

# Matriz de Apoio ao Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA, RAG e PAS

---

## CAMPINAS

---

### *VIGÊNCIA - 1º RDQA 2025*



## Introdução

Este documento foi concebido a partir da Programação Anual de Saúde de 2025 para apoiar a elaboração do 1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior de 2025 no sistema DIGISUS Gestor - Módulo Planejamento.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o desmembramento anual do Plano Municipal de Saúde (PMS), e permite ajustes caso sejam necessários. Os resultados são monitorados a partir dos relatórios de gestão, conforme Lei Complementar 141/2012 e Portaria 2135/2013, com a elaboração do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG), permitindo um panorama a cada 04 meses e uma visão geral dos resultados no RAG. Todas as ações propostas precisam de previsão orçamentária, que são apontadas no Plano Plurianual (PPA), instrumento de planejamento orçamentário de governo.

O monitoramento dos **resultados dos indicadores** obtidos no quadrimestre deve ser registrado na área de “Resultados, Análises e Considerações da Meta”, justificando se é possível analisar parcialmente o indicador e o grau de alcance da meta obtido e correções de rumo necessárias.

O monitoramento das **ações propostas** para atingir a meta deve ser realizado pelos responsáveis na área “Ações Municipais e Monitoramento de Implementação – DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS”, registrando na coluna “Situação” se aquela ação foi **Realizada, Iniciada, Não Iniciada** ou **Cancelada** nesse período. Novas ações e cancelamentos de ações podem ser justificados na área de “**Observações**”, assim como a inclusão de tabelas, planilhas e referências a anexos que se fizerem necessários.

Este documento é a ferramenta de consolidação dos dados dos RDQA e do RAG para inclusão no sistema DIGISUS que fornece o documento oficial encaminhado para a Câmara Municipal de Campinas e ao Conselho Municipal de Saúde para o controle social e é um anexo detalhado daquele documento, sendo parte integrante do RDQA e RAG.

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

# Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores e Ações

## Programação Anual de Saúde 2025 - Resultados

### Eixo 1. Saúde como Direito

#### Diretriz 1.

Garantir a melhoria e qualidade do acesso à saúde disposto na Constituição Federal de 1988, em tempo oportuno, através do fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, aprimorando a política de Atenção Primária, Especializada, Ambulatorial e Hospitalar, no âmbito do SUS

#### Objetivo 1.1.

Ampliar e facilitar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, fortalecendo e implementando a Política Nacional Atenção Básica (PNAB) no município de Campinas através da estratégia de saúde da família e com apoio matricial dos NASF e de outros serviços, como os de especialidades médicas e saúde mental; além dos serviços assistenciais; cabe à atenção básica a atuação territorial e comunitária para a prevenção de doenças, promoção da saúde com participação intersetorial de outros atores e instituições de base territorial; cabe ainda à atenção básica ser a coordenadora do cuidado de cada um dos seus usuários e ordenadora da rede de atenção, como centro comunicacional das ações e fluxos dos usuários entre os pontos de atenção da rede de cuidados.

#### Meta 1.1.1.

Aumentar a cobertura de Atenção Básica em 5% ao ano a partir de 2022 até 2025. Ampliar gradualmente a cobertura de atenção primária no município para atingir 74,18% ao final dos quatro anos.

#### Indicador para o Alcance da Meta 1.1.1.

1.1.1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	50,00%	51,00%	48,00%	50,00%	42,00%	37,00%	61,00%	63,17%	64,02%	74,88%	84,28%	72,30%

Fonte: CNES/eGESTOR

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>72,30%</b>	<p>eSF - 245 eAP - 0 TOTAL DE EQUIPES = 245 Memória de Cálculo: <math>(245 \text{ eSF} \times 3500) + (0 \text{ eAP} \times 3.000) / 1.185.977 \text{ Hab} \times 100 = 72,30\%</math></p> <p>Fonte:</p> <p>População: Trabalho coordenado pela RIPSA. Realização: CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde. Dados básicos: IBGE. <a href="ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/IBGE/POPSVS/">ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/IBGE/POPSVS/</a></p> <p>Nota Técnica nº 2/2025-SAPS MS disponível no eGestor Atenção Primária à Saúde - Relatórios Públicos - Cobertura da APS - Cobertura Potencial da APS (2021 - atual)</p>

A partir da publicação da referida Nota técnica, que traz informações detalhadas referentes ao método de cálculo da Cobertura Potencial Estimada da APS, alterou-se a fórmula de cálculo da Cobertura da Atenção Primária. O valor obtido de 72,30% não configura queda na cobertura visto que caso mantivéssemos a fórmula de cálculo anterior estaríamos com uma cobertura de 82,63%, valor esse acima da meta estipulada para 2025.

Atualmente, temos 69 unidades básicas de saúde no município, com 245 equipes de saúde da família.

Ao final do 1º quadrimestre contamos com 91 profissionais do “Programa Mais Médicos para o Brasil”, além de 09 profissionais do “Programa Mais Médicos pelo Brasil” vinculados à Adaps. Isso, aliado à nossa atuação como instituição supervisora do PMM (desde maio de 2024), contribui para a qualificação da assistência e para a manutenção da cobertura da APS no município.

Em relação aos médicos residentes do “Programa Mais Médicos Campineiro” recebemos no primeiro quadrimestre nova turma de residentes, e temos hoje 46 R1 e 43 R2, totalizando 89 médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade e estão mantidos os convênios firmados com as instituições parceiras (UNICAMP, PUC de Campinas e Rede Mário Gatti de Urgência e Emergência e Hospitalar) e a seleção e capacitação de médicos preceptores para o programa. Estamos em acompanhamento da inserção dos residentes do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura de Campinas / Rede Mário Gatti / UNICAMP / PUCC, garantindo o credenciamento destes profissionais nas equipes (eSF), para manutenção do Programa e o repasse do MS.

Atualmente, o município conta com 718 ACS, não havendo uma Agente Comunitária de Saúde fora de equipe na competência abril de 2025. O município fez adesão, mais uma vez, ao Programa Mais Saúde com Agente, com interesse na qualificação da assistência dos territórios.

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, alterando as regras de composição das equipes, as e-NASF foram substituídas pelas eMulti e Portaria GM/MS nº 544/2023, de 3 de maio de 2023 que institui procedimentos para execução de despesas em ações e serviços públicos de saúde autorizadas na Lei Orçamentária Anual de 2023 com base no art. 8º da Emenda Constitucional nº 126, de 2022, no momento são 7 equipes Estratégicas, 28 equipes Complementares e 2 Ampliada, totalizando 37 equipes, sendo prevista a atividade virtual para todas elas. Dentre estas, 23 equipes estão credenciadas pelo Ministério da Saúde (duas ampliadas, 20 complementares e 1 estratégica).

