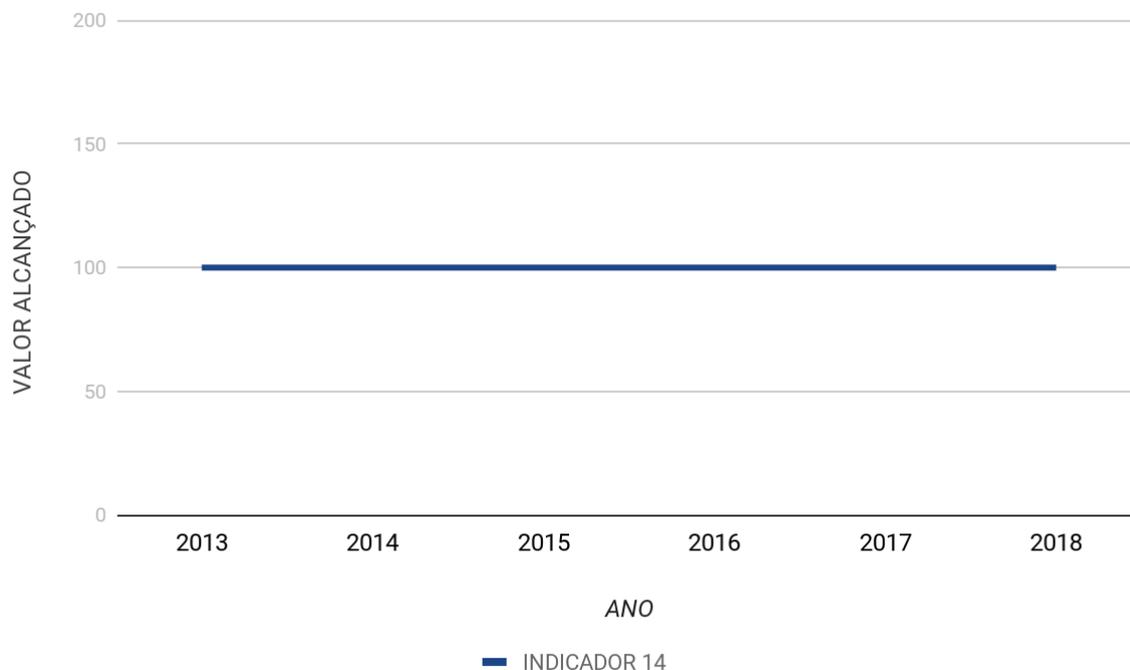
Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

O décimo quarto indicador avalia a proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho. Espera-se preencher o campo “ocupação” em, pelo menos, 90% das notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.

Dessa forma, é possível conhecer as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos e doenças relacionados ao trabalho. Esses dados são úteis para definir ações de promoção, prevenção e vigilância.

Em Açailândia esse indicador apresenta uma excelente linearidade, tendo sido alcançado desde 2013 (Gráfico 25). Dessa forma, as equipes podem dar continuidade às medidas já implementadas haja vista que elas têm promovido bons resultados.

Gráfico 25. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho, entre 2013 e 2018, em Açailândia.



