



Boletim Epidemiológico



IMPERATRIZ - 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)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

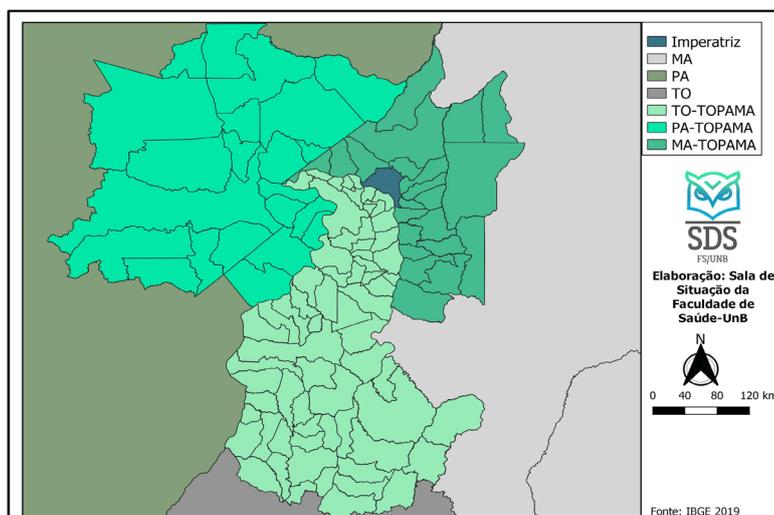


SUMÁRIO

O Estado do Maranhão e o Município de Imperatriz.....	4
Covid-19.....	11
Covid-19 no Estado do Maranhão.....	12
Covid-19 em Imperatriz.....	15
O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.....	19
Conclusão.....	39
Referências.....	41
ANEXO I. Modificações no nome dos indicadores do PQA-VS, ao longo dos anos.....	44

O estado do Maranhão e o município de Imperatriz

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) (Tabela 1), 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, caracteriza-se como a cidade mais populosa do estado, concentrando uma população de aproximadamente de 1.101.884 habitantes. Os outros dois municípios com o maior número de habitantes são Imperatriz e São José do Ribamar (IBGE, 2020).

Como já citado, o município de Imperatriz pertence ao estado do Maranhão e será o foco deste boletim, sendo assim torna-se relevante a exposição acerca de suas características locais. No último censo realizado pelo IBGE, em 2010, a população total era 245.505, entretanto para o ano passado (2019) a estimativa foi de que esse valor cresceu para 258.682 habitantes (IBGE, 2020).

A área territorial representada por Imperatriz é de 1.368,988 km², representando 0,41% da área total do estado, o município possui uma densidade demográfica de 180,79 hab./km², ficando em sexto lugar no ranking do Maranhão (IBGE, 2020).

Ainda sobre a população imperatrizense, as mulheres estão marginalmente em maior número, 124.717 representando 50,8% e os homens possuem uma representatividade de 49,2%, com 120.788 habitantes (IBGE, 2020).

Tabela 1. Distribuição por sexo do Brasil, Maranhão e Imperatriz, em 2010.

Local	Feminino	Masculino	% Fem.	% Masc.
Brasil	95.468.655	95.187.144	49,9	50,1
Maranhão	330.711.888	324.137.098	50,3	49,7
Imperatriz	124.717	120.778	50,8	49,2

Fonte: (IBGE, 2010).

Ao abordarmos os aspectos relacionados à 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. Já Imperatriz apresenta 163 para Ensino Fundamental e 37 para Ensino Médio.

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, foi estabelecida, 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 se deu em 3,5 nas Escolas Públicas e 5,2 no ensino privado, e Imperatriz 4,3 em escolas Públicas no Ensino Fundamental, leva-se em conta que no Brasil no Ensino Fundamental é 4,7 e para ensino médio 3,8 (IBGE, 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 atingir ainda a meta estipulada para 2022. 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.

Tabela 2. Distribuição das escolas por nível de ensino no município de Imperatriz e no estado de Maranhão, em 2018.

Estabelecimento Escolar	Imperatriz	Maranhão	Brasil
Ensino Infantil/Fundamental	0,009	0,009	0,005
Ensino Médio	0,003	0,001	0,002

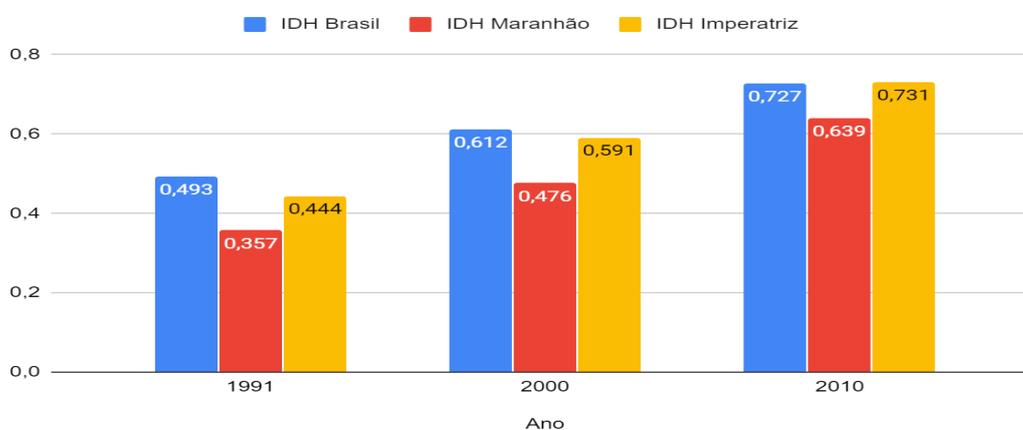
Fonte: (IBGE, 2018).

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 incidência da pobreza, salário médio mensal e taxa de ocupação da população.

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 IDH de Imperatriz, de acordo com o censo de 2010, é de 0,731, assim como em quesitos populacionais, o IDH do município em questão só perde para o de São Luís, no ranking estadual. Entretanto, ao compararmos com os demais municípios brasileiros a cidade ocupa a 993ª posição de 5.280 (IBGE, 2020).

Figura 1. Índice de Desenvolvimento Humano, Brasil, Maranhão e Imperatriz, dados IBGE, 2010.



Fonte: (IBGE, 2010).

A partir da Política Nacional de Saúde realizada pelo IBGE em 2013, nos permite uma análise situacional mais aprofundada 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.
2. A porcentagem de doenças crônicas, de forma geral, está abaixo da nacional, no entanto, mais importante do que analisar se as porcentagens estão altas ou baixas, é necessário avaliar a prevalência dessas morbidades na população.

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

Condição	% Maranhão	% 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).

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 mortalidade infantil municipal em 2018 foi em torno de 11 óbitos por mil nascidos vivos, a taxa de internação por diarreia foi de 0,4 a cada mil habitantes, até junho de 2020 (Tabela 6 e Tabela 7) (DATASUS, 2020). Atualmente na cidade de Imperatriz tem-se a seguinte distribuição de estabelecimentos de saúde (Tabela 8).

Tabela 6. Distribuição da mortalidade infantil no ano de 2018, no município de Imperatriz-MA.

Município	Nascidos Vivos (2018)	Óbitos Infantis (2018)	Óbitos gravidez parto e puerpério (2018)	Mortalidade Infantil (2018)
Imperatriz	5.274	55	3	10,99

Fonte: (SIM e SINASC, 2020).

Tabela 7. Taxa de internação por diarreia até junho de 2020, no município de Imperatriz-MA.

Município	Internação por diarreia	População	Taxa de Internação
Imperatriz	94	258.962	0,4

Fonte: (SIH SUS, 2020).

Tabela 8. Distribuição dos estabelecimentos de saúde no ano de 2020, em Imperatriz-MA.

Tipo de Estabelecimento	jun. 2018	jun. 2019	jun. 2020
ACADEMIA DA SAÚDE	2	5	5
CENTRAL DE REGULAÇÃO	12	12	12
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	1	1	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	3	3	3
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	33	32	31
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	134	176	189
CONSULTÓRIO	71	76	78
COOPERATIVA	-	11	15
FARMÁCIA	3	3	3
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1	1	1
HOSPITAL GERAL	8	8	9

HOSPITAL DIA	1	1	1
POLICLÍNICA	4	4	4
POSTO DE SAÚDE	8	7	7
PRONTO ANTEDIMENTO	2	2	2
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	-	3	3
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	1	1	1
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	123	74	76
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	5	5	5
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSP-URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	11	11	11
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	1	1	1
Total	424	437	458

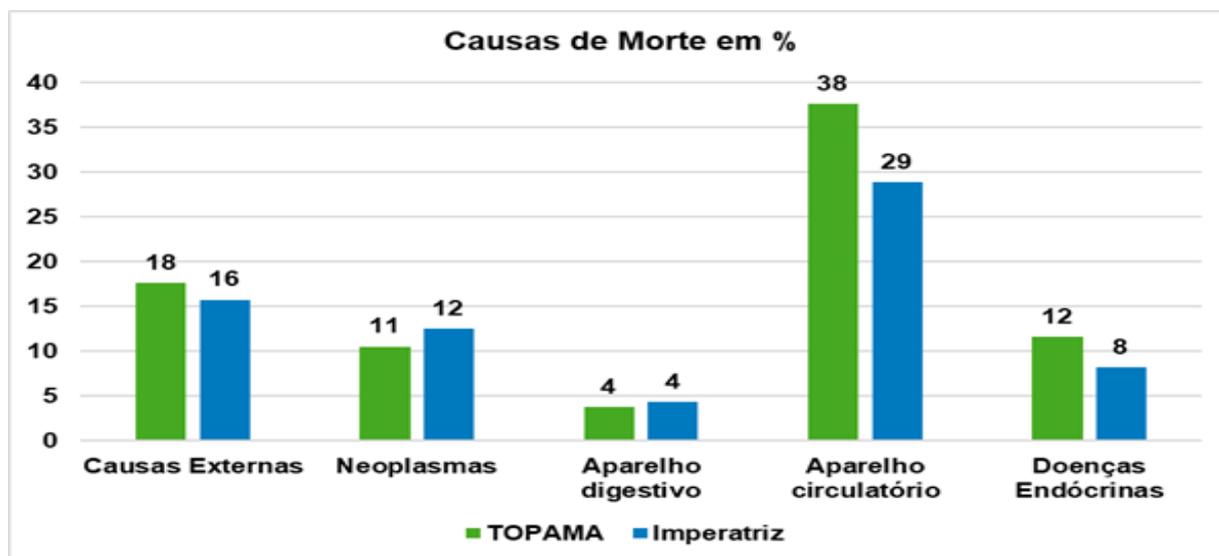
Fonte: (DataSUS e CNES, 2020)

Para concluir a análise relacionada aos aspectos de saúde, tem-se a proporção das cinco principais causas de morte em comparação com a região do Bico do Papagaio 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 de Imperatriz, em comparação com a região TOPAMA, no ano de 2017.



Fonte: (IBGE, 2017).

A partir dos pontos citados sobre as características do estado do Maranhão e da cidade de Imperatriz 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 Imperatriz.

A COVID-19

A COVID-19 é uma doença viral que apresenta sintomas similares aos da gripe, cujo o agente etiológico 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).