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde/PMC se mantém ativo com 60 vagas anuais para 10 diferentes profissões da saúde, com residentes inseridos nas UBS dos 6 distritos de Saúde de Campinas. Dentre os enfermeiros e dentistas, cujas vagas podem ser cadastradas no Programa de Formação da APS, temos credenciados 28 enfermeiros e 6 dentistas residentes.

Mantemos as discussões relacionadas às ações de apoio matricial, intraequipes e interequipes, incluindo eMulti, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis.

Além disso, tem se investido continuamente na infraestrutura necessária para a manutenção da ocorrência de teleconsultas / teleatendimentos / teleconsultorias para a realização do atendimento remoto a pacientes pelas equipes de saúde da família, com rede de internet adequada e capacitação para os profissionais.

Mantemos os processos de discussão com os gestores para ampliar sua potência em relação ao aprimoramento da garantia do acesso (acolhimento e organização das agendas) e qualificação dos processos com vistas a melhoria dos indicadores da portaria de financiamento vigente, ressaltando que estamos com uma capacitação para gestores em andamento atualmente (PROQUALI).

		<p>Estamos em processo de acompanhamento sistemático relacionado ao número de usuários cadastrados no e-SUS APS, mantendo, de forma efetiva, a realização e a atualização dos cadastros, bem como qualificando os quesitos <u>nome social</u> e <u>raça/cor</u> nos cadastros.</p> <p>Estamos, junto às equipes e através de programas específicos, como o <b>Programa Saúde na Escola</b>, trabalhando na prevenção de drogadição e violências nos territórios assistenciais, trabalhando a integração com as demais Secretarias, promovendo discussões intersecretoriais, bem como com projetos integrados com o foco de melhora das condições de saúde da população como o <b>Programa Passos para uma Vida Melhor</b>, articulado em parceria com Secretaria de Educação (SME), Secretaria de Esporte e Lazer (SMEL), Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos (SMASDH), Programa Primeira Infância Campineira (PIC), Secretaria Municipal de Cultura e CEASA, com foco na qualidade de vida e prevenção da obesidade infantil.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### ***Ações Municipais e Monitoramento de Implementação – DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS***

<b>Ação na Programação Anual de Saúde</b>	<b>Resp</b>	<b>Situação</b>
<b>Ação Nº 1</b> – Contratar e repor recursos humanos, mediante concurso público, para manter as equipes completas continuamente.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> – Realizar concurso público ou chamamento dos concursos vigentes dos profissionais que compõe as equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti), de forma continuada para manter as equipes completas.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> – Garantir que todas as eSF estejam vinculadas a uma equipe eMulti	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> – Implementar as ações de apoio matricial, intra e interequipes, incluindo eMulti, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> – Realizar capacitações conforme necessidade apontada e Educação Permanente (EP) via DEPS, tanto para gestores quanto para profissionais das equipes.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> – Apoiar os gestores para ampliar sua potência em relação à garantia do acesso (acolhimento e organização das agendas).	DS	Realizada
<b>Ação Nº 7</b> – Atualizar sistematicamente o dimensionamento de população e territórios.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 8</b> – Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes, conforme Plano Municipal de Governo (PMG).	DS/ DGD O	Realizada
<b>Ação Nº 9</b> – Aumentar o número de usuários cadastrados no CadWeb SUS, mantendo, de forma efetiva os cadastros e mantê-los atualizados.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 10</b> – Organizar e realizar inserção dos residentes do Programa de Residência Médica em Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura de Campinas/ Rede Mário Gatti / UNICAMP / PUCC / São Leopoldo Mandic, garantindo o credenciamento destes profissionais nas equipes (eSF), para manter o Programa e o repasse do MS.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 11</b> – Organizar e realizar matriciamento dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Prefeitura de Campinas, garantindo o credenciamento destes profissionais nas equipes (eSF, eSB ou eMulti), para manter o Programa e o repasse do MS.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 12</b> – Estabelecer parceria com a Secretaria de Educação para desenvolver ações de prevenção da obesidade nas escolas municipais, bem como trabalhar a drogadição e violências em relação as crianças	DS	Realizada

<b>Ação Nº 13</b> – Realizar acompanhamento sistemático, com reuniões e discussões para monitoramento das ações efetivadas pelas UBS, direcionadas à avaliação dos indicadores relacionados à Portaria de Financiamento da APS Vigente.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 14</b> – Avançar nos territórios Assistenciais em relação a integração com as demais Secretarias, promovendo discussões intersecretoriais, bem como Projetos Integrados com o foco de melhora das condições de saúde da população. Inicialmente com Secretaria de Educação (SME), Secretaria de Esporte e Lazer (SMEL) e Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos (SMASPDDH).	DS	Realizada
<b>Ação Nº 15</b> – Elaborar de forma integrada com as equipes de saúde da família e eMulti, análises de situação de saúde por território, em nível local e distrital, capazes de direcionar as tomadas de decisões e a formulação de ações estratégicas de acordo com as necessidades do território.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 16</b> – Manter e estimular o telemonitoramento de pacientes, garantindo o monitoramento dos pacientes crônicos e com outras condições como dengue e COVID. Garantir a infraestrutura necessária para a manutenção da ocorrência de teleconsultas / teleatendimentos / teleinterconsultas para a realização do atendimento remoto a pacientes pelas equipes de saúde da família, com rede de internet adequada e capacitação para os profissionais. Estimular as equipes para a realização de teleatendimentos dentro do Saúde Digital SUS Campinas.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 17</b> – Garantir que os novos centros de saúde na cidade, sejam adequados em relação ao mobiliário, equipamento e RH, priorizando as regiões mais vulneráveis e o centro da cidade, permitindo a distribuição das equipes de saúde da família para o mais próximo das populações usuárias.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 18</b> – Fortalecer a rede ampliada de saúde e segurança social em diálogo com o CR LGBTQIA+.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 19</b> – Criar, manter e fortalecer as redes de atenção às vítimas de violência urbana, familiar, doméstica e demais tipos de violência, contra a discriminação (racismo, xenofobia, LGBTIfobia, violência de gênero, em especial o feminicídio, violência contra crianças e idosos e intolerância religiosa).	DS	Realizada
<b>Ação Nº 20</b> – Implementar e fortalecer a Política de Saúde da População Negra com o fortalecimento do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, ampliando a capacitação e qualificação das equipes de saúde sobre atenção e acolhimento desta população.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 21</b> – Efetivar e adequar a coleta do quesito raça / cor para população negra e indígena, qualificando as coletas já existentes, em todos os serviços da rede municipal de Campinas, de forma quantitativa e qualitativa produzindo diagnóstico socioterritorial como instrumento de garantia de acesso, organização e qualificação da atenção à saúde, favorecendo a eliminação das iniquidades raciais e sociais sofridas por estes grupos populacionais.	DS	Realizada