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

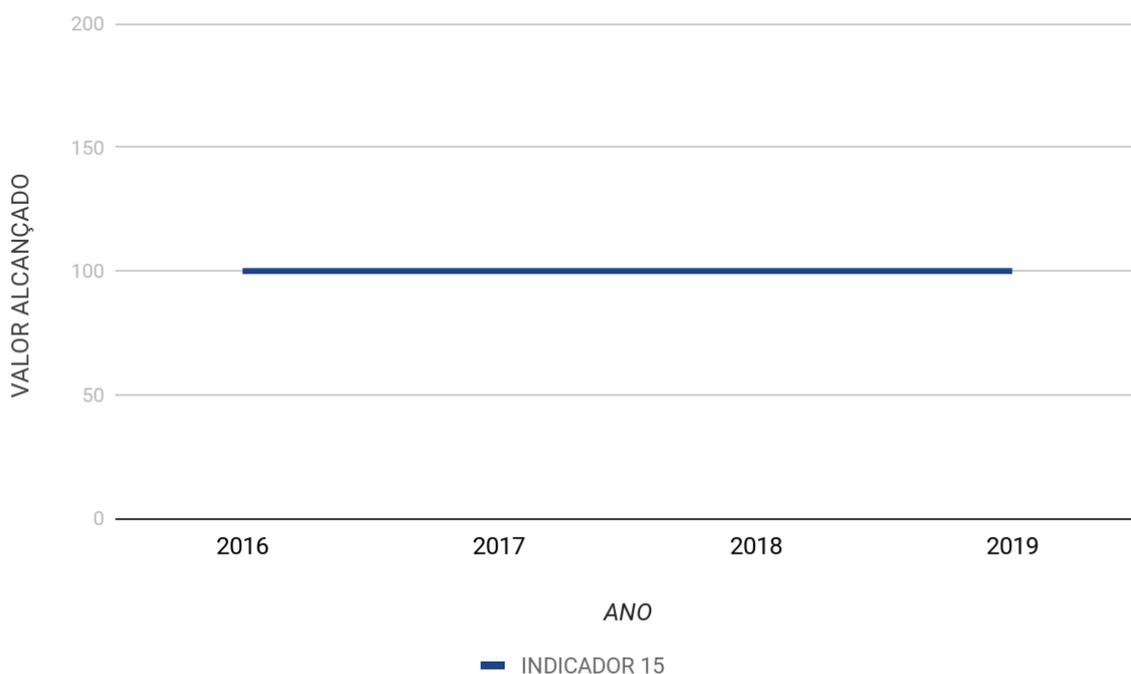
A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece uma tipologia de grandes grupos segundo quem comete o ato violento, dentre eles estão: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária). Existem ainda subdivisões quanto a natureza da violência: física, psicológica, sexual etc. (CEVS-RS, 2019).

Além dessas classificações, a violência pode ser definida considerando a qual grupo ou pessoa ela é direcionada: mulheres, crianças, idosos, indígenas, deficientes, população LGBT, etc. (CEVS-RS, 2019).

O décimo quinto indicador passou a ser implementado em 2016, e tem como objetivo avaliar a proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida em 95% dos casos.

O município atingiu a meta todos os anos observados - mantendo-se em 100% ao longo do período supracitado. Diante dos dados apresentados, infere-se que as equipes podem continuar com as ações implementadas para manter o padrão atual.

Gráfico 26. Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida, entre 2016 e 2019, em Açaílândia.



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

Conclusão

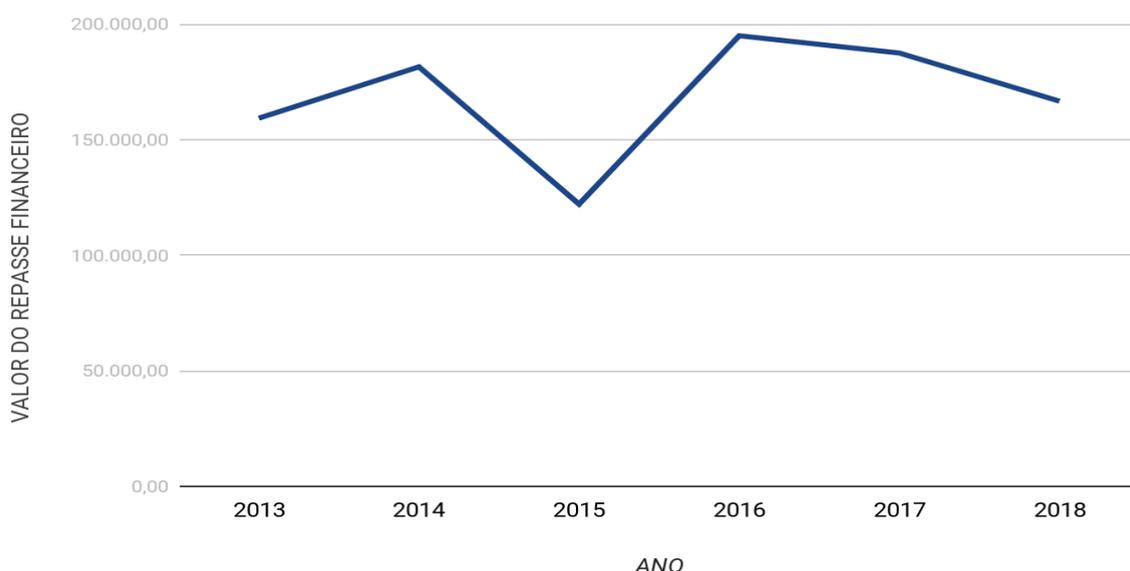
A partir de todos os pontos citados, a análise epidemiológica de COVID-19 nos mostra que o número de casos ainda é crescente, entretanto os óbitos, mesmo que ainda aumentem estão ocorrendo em menor escala, deste modo, é de suma importância que a Prefeitura Municipal e a Secretaria Municipal de saúde, juntamente como o Governo do Estado do Maranhão e Secretaria Estadual Saúde, sigam investindo nas medidas preventivas mediante a população, junto com o investimento no Sistema Único de Saúde a fim de ampliar a capacidade de atendimento.