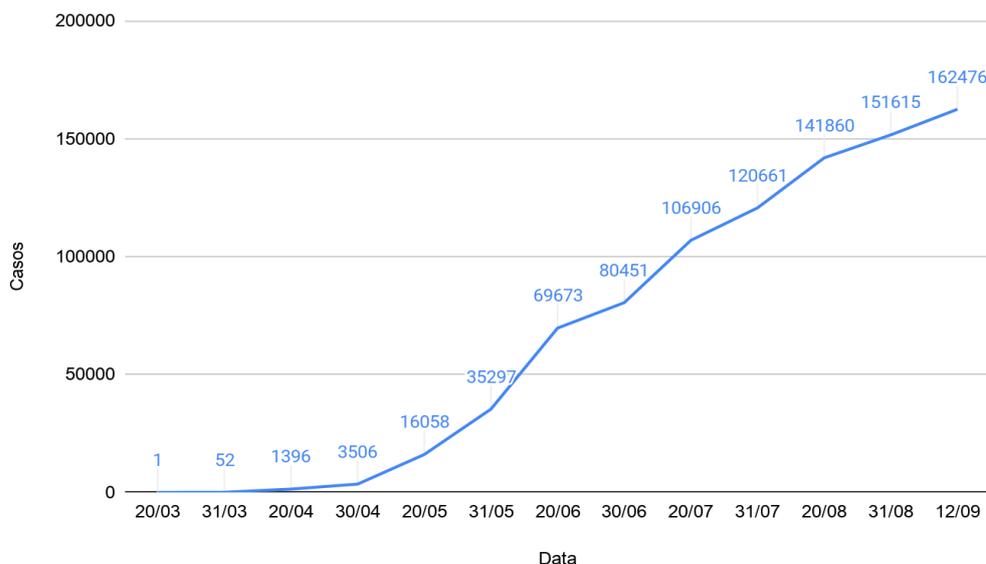
COVID-19 no estado do Maranhão

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 (SES-MA, 2020).

Segundo a Secretaria de Saúde do Maranhão (2020), em 31 de julho contabilizou-se 1.399 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. Na última atualização de 12 de setembro somou-se 162.476 casos (Gráfico 1).

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

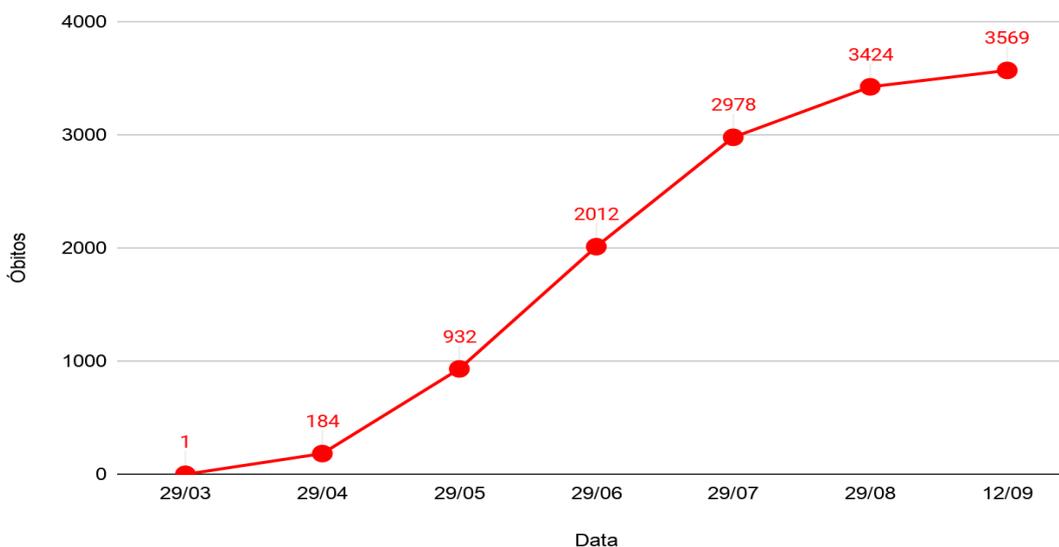
Gráfico 1. Frequência acumulada dos casos de COVID-19 no Maranhão, até 12/09.



Fonte: (SESMA, 2020).

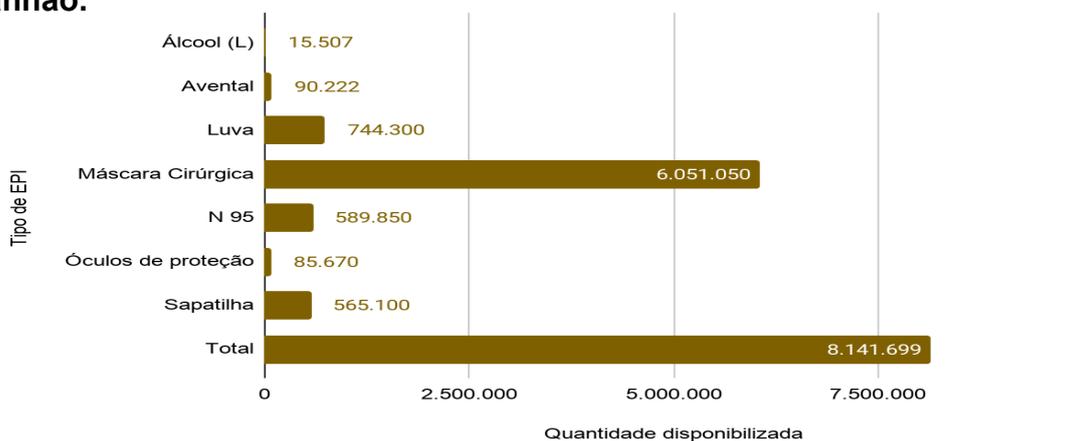
O primeiro óbito foi registrado em 29 de março, passado um mês desta data, em 29 de abril tinha-se um total de 184 falecidos. Em 13 de agosto totalizam 3.228 óbitos, na última data de atualização de 12 de setembro, obteve-se um total de 3.569 mortes (Gráfico 2), com uma letalidade de 2,2% (SES-MA, 2020).

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

Gráfico 2. 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.

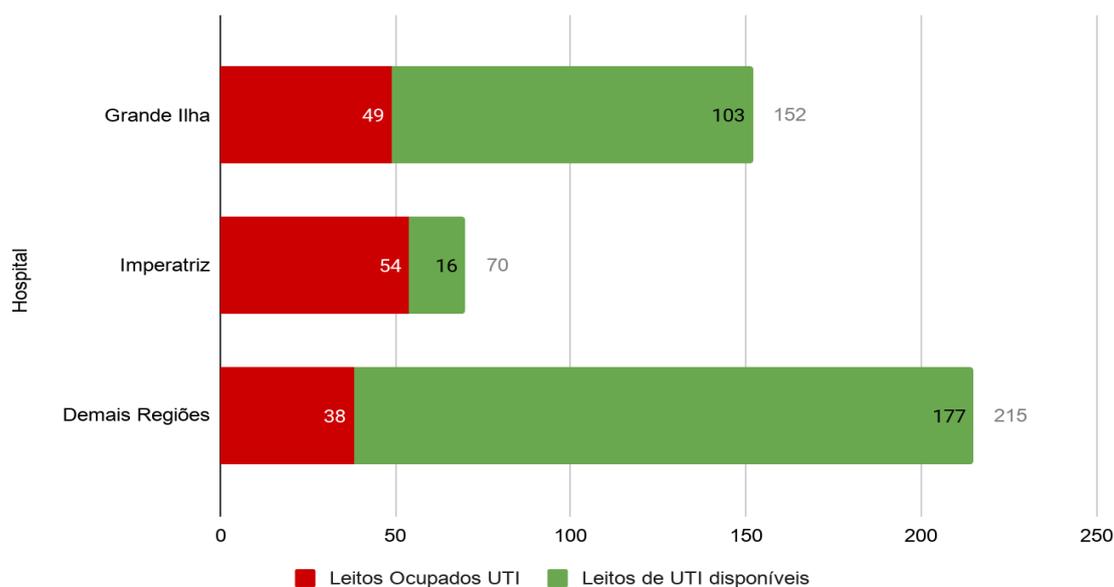
Fonte: (LOCALIZA SUS, 2020).

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.



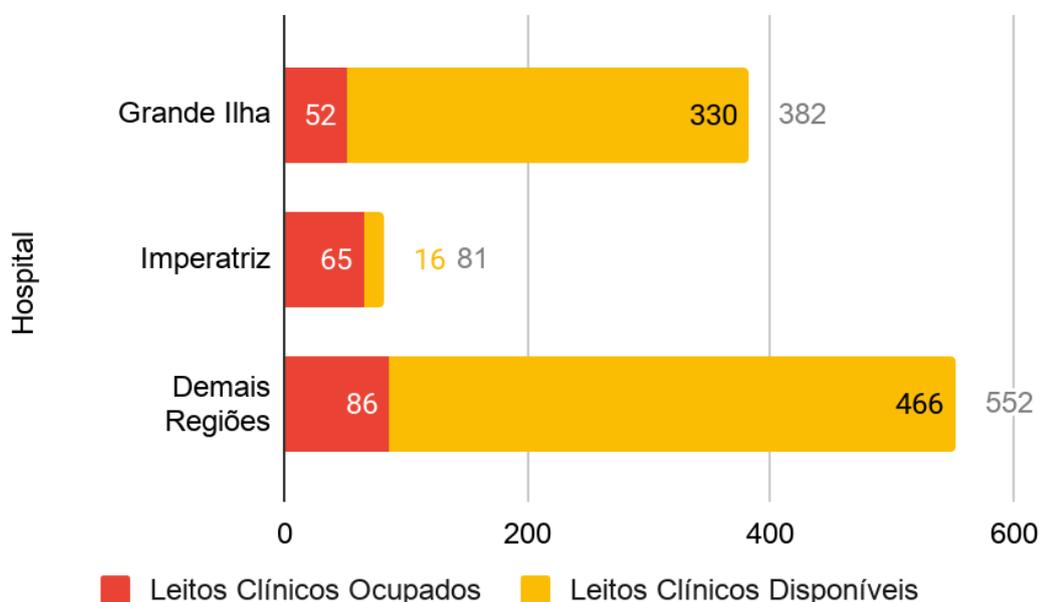
Fonte: (SESMA, 2020).