### Observações

#### Meta 1.1.2.

1.1.2. Aumentar a cobertura de Saúde Bucal em 3 pontos percentuais ao ano, a partir de 2022, até 2025

#### Indicador para o Alcance da Meta 1.1.2

1.1.2. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	39%	42%	39%	33%	30%	26%	28%	28%	29%	34%	30%	42%

Fonte: CNES/eGESTOR

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>28,17</b>	Dados referentes a março de 2025. Indicador calculado a partir da Nota Metodológica Adaptada, disponível no eGestor Atenção Primária à Saúde - Relatórios Públicos - Cobertura da APS - Cobertura de Saúde Bucal.  ( <a href="https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_SB_adaptada_2.pdf">https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_SB_adaptada_2.pdf</a> )  Atualmente, o município de Campinas possui 118 equipes de saúde bucal para uma população de 1.185.977 habitantes, sendo consideradas 98 para o cálculo pela Nota Metodológica. Houve uma diminuição do número de equipes em relação ao quadrimestre anterior devido à aposentadoria e exoneração de profissionais de saúde bucal. Contudo, a Secretaria de Saúde solicitou o chamamento dos profissionais de saúde bucal para recomposição das equipes que perderam profissionais.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Contratar e repor Dentistas, Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares em Saúde Bucal (ASB), mediante concurso público, para ampliar e manter as equipes de Saúde Bucal completas continuamente	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Adequar carga horária dos profissionais existentes para garantir a constituição de equipes em diferentes unidades.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Manter Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Vincular aumento das equipes de bucal ao aumento das equipes de ESF.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Garantir acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 6</b> - Adotar política de educação permanente, estabelecendo parcerias com instituições de ensino odontológico (ACDC, PUCC, UNICAMP, F.O São Leopoldo Mandic entre outras) para a realização de capacitações técnicas em saúde bucal para profissionais da rede.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Garantir o acesso à consulta de pré-natal odontológico a todas as gestantes cadastradas.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 8</b> - Criar espaços de troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes (reuniões periódicas) nos diversos Distritos visando o compartilhamento dos processos de trabalho, articulado com o processo de educação permanente.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 9</b> - Realizar campanhas de prevenção e detecção precoce de câncer bucal anualmente	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 10</b> - Estimular a maior participação de outros profissionais das equipes na capacitação prévia às campanhas.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 11</b> - Realizar capacitação para toda a equipe de referência das UBSs abordando os aspectos de prevenção em câncer bucal.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 12</b> - Garantir a realização das ações de promoção e prevenção em saúde bucal e dos procedimentos coletivos nas escolas públicas e desenvolver junto com as equipes de saúde da família as atividades do Programa Saúde na Escola.	DS	Iniciada

### Observações

#### Meta 1.1.3.

Qualificar o serviço CAPS AD do Distrito de Saúde Sudoeste em modalidade III para a Rede de Atenção Psicossocial de Campinas. Manter o indicador de CAPS em 1.53 em todos os anos.

### Indicador para o Alcance da Meta 1.1.3.

#### 1.1.3. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	1,22	1,22	1,45	1,49	1,47	1,54	1,53	1,51	1,51	1,51	1,67	<b>1,53</b>

Fonte: CNES

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>1,60</b>	Não houve redução de serviços e a alteração do resultado se deve exclusivamente ao dado populacional revisto. Os 14 Caps de diferentes modalidades e portes seguem operantes e habilitados. Projeta-se para o segundo quadrimestre a ampliação do Caps ij Roda Viva em Caps ij III Roda Viva, impactando o resultado através da ampliação da oferta assistencial.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

#### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Habilitar e qualificar o CAPS AD do Distrito de Saúde Sudoeste em CAPS AD III, junto ao Ministério da Saúde.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Garantir o núcleo da psiquiatria na composição das eMulti dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família, em composição com outros profissionais multidisciplinares, de acordo com a necessidade dos territórios de cobertura de cada equipe.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Garantir a ampliação de cinco leitos de retaguarda de saúde mental em hospital geral.	DS	Não iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Concluir o processo de desinstitucionalização de municípios ainda internados em hospitais monovalentes no Estado.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Garantir a manutenção do funcionamento dos 14 Caps existentes no município e iniciar o processo de implementação dos CAPS AD no Distrito Sul e CAPS IJ no distrito Norte.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Garantir a revitalização dos Centros de Convivência existentes e potencializar suas ações junto às equipes de saúde da família através, inclusive, de parametrização das ofertas e processos de trabalho das sete unidades	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Garantir Oficinas de Geração de Renda e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) de acordo com número de equipes de saúde da família (eSF), número de população e vulnerabilidade, o processo de desinstitucionalização do Estado de São Paulo em curso, buscando interfaces e apoios de outras secretarias.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 8</b> - Estimular as ações territoriais dos profissionais da Rede Caps e fortalecer estratégias para garantia do acesso, acolhimento e equidade em todas as ofertas assistenciais, inclusive para a população em situação de rua.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 9</b> - Garantir início do processo de informatização da rede Caps e rede Ceco.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 10</b> - Ampliar uma equipe de Consultório na Rua.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 11</b> - Efetivar a incorporação do NIR (Núcleo Interno de Regulação) para regulação de demandas para leitos noite à RAPS.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 12</b> - Revisar e aperfeiçoar os três novos indicadores propostos em 2023 para a Matriz da Saúde Mental, em complemento aos dois já existentes.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 13</b> - Validar e efetivar implementação de protocolo unificado de acolhimento e avaliação nos quatro Caps ad atuantes no município, garantindo assim integração da rede Caps AD, parametrização assistencial e desburocratização do acesso dos usuários.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 14</b> - Concluir o processo de desinstitucionalização de municípios ainda internados em hospitais monovalentes no Estado.	DS	Realizada

**Meta 1.1.4.**

Aumentar os procedimentos de média complexidade em 3% ao ano, atingindo a razão de 2,94% em 2025

**Indicador para o Alcance da Meta 1.1.4.**

1.1.4. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para residentes e população de mesma residência.