Diante da desenvoltura do PQA-VS analisado nos anos expostos, nota-se que o município possui um padrão em alguns indicadores, em alguns positivos que se concentram na conclusão esperada de forma que a meta seja atingida, entretanto nota-se também que alguns indicadores oscilam em relação ao cumprimento de suas responsabilidades.

Sendo assim, torna-se necessário que haja um maior empenho por parte do município quanto do estado em identificar onde se encontra a problemática que impede que Açailândia tenha um bom desempenho em todos os indicadores e consequentemente trazendo melhorias para a Vigilância em Saúde, visto que a não cumprimento da meta está diretamente ligado com o repasse financeiro que município receberá, ou seja, quanto menos metas não concluídas menos recurso, impactando diretamente na saúde da população local.

Abaixo tem se um gráfico que expõe o recurso financeiro recebido pelo município no decorrer dos anos, torna-se viável que seus gestores planejem estratégias de trabalho a fim de otimizar as ações de vigilância em saúde e consequentemente aumentar a verba a ser repassada ao município.

Gráfico 27. Repasse financeiro relativo ao PQA-VS, entre 2013 e 2018, em Açailândia.



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

Referências

DATASUS. **Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabMA.def>>. Acesso em 15 de agosto de 2020.

DATASUS. **Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabMA.def>>. Acesso em 15 de agosto de 2020.

DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10MA.def>>. Acesso em 15 de agosto de 2020.

DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10MA.def>>. Acesso em 15 de agosto de 2020.

IDH. PNUD Brasil. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

INEP. **IDEB.** 2020. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/ideb>. Acesso: 18 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Censo, 2010.** Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=21#topo_piramide> Acesso em 15 de agosto de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Censo, 2010.** Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=21#topo_piramide> Acesso em 15 de agosto de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **IBGE Cidades, 2020.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/acailandia/pesquisa/39/30279?tipo=grafico>>. Acesso em 15 de agosto de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **IBGE Cidades, 2020.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/acailandia/pesquisa/39/30279?tipo=grafico>>. Acesso em 15 de agosto de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores de Mortalidade: Taxa de Mortalidade Infantil, 2020.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm#:~:text=As%20taxas%20de%20mortalidade%20infantil,alcan%C3%A7ados%20em%20sociedades%20mais%20desenvolvidas%20>. Acesso em 18 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Qualificação das Ações em Vigilância em Saúde.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-qualificacao-das-acoes-de-vigilancia-em-saude-pqa-vs>>. Acesso em 14 de agosto de 2020.

PORTAL SANEAMENTO BÁSICO. **Saneamento Básico.** Disponível: <https://www.saneamentobasico.com.br/saneamento-basico/#:~:text=O%20saneamento%20b%C3%A1sico%20%C3%A9%20de,melhora%20a%20vida%20do%20cidad%C3%A3o>. Acesso em: 18 ago. 2020.

PREFEITURA DE AÇAILÂNDIA. **COVID-19, 2020.** Disponível em: <<http://covid-19.acailandia.ma.gov.br/>>. Acesso em 16 de agosto de 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO MARANHÃO. **Boletim Epidemiológico 01 de abril de 2020.** Disponível em: <<http://www.saude.ma.gov.br/downloads/notascovid/nota22.pdf>>. Acesso em 16 de agosto de 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO MARANHÃO. **Boletim Epidemiológico 15 de abril de 2020.** Disponível em: <<https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/BOLETIM-15-08.pdf>>. Acesso em 16 de agosto de 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO MARANHÃO. **Boletim Epidemiológico 15 de agosto de 2020.** Disponível em: <<https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/BOLETIM-15-08.pdf>>. Acesso em 16 de agosto de 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO MARANHÃO. **Boletim Epidemiológico 20 de abril de 2020.** Disponível em: <<http://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/nota41.pdf>>. Acesso em 16 de agosto de 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **PQA-VS.** Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/programa-de-qualificacao-das-acoes-de-vigilancia-em-saude/>>. Acesso em 14 de agosto de 2020.