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 Imperatriz

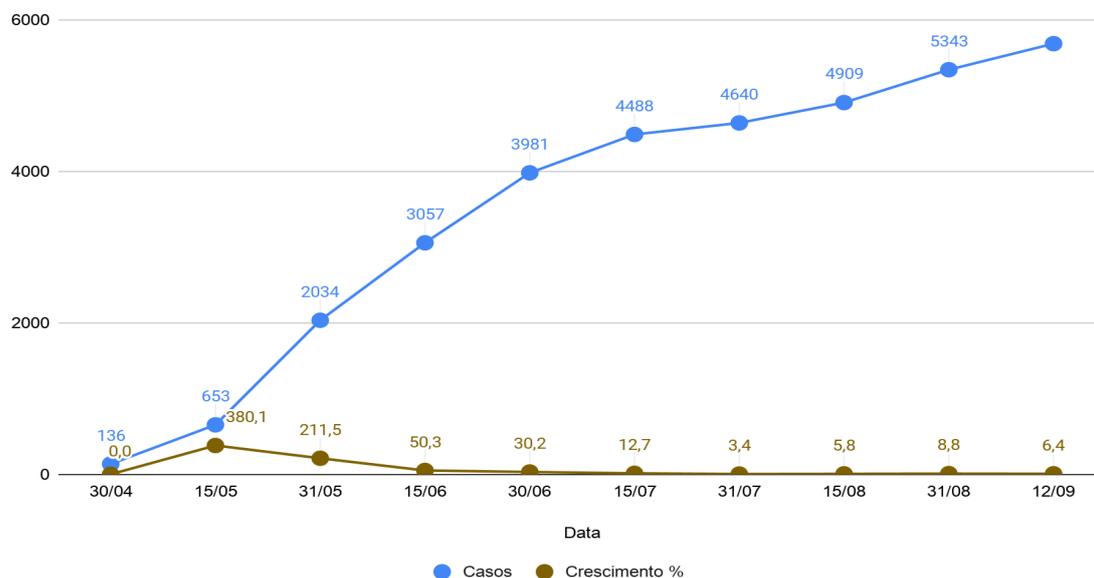
O primeiro caso de COVID-19 existente na cidade de Imperatriz ocorreu em 27 de março de 2020, uma semana após a primeira notificação no estado, entretanto

o caso confirmado no município foi oriundo da cidade de São Paulo, no dia 01 de abril foram confirmados, pelo Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Maranhão, dois casos na cidade de Imperatriz (SES-MA, 2020).

No final do mês de abril, em 30 de abril, existiam 136 casos confirmados de coronavírus no município de Imperatriz, na mesma data do mês seguinte (30/05) tinha-se um total de 1.979 casos, representando 5,7% dos casos totais do Maranhão (34.639). Embora tenha tido um crescimento de 1.355,1% no número de casos em relação ao mês anterior, 1.486 casos já tinham se recuperado, ou seja, uma taxa de 69,9% de curados (Gráfico 3) (SESMA, 2020; CORONAVÍRUS IMPERATRIZ, 2020).

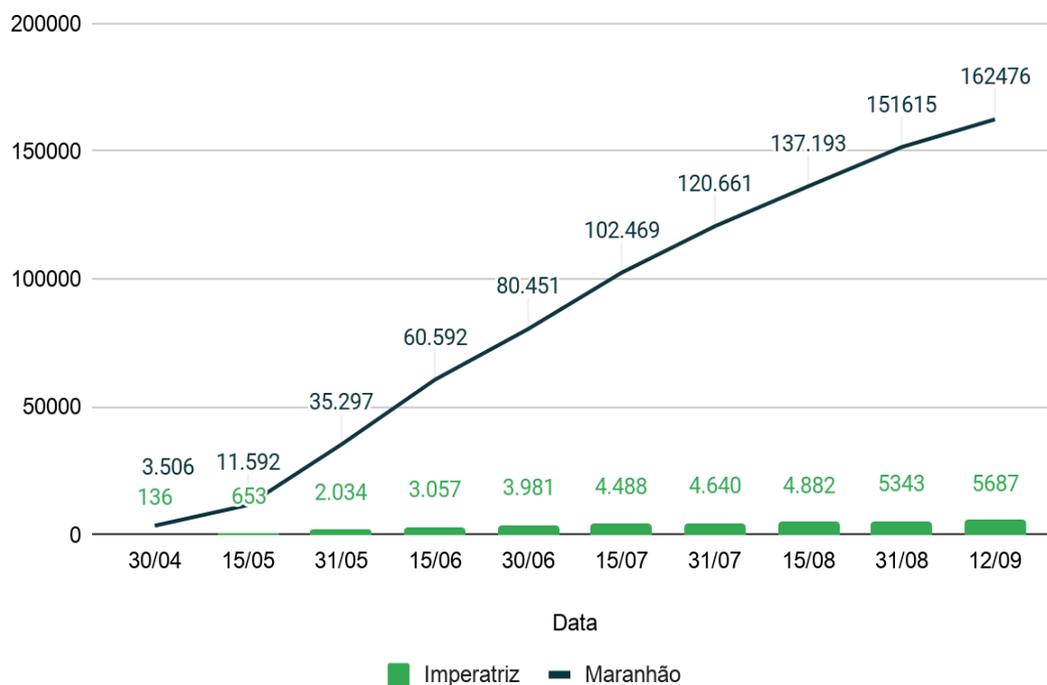
Em 12 de setembro, Imperatriz obteve um total de 5.687 casos confirmados, representando 3,5% dos casos totais do estado do Maranhão (162.476), entretanto aproximadamente 90% dos casos do município estão recuperados (Gráfico 4) (SESMA, 2020; CORONAVÍRUS IMPERATRIZ, 2020).

Gráfico 3. Crescimento e frequência acumulada dos casos de COVID-19 no município de Imperatriz-MA, até 12/09/2020.



Fonte: (SESMA, 2020).

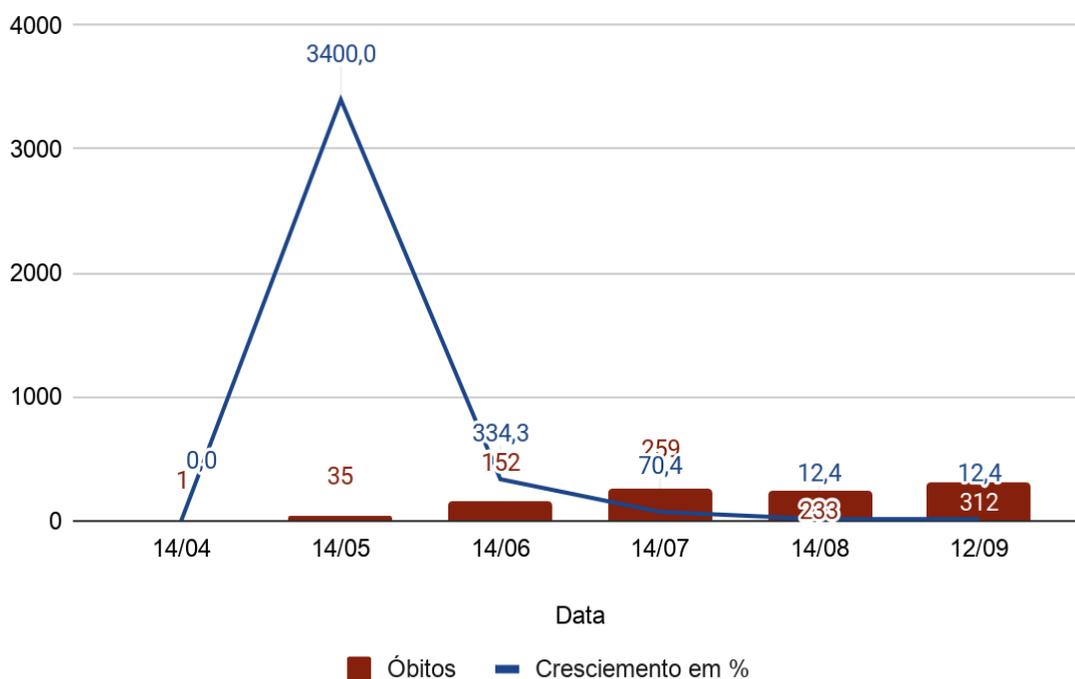
Gráfico 4. Evolução dos casos no município de Imperatriz-MA e no estado do Maranhão, até 12/09/2020



Fonte: (SESMA, 2020).

Ao tratarmos dos óbitos por COVID-19 em Imperatriz, no mês de agosto tem-se um total de 233, sendo que no dia 31 de maio o município completou 100 mortes pelo vírus, levando em conta que o primeiro falecimento foi confirmado em 14 de abril. Abaixo teremos um gráfico a fim de ilustrar a evolução dos óbitos desde a primeira confirmação (SESMA, 2020).

Gráfico 5. Evolução e crescimento dos óbitos por COVID-19 no município de Imperatriz-MA até 12/09/2020.



Fonte: (SESMA, 2020).

Para concluir análise de COVID-19, torna-se relevante a exposição das taxas de incidência, letalidade e recuperados. A incidência se resume no número de casos dividido pela população x 100.000, sendo assim obtém-se o resultado de 2.198,4 casos por 100.000 habitantes. A letalidade é o número de óbitos dividido pelo total de casos x 100, dando o valor de 5,5% (Tabela 9) (SESMA, 2020).

Tabela 9. Distribuição das taxas de incidência, letalidade no município de Imperatriz, até 12/09/2020.

Taxa	Numerador	Denominador	Fator de multiplicação	Valor
Incidência	5.687	258.682	100.000	2198,4
Letalidade	312	5.687	100	5,5

Fonte: Secretaria do Estado de Saúde do Maranhão, 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.

Quadro 2: Resumo dos indicadores do PQA-VS, ao longo dos anos (2013-2019), em Imperatriz-MA.

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
2	Sim						
3	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	-
4	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	-
5	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim
6	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	-	-
7	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim
8	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
9	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	-
10	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não
11	Sim						
12	Não						
13	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não
14	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	-
15	-	-	-	Sim	Sim	-	Sim
Total de Metas Cumpridas	9	8	7	10	10	12	Não finalizado
Repasse recebido	390.236,87	348.826,19	306.257,04	426.957,30	419.339,22	441.409,71	Não finalizado

*O Indicador 15 existiu somente nos anos de 2016 e 2017, o mesmo se referia 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 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.

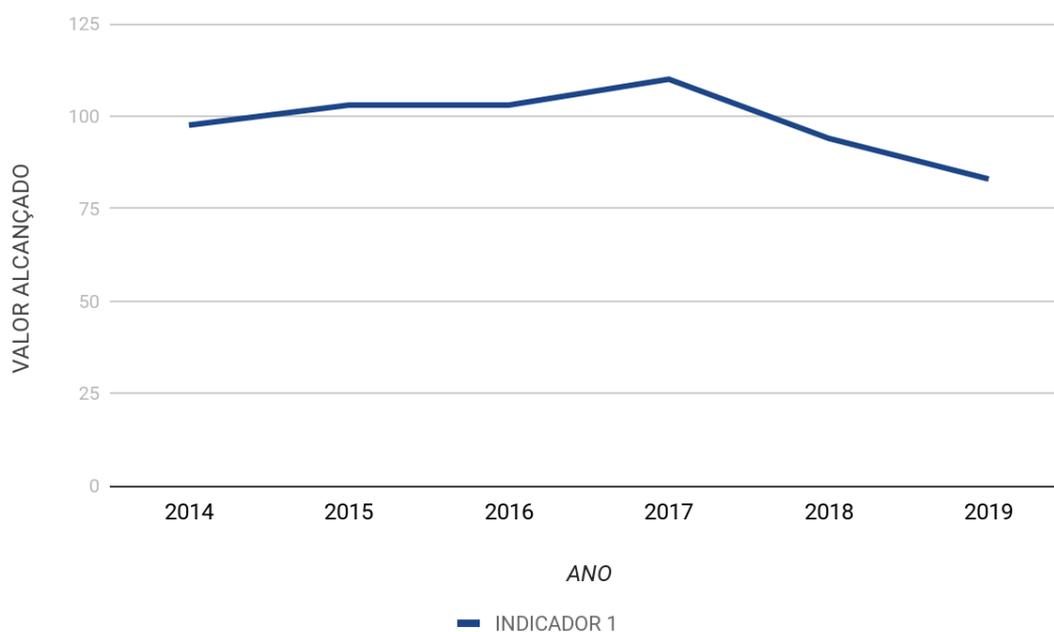
Esse sistema possibilita a construção do perfil de mortalidade de um município, região ou estado e dessa forma, desenvolver indicadores que permitam, dentre outras coisas (DIVE, 2020):

- 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 (2014-2019), o município de Imperatriz conseguiu manter-se dentro da linearidade na coleta desses dados; não atingindo a meta somente em 2019, quando alcançou 83% na proporção de óbitos alimentados no sistema (Gráfico 6).