**Série Histórica e Meta Planejada**

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	2,24	2,21	3,35	4,62	1,17	2,26	1,47	1,82	1,98	2,14	2,44	2,94

Fonte: SIA SUS

**Resultados, Análises e Considerações da Meta**

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>0,58</b>	<p><b>Fonte:</b> DATASUS/SIA PASP2201 a 2503 e SIH RDSP2201 a 2503.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC.</p> <p>O indicador reportado refere-se ao desempenho observado no primeiro trimestre de 2025, apresentando um valor similar ao registrado no primeiro quadrimestre de 2024 (0,59). Considera-se provável a elevação do indicador com a posterior incorporação dos dados referentes ao mês de abril de 2025.</p> <p>Reorganização dos serviços de especialidades próprios (Policlínica 2, Policlínica 3 e CEEM - Centro de Exames e Especialidades Médicas) com incremento de RH, equipamentos e mudança de processos de trabalho que possibilitaram ampliação da oferta e acesso.</p> <p>Participação em reuniões do Núcleo de Articulação da Atenção Primária e Secundária, Câmara Técnica de Especialidades; Coletivo dos Núcleo de Educação Permanente Distritais.</p> <p>Participação em Reuniões Distritais juntamente com DERAC - Departamento de Regulação, Acesso e Controle para apresentação e pactuação do início da Centralização dos Agendamentos das Especialidades.</p> <p>Participação em reuniões de acompanhamento dos convênios com as instituições São Leopoldo Mandic, Rede Municipal Dr. Mário Gatti, Sociedade Campineira de Educação e Instrução - Hospital e Maternidade Celso Pierro e Fundação Penido Burnier.</p> <p>Participação em reuniões de acompanhamento dos convênios da área de Reabilitação (APAE, Casa da Criança Parálitica, Fundação Síndrome de Down e Pestalozzi).</p> <p>Capacitação aos profissionais da APS e Atenção Secundária em Asma e DPOC.</p>

		Construção de Diretrizes Técnicas e critérios de elegibilidade para atendimento dos usuários no Ambulatório de Dor - CEEM com início de projeto piloto de atendimento. Revisão Procedimentos Operacionais Padrão (POP) - Área de Especialidades.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> – Manter presença nas reuniões de acompanhamento dos convênios para garantir uma gestão eficiente das parcerias institucionais e o alinhamento com os objetivos estratégicos.	DS / DGDO	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> – Realizar uma revisão abrangente dos protocolos clínicos e de encaminhamento, priorizando aqueles que correspondem às maiores demandas reprimidas identificadas. O objetivo é garantir práticas baseadas em evidências e otimizar o fluxo de atendimento.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Promover capacitações para a rede de saúde sobre o uso dos sistemas de informação de agendamento, com foco na identificação e análise de eventos sentinelas. Essa medida visa aprimorar a eficiência operacional e garantir o acesso oportuno aos serviços de saúde.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> – Realizar um monitoramento contínuo dos contratos e convênios firmados, assegurando o cumprimento dos termos acordados e a qualidade dos serviços prestados.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> – Realizar um monitoramento sistemático da demanda reprimida, identificando suas causas e propondo ações para equacioná-la. Isso pode incluir a otimização de processos, realocação de recursos ou implementação de novas estratégias de atendimento.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> – Buscar ativamente parcerias público-privadas que possam contribuir para aumentar a oferta de serviços aos usuários.	DS	Realizada

### Observações

#### Meta 1.1.5

Aumentar os procedimentos de alta complexidade em 5% ao ano, atingindo a razão de 8,29% em 2025

#### Indicador para o Alcance da Meta 1.1.5.

1.1.5. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade para residentes e população de mesma residência

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	8,08	6,02	5,27	4,99	5,28	6,23	7,21	8,20	8,83	10,24	11,86	8,29

Fonte: SIA SUS

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>2,82</b>	<p>Fonte: DATASUS/SIA PASP2201 a 2503 DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC.</p> <p>O indicador reportado refere-se ao desempenho observado no primeiro trimestre de 2025, apresentando um valor similar ao registrado no primeiro quadrimestre de 2024 (3,07). Considera-se provável a elevação do indicador com a posterior incorporação dos dados referentes ao mês de abril de 2025.</p> <p>Aumento da oferta de cirurgias eletivas com o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas.</p> <p>Início de oferta de exame de eletroneuromiografia através de contratação.</p> <p>Discussão ampliada do Programa Mais Acesso a Especialista / PMAE - Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada junto aos serviços de referência.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Manter presença constante nas reuniões de acompanhamento dos convênios para assegurar uma gestão eficiente das parcerias institucionais e alinhamento com os objetivos estratégicos.	DS e DGDO	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Realizar uma revisão completa dos protocolos clínicos e de encaminhamentos, priorizando aqueles que correspondem às maiores demandas reprimidas identificadas. Nosso objetivo é garantir práticas embasadas em evidências e otimizar o fluxo de atendimento.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Promover capacitações para a rede de saúde sobre o uso dos sistemas de informação de agendamento, com ênfase na identificação e análise de eventos sentinelas. Essa medida visa aprimorar a eficiência operacional e garantir o acesso oportuno aos serviços de saúde.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar um monitoramento contínuo dos contratos e convênios firmados, garantindo o cumprimento dos termos acordados e a qualidade dos serviços prestados.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Realizar um monitoramento sistemático da demanda reprimida, identificando suas causas e propondo ações para equacioná-la. Isso incluirá a otimização de processos, realocação de recursos e implementação de novas estratégias de atendimento conforme necessário.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Buscar ativamente parcerias público-privadas que possam contribuir para ampliar a oferta de serviços aos usuários.	DS	Realizada

## Observações

### Meta 1.1.6.

Aumentar as internações clínico-cirúrgicas de média complexidade em 0,7% ao ano, atingindo a razão de 3,09% em 2025

### Indicador para o Alcance da Meta 1.1.6.

1.1.6. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de média complexidade de residentes e população de mesma residência

## Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	2,86	3,04	2,93	4,62	2,63	2,92	2,31	2,35	3,02	3,18	3,56	3,09

Fonte: SIH SUS

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>0,81</b>	<p><b>Fonte:</b> DATASUS/SIH RDSP2201 a 2503.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC.</p> <p>Primeiramente os dados referem-se até a competência março de 2025.</p> <p><b>Comentários:</b></p> <p>Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.</p> <p>Houve piora no resultado do indicador de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, comparando com o mesmo período do ano passado, primeiro quadrimestre de 2024 (0,86), contudo os dados atuais referem-se a três meses.</p> <p><b>Recomendações:</b></p> <p>Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarizar os protocolos clínicos.</p> <p>Intensificar ações junto à Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde.</p> <p>Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos cirúrgicos de média complexidade.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Elaborar, implantar e monitorar protocolos entre atenção básica, especializada e atenção hospitalar, para qualificar as filas de indicação cirúrgica, com inclusão da classificação de risco.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Monitorar os casos de indicação cirúrgica, acompanhar as filas.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Intensificar ações junto a Coordenadoria Departamental de Regulação otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Formular protocolos de acesso aos serviços conveniados visando otimizar a capacidade instalada.	DS	Iniciada

<b>Ação Nº 5</b> - Prestar assistência a crianças e sua família em situações de emergência e agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida e exigem tratamento imediato - PMG.	DS	Realizada
---	----	-----------

## Observações

### Meta 1.1.7.

Aumentar as internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade em 1,63% ao ano, atingindo a razão de **3,82** em 2025.

### Indicador para o Alcance da Meta 1.1.7.

1.1.7. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	4,17	3,27	3,45	3,37	3,36	3,66	2,97	2,82	3,14	3,22	3,65	3,82

Fonte: SIH SUS

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>0,90</b>	<p><b>Fonte:</b> DATASUS/SIH RDSP2201 a 2503.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC.</p> <p>Primeiramente os dados referem-se até a competência <b>março de 2025</b>.</p> <p><b>Comentários:</b></p> <p>Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.</p> <p>Houve piora no resultado do indicador de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, comparando com o mesmo período do ano passado, primeiro quadrimestre de 2024 (0,91), contudo os dados atuais referem-se a três meses.</p> <p><b>Recomendações:</b></p> <p>Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarizar os protocolos clínicos.</p> <p>Intensificar ações junto à Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde.</p> <p>Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
------------------------------------	------	----------

<b>Ação Nº 1</b> - Intensificar ações junto a Coordenadoria Departamental de Regulação otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde com filas cirúrgicas reguladas e classificadas pelo risco.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos de cirurgias de alta complexidade, sugerindo o aumento das ofertas de forma a garantir a realização dos procedimentos de alta complexidade no momento mais adequado para cada patologia.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Criar rotina de avaliação das Taxas de Mortalidade Hospitalar dos Hospitais conveniados do SUS Campinas e propor atividades para a redução onde couber.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar contratualização de metas de priorização e continuidade de ações programáticas para otimizar ao máximo as capacidades instaladas dos serviços próprios e dos conveniados.	DS	Iniciada

## Observações

### Meta 1.1.8.

1.1.8. Manter acima de 65% o Acesso Hospitalar dos usuários que vieram a óbito por acidente.

### Indicador para o Alcance da Meta 1.1.8.

1.1.8. Proporção de acesso hospitalar de residentes que foram a óbito por acidente

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	60%	60%	62%	74%	71%	63%	71%	62%	65%	68%	67%	65%

Fonte: SIH SUS

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações																						
1RDQA25	81,33	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Causa de óbito CID 10 V01 - X59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td> <td>61</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estabelecimentos de. saúde</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Total de óbito em local não hospitalar</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td><b>Porcentagem de acesso hospitalar</b></td> <td><b>81,33%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Causa de óbito CID 10 V01 - X59		Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	75	Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	61	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estabelecimentos de. saúde	2	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	5	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	5	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	2	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	0	Total de óbito em local não hospitalar	14	<b>Porcentagem de acesso hospitalar</b>	<b>81,33%</b>
Causa de óbito CID 10 V01 - X59																								
Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	75																							
Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	61																							
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estabelecimentos de. saúde	2																							
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	5																							
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	5																							
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	2																							
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0																							
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	0																							
Total de óbito em local não hospitalar	14																							
<b>Porcentagem de acesso hospitalar</b>	<b>81,33%</b>																							

		<b>Porcentagem em local não hospitalar</b>	<b>18,67%</b>
		<b>Comentários:</b> indicador de avaliação anual. Dados cumulativos Comparando com o resultado do primeiro quadrimestre de <b>2024</b> (67,65%), observa-se uma melhora do encaminhamento dos pacientes graves aos hospitais.	
2RDQA25			
3RDQA25			
RAG 25			

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito a despeito dos resultados alcançados.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Manter 100% do município com cobertura do SAMU.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Aprimorar o serviço de Motolância.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Aprimorar a linha de cuidado do trauma nos serviços de pronto atendimento fixo e nos serviços de referência.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Monitorar plano de contingência para atendimento de múltiplas vítimas no pronto atendimento fixo e nos serviços de referência	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Manter e incrementar as ações intersetoriais de prevenção junto à Secretaria de Educação (PARTY) e EMDEC ("Maio Amarelo").	DS	Realizada

### Observações

### Objetivo 1.2.

1.2. Romper com a fragmentação das políticas sociais públicas por meio de estratégias que favoreçam o trabalho integrado e intersetorial, na superação das necessidades da população, fomentando práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças nos territórios, priorizando as populações mais vulneráveis e os grupos marginalizados socialmente (população LGBTQI+, mulheres, negros, portadores de condições especiais, idosos, entre outros)

#### Meta 1.2.1.

1.2.1. Aumentar o acompanhamento da condicionalidade dos beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2,5 pontos percentuais ao ano, chegando a 57,5 % de cobertura ao final de 2025.

#### Indicador para o Alcance da Meta 1.2.1.

1.2.1. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	36%	40%	50%	46%	49%	52%	33%	53%	64%	64%	64%	58%

Fonte: SMS/Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - MS

Doc	Resultado	Análise e Considerações														
1RDQA25	<b>37,31</b>	<p>O PBF é dividido em duas vigências anuais, sendo a primeira de janeiro a julho e a segunda vigência de agosto a dezembro. Os dados são extraídos do programa e-Gestor (MS/SAPS), estando disponível na tabela abaixo até a data de 29/04/2025.</p> <p>Bolsa Família Vigência: 1º/2025 Tipo do relatório: Consolidado de cobertura das condicionalidades de saúde MS/SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde Público visualizado: Geral Tipo de filtro: Por município</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Vigência</th> <th>Estado</th> <th>Município</th> <th>IBGE</th> <th>Qtd. beneficiários a serem acompanhados</th> <th>Qtd. beneficiários acompanhados</th> <th>Perc. cobertura de beneficiários acompanhados (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12025</td> <td>SP</td> <td>CAMPINAS</td> <td>350950</td> <td>109.699</td> <td>40.925</td> <td>37,31%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Dados atualizados em: 29/04/2025 Relatório gerado em: 29-04-2025 7s 10:58:15</p>	Vigência	Estado	Município	IBGE	Qtd. beneficiários a serem acompanhados	Qtd. beneficiários acompanhados	Perc. cobertura de beneficiários acompanhados (%)	12025	SP	CAMPINAS	350950	109.699	40.925	37,31%
Vigência	Estado	Município	IBGE	Qtd. beneficiários a serem acompanhados	Qtd. beneficiários acompanhados	Perc. cobertura de beneficiários acompanhados (%)										
12025	SP	CAMPINAS	350950	109.699	40.925	37,31%										
2RDQA25																
3RDQA25																
RAG 25																

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Mobilizar e orientar as famílias beneficiárias sobre o direito à vacinação.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Incentivar ou retomar as participações nas ações Intersetoriais dos territórios, principalmente com os serviços de Assistência Social e Educação, a fim de garantir o acompanhamento dos beneficiários do PBF.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Estimular e monitorar o preenchimento adequado do prontuário eletrônico do eSUS nas Unidades, em relação ao acompanhamento da condicionalidade de saúde dos beneficiários do PBF - crianças, gestantes e mulheres em idade fértil, para a correta migração dos dados.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Orientar os coordenadores locais a estarem monitorando de forma contínua o acesso das famílias beneficiárias à Unidade Básica de Saúde.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Manter ações estratégicas para incentivo à vacinação das crianças e gestantes.	DS	Realizada

#### Observações

### Diretriz 2.

2. Garantir a atenção integral à saúde da criança, da mulher, do homem, da pessoa com deficiência, da pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas, raras e negligenciadas, e às áreas e populações em situação de maior vulnerabilidade social, população com deficiência, especialmente a população em situação de rua, população negra, quilombolas, LGBT, ciganos e população em privação de liberdade, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção, prevenção e reabilitação, com a garantia de acesso a todas as estratégias de cuidado e tratamento disponíveis no SUS.

### Objetivo 2.1.

2.1. Garantir o direito de atendimento em tempo oportuno, assim como garantir acesso a toda tecnologia de saúde já disponível, em busca da equidade, de toda a população (criança e adolescentes, mulheres, homens, pessoas idosas, trabalhadores e trabalhadoras, pessoas com sofrimento mental,

população negra, indígena, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexos, pessoas com deficiências, pessoas vítimas de violência, pessoas em situação de rua, populações negligenciadas, populações de ocupações, acampamentos, assentamentos e refugiados)

### Meta 2.1.1.

2.1.1. Reduzir o número de exodontias em 0,1 pontos percentuais ao ano, a partir de 2022, até 2025

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.1

2.1.1. Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	8%	8%	8%	8%	9%	8%	8%	16,1%	11,16%	11,71%	9,79%	7,80%

Fonte: eSUS/ SIS AB

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>8,69</b>	Foram realizados 73.080 procedimentos clínicos previstos no cálculo do denominador deste indicador (preventivos e curativos) e 6.347 exodontias no período de janeiro a abril de 2024. Este indicador se mantém em queda, quando comparado aos quadrimestres anteriores (12,02 RDQA1, 10,10 RDQA2 e 9,79 RDQA3 de 2024), refletindo o esforço das equipes de saúde bucal em fortalecer a oferta de tratamento continuado, incluindo os preventivos e curativos. Quando se consideram apenas os procedimentos realizados pela atenção básica, este indicador está em 7,62% estando, portanto, abaixo tanto da meta estabelecida no PMS para o final de 2025 (7,80%) quanto da esperada pelo Ministério da Saúde (8%). Este valor indica que as equipes dos centros de saúde estão conseguindo organizar as agendas de tal maneira que o tratamento eletivo seja garantido, sem deixar de ofertar as vagas de atendimento espontâneo e de urgência. Quando se considera os procedimentos realizados pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e do Pronto Socorro Odontológico (PSO), este indicador chega a 15,90%. Contudo é importante que este número seja compreendido à luz da natureza e missão destes serviços. Os CEO são os responsáveis pelas extrações dos 3º molares e de dentes impactados, que realmente precisam ser feitas, não significando uma perda dentária que traga agravos à saúde do paciente por perda de capacidade mastigatória ou da estética. Na verdade, em muitas situações clínicas, essas extrações são fundamentais para o restabelecimento da saúde. Também é importante ressaltar que se espera dos serviços odontológicos de urgência (como o PSO) um maior índice de extrações, considerando que eles não são responsáveis pelo cuidado continuado e sim pelo alívio imediato da dor do paciente e tratamento de infecções.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Ampliar ações de promoção e prevenção à saúde Bucal.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Priorizar acesso à população de maior risco e vulnerabilidade.	DS	Iniciada

<b>Ação Nº 3</b> - Negociar junto ao DGTS a contratação de Dentistas Especialistas, Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) por meio de concurso público a fim de ampliar acesso às especialidades, principalmente endodontia e periodontia.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Promover acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Fomentar acolhimento humanizado a 100% da demanda espontânea em tempo integral de funcionamento da unidade.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Manter o Projeto de Prótese Dentária com elaboração de estratégias de ampliação dos serviços atualmente ofertados, tendo como oferta mínima de 36 horas da especialidade por Distrito.	DS	Iniciada

## Observações

### Meta 2.1.2.

Aumentar até 2025 o número de Centros de saúde com no mínimo 03 tipos de práticas integrativas: 13 UBS, 27 UBS, 40 UBS e 53 UBS de 67 UBS.

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.2.

2.1.2. Percentual de Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três tipos de práticas do programa da saúde integrativa

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor					43,75	38,50	19,40	20,89	77,61	86,57	94,12	80,00

Fonte: eSUS/SISAB

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>70,59</b>	<p>UBS - 68</p> <p>Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três tipos de práticas do Programa da Saúde Integrativa - Memória de Cálculo: <b>48/68 X 100</b></p> <p>Fonte: Informações registradas em procedimentos via PEC e ficha CDS, procedimentos registrados em temas para saúde e práticas em saúde na ficha de atividade coletiva e registros na racionalidade dos atendimentos/Planilha "PIC" gerada pela Área Técnica de Informação e Informática do Departamento de Saúde. Dados extraídos em 30/04/25.</p> <p>A Atenção Primária à Saúde (APS) e em outros níveis de atenção, tem mantido a oferta dessas práticas pelas equipes de saúde, concomitante à crescente adesão da população a essa abordagem terapêutica. No total, <b>48 (70,59%) dos 68 Centros de Saúde</b> disponibilizaram mais de três modalidades distintas de PICS no primeiro quadrimestre. Destaca-se que, entre essas unidades, 20 (29,41%) ofertaram cinco ou mais práticas integrativas, o que demonstra a atuação das equipes de saúde com uma visão ampliada do processo saúde- doença, bem como a promoção do cuidado integral ao indivíduo, com ênfase no autocuidado e na atenção centrada nas necessidades humanas.</p> <p>Contudo, observou-se neste quadrimestre uma redução na oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Atenção Primária à Saúde (APS), em comparação ao mesmo período do ano anterior (73,53%). Esse declínio está relacionado a fatores como reformas e obras em unidades de saúde, que comprometem temporariamente a disponibilidade de espaços</p>

	<p>adequados para a realização das práticas, impactando diretamente o processo de trabalho das equipes. Além disso, a saída ou afastamento de profissionais habilitados, sem reposição imediata, tem dificultado a continuidade das ofertas. Com o objetivo de minimizar esses impactos e fortalecer a presença das PICS nos territórios, foram iniciadas, neste quadrimestre, capacitações em duas modalidades específicas, bem como o incentivo à utilização de espaços sociais da comunidade para a realização das práticas. Essas iniciativas reforçam a importância da manutenção das PICS, considerando seus benefícios comprovados na promoção da saúde e no bem-estar da população.</p> <p>Neste quadrimestre, o Programa Municipal de Controle do Tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas expandiu sua atuação, com o aumento do número de 41 para 49 grupos credenciados. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) têm exercido um papel relevante nesse processo, favorecendo a adesão ao tratamento por meio de abordagens não farmacológicas.</p> <p>O fortalecimento das Farmácias Vivas (FV) nas unidades de saúde tem sido impulsionado por investimentos em capacitação profissional e na aquisição de recursos materiais.</p> <p>Terapia Comunitária Integrativa (TCI): O município de Campinas mantém sua posição como Polo Formador reconhecido pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM), oferecendo rodas terapêuticas com periodicidade semanal ou quinzenal em 22 unidades de atendimento primário em saúde. Além disso, está em andamento o terceiro curso de formação em TCI, voltado à capacitação de novos terapeutas comunitários, contribuindo para o fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no município. Participam desta terceira turma 31 profissionais, com término previsto para maio de 2025.</p> <p>A capacitação em Liang Gong está em andamento, com início em fevereiro de 2025 e 52 inscritos na turma atual. O curso consiste em uma série de exercícios físicos terapêuticos com foco na prevenção e tratamento de dores e outros problemas de saúde e está dentro das práticas da Medicina Tradicional Chinesa.</p> <p>Neste semestre se iniciará a formação em Técnicas de Resgate da Autoestima (TRA). Este curso oferece técnicas de trabalho terapêutico para fortalecer a autoestima e o autocuidado, com foco em vínculos e transformação individual. O curso visa cultivar vínculos, fortalecer pessoas, suas técnicas de trabalho terapêutico e expandir o impacto do autocuidado para além do individual. Será oferecido para os profissionais que já realizaram a formação em TCI.</p>
2RDQA25	
3RDQA25	
RAG 25	

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Atuar em conjunto com o Polo SUS DEPS - TIC nas ofertas de capacitações em PICS na rede pública de Campinas.	DS DEPS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Atuar em conjunto com Polo SUS DEPS - TIC na qualificação dos instrutores de PICS.	DS DEPS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Fortalecer em conjunto com o Polo SUS DEPS - TIC na divulgação de ofertas de cursos gratuitos pela UNASUS com enfoque na temática.	DS DEPS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Ampliar e fortalecer o uso das PICS nas linhas de cuidado de assistência à saúde.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Manter convênio com farmácia de manipulação de medicamentos homeopáticos visando ofertar estes medicamentos a rede pública de Campinas.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Manter oferta de dispensação de medicamentos fitoterápicos na rede pública de Campinas.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 7</b> - Ampliar e fortalecer o Programa Farmácias Vivas nos serviços de saúde.	DS	Realizada

<b>Ação Nº 8</b> - Fortalecer o uso das PICS nas ações intersetoriais voltadas à população.	DS	Realizada
---	----	-----------

## Observações

### Meta 2.1.3.

2.1.3. Disponibilizar, no mínimo, 90% dos medicamentos padronizados para Atenção Básica na REMUME em todos os anos

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.3.

2.1.3. Proporção de medicamentos padronizados disponibilizados para Atenção Básica, de forma humanizada e qualificada

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	94%	93%	88%	87%	85%	86%	91%	83%	88%	92%	95%	90%

Fonte: Sistema Informatizado - SIG2M e GEMM

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>98,29 %</b>	<p>Meta atingida. Média de 98,29 % dos medicamentos padronizados disponíveis no quadrimestre. Atualmente contamos com 46 farmacêuticos atuando em Unidades de Saúde nas equipes multiprofissionais (eMulti), sendo que as ações essenciais e complementares integradas às Equipes de Saúde da Família estão sendo desenvolvidas em 83,10 % das Unidades, conforme dados do eSUS-AB.</p> <p>Atualmente contamos com Agente de Apoio à Saúde Farmácia em todas Unidades de Saúde e as ações de saúde integradas às Equipes de Saúde da Família também estão sendo realizadas por esses profissionais.</p> <p>Este resultado positivo no abastecimento de medicamentos em nosso município é fruto do trabalho intensivo da Secretaria Municipal de Saúde, que tem investido continuamente na qualificação e otimização dos fluxos de trabalho, na capacitação das equipes, no controle rigoroso dos prazos contratuais, no monitoramento sistemático dos processos, no planejamento estratégico e no acompanhamento constante dos fornecedores.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Garantir junto aos Departamentos e Secretarias envolvidas o suprimento dos recursos necessários à prestação dos serviços farmacêuticos de forma qualificada, dentre outros: medicamentos, recursos humanos, sistemas informatizados e equipamentos de informática e demais materiais de expediente;	DS	Realizada

<b>Ação Nº 2</b> - Garantir que todas as Unidades de Saúde que tenham farmacêutico, integrem este profissional nas ações essenciais (Consulta Farmacêutica e Visita Domiciliar) de saúde da ESF e em pelo menos uma ação complementar (Atendimento Compartilhado, Matriciamento, Grupos Terapêuticos, Atividades de Educação em Saúde).	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Garantir a participação em Reunião de Equipe de Referência e realizações de procedimentos farmacêuticos, desenvolvendo-se assim o Cuidado Farmacêutico	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Garantir que os farmacêuticos registrem sua produção no e-SUS.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Manter manutenção contínua dos Sistemas Informatizados GEMM e SIG2M;	CDTI-DACT	
<b>Ação Nº 6</b> - Desenvolver ou contratar um novo sistema de controle de estoque para o Almoxarifado da Saúde e dispensação de medicamentos;	CDTI-DACT	
<b>Ação Nº 7</b> - Garantir pela Secretaria Municipal de Recursos Humanos a contratação de profissionais Farmacêuticos aprovados no concurso público para as farmácias do município;	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 8</b> - Garantir pela Secretaria Municipal de Recursos Humanos a contratação de Agentes de Apoio à Saúde - Farmácia profissionais aprovados no concurso público, a fim de garantir abertura das farmácias durante todo período de funcionamento das Unidades;	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 9</b> - Garantir as reuniões das equipes das farmácias em relação à Assistência Farmacêutica (AF) a nível Distrital, visando qualificar e planejar as ações da AF no SUS Campinas.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 10</b> - Fazer ações de educação em saúde para promoção do uso racional de medicamentos.	DS	Não Iniciada

## Observações

### Meta 2.1.4

2.1.4. Reduzir as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em 0,2 pontos percentuais ao ano nos próximos quatro anos, chegando a 19,62% em 2025

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.4

2.1.4. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	23,62	24,70	23,36	22,57	22,05	21,15	17,73	17,31	24,78	23,55	22,12	19,62

Fonte: SIA/SIH SUS

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>21,64%</b>	<p><b>Método de Cálculo:</b></p> <p><b>Numerador:</b> Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período dividido por Denominador: Total de internações clínicas, em determinado local e período multiplicado por 100.</p> <p><b>Fonte:</b> DATASUS/SIH RDSP 2201 a 2403. DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC.</p> <p>Total de internações por causas sensíveis a AB = 1.298</p> <p>Total de internações clínicas = 5.999</p>

		<p>O percentual atingido no primeiro quadrimestre de 2025 foi de 21,64%, demonstrando importante melhora em relação ao indicador avaliado no mesmo quadrimestre do ano anterior (22,37%).</p> <p>Sobre os três maiores valores absolutos de internações, tem-se: a Infecção Trato Urinário (249 internações), a Insuficiência Cardíaca Congestiva (182 internações) e a Infecção pele e tecido subcutâneo (144 internações), quando analisadas separadamente.</p> <p>Houve uma redução significativa nas internações por bronquite em comparação com o mesmo quadrimestre do ano anterior, passando de 290 para 128 internações, uma queda de 55,86%. As pneumonias bacterianas, também apresentaram queda de 127 para 74 internações (↓41,73%). E em asma houve queda de 139 para 131 internações (↓5,76%).</p> <p>Ao somarmos pneumonias, asma e bronquites, as doenças respiratórias seguem em primeiro lugar com 333 internações, contudo com melhora significativa em relação ao mesmo quadrimestre do ano anterior, diminuição de 556 para 333 para internações (↓40,11%). Isto é evidenciado pela qualificação da linha de cuidado das doenças respiratórias, bem como a intensificação das ações de vacinação em todo ciclo vital.</p> <p>A ITU (Infecção do Trato Urinário) é apresentada como primeira causa de internação por condições sensíveis à APS, que corresponde a 4,15 % do total de internações, entretanto com melhora em relação ao mesmo quadrimestre do ano anterior, 326 para 249 internações (↓23,62%).</p> <p>A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é apresentada como segunda causa de internação representando 3,03% (182 internações) do total de internações. Entretanto, observa-se diminuição de 315 para 182 internações (↓42,22%) em relação ao mesmo quadrimestre avaliado do ano anterior.</p> <p>Vale ressaltar que, houve diminuição de internações por Diabetes mellitus de 107 para 64 (↓40,19%), em relação ao mesmo período avaliado no ano anterior, um importante avanço resultante do intenso trabalho das equipes de saúde no cuidado a esta condição crônica. As internações por deficiências nutricionais e anemia vem sofrendo queda nos últimos quadrimestres avaliados, isto evidencia a importância do trabalho intersectorial ampliando o conceito de saúde proposto pela OMS.</p> <p>Destaca-se que, houve redução significativa no total de internação de 8.551 para 5.999 (↓2.552 internações) que corresponde redução de 29,84% em relação ao mesmo quadrimestre avaliado no ano anterior. Isto evidencia que, a ampliação do acesso, com aberturas de novas unidades de saúde, juntamente com a recomposição e ampliação das eSF, eSB e eMulti, com reorganização dos processos de trabalho nas unidades de saúde e qualificação das linhas de cuidado, permitiram o fortalecimento da atuação da AB como norteadora do cuidado na rede de atenção à saúde.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Ampliar o registro completo de cadastros em todas as unidades de saúde para aumentar a identificação de usuários com condições crônicas, com priorização de pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade social.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Organizar os processos de trabalho da ESF em consonância com as necessidades de saúde da população adstrita pautados nos documentos orientadores da SMS.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Fortalecer o uso do e-SUS APS, concomitante com o uso do portal dos crônicos para ampliar classificação de risco cardiovascular dos usuários da rede de atenção.	DS	Realizada

<b>Ação Nº 4</b> - Monitorar de forma contínua os cuidados prestados aos usuários com condições crônicas em todos os pontos de atenção da rede de saúde, por meio dos sistemas de informações (e-SUS APS, Portal dos Crônicos)	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Manter ampliação das PICS em todas as unidades de saúde.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Qualificar linhas de cuidados das principais causas de internações na APS.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 7</b> - Qualificar processos regulatórios de acesso em conjunto com DERAC, garantindo acesso em tempo oportuno na média e alta complexidade.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 8</b> - Articular os diversos pontos de atenção das Linhas do Cuidado, visando à integralidade da assistência	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 9</b> - Estimular a Educação Permanente em Saúde através de ações conjuntas com o Departamento de Educação em Saúde (DEPS) e Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), visando a instrumentalização das equipes de saúde para qualificação da assistência prestada à população.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 10</b> - Ampliar o uso da Saúde Digital no monitoramento e na assistência das CCNT e ICSAP.	DS	Realizada

## Observações

### Meta 2.1.5.

2.1.5. Realizar Matriciamento em Saúde Mental pelos Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, para todas os Centros de Saúde

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.5.

2.1.5. Ações de Matriciamento realizadas por Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS) com equipes de APS

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor				100%	100%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Área Técnica em Saúde Mental - Dep. Saúde - SMS

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>100%</b>	Realizado o matriciamento regular pelos serviços especializados em saúde mental para a atenção primária por 100% dos 14 CAPS, considerando diferentes modalidades e portes, do município.  Os matriciamentos presenciais seguem acontecendo, e se constituem como arranjo ordenador do cuidado. Alguns matriciamentos ocorrem na modalidade online (telematriciamento, incluindo teleconsultoria) em função da boa adaptação e vantajosidade do modelo em algumas situações. Mantida a totalidade de atividades grupais em serviços especializados e equipes multidisciplinares, bem como avaliações e atendimentos compartilhados entre CAPS e eMulti / eSF, inclusive através de visitas domiciliares, a partir da lógica do matriciamento. Efetivada a informatização dos 14 Caps do município com conseqüente fortalecimento do cuidado integrado e ampliação das perspectivas de efetividade do apoio matricial.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Desenvolver instrumentos de monitoramento dos casos de saúde mental acompanhados na APS, particularmente considerando as