

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS): Uma Avaliação de Resultados

Laís de Sousa Abreu Soares¹

Lívia Ornelas Hisse²

Ana Cecília Almeida³

Cristiana Tristão Rodrigues⁴

<http://dx.doi.org/10.21527/2237-6453.2025.62.17137>

Submetido em: 2/4/2025

Aceito em: 22/9/2025

Publicado em: 25/11/2025

RESUMO

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), instituído em 2013, visa a aprimorar as ações de vigilância em saúde no Brasil com compromissos entre as esferas federal, estadual e municipal. Este estudo realizou uma análise de literatura sobre o programa além de uma análise descritiva dos resultados anuais dos municípios no período de 2013 a 2022, avaliando adesão, alcance das metas e distribuição de recursos. Observou-se que desde o primeiro ano do programa a aprovação dos Estados e municípios foi significativa. Quanto ao alcance das metas, verificou-se um aumento no número de metas atingidas em 2022 em comparação com 2013, com destaque para as relacionadas à alimentação de dados nos sistemas de saúde, como os registros de óbitos e notificações de agravos relacionados ao trabalho. Em contrapartida, as metas de cobertura vacinal e controle de doenças sexualmente transmissíveis apresentaram baixo desempenho, refletindo desafios na criação de ações eficazes. A distribuição de recursos também apresentou crescimento no número de municípios que receberam repasses integrais, embora cidades de maior porte tenham apresentado maior dificuldade em alcançar os critérios exigidos.

Palavras-chave: avaliação de políticas públicas; programas públicos de saúde; vigilância sanitária.

HEALTH SURVEILLANCE ACTIONS QUALIFICATION PROGRAM: AN EVALUATION OF RESULTS

ABSTRACT

The Health Surveillance Action Qualification Program, implemented in 2013, aims to improve health surveillance actions in Brazil, with commitments between the federal, state, and municipal spheres. This study carried out a literature review on the program, in addition to a descriptive analysis of the annual results of the municipalities in the period from 2013 to 2022, evaluating adherence, achievement of goals, and distribution of resources. It was observed that since the first year of the program, the adherence of states and municipalities was significant. Regarding the achievement of goals, there was an increase in the number of goals achieved in 2022, compared to 2013, with emphasis on the goals related to data input into health systems, such as death records and notifications of work-related injuries. In contrast, the goals for vaccination coverage and control of sexually transmitted diseases showed low performance, reflecting challenges in the implementation of effective actions. The distribution of resources also showed growth in the number of municipalities that received full transfers, although larger municipalities had greater difficulty in meeting the required criteria.

Keywords: evaluation of public policies; public health programs; health surveillance.

¹ Universidade Federal de Viçosa – UFV. Programa de Pós-Graduação em Economia Aplicada. Viçosa/MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1869-6259>

² Faculdade Líbano. São Paulo/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9149-463X>

³ Universidade Federal de Viçosa – UFV. Viçosa/MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8380-7202>

⁴ Universidade Federal de Viçosa – UFV. Viçosa/MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6639-969X>

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1980, a avaliação de políticas públicas ganhou destaque. Naquela época houve um aumento de ações e serviços sociais por conta da crise econômica vivida naquele momento; enquanto isso, a crise fiscal reduziu os recursos disponíveis no setor público. Diante dessas condições, tornou-se crucial buscar maior eficiência nos investimentos em programas sociais, o que pode ser alcançado por meio da avaliação de políticas públicas. Além de promover o uso eficiente dos recursos, a avaliação de programas e políticas públicas fornece informações valiosas aos formuladores e implementadores para elaboração e execução de políticas mais consistentes, eficazes e efetivas (Costa; Castanhar, 2003).

Ademais, a avaliação possibilita aprimorar o processo de tomadas de decisão, assegurar a alocação adequada de recursos, amparar decisões e promover a prestação de contas para a sociedade e os órgãos públicos. Também permite fornecer informações que identificam e fomentam programas de alto desempenho, bem como orientam programas de baixo desempenho para seu aperfeiçoamento (Ramos; Schabbach, 2012; Fagundes; Moura, 2009).

As avaliações distinguem-se principalmente pelo estágio do ciclo de políticas públicas em que são realizadas: ex ante, antes da implementação do programa ou política, ou ex post, após sua implementação. A avaliação ex ante é utilizada para planejar uma política pública ou programa, buscando garantir que tenha o maior potencial para alcançar os resultados esperados. Por outro lado, a avaliação ex post examina, entre outros aspectos, se a intervenção foi bem desenhada (avaliação de desenho), se está sendo executada conforme o planejado (avaliação de implementação), se está atingindo os resultados esperados (avaliação de resultados) e se está gerando impactos significativos na sociedade e na economia (avaliação de impacto) (Casa Civil da Presidência da República; Ipea, 2018a,b).

A avaliação de resultados é um tipo de avaliação ex post que permite medir a eficácia de uma política pública. Além de verificar o cumprimento de metas e objetivos, ela possibilita quantificar o número de beneficiários impactados e qualificar a percepção deles sobre a intervenção. Esse processo também envolve a identificação e análise dos efeitos diretos e indiretos da intervenção, sejam eles intencionais ou consequências inesperadas que, em alguns casos, podem ser contrárias aos objetivos originalmente pretendidos (Fagundes; Moura, 2009).

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo avaliar quantitativamente os resultados do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) em âmbito nacional no que se refere à sua eficácia. Por meio de uma análise descritiva detalhada dos dados do programa, buscou-se compreender os desafios e as oportunidades presentes na execução do PQA-VS.

Criado em 2013 pela Portaria nº 1.708, de 16 de agosto, o PQA-VS tem como objetivo principal estimular o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde, delimitando competências claras para a atuação das esferas estadual, distrital e municipal. A avaliação dos resultados deste programa é essencial para verificar a eficácia da estratégia adotada, que incentiva uma gestão por resultados ao atrelar o recebimento de recursos ao alcance de metas vinculadas a ações estratégicas de vigilância em saúde (Ministério da Saúde, 2013b).

O Programa conta com duas fases: a de adesão e a de avaliação. A fase de adesão dos municípios e do Distrito Federal é voluntária, enquanto a adesão dos Estados ocorre apenas quando 60% de seus municípios aderem ao Programa. A fase de avaliação ocorre sempre no

segundo trimestre do ano subsequente à adesão. Nessa fase, o Ministério da Saúde extrai os dados do Banco Nacional do Sistema de Informação referentes a cada indicador, compara os resultados obtidos com as metas estabelecidas pelo Programa e quantifica o número de metas alcançadas. Em relação aos indicadores, estão previstas, no Anexo I da Portaria, 14 metas e 14 indicadores (Ministério da Saúde, 2013b).

Em relação à literatura que discute a temática do PQA-VS, identificou-se que a maioria dos artigos encontrados abordou a análise dos indicadores do PQA-VS de municípios específicos ou de regiões específicas, como os estudos realizados por Silva (2018), De Melo *et al.* (2023), Silva *et al.* (2017) e Silva (2023). O único estudo encontrado em âmbito federal, realizado por Castro (2021), avaliou a eficiência do PQA-VS. De acordo com o autor, ao longo dos anos avaliados os municípios que aderiram ao PQA-VS avançaram em termos de eficiência no período de 2015 a 2019, o que demonstra a importância do Programa para a melhoria das ações em vigilância em saúde.