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, o decréscimo apresentado em 2019, torna importante uma avaliação dos processos relacionados à coleta desses dados para que tais declínios não ocorram novamente.

Gráfico 6. Registro de Óbitos no SIM, entre 2014 e 2019, em Imperatriz.



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.

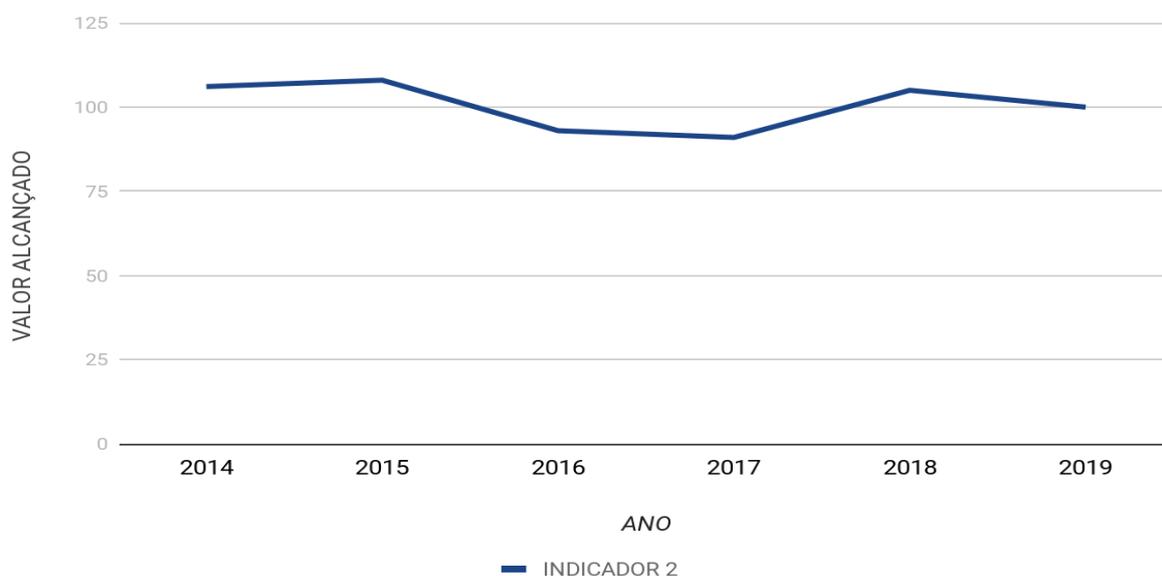
Esse indicador possibilita, dentre outras coisas:

- 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 conseguiu manter um padrão na coleta desses dados atingindo a meta em todo o período supracitado e por vezes ultrapassando 100%. 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 (Gráfico 7).

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%.

Gráfico 7. Registro de Nascidos Vivos (SINASC), entre 2014 e 2019, no município de Imperatriz.

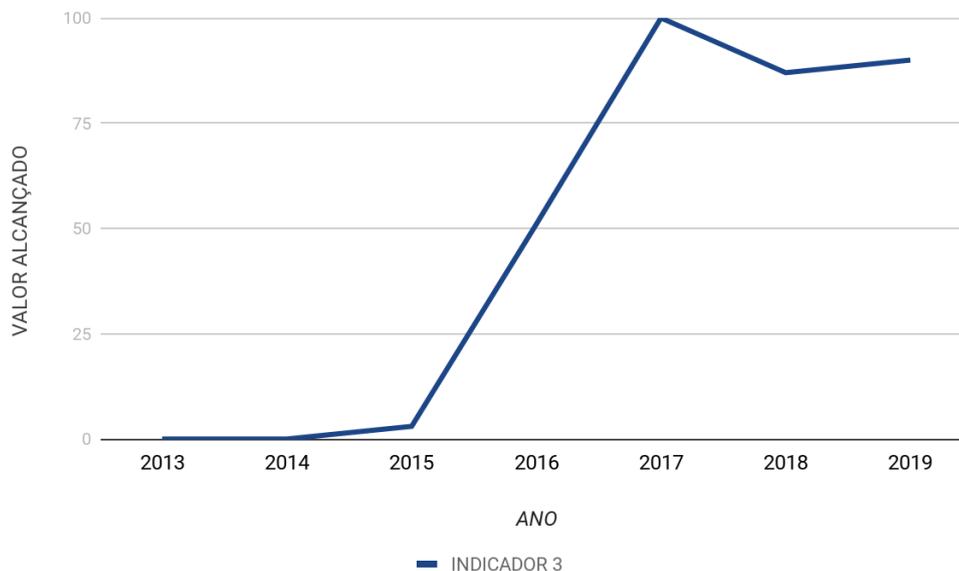


Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

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 Imperatriz não conseguiu manter uma linearidade na coleta desses dados, no entanto, demonstrou crescimento em 2018, por exemplo, o resultado municipal foi de 100% (Gráfico 8). Inference-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 8. Proporção de Sala de Vacinas municipais que mensalmente alimentaram o sistema SNI-PI, entre 2013 e 2018, em Imperatriz.



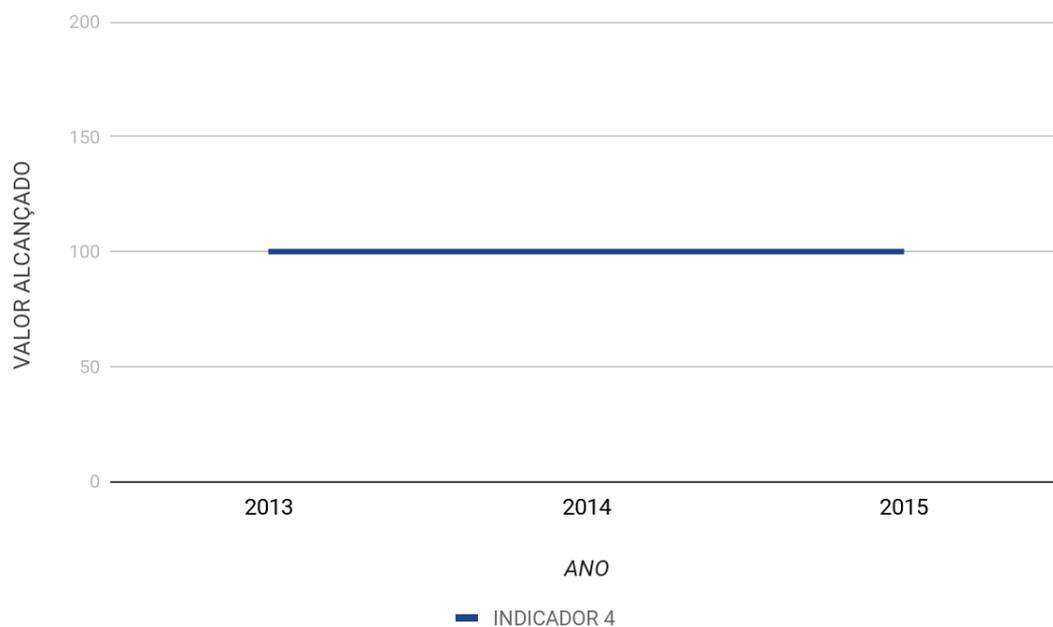
Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

O quarto indicador do PQA-VS até 2015 avaliava a proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas. 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.

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).

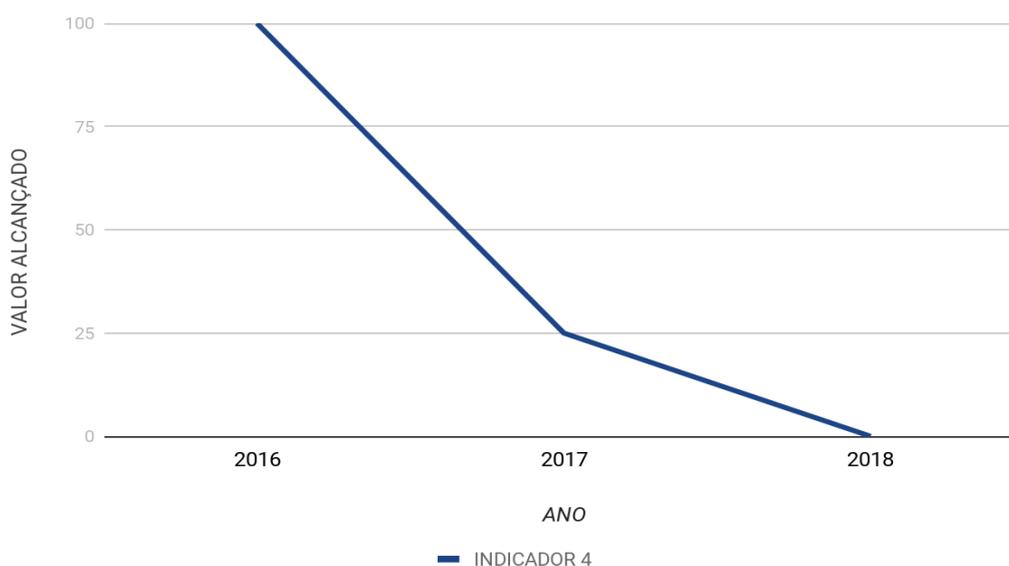
Ao longo dos anos (2013-2018), o município de Imperatriz apresentou linearidade entre 2013 e 2016, seguido de um decréscimo a partir de 2017 chegando a ter resultado igual a 0 em 2018 (Gráfico 9 e 10). É evidente que as causas para tais resultados precisam ser investigadas e tratadas para que melhores resultados sejam obtidos.

Gráfico 9. Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas, entre 2013 e 2015, em Imperatriz.



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

Gráfico 10. 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 Imperatriz.