UNESCO. **Adverse consequences of school closures**. UNESCO. Disponível em: <<https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences>>. Acesso em: 4 ago. 2020

ANEXO I

Modificações no nome dos indicadores do PQA-VS, ao longo dos anos.

INDICADOR 1

2013: Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em até 60 dias no final do mês de ocorrência.

Alteração em 2014: *Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.*

INDICADOR 2

2013: Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC até 60 dias do final do mês de ocorrência.

Alteração em 2014: *Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.*

INDICADOR 3

2013: Proporção de Salas de Vacina do município alimentando mensalmente o SI - PNI.

Alteração em 2014: *Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no SI-PNI, por município.*

INDICADOR 4

2013: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.

Alteração em 2016: *Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança - Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10 - Valente (2ª dose), Poliomielite (3º dose) em < 1 ano e Tríplice Viral até um ano, com cobertura preconizada.*

INDICADOR 5

2013: Proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para o consumo humano.

Alteração em 2016: *Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para o consumo humano (Cloro residual, Cloro residual combinado ou dióxido de cloro).*

INDICADOR 6

2013: Proporção de semanas com lotes SINAN enviados.

Alteração em 2014: *Número de semanas epidemiológicas com informação no SINAN.*

Alteração em 2018: *Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.*

INDICADOR 7

2013: Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.

Alteração em 2018: *Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento adequado em tempo oportuno.*

INDICADOR 8

2013: Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento adequado até 48h a partir do início dos sintomas.

Alteração em 2016: *Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.*

Alteração em 2018: *Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial de dengue.*

INDICADOR 9

2013: Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.

Alteração em 2014: *Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para o controle vetorial da dengue.*

Alteração em 2018: *Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.*

INDICADOR 10

2013: Proporção de contatos extradomiciliares de casos novos de Hanseníase examinados.

Alteração em 2016: *Proporção de contatos examinados de casos novos de Hanseníase.*

Alteração em 2018: *Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera com confirmação laboratorial.*

INDICADOR 11

2013: Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados.

Alteração em 2016: *Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.*

Alteração em 2018: *Número de testes de Sífilis por gestante.*

INDICADOR 12

2013: Número de testes de Sífilis por gestante.

Alteração em 2018: *Número de testes de HIV realizados.*

INDICADOR 13

2013: Número de testes de HIV realizados.

Alteração em 2018: *Preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.*

INDICADOR 14

2013: Preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.

Alteração em 2018: *Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.*



**SALA DE
SITUAÇÃO**
FS/UNB

Produção

Eduarda Grillo Cunha - graduanda em Saúde Coletiva (UnB)
 Esthefani Lays Martins da Silva - graduanda em Farmácia (UnB)
 João Emanuel Mesquita Saraiva - graduando em Farmácia (UnB)
 João Gabriel de Souza Vale - graduando em Engenharia de Produção (UnB)
 Giselle Rhaisa do Amaral e Melo - mestranda em Nutrição Humana (UnB)

Equipe Editorial

Sala de Situação - Faculdade de Ciências da Saúde (UnB)

Revisão

Akeni Lobo
 Marcela Lopes Santos.

Coordenação

Jonas Lotufo Brant de Carvalho
 Marcela Lopes Santos
 Lisiane Segundo Ferreira

Contato

sds@unb.br

Site

<https://sds.unb.br/>

Supervisão Técnica / Equipe UFT

Profa. Dra. Renata Junqueira Pereira

Quézia Catharinne Cavalcante de Melo - mestranda em Ciências da Saúde (UFT)

Felipe Silva Leite - mestrando em Comunicação Social (UFT)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Central de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, Fortalecimento e Organização da Rede de Saúde Interfederativa (TOPAMA).

✉ ascom.topama@gmail.com

📷 [@cqtopama](https://www.instagram.com/cqtopama) | [f /cqtopama](https://www.facebook.com/cqtopama)

🐦 [@cqtopama](https://twitter.com/cqtopama) | [y /cqtopama](https://www.youtube.com/cqtopama)



MINISTÉRIO DA SAÚDE



SALADE SITUAÇÃO
F5/UNB