Avaliar programas de saúde é de grande importância devido aos. Nesse sentido, a avaliação de Programas na área da saúde, como o PQA-VS, assume particular importância ao considerar os efeitos multiplicadores da saúde na economia e bem-estar da sociedade. Por exemplo, Rodrigues *et al.* (2022) e Souza, Ziegelmann e Figueiredo (2018) demonstram que a boa saúde é condição fundamental para o bom rendimento dos trabalhadores. Adicionalmente, o desenvolvimento econômico é intrinsecamente ligado à ampliação das liberdades e capacidades humanas, incluindo o acesso à saúde e educação básica, elementos que são centrais para a melhoria das condições de vida das populações (Sen, 2000; Nunes *et al.*, 2020; Caniello, 2016).

Assim, este trabalho busca contribuir trazendo uma revisão da literatura sobre o Programa e uma análise quantitativa dos resultados do PQA-VS. Por meio da análise descritiva detalhada, buscou-se avaliar a adesão dos municípios ao Programa ao longo do tempo na esfera nacional, o alcance das metas, as metas mais frequentemente alcançadas pelos municípios e a distribuição dos recursos (por meio dos indicadores de percentual de municípios que receberam 100% dos recursos e quantidade de municípios por percentual de recursos recebidos). Essas análises permitirão compreender onde o PQA-VS tem sido mais eficaz e onde há necessidade de ajustes, contribuindo para uma alocação mais eficiente dos recursos e para o fortalecimento das ações de vigilância em saúde. Assim, este artigo buscou fornecer evidências que orientem melhorias no Programa, promovendo políticas públicas de saúde mais eficazes e equitativas e preenchendo lacunas na literatura quanto à sua avaliação.

O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS): DESCRIÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

O Programa de Qualificação das Ações em Vigilância em Saúde (PQA-VS) foi criado pela Portaria GM/MS nº 1.708, em 16 de agosto de 2013 (Ministério da Saúde, 2013b), regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013 (Ministério da Saúde, 2013a), e complementado por diversas outras Portarias ao longo do tempo. O Programa possui as seguintes diretrizes: a) fomentar a melhoria contínua das ações de vigilância em saúde, abrangendo gestão, processos de trabalho e resultados nos Estados, no Distrito Federal e nos municípios; b) gestão orientada por compromissos e resultados, refletidos em metas de indicadores acordados;

c) adesão voluntária ao Programa para os entes federativos. O Programa estabelece indicadores estratégicos e metas vinculadas a eles. Quanto mais metas os municípios alcançam, maior é a quantidade de recursos que recebem. O cumprimento das metas é crucial para o monitoramento e o aprimoramento das ações de saúde, permitindo uma visão clara da situação e decisões rápidas e acertadas.

Os responsáveis pela execução do PQA-VS incluem o Ministério da Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. A esfera federal é encarregada do financiamento, do repasse de incentivos e também do apoio técnico junto aos Estados. Já os municípios e o Distrito Federal devem instituir ações que assegurem o cumprimento das metas estabelecidas, enquanto os Estados têm o papel de oferecer apoio técnico para que seus municípios façam a adesão ao Programa e mantenham sua participação e alcance das metas (Ministério da Saúde, 2013a).

Mediante os indicadores estratégicos, é possível compreender a realidade da vigilância em saúde e, assim, tomar decisões mais precisas, oportunas e eficazes, impactando de forma positiva a oferta de serviços e a saúde da população. Dessa maneira, pode-se afirmar que o PQA-VS é uma importante ferramenta de gestão que orienta intervenções eficazes para a promoção da saúde.

O PQA-VS é estruturado em duas fases distintas: a Fase de Adesão e a Fase de Avaliação. A Fase de Adesão compreende a participação tanto de Estados quanto de municípios e do Distrito Federal (DF), sendo a adesão dos municípios e do DF de caráter voluntário, enquanto para os Estados é condicionada à adesão de, pelo menos, 60% dos municípios que compõem o seu território (Ministério da Saúde, 2013b).

Após a formalização da adesão, os entes federativos participantes, tanto em âmbito estadual quanto municipal, recebem uma transferência financeira única do Fundo Nacional de Saúde. Esse valor corresponde a 50% do montante total previsto no Programa de Qualificação da Atenção à Saúde para os municípios e Estados (PQA-VS). Nesta adesão, os participantes assumem o compromisso de atingir as metas estabelecidas pelo Programa. Vale ressaltar que a adesão ao Programa, assim como o compromisso de cumprimento das metas, é renovada anualmente, com o prazo limite para a renovação estabelecido até o final do primeiro trimestre de cada ano, mas esse repasse só é feito na primeira adesão (Ministério da Saúde, 2013b).

A Fase de Avaliação do Programa ocorre sempre no segundo trimestre do ano subsequente à adesão. Nessa fase, o Ministério da Saúde realiza a coleta de dados do Banco Nacional de Dados do Sistema de Informação que contém informações acerca de cada indicador estabelecido no Programa. Esses dados são comparados com as metas definidas anteriormente, e o número de metas alcançadas é contabilizado (Ministério da Saúde, 2013b).

No contexto municipal e do DF, o valor do repasse financeiro depende diretamente do número de metas atingidas e do tamanho da população residente no município. Para que os municípios recebam o valor mínimo do benefício, é necessário que alcancem, no mínimo, uma meta. Por outro lado, para que os municípios recebam o valor máximo, é preciso que atinjam o número de metas estipulado de acordo com o porte populacional do município, variando entre 6 e 11 metas. Em 2013 foram definidos estratos com base no tamanho da população de cada município, os quais determinaram a relação entre a quantidade de metas atingidas e o percentual do recurso a ser recebido por elas (Ministério da Saúde, 2013b). Essa relação é sumarizada na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Cálculo do Incentivo Municipal em 2013

Estrato	1 ¹	2 ²	3 ³	4 ⁴	5 ⁵	6 ⁶
Número de metas alcançadas	Percentual Recebido do Recurso					
1	10%	10%	10%	10%	10%	10%
2	30%	25%	25%	20%	20%	20%
3	50%	40%	40%	30%	30%	30%
4	70%	55%	50%	40%	40%	40%
5	90%	75%	65%	50%	50%	50%
6	100%	90%	80%	60%	60%	60%
7	100%	100%	90%	70%	70%	70%
8	100%	100%	100%	90%	80%	80%
9	100%	100%	100%	100%	90%	90%
10	100%	100%	100%	100%	100%	95%
11 ou mais	100%	100%	100%	100%	100%	100%

¹de 0 a 5.000 habitantes; ²de 5.001 a 10.000 habitantes; ³de 10.001 a 20.000 habitantes; ⁴de 20.001 a 50.000 habitantes; ⁵de 50.001 a 100.000 habitantes; ⁶acima de 100.000 habitantes.

Fonte: Elaboração própria.