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

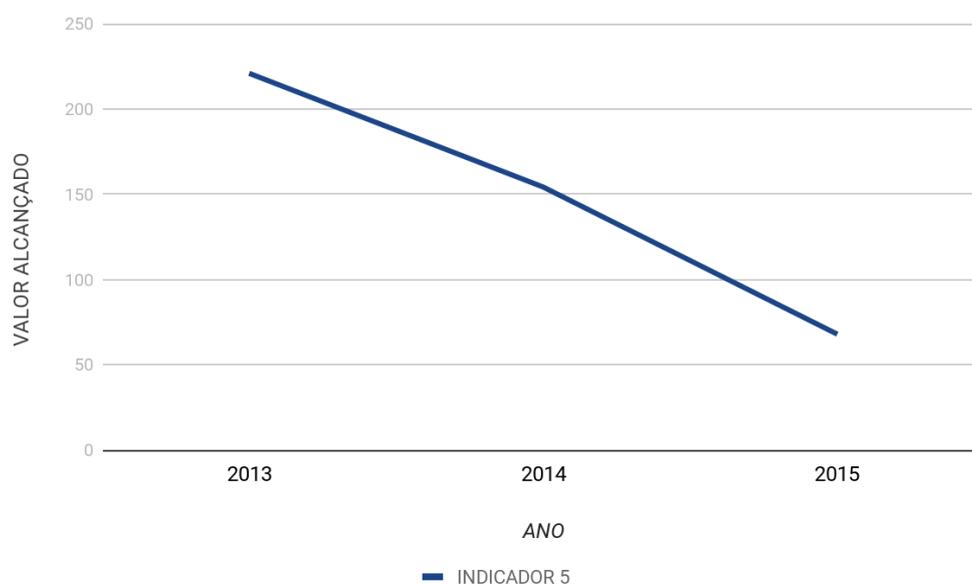
O quinto indicador do PQA-VS até 2015 avaliava a proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para o consumo humano, esperava-se que pelo menos 90% do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes fecais presentes na água fossem realizadas.

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, espera-se que pelo menos 75% das análises sejam realizadas.

De forma geral, o município de Imperatriz não tem obtido bons resultados, apresentou decréscimo entre 2013 e 2015 e novamente entre 2017 e 2018, voltou a crescer em 2019 e atingiu a meta (Gráfico 11 e 12). 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.

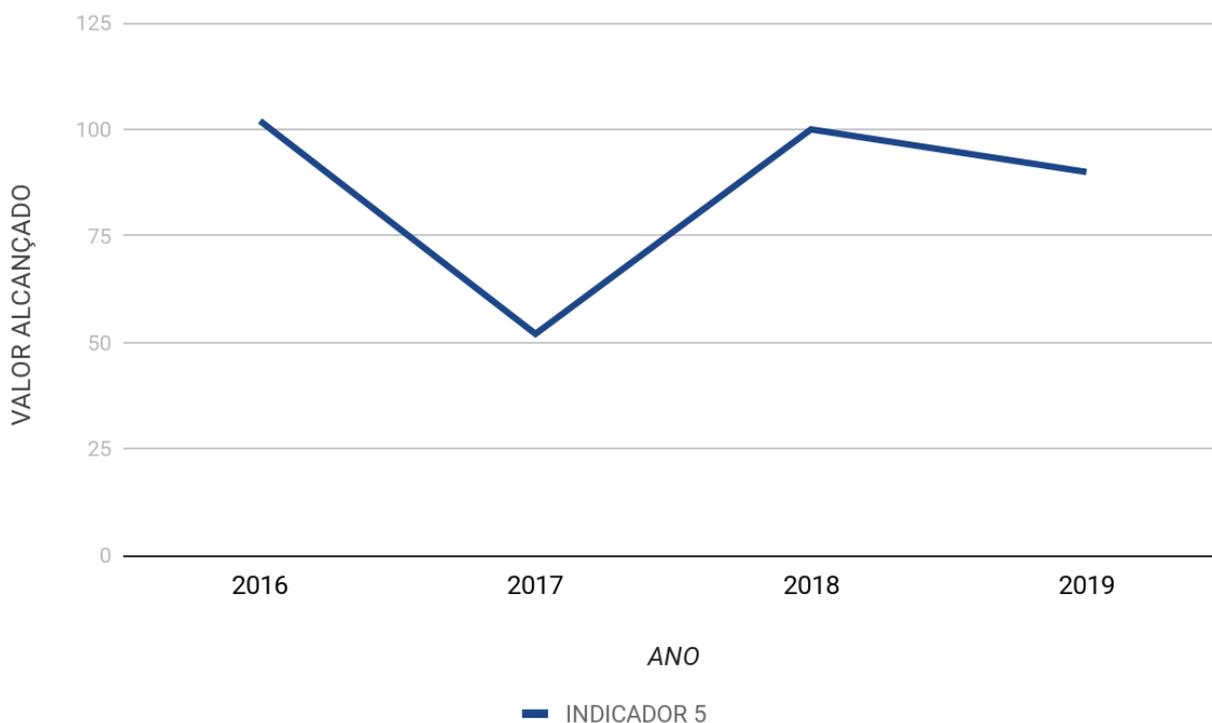
Uma análise dos dados demonstra que a população provavelmente está propensa a doenças relacionadas a falta de tratamento de água e esgoto, dessa forma, demonstra-se urgente a necessidade de investigação desses resultados e seus correlatos a fim de que a população tenha acesso à água própria para consumo.

Gráfico 11. Proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para o consumo humano, entre 2013 e 2015, em Imperatriz.



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

Gráfico 12. 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 Imperatriz.

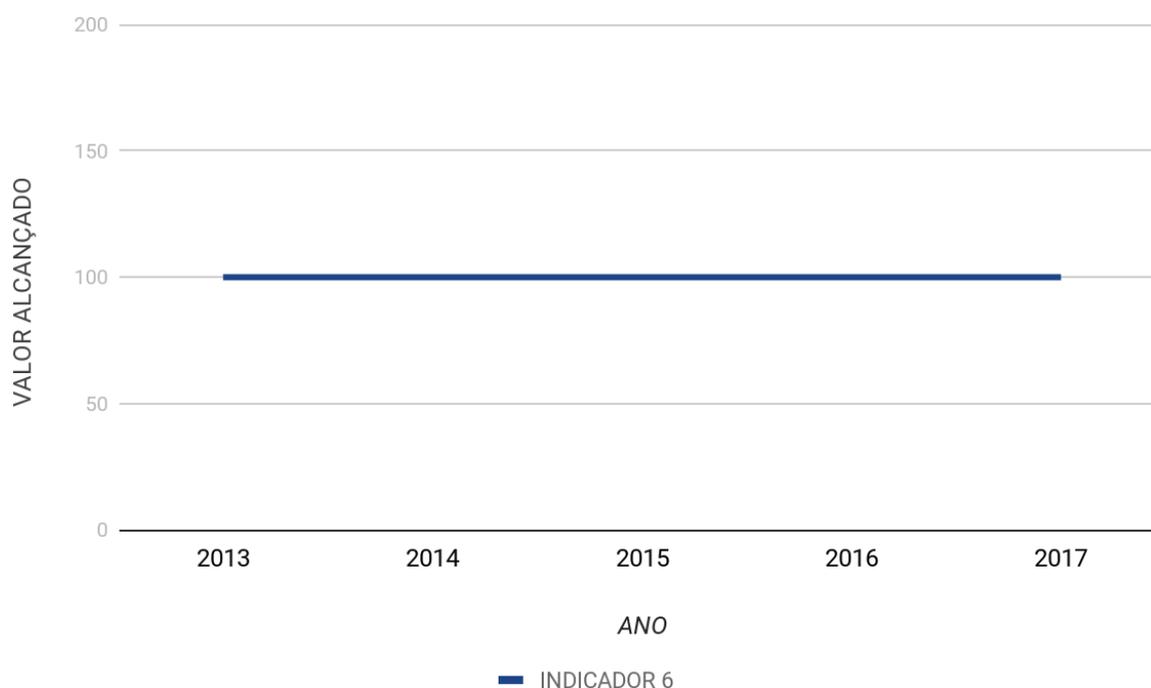


Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS.

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 em Imperatriz uma linearidade, atingindo a meta em todos os anos desse período (Gráfico 13). Esses dados mostram que o município provavelmente estava apto a diagnosticar eventos na população e solicitar de outras instâncias subsídios para tratá-los .

Gráfico 13. Proporção de semanas com lotes do SINAN enviados, entre 2013 e 2017, em Imperatriz.



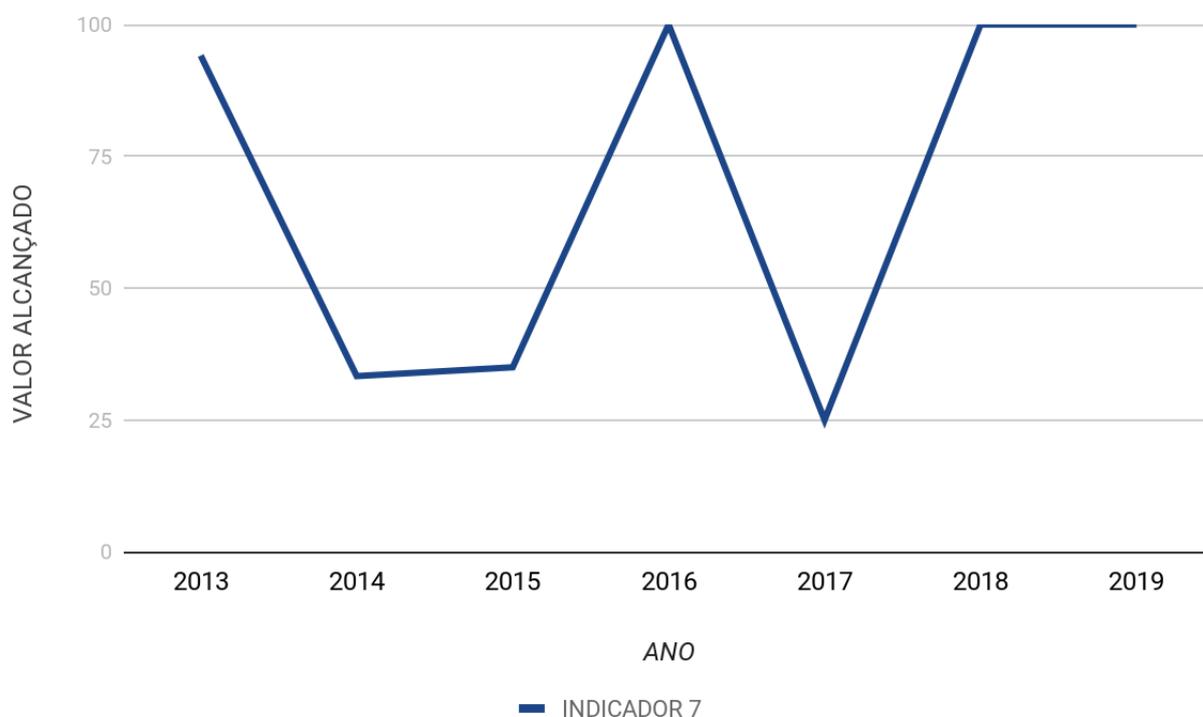
O gráfico demonstra o número de semanas alcançadas ao longo dos anos.

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 Imperatriz ao longo dos anos não conseguido manter uma linearidade dos dados. 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 14).

Gráfico 14. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediatas encerradas em até 60 dias após notificação, entre 2013 e 2019, em Imperatriz.



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

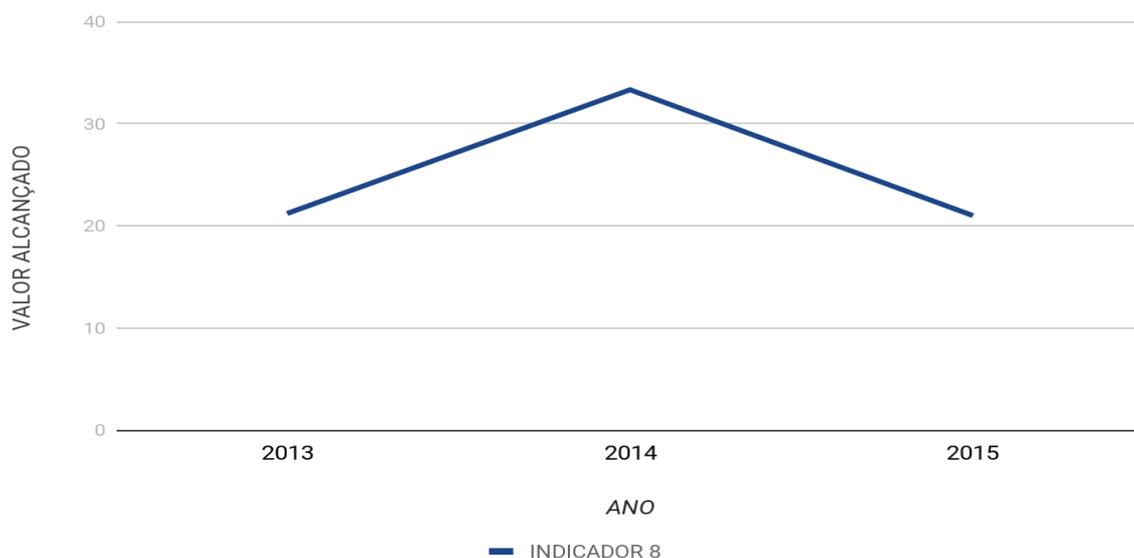
O oitavo indicador até 2015 avaliava a proporção dos casos de malária que iniciaram o tratamento até 48 horas a partir do início dos sintomas (Gráfico 15). Tinha-se como objetivo que:

- 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 16), 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.

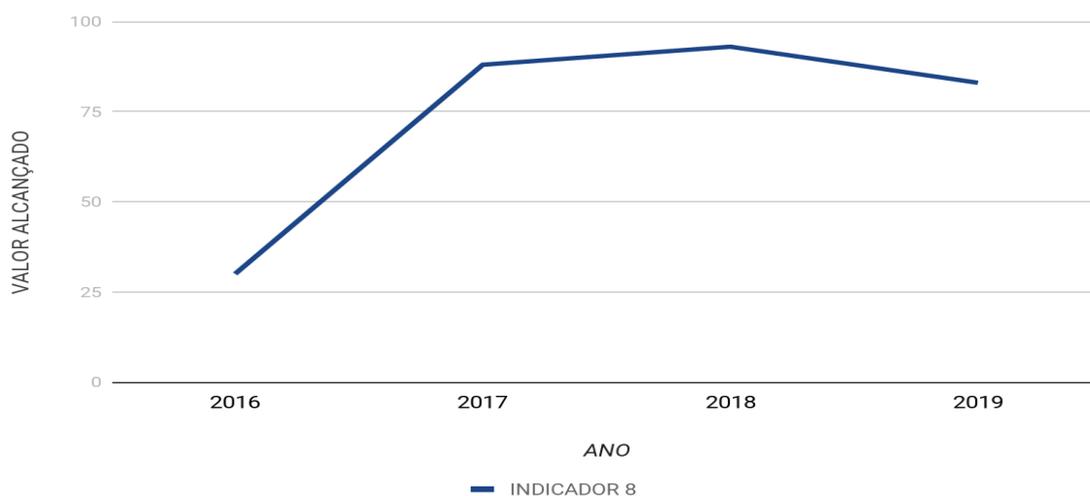
Em Imperatriz, o indicador apresenta muitas oscilações positivas e negativas ao longo dos anos. Dessa forma, faz-se necessário a investigação das causas dessas oscilações para que mais casos sejam tratados em menos tempo.

Gráfico 15. Proporção dos casos de malária que iniciaram o tratamento até 48 horas a partir do início dos sintomas, entre 2013 e 2015, em Imperatriz.



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

Gráfico 16. Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno, entre 2016 e 2019, em Imperatriz.



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 Imperatriz, o indicador tem sido alcançado ao longo dos anos, com uma única exceção em 2017, o que pode indicar uma boa atuação e integração das equipes que realizam as visitas domiciliares e alta adesão populacional as medidas de prevenção (Tabela 10).

Tabela 10: Alcance da meta estipulada para ciclos de visitas domiciliares realizados para o controle vetorial da Dengue, em Imperatriz, entre 2013 e 2019.

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

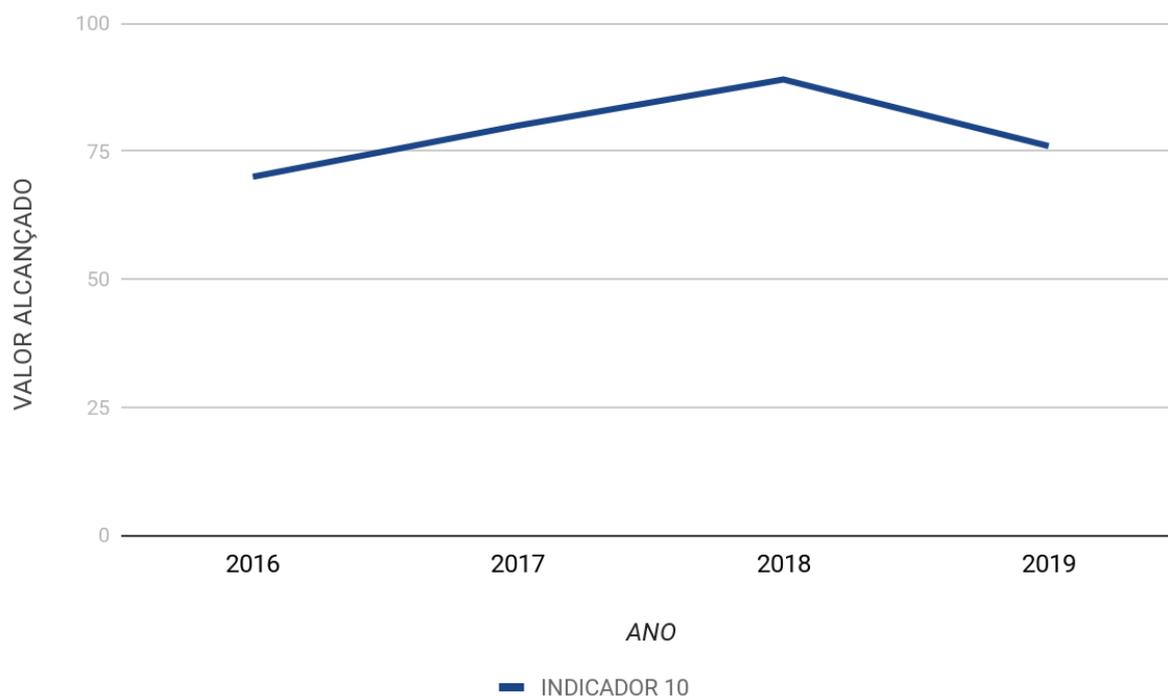
Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

Até 2015, o décimo indicador avaliava a proporção de contatos extradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados, 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. Mais que isso, esse indicador demonstra a capacidade de realizar a vigilância para descobertas de casos novos, a partir dos contatos extradomiciliares.

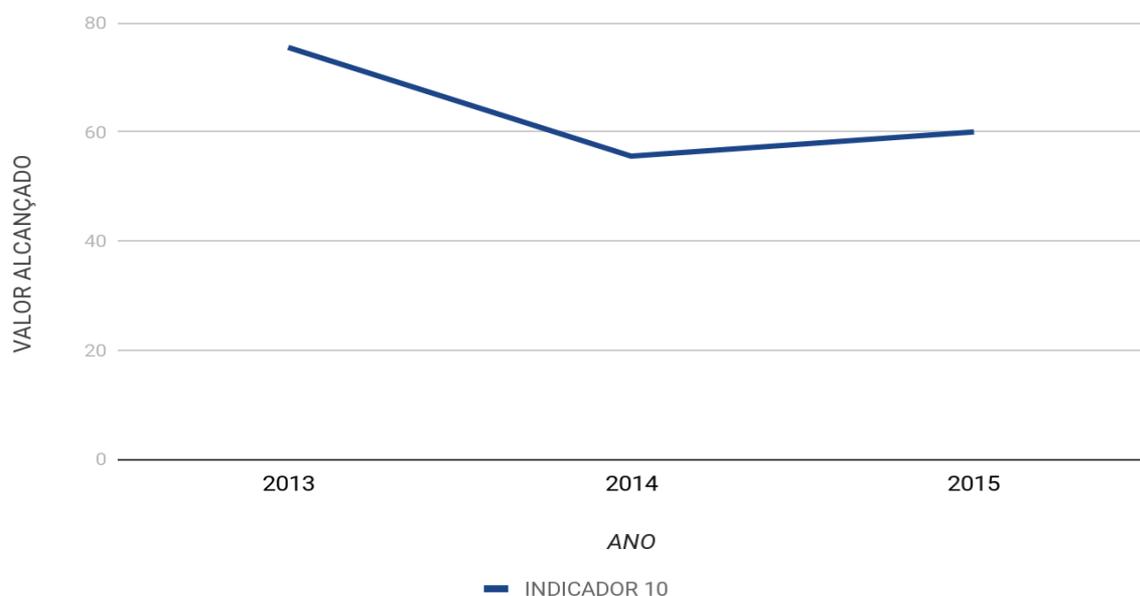
Em Imperatriz a meta não foi alcançada entre 2013 e 2016; passando a crescer em 2017 (Gráfico 17 e 18). Os resultados referentes a esse indicador demonstram que provavelmente há um rastreamento de contatos falho e não efetivo ao longo dos anos para o controle da hanseníase.

Gráfico 17. Proporção de contatos extradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados, entre 2013 e 2015, em Imperatriz.



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

Gráfico 18. Proporção de contatos examinados de casos novos de Hanseníase, entre 2016 e 2018, em Imperatriz.



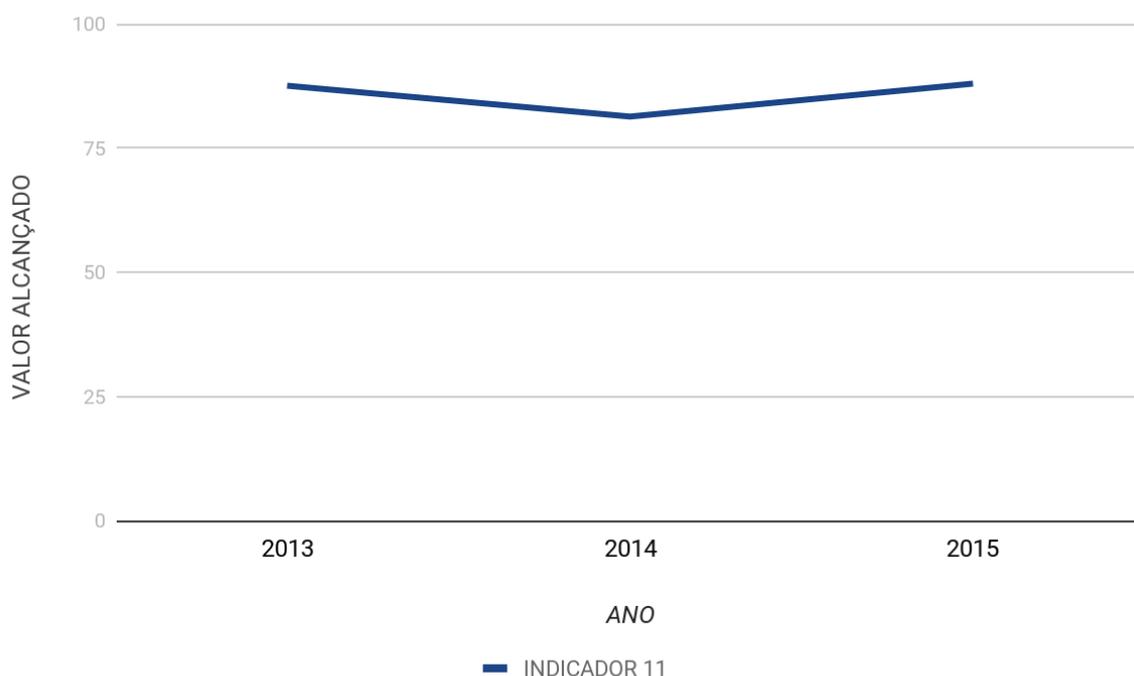
Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

O décimo primeiro indicador até 2015 avaliava a proporção de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilíferos Positivos examinados (Gráfico 19). A partir de 2016, passou a avaliar a proporção de contatos examinados de casos novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial (Gráfico 20).

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.

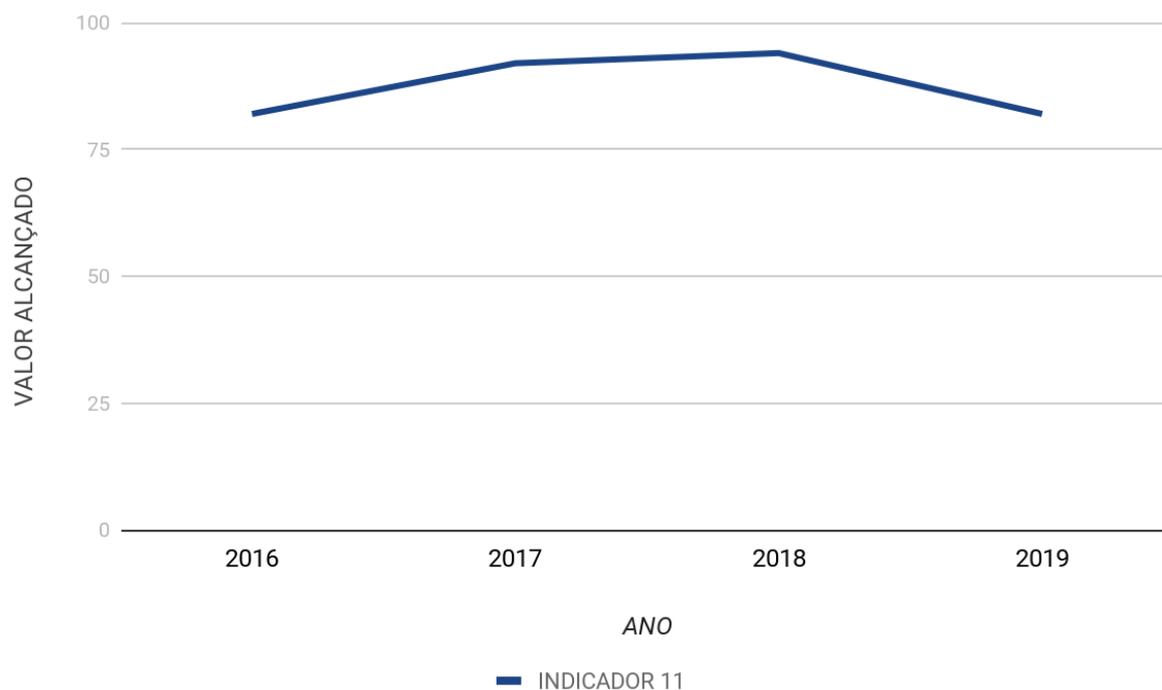
Em Imperatriz, desde 2013, o indicador tem sido alcançado apesar de sofrer oscilações positivas e negativas, de forma geral, esses resultados podem ser a demonstração de um rastreamento de contatos assíduo e efetivo.

Gráfico 19. Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados, entre 2013 e 2015, em Imperatriz.



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

Gráfico 20. Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, entre 2016 e 2019, em Imperatriz.

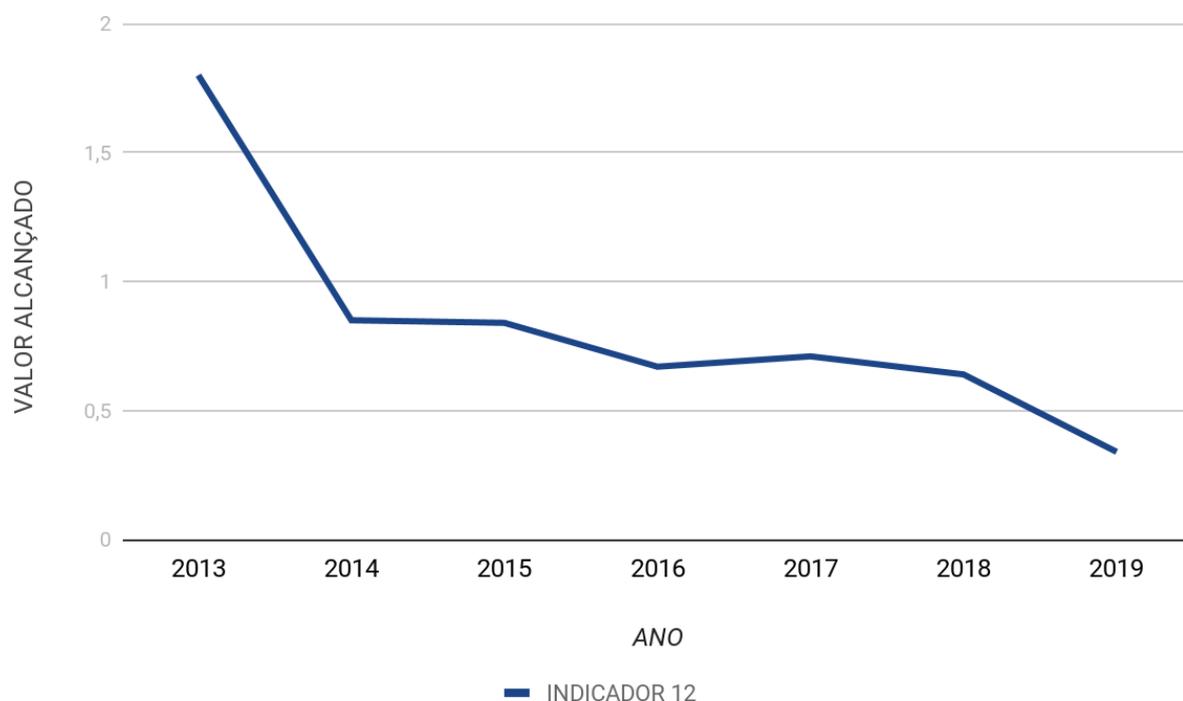


Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

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 Imperatriz, 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 21. Número de testes de Sífilis realizados por gestante, entre 2013 e 2019, em Imperatriz.



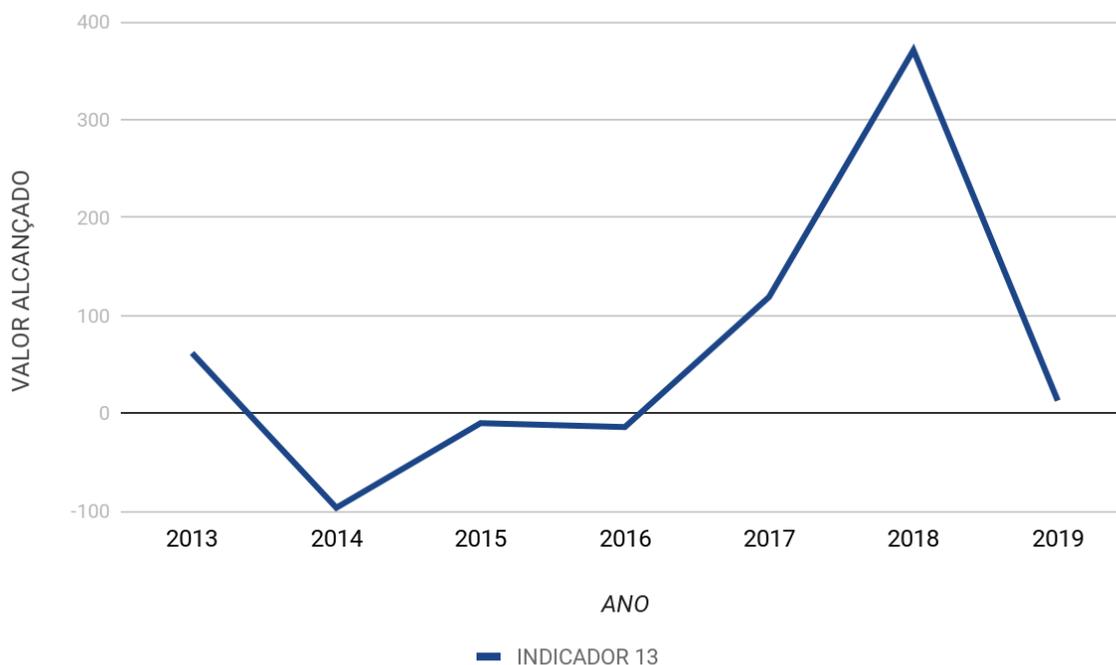
Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

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 Imperatriz há uma grande oscilação nos dados ao longo dos anos, apresentando crescimento entre 2016 e 2018, voltando a decair em 2019 chegando a 13% (Gráfico 22).

Diante do exposto, faz-se necessária uma avaliação dos déficits e dos picos, tendo em vista que eles podem indicar erros no processamento dos dados e/ou aspectos relacionados.

Gráfico 22. Proporção de testes de HIV realizados, entre 2013 e 2019, em Imperatriz.



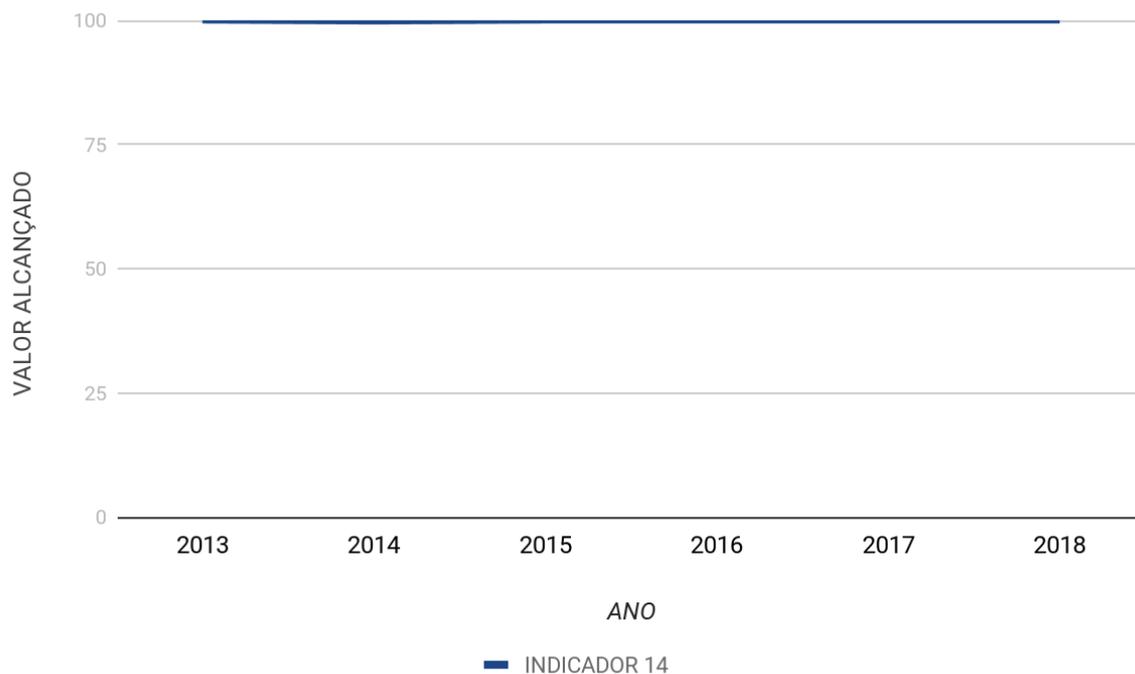
Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados disponibilizados no aplicativo do PQA-VS

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 Imperatriz esse indicador apresenta uma excelente linearidade, tendo sido alcançado desde 2013. Dessa forma, as equipes podem continuar com as ações implementadas para manter o padrão atual.

Gráfico 23. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho, entre 2013 e 2018, em Imperatriz.



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

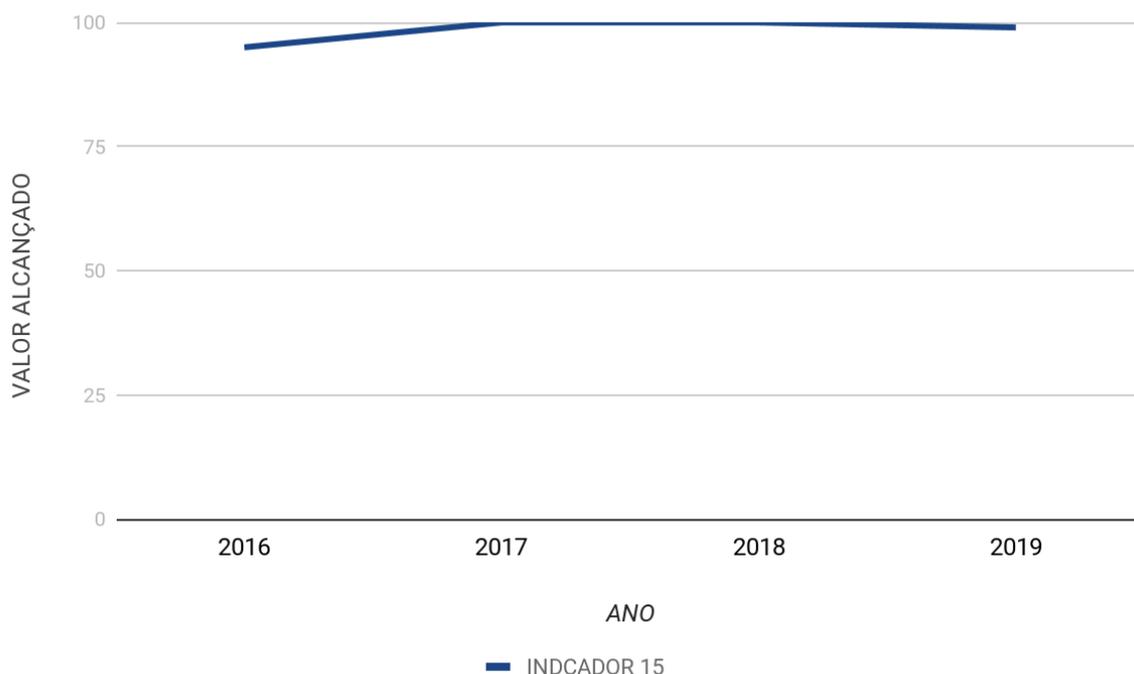
A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece uma tipologia de grandes grupos segundo quem comete o ato violento, dentre eles estão: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária). Existem ainda subdivisões quanto a natureza da violência: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

Ao longo do período analisado (2016-2019) o município atingiu a meta em todos os anos. Diante dos dados apresentados, infere-se que as equipes podem continuar com as ações implementadas para manter o padrão atual.

Gráfico 24. Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida, entre 2016 e 2019, em Imperatriz.



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.

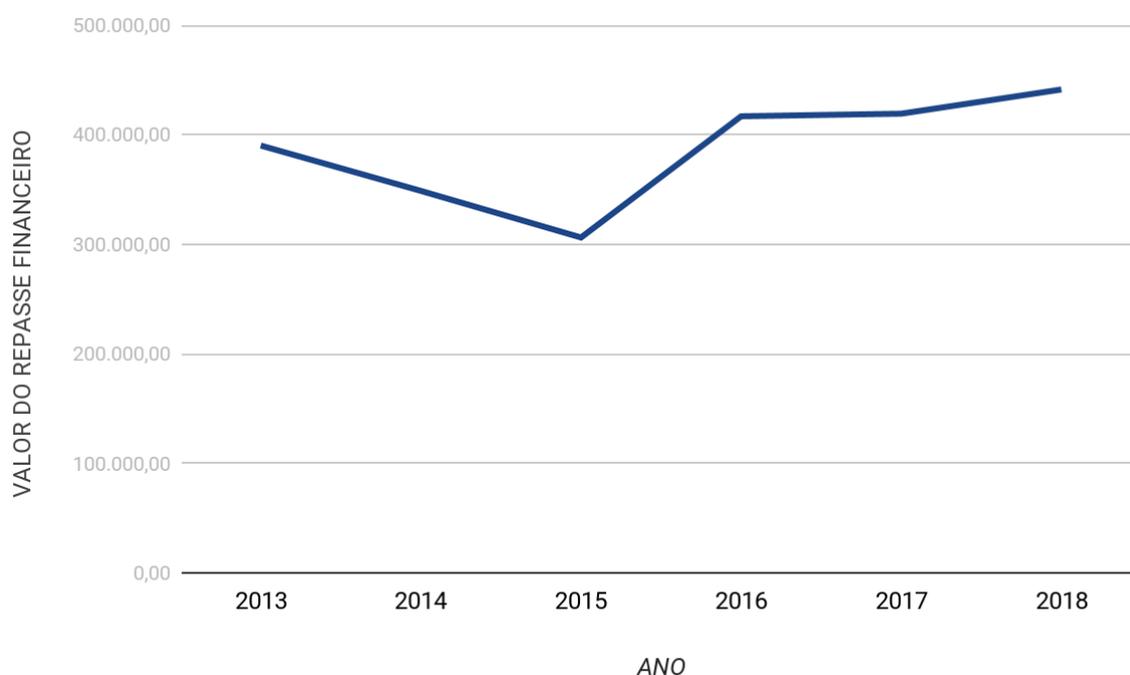
Diante da desenvoltura do PQA-VS analisado nos anos expostos, nota-se que o município possui um padrão em alguns indicadores, em alguns positivos que se concentram na conclusão esperada de forma que a meta seja atingida, entretanto

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 Imperatriz 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 imperatrizense.

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 25. Repasse financeiro relativo ao PQA-VS, entre 2013 e 2018, em Imperatriz.



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

Referências

BRASIL, 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.

BRASIL, 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

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto QUALISUS, 2012. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-Qualisus-TOPAMA-web.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2020.

DATASUS. **CNES.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabMA.def>. Acesso em 11 de agosto de 2020.

DATASUS. **Sistema de Informação de Mortalidade.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10MA.def>. Acesso em 09 de agosto de 2020.

DATASUS. **Sistema de Informação de Mortalidade.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10MA.def>. Acesso em 09 de agosto de 2020.

DATASUS. **Sistema de Informação de Nascidos Vivos.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvMA.def>. Acesso em 12 de agosto de 2020.

DATASUS. **Sistema de Informação Hospitalar.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrMA.def>>. Acesso em 11 de agosto de 2020.

FIOCRUZ. **Pesquisa Nacional de Saúde.** Disponível em: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em 12 de agosto de 2020.

IBGE. **Censo SINOPSE, 2010.** Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=210530&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc>. Acesso em 09 de agosto de 2020.

IBGE. **Cidades; Panorama Maranhão.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/47/48940>>. Acesso em 09 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.

IPEA. **Atlas do IDHM.** Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19152>. Acesso em 11 de agosto de 2020

LANA, Raquel Martins; COELHO, Flávio Codeço; GOMES, Marcelo Ferreira da Costa; CRUZ, Oswaldo Gonçalves; BASTOS, Leonardo Soares; VILLELA, Daniel Antunes Maciel; CODEÇO, Cláudia Torres. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n. 3, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00019620>.

LOCALIZA SUS. **Painel de Insumos para COVID-19.** Disponível em: <<https://localizasus.saude.gov.br/>>. Acesso em 11 de agosto de 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CoronaVirus Disease**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQjw7Nj5BRCZARIsABwxDKJUnw4gPOgGmp3TEi7atyXKzPhFYXcgy2i06py73Qjza73gFutbWDgaApsSEALw_wcB>. Acesso 14 de agosto de 2020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Indicadores de saúde: Elementos conceituais e práticos**. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=2&lang=pt>. Acesso em 19 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.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO MARANHÃO. **Coronavírus; Boletins Epidemiológicos**. Disponível em: <<https://painel-covid19.saude.ma.gov.br/casos>>. Acesso em 13 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

ZHAO, Mengmeng; WANG Menglong; ZHANG, Jishou; GU, Jian; ZHANG, Pingan; XU, Yao; YE, Jing; WANG, Zhen; YE, Di; PAN, Wei; SHEN, Bo; HE, Hua; LIU, Mingxiao; LIU, Menglin; LUO, Zhen; LI, Dan; LIU, Jianfang; e WAN, Jun. **Comparison of clinical characteristics and outcomes of patients with coronavirus disease 2019 at different ages**. AGING 2020, Vol. 12

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) | [/cqtopama](https://www.youtube.com/cqtopama)



MINISTÉRIO DA SAÚDE



SALADE SITUÇÃO
FS/UNB