Já no caso dos Estados, o valor do repasse será determinado com base no percentual de municípios dentro do território estadual que atingiram uma certa proporção das metas estabelecidas (Ministério da Saúde, 2013b). Também em 2013, ano de sua criação, o Programa contava com 14 metas⁵. Ao longo dos anos, porém, diversas portarias causaram modificações no Programa, sendo importante destacar a mudança em 2014 em relação aos estratos, que passaram a ser cinco, ao invés de seis.

Em relação à literatura, observa-se uma limitação em relação aos estudos que tratem do tema do PQA-VS, especialmente aqueles que abordam o assunto em âmbito nacional. Muitos dos trabalhos encontrados analisam dados de regiões e municípios.

O estudo realizado por De Melo *et al.* (2023), por exemplo, analisou 30 municípios da região Topama, abrangendo 9 municípios do Maranhão, 7 do Pará e 14 do Tocantins em 2019. O foco foi avaliar o cumprimento das 14 metas do PQA-VS. Dos 14 indicadores, 5 apresentaram baixo desempenho, especialmente os relacionados à notificação compulsória imediata de registros no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), à cobertura vacinal de crianças e ao início no tempo adequado do tratamento de casos de malária. Esses dados mostram, na região analisada pelo autor, quais indicadores representaram maiores desafios para os municípios no cumprimento das metas estabelecidas pelo Programa, destacando áreas específicas que exigem maior atenção nas ações de vigilância em saúde.

Em contrapartida, os indicadores relacionados à alimentação de dados nos sistemas de saúde – preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de agravos; preenchimento do campo “Raça/Cor” nas notificações de violência interpessoal e autoprovocadas; e notificação de informações relevantes no sistema do Programa Nacional de Imunizações – tiveram os melhores resultados. No geral, o estudo destaca a necessidade de entender as dificuldades enfrentadas

⁵ Tanto o critério para repasse dos recursos para os Estados quanto a descrição das 14 metas estão na Portaria n. 1.708, de 16 de agosto de 2013, que pode ser acessada em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013_comp.html. Outras informações sobre o Programa também estão disponíveis neste documento.

pelos profissionais de saúde da região Topama, que impactam a notificação e a qualidade dos registros de doenças, afetando o alcance das metas estabelecidas e, consequentemente, as ações de VS (De Melo *et al.*, 2023).

Por sua vez, o estudo realizado por Silva (2018) analisou o desempenho dos indicadores do PQA-VS dos 20 municípios⁶ que fazem parte da II Regional de Saúde no interior de Pernambuco, que possui sede na cidade de Limoeiro, durante o período de 2013 a 2015. A análise indicou que menos de 50% dos municípios estudados foram avaliados como bons ou muito bons, considerando o número de metas e indicadores alcançados por eles. Também foram analisados os valores repassados provenientes do PQA-VS. No geral, o autor apresentou que os municípios da região deixaram de receber um valor superior a meio milhão de reais durante o período analisado, devido ao não cumprimento das metas que foram estabelecidas. Por fim, Silva (2018) destacou a necessidade de estudos futuros com novas abordagens ao tema devido à escassez de pesquisas nessa área.

Bezerra (2019) avaliou a qualidade das ações de vigilância em saúde do município de Natal no Estado do Rio Grande do Norte, no qual analisou o cumprimento de metas dos PQA-VS entre os anos de 2014 e 2017. Utilizou-se uma abordagem econométrica, com a análise de 14 indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e gráficos de tendência (*runcharts*). Os resultados demonstraram que só foram alcançadas as metas preconizadas em 6 indicadores, e, com isso, o município deixou de ganhar R\$ 1.566.255,63 em incentivos financeiros durante esse período. O autor destaca a evolução lenta da qualidade das ações de vigilância e sugere que a adoção de gráficos de tendência mensais poderia auxiliar o monitoramento e as tomadas de decisão.

Já em âmbito estadual, o estudo realizado por Silva (2023) avaliou o desempenho da Vigilância em Saúde nos municípios do Rio Grande do Norte com a introdução do PQA-VS. A investigação analisou dados de 2018 a 2022 dos 167 municípios do Estado, utilizando informações secundárias extraídas de Relatórios e Portarias do Ministério da Saúde e do *software* SPSS para análise. Os resultados mostraram que as Regiões de Saúde 4ª, 3ª e 1ª tiveram um bom desempenho (90% a 100% de cumprimento das metas), porém as Regiões 7ª, 2ª e 3ª perderam mais recursos por não alcançarem as metas. Entre os indicadores mais atingidos nos municípios, destacaram-se a proporção de salas de vacina atualizadas, o número de testes de HIV realizados e o preenchimento das notificações de agravos relacionados ao trabalho. O estudo realizado concluiu que o Programa contribui para os incentivos financeiros, porém os municípios ainda precisam fortalecer suas ações e sensibilizar os profissionais para melhorar o alcance das metas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi de abordagem quantitativa, sendo do tipo estudo descritivo. De acordo com Araújo (2015) a estatística descritiva é o ramo da estatística responsável por coletar, organizar, apresentar, analisar e sintetizar dados numéricos de uma população ou

⁶ Esses municípios são Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério e Vicência.

amostra. Em essência, as informações obtidas servem como indicadores que refletem as características de um conjunto de dados.

As informações utilizadas no estudo foram coletadas a partir das portarias de divulgação anual dos resultados do PQA-VS e também de materiais divulgados no *site* do Ministério da Saúde, na seção “Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde”. Tais informações permitiram a construção de um painel de dados contendo informações anuais sobre o programa para todos os municípios participantes, no período de 2013 a 2022. A partir desses dados, foram construídas variáveis, as quais são sumarizadas no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Variáveis analisadas

Variável	Descrição
Alcance de metas	Indica o número de municípios que atingiu cada meta estabelecida anualmente.
Distribuição de municípios por resultado	Indica o número de municípios que atingiu determinada quantidade de metas em cada ano.
Distribuição de municípios por percentual recebido do recurso	Indica o número de municípios que receberam determinada parcela do recurso em cada ano.
Percentual dos municípios que receberam 100% dos recursos por estrato	Indica, para cada ano, a parcela de cada estrato (grupo definido pelo porte populacional) que recebeu 100% do recurso na Fase de Avaliação.
Média do resultado por estrato	Indica o resultado (número médio de metas alcançadas) por estrato anualmente.

Fonte: Elaboração própria.

Os principais resultados, referentes às variáveis apresentadas no Quadro 1, foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, permitindo uma análise que vai do âmbito mais geral, com a contabilização anual de municípios que receberam o recurso de forma integral, até análises mais específicas, detalhando metas menos e mais atingidas e a evolução ao longo do tempo.

RESULTADOS

Dada a importância de se avaliar os resultados de uma política, nesta seção apresenta-se a análise descritiva dos dados do PQA-VS a fim de avaliar o alcance das metas e sua evolução, visando a levantar informações para sugerir estratégias para melhor desempenho dos municípios e a distribuição dos recursos.

Inicialmente é analisada a evolução do percentual de municípios brasileiros que concluíram a Fase de Adesão. Observa-se que, desde o ano inicial do programa (2013), a taxa de adesão foi alta, crescendo até 2019, quando atingiu estabilidade. Desde então, cerca de 99,8% dos municípios concluíram a adesão, o que corresponde a 5.561 dos 5.571 municípios do país. Em relação aos Estados, desde o primeiro ano a taxa de adesão foi de 100%. Esse alto índice de adesão mostra que tanto os Estados quanto os municípios reconheceram a importância da intervenção e a relevância do Programa para o fortalecimento da Vigilância em Saúde.

Em 2013 oito estados não possuíam adesão total de seus municípios: Acre, Bahia, Mato Grosso, Roraima, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Piauí e Goiás. Durante o período, Acre,

Roraima, Rio Grande do Sul e Goiás passaram a ter participação integral, e, em 2022, apenas cinco Estados não tinham atingido esse patamar: Bahia, Piauí, Pernambuco, Mato Grosso e Santa Catarina.

Depois de avaliar a Fase de Adesão, é importante analisar a Fase de Resultados por meio de um comparativo das metas alcançadas ao longo do tempo. O Quadro 2, a seguir, apresenta a quantidade de municípios que atingiram cada uma das metas no período analisado, de 2013 (ano inicial do Programa) a 2022. Cabe destacar que nesse Quadro a numeração das metas foi padronizada a partir do objetivo de cada indicador correspondente, e não pela numeração oficial atribuída em cada documento do Programa. Essa escolha metodológica justifica-se porque, a partir de 2018, a meta 6⁷ foi descontinuada e as metas subsequentes foram renumeradas pelo Programa. Para preservar a comparabilidade temporal, mantivemos a mesma numeração para cada objetivo, independentemente da mudança oficial na numeração. Assim, por exemplo, o que era identificado como meta 7 em 2017 continua sendo apresentado como meta 7 em 2018 no Quadro 2 e nas análises do texto, embora, oficialmente, no PQA-VS tenha passado a ser a meta 6. Esse critério permitiu analisar a continuidade dos objetivos das metas ao longo do tempo, ainda que a nomenclatura oficial tenha variado.

Quadro 2 – Alcance das metas entre 2013 e 2022

Ano/ Meta	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	2450	2287	2997	3248	3322	3234	3502	4069	5159	4287
2	2899	2980	3364	2812	3176	3594	3618	2726	2823	2695
3	899	1990	2583	2506	3922	4147	3430	3352	1892	3428
4	933	555	1075	2011	1435	2134	1776	1433	913	1612
5	1268	1144	1418	1297	1583	1902	2035	1756	2064	2362
6	4222	4196	4253	4398	4635					
7	2524	1896	1556	1972	1279	1511	1630	1149	1141	1636
8	4751	92	82	136	163	123	168	138	165	180
9	2804	3360	3373	3862	3197	3529	4096	5561	5561	3871
10	1983	2111	2004	2070	2050	1862	1968	1987	1712	1566
11	1340	1401	1379	1698	1927	2050	1977	1490	1613	1960
12	797	889	979	1054	1152	1217	1326	1353	1807	2471
13	1174	3731	2354	2609	2194	4777	4043	3492	3781	3822
14	2712	3749	4007	2867	3954	4168	3795	3588	3477	3996
15					3499	3824	3948	3708	3694	3885

Nota: As cores refletem o número de municípios que alcançaram as metas, seguindo a lógica de um heatmap: verde para os maiores valores, amarelo para valores intermediários e vermelho para os menores. A intensidade do tom indica a posição relativa, sendo mais fortes para valores extremos e mais claros para intermediários.

Fonte: Elaboração própria.

No primeiro ano do Programa (2013) foram divulgados resultados para 5.418 municípios. Nesse período inicial, destacaram-se como metas de menor alcance a Meta 12, alcançada por 14,7% dos municípios que aderiram ao Programa, a Meta 3 por 16,6% e a Meta 4 por 17,2%. A Meta 12 previa que cada gestante realizasse pelo menos dois testes para sífilis, indicador

⁷ “50 semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto) no período de um ano”.

essencial para prevenir a transmissão vertical da doença. O diagnóstico e tratamento adequados durante o pré-natal são fundamentais para prevenir a sífilis congênita, que é a transmissão da sífilis de mãe para filho por via transplacentária (Sonda *et al.*, 2013).

A Meta 3 estabelecia que ao menos 80% das salas de vacina instituíssem o SI-PNI, alimentando-o mensalmente para subsidiar a análise de riscos epidemiológicos. O principal objetivo do SI-PNI é possibilitar aos gestores uma avaliação dinâmica dos riscos relacionados a surtos e epidemias, com base na quantidade de população vacinada e nas informações demográficas correspondentes (Nóbrega *et al.*, 2010).

Já a meta 4 recomendou que a cobertura vacinal para todas as vacinas do calendário básico de imunização infantil alcançasse 100%. O descuido em relação ao calendário vacinal aumenta o risco de doenças imunopreveníveis, afetando não apenas as crianças, mas também suas famílias, contribuindo para o surgimento de epidemias nas comunidades (Ramos *et al.*, 2010).

Em contrapartida, o maior alcance em 2013 foi observado na Meta 8, atingida por 87,7% dos municípios que aderiram ao Programa, relativa a iniciar em 70% dos casos de malária tratamento adequado até 48 horas a partir do início dos sintomas, e na Meta 6, alcançada por 77,9%, referente ao envio regular de informações ao Sinan. Ressalta-se que, embora a Meta 8 tenha apresentado elevado percentual, apenas 206 municípios notificaram casos de malária naquele ano (Datasus, 2025), o que pode inflar o desempenho do indicador uma vez que esse permitia incluir municípios que não apresentaram notificações.

Já a Meta 6, de caráter mais estrutural, apresentou bons resultados desde o início, refletindo a consolidação do Sinan como ferramenta de gestão epidemiológica. Esse bom desempenho manteve-se ao longo de todo o período analisado, de 2013 a 2022. A utilização do Sinan por gestores de saúde permite identificar a realidade epidemiológica de uma localidade, destacando riscos e causas associadas a eventos específicos. O Sinan foi desenvolvido para ser operacionalizado no âmbito administrativo mais periférico possível, ou seja, nas unidades de saúde. Assim, os dados são coletados pelas unidades notificantes, que devem receber apoio técnico dos municípios, responsáveis por consolidar e enviar essas informações (Ministério da Saúde, 2025).

Em 2014 os resultados contemplaram 5.446 municípios, sem alterações nos indicadores ou metas em relação ao ano anterior. Nesse ano, os maiores alcances corresponderam às Metas 6, 13 e 14, enquanto os menores foram novamente observados nas Metas 8, 4 e 12. Destaca-se a queda abrupta da Meta 8, atingida por apenas 92 municípios (1,7%). Essa redução decorre de mudança no critério de contabilização, que, a partir de 2014, passou a exigir a ocorrência de casos de malária notificados no município para validação da meta. Como nesse ano apenas 163 municípios notificaram casos confirmados (Datasus, 2025), a nova regra inviabilizou o cumprimento da meta para a maioria, revelando fragilidade metodológica no desenho do indicador.

Apesar do avanço em relação à Meta 3, referente às salas de vacinação, os dados revelam uma piora no desempenho dos municípios na Meta 4, que já apresentava um dos menores desempenhos no ano anterior, destacando a contínua dificuldade da gestão em atingir 100% de cobertura vacinal do calendário básico de imunização infantil. Neste caso, deve-se pontuar que parte desta dificuldade de atingir o total da cobertura possa vir de outros fatores. Um

dos possíveis fatores relacionados à queda no desempenho da meta referente à cobertura da vacinação infantil pode estar ligado ao fenômeno da hesitação vacinal, definido por Sato (2018) como atraso na aceitação ou recusa de vacinas. O autor relaciona esse fenômeno ao surgimento de movimentos antivacina que têm ganhado força com a veiculação de informações falsas sobre saúde em meios digitais.

Ainda em 2014 observou-se melhora em duas frentes: a Meta 13, alcançada por 3.731 municípios (68,5%) ante a 21,2% no ano anterior, e a Meta 9, que passou de 51,7% (2.804 municípios) para 61,7% (3.360 municípios). A primeira recomendava aumento de 15% na realização de testes de HIV, enquanto a segunda previa a execução de, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares de controle vetorial da dengue.

Em 2015 os resultados envolveram 5.474 municípios. De modo geral, manteve-se o padrão observado em anos anteriores: as Metas 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 12 apresentaram melhora em relação a 2014, enquanto a Meta 13 sofreu queda, sinalizando dificuldades persistentes na vigilância de doenças sexualmente transmissíveis, em especial o HIV.

Nos anos de 2016 e 2017 algumas alterações foram introduzidas nos indicadores. A Meta 5, antes referente à análise de coliformes fecais na água, passou a mensurar o percentual de análises para desinfetante residual, sem impacto significativo no desempenho. Já a Meta 11, que reduziu a exigência de exame de contatos de casos de tuberculose de 80% para 70%, apresentou melhora de alcance. Outra inovação foi a inclusão da Meta 15, que estabelecia o preenchimento do campo raça/cor em, ao menos, 95% das notificações de violência interpessoal e autoprovoçada, importante para subsidiar políticas públicas voltadas a populações vulneráveis (Tauffer *et al.*, 2020). Apesar dessas mudanças, os padrões gerais mantiveram-se, com a Meta 6 entre as mais alcançadas e as Metas 4 e 12 entre as de pior desempenho.

Em 2018 e 2019 o conjunto de metas retornou a 14, devido à exclusão da Meta 6. Nesse período, também houve ajustes metodológicos em outros indicadores, como a Meta 10 (que, oficialmente, no Programa, passa a ser meta 9). Nos anos anteriores essa meta recomendava o exame de 80% dos contatos de hanseníase, e, em 2018 e adiante, passa a recomendar 82%. O desempenho dos municípios nessa meta, no entanto, não apresentou grandes alterações.

Nos anos de 2020, 2021 e 2022 os indicadores e metas permaneceram os mesmos estabelecidos em 2018 e os resultados foram divulgados para 5.561 municípios que aderiram ao programa. Observa-se uma queda no desempenho da maioria das metas em 2020 e 2021 em comparação a 2019. Uma possível explicação para essa diminuição é a pandemia de Covid-19, que exigiu considerável esforço e atenção do sistema de saúde, possivelmente comprometendo o alcance de metas em outras áreas da vigilância em saúde. Os resultados de 2022 demonstram o início de uma recuperação no desempenho dos municípios em relação às metas do programa, corroborando a teoria anterior, uma vez que em 2022 se encerra a pandemia da Covid-19 no Brasil.

Por fim, em 2022 destacaram-se avanços importantes. A Meta 1, que previa a alimentação do SIM em até 60 dias após o óbito, apresentou melhora expressiva em relação a 2013. Também destacaram-se a Meta 3, relativa à criação do SI-PNI, a Meta 9 (oficialmente 8), ligada às visitas de prevenção da dengue, e as Metas 14 e 15 (oficialmente 13 e 14, respectivamente), voltadas ao preenchimento de informações socioeconômicas e agravos relacionados ao trabalho.

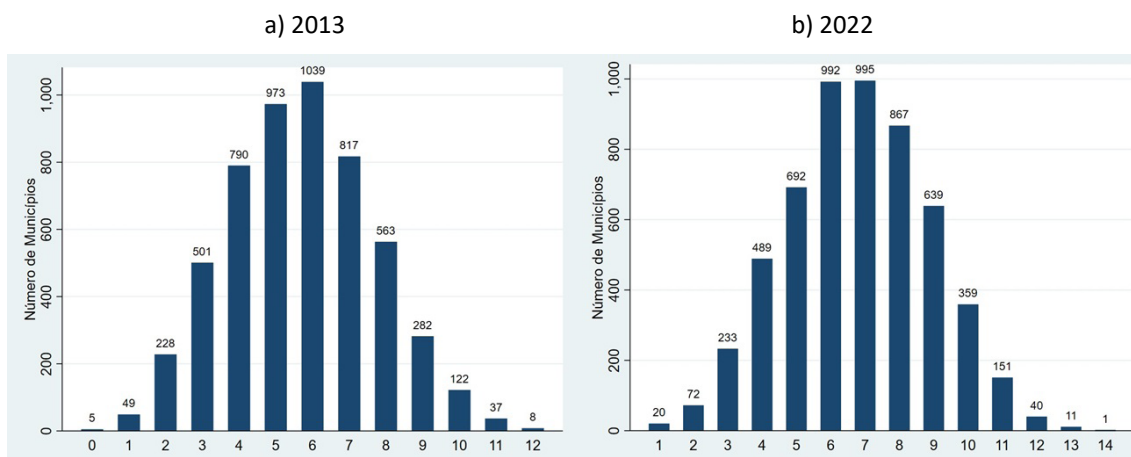
De modo geral, observa-se uma trajetória marcada por avanços e retrocessos ao longo da década analisada, com melhora global em 2022 em relação ao início do Programa. Destaca-se, em todo o período, o elevado alcance das metas voltadas à qualificação das informações de vigilância em saúde, especialmente as relacionadas ao registro de óbitos no SIM (Meta 1), às notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho (Meta 14, oficialmente 13) e às notificações de violência interpessoal e autoprovocada com preenchimento válido do campo raça/cor (Meta 15, oficialmente 14).

Essas três metas têm como propósito fortalecer a produção de dados em saúde, assegurando maior completude e qualidade das informações. A coleta sistemática desses registros em âmbito municipal amplia a capacidade de análise da situação de saúde e de seu acompanhamento ao longo do tempo, subsidiando processos de tomadas de decisão mais eficientes e eficazes. Como apontam Guimarães *et al.* (2017), a territorialização da informação fortalece a vigilância em saúde e contribui para o planejamento estratégico-situacional.

Em contrapartida, ao longo de todo o período analisado observa-se maior dificuldade dos municípios em alcançar as metas relacionadas à cobertura vacinal infantil (Meta 4), ao tratamento oportuno da malária (Meta 8, oficialmente 7) e à testagem de sífilis em gestantes (Meta 12, oficialmente 11), todas vinculadas à qualidade das ações de vigilância em saúde. No caso da meta de malária, o não alcance não indica necessariamente fragilidade dos municípios, uma vez que ela só é contabilizada onde há ocorrência de casos, podendo refletir, inclusive, uma situação de efetivo controle da doença. Já o baixo desempenho nas metas de vacinação e de testagem representa um risco direto à saúde da população no curto e longo prazos, em especial no que se refere à morbimortalidade infantil (Wijesooriya *et al.*, 2016; Nielsen *et al.*, 2021). O alcance limitado dessas metas evidencia desafios estruturais e a influência de fatores como a hesitação vacinal, dificuldades logísticas e decisões locais (Sato, 2018; Benzaken *et al.*, 2019).

Em síntese, o período analisado revela um cenário de evolução gradual, embora ainda marcado por lacunas persistentes em áreas estratégicas como imunização infantil e prevenção de doenças transmissíveis. Corroborando as evidências de evolução do Programa ao longo do tempo, apresenta-se a Figura 1, com a distribuição dos municípios de acordo com o número de metas alcançadas. Em 2013, 3.619 municípios (66,8% do total com resultados divulgados naquele ano) alcançaram entre 4 e 7 metas. Já em 2022, 3.546 municípios (63,76% do total com resultados divulgados) conseguiram alcançar entre 5 e 8 metas. Sendo assim, fica evidente que, ao longo desses dez anos de Programa, houve uma evolução no desempenho médio dos municípios em relação ao alcance das metas, mas ainda observam-se poucos municípios alcançando o total de metas (8 em 2013 e 1 em 2022).

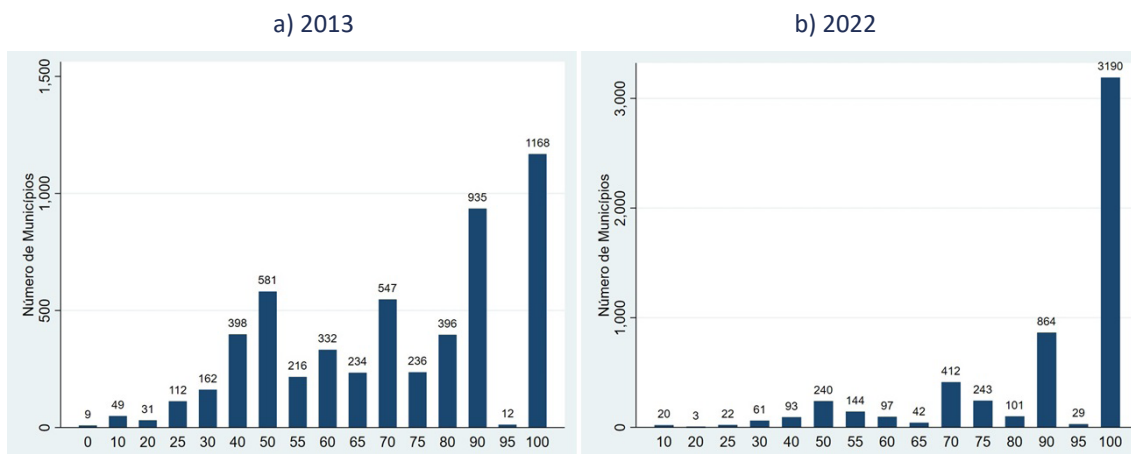
Figura 1– Distribuição dos municípios por resultado em 2013 e 2022⁸



Fonte: Elaboração própria.

Já a Figura 2 apresenta a distribuição dos municípios de acordo com o percentual do recurso anual recebido em 2013 e 2022. Observa-se que, em 2013, 24,76% dos municípios que aderiram ao Programa receberam entre 0% e 50% do recurso, 53,67% receberam entre 50% e 95% do recurso e 21,55% receberam 100% do recurso. Já em 2022, 7,89% municípios do Programa receberam até 50% do recurso, 34,74% entre 50% e 90% do recurso e 57,36% receberam 100% do recurso, o que evidencia novamente a eficácia do Programa ao longo do tempo, com mais municípios alcançando um percentual maior de recursos.

Figura 2 – Distribuição dos municípios por percentual recebido do recurso em 2013 e 2022

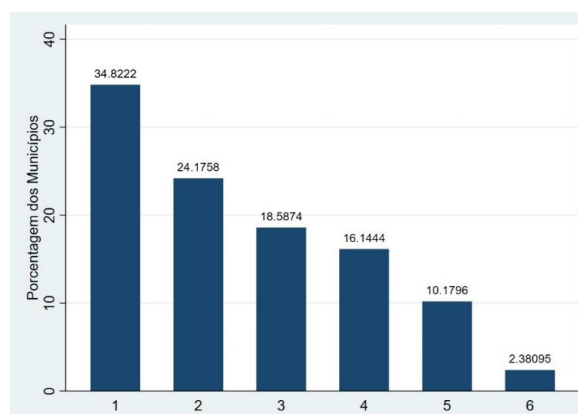


Fonte: Elaboração própria.

A Figura 3, a seguir, expõe o percentual de municípios de cada estrato que recebeu 100% do recurso em 2013. Observa-se que, nos estratos menores, uma proporção significativamente maior de municípios recebeu o repasse de forma integral, em comparação aos outros estratos. Em contrapartida, verifica-se uma maior dificuldade por parte dos municípios de maior porte em atingir o número mínimo de metas exigido para seu estrato.

⁸ No ano de 2013 não há informações sobre as metas 13 e 14, pois nenhum município as atingiu.

Figura 3 – Percentual dos municípios que receberam 100% do recurso por estrato em 2013

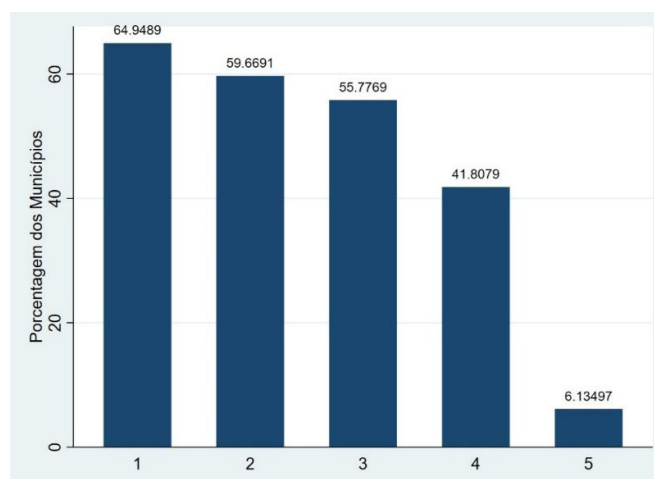


Fonte: Elaboração própria.

Essa tendência mantém-se para o período analisado. A partir de 2014 houve uma mudança em relação aos estratos, que passaram a ser cinco ao invés de seis. A Figura 4, na sequência, apresenta o percentual de municípios de cada estrato que recebeu 100% do recurso em 2022, ou seja, o percentual de municípios que alcançaram o número mínimo de metas estabelecidas para o recebimento integral do incentivo. Observa-se um aumento em todos os estratos e uma redução das diferenças entre os estratos 1 a 3. Ainda observa-se, no entanto, a tendência em que os estratos maiores apresentam um percentual menor de cidades que atingiram o número mínimo de metas para receber 100% do repasse possível.

Nesse sentido, é fundamental investigar mais profundamente as causas que levam os municípios desses estratos a terem maiores dificuldades em alcançar o total de metas. Essas causas podem estar relacionadas a limitações de tamanho populacional, restrições socioeconômicas ou uma quantidade excessiva de metas exigidas pelo Programa. Uma análise mais detalhada possibilitaria compreender se o problema decorre do desenho do PQA-VS, da densidade demográfica, da gestão dos municípios ou de outros fatores específicos. Assim, com esse diagnóstico mais preciso seria viável direcionar ações que maximizem a eficácia do Programa e a equidade na alocação de recursos.

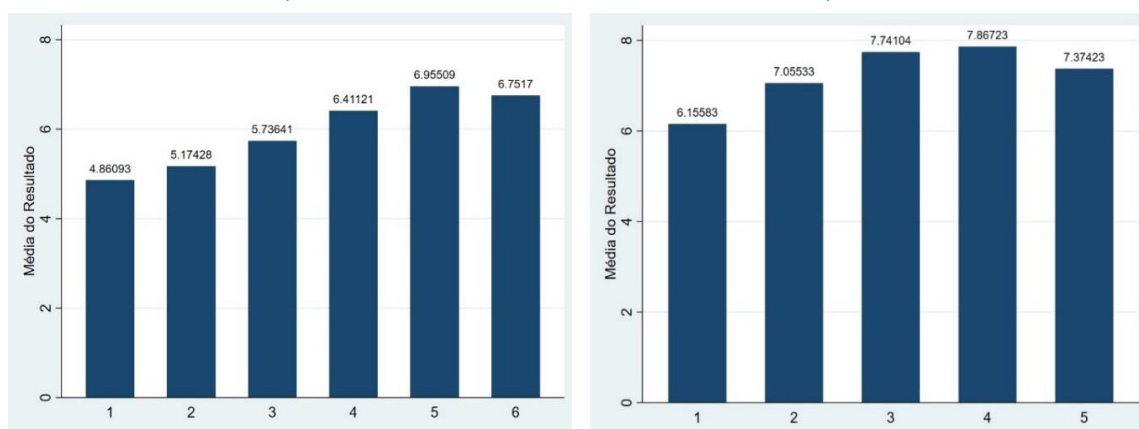
Figura 4 – Percentual dos municípios que receberam 100% do recurso por estrato em 2022



Fonte: Elaboração própria.

Ainda analisando os estratos, a Figura 5 traz o resultado (número médio de metas alcançadas) para os anos de 2013 e 2022. Observa-se que o estrato que mais alcançou metas é aquele que inclui municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes (estrato 5 para o ano de 2013 e 4 para o ano de 2022);⁹ e os que menos alcançaram referem-se àqueles de menor população. Também é importante destacar que no ano de 2013 nenhum estrato alcançou um número de metas igual ou maior ao definido para recebimento de 100% dos recursos, enquanto em 2022 os estratos 1 e 2 alcançaram uma média superior a esse limiar. Esse fato, aliado ao aumento da média de metas alcançadas em todos os estratos, evidencia uma melhora na eficácia do Programa e dos municípios. Esses dados também revelam as dificuldades enfrentadas pelos municípios de maior porte (estrato 6 em 2013 e estrato 5 em 2022) para atingir o número de metas necessárias ao recebimento total dos recursos. Em ambos os anos, esses estratos apresentaram o menor desempenho comparativamente ao número de metas para recebimento total de recursos.

Figura 5 – Média de metas alcançadas por estrato em 2013 e 2022
a) 2013 b) 2022



Fonte: Elaboração própria.

No que se refere aos municípios com melhores e piores desempenhos, observa-se uma variabilidade anual considerável. Em 2015, dos nove municípios com melhor desempenho, sete eram do Estado do Paraná, sugerindo uma possível associação entre a gestão estadual ou características específicas do Estado e a capacidade dos municípios de alcançar as metas. Outra consideração importante é que, durante o período analisado, poucos municípios com desempenho destacado estavam situados nos extremos dos estratos populacionais, ou seja, aqueles com população entre 0 e 10 mil habitantes ou acima de 100 mil habitantes. Essas informações podem nortear um possível estudo futuro dos principais determinantes dos resultados dos municípios no PQA-VS.

⁹ É importante relembrar que, em 2014, houve uma modificação no número de estratos. Os estratos 1 e 2 de 2013 foram unificados, formando apenas um único estrato nos anos subsequentes. Ou seja, a partir de 2014, o primeiro estrato passou a incluir, além dos municípios menores de cinco mil habitantes, os municípios entre cinco mil e dez mil habitantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), instituído em 2013, estabelece compromissos entre as três esferas do governo – federal, estadual e municipal – com o objetivo principal de aprimorar as ações de vigilância em saúde no país. De forma a compreender a eficácia do Programa e verificar as questões mais relevantes para que seus recursos sejam alocados de modo eficiente, o presente estudo realizou uma análise da literatura na área e uma análise descritiva dos principais resultados anuais dos municípios no período de 2013 a 2022, destacando a adesão, o alcance das metas e a distribuição dos recursos.

A literatura analisada evidencia que o não cumprimento do número mínimo de metas exigidas para o recebimento integral dos recursos faz com que os municípios percam uma parcela significativa do financiamento destinado à vigilância em saúde no âmbito do PQA-VS. Além disso, aponta-se que esse problema poderia ser mitigado por meio de dois caminhos principais: a realização de mais estudos e a análises sobre o Programa, cuja produção acadêmica ainda é limitada, e a maior sensibilização dos profissionais sobre a importância de alcançar as metas. Ademais, a criação de um painel interativo de indicadores é sugerida como uma ferramenta estratégica, pois permitiria o acompanhamento das tendências mensais em tempo oportuno, facilitando as tomadas de decisão e potencializando o desempenho dos municípios no Programa.

Em relação à análise descritiva dos dados do Programa para os anos de 2013 a 2022, foi evidenciado, desde o primeiro ano de seu estabelecimento, um número significativo de municípios e Estados que aderiram a ele, comprovando a eficácia da Fase de Adesão do PQA-VS. Ao analisar a Fase de Avaliação, alguns pontos merecem destaque: Primeiramente, observa-se que, em média, os municípios atingem mais metas em 2022 em comparação a 2013. Adicionalmente, destaca-se que as metas relacionadas ao envio de informações de saúde e demográficas nos sistemas apresentaram, consistentemente, bom desempenho entre os municípios. Entre essas metas, destacam-se a referente ao registro de óbitos no SIM, a relativa às notificações de violência interpessoal e autoprovocada com preenchimento válido do campo raça/cor, bem como a que trata da notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho.

Em contraste, as metas relacionadas à cobertura vacinal infantil e ao teste de sífilis em gestante apresentaram um desempenho consistentemente baixo durante o período analisado. Esse resultado pode impactar a saúde e a mortalidade infantil e fazer uma reflexão sobre as dificuldades na realização de ações eficazes, as quais dependem de múltiplos fatores interligados. No caso da cobertura vacinal, por exemplo, a crescente hesitação vacinal pode ter influenciado negativamente os resultados, e, no caso da testagem, questões de logística e decisões locais. Em relação ao controle de doenças sexualmente transmissíveis, fatores como educação sexual e literacia em saúde desempenham um papel crucial. Para esses casos, é essencial promover uma integração eficaz entre as gestões de saúde e as políticas educacionais, ao contrário das metas relacionadas à alimentação de informações em sistemas de saúde, que dependem predominantemente de ações dentro da própria gestão de saúde.

Além disso, recomenda-se uma reavaliação da meta relacionada à malária, que foi modificada em 2014. Com essa mudança, passaram a pontuar apenas os municípios que registraram casos da doença e que conseguiram tratá-los em tempo oportuno. Considerando, no entanto, que, atualmente, apenas uma parcela muito pequena de municípios (cerca de 3,6%)

notifica casos de malária, a maioria das cidades não consegue atingir essa meta, dificultando o recebimento de recursos previstos pelo PQA-VS. Para fortalecer a eficácia do Programa é fundamental revisar esse indicador, de forma a contemplar tanto a resposta rápida e eficaz nos locais onde há registros da doença quanto a importante conquista em saúde pública representada pelos municípios que não apresentam casos.

Em relação à distribuição dos recursos, observa-se um crescimento do número e da porcentagem dos municípios participantes que receberam a transferência da Fase de Avaliação de forma integral. Esse resultado também mostra que os municípios estão, em média, atingindo mais metas. Também se evidencia uma tendência de que os estratos maiores apresentam um percentual menor de cidades que atingiram o número mínimo de metas para receber 100% do repasse possível. Neste sentido, é essencial aprofundar a investigação sobre os fatores que fazem com que os municípios desses estratos enfrentem maiores dificuldades para cumprir o total de metas estabelecidas. Identificar se essa ineficácia está associada ao próprio desenho do PQA-VS ou a questões como densidade demográfica, capacidade de gestão municipal ou características socioeconômicas, são fundamentais para a criação de ações direcionadas que aumentem tanto a eficácia do Programa quanto a equidade na distribuição dos recursos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio financeiro do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde do Ministério da Saúde (Decit/SECTICS/MS) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no âmbito da Chamada nº 22/2023 – Evidências em Saúde, no contexto da qual este artigo foi desenvolvido.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Francisco Aislan de Pontes. *A importância da estatística e suas aplicações*. 2015. 60 f. TCC (Graduação em Matemática) – Universidade Federal do Ceará, Instituto UFC Virtual, Maranguape, 2015.
- BENZAKEN, A. S. *et al.* Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00057219, 2019.
- BEZERRA, A. P. D. S. *Controle de qualidade nas ações de vigilância em saúde: análise de melhorias e incentivos financeiros em um quadriênio de gestão municipal*. 2019. 51 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Natal, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.778, de 18 de dezembro de 2014. Aprova o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e define as metas para o ano de 2014. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2778_18_12_2014.html. Acesso em: 22 dez. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Aprova o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e define as metas e os critérios de distribuição de recursos. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, 10 jul. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 22 dez. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, v. 55, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-01>. Acesso em: 24 out. 2024.
- CANIELLO, M. Identidade e qualidade de vida nos territórios da cidadania. *Sociologias*, v. 3, p. 300-337, 2016.

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA; IPEA. *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante*. Brasília: Casa Civil da Presidência da República; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018a. V. 1. Disponível em: https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/downloads/153743_analise-ex-ante_web_novo.pdf/view. Acesso em: 14 maio 2024.

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA; IPEA. *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post*. Brasília: Casa Civil da Presidência da República; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018b. V. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34504. Acesso em: 14 maio 2024.

CASTRO, A. P. B. de. *Avaliação da eficiência do Programa de Qualificação de Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) utilizando análise envoltória de dados*. 2021. Trabalho (Conclusão de Curso de Especialização) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

COSTA, Frederico L. da; CASTANHAR, José C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em: 15 jan. 2025.

DE MELO, Q. C. C. *et al.* Análise dos indicadores do programa de qualificação das ações de vigilância em saúde (PQA-VS) na região TOPAMA. *Observatório de la Economía Latinoamericana*, v. 21, n. 7, p. 7.121-7.146, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv21n7-070>

FAGUNDES, H.; de MOURA, A. B. Avaliação de programas e políticas públicas. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 89-103, 2009.

GOMES, Márcia S. *et al.* A vigilância de doenças transmissíveis no Brasil: análise das ações de controle e sua implementação no período de 2000 a 2014. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/152007/148790>. Acesso em: 17 jan. 2025.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1.407-1.416, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS no 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 jul. 2013a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 1.708, de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 ago. 2013b.

NIELSEN, S. *et al.* Oral polio vaccine campaigns may reduce the risk of death from respiratory infections. *Vaccines*, v. 9, n. 10, p. 1.133, 2021.

NÓBREGA, A. A.; TEIXEIRA, A. M. S.; LANZIERI, T. M. Avaliação do sistema de informação do programa de imunizações (SI-API). *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, 2010.

NUNES, E. M. *et al.* O Índice de Condições de Vida (ICV) em territórios rurais do Nordeste: evidências para os territórios Açu-Mossoró e Sertão do Apodi, no Rio Grande do Norte. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, Impresso, v. 58, p. e190917, 2020.

RAMOS, C. F. *et al.* Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 1, n. 2, p. 55-60, 2010.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 46, p. 1.271-1.294, 2012.

REIS, Edna Afonso; REIS, Ilka Afonso. Análise descritiva de dados. *Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG*, v. 1, 2002.

RODRIGUES, F. L. *et al.* Efeitos das condições de saúde e moradia nos rendimentos dos trabalhadores no meio rural brasileiro. *Revista Grifos*, v. 31, p. 1-20, 2022.

SATO, Ana Cristina G. Hesitação vacinal: um desafio para as políticas públicas de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5704/570467613002/570467613002.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2025.

SEN, A. K. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, M. M. da. *Desempenho da vigilância em saúde nos municípios da II Regional de Saúde de PE: uma análise dos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)*, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/24025>. Acesso em: 22 jul. 2024.

SILVA, A. A. G. *Desempenho do Rio Grande do Norte no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023.

SILVA, Francisco Regis da. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) em Morada Nova – CE. 2022. CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2022. *Anais [...]*. maio 2022.

SONDA, E. C. *et al.* Sífilis congênita: uma revisão da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 3, n. 1, 1-3, 2013.

SOUZA, W. P. S. F.; ZIEGELMANN, F. A.; FIGUEIREDO, E. A. As condições de saúde afetam os rendimentos do trabalho? Evidências para o mercado de trabalho no Brasil. *Economia Aplicada*, v. 22, n. 4, p. 113-150, 2018.

WIJESOORIYA, N. S. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *The Lancet Global Health*, v. 4, n.8, p. e525-e533, 2016.

Autor Correspondente

Ana Cecília Almeida

Universidade Federal de Viçosa – UFV

Av. P H Rolfs, s/n – Campus Universitário, Viçosa/MG, Brasil. CEP 36570-900

ana.almeida@ufv.br

Este é um artigo de acesso aberto distribuído
sob os termos da licença Creative Commons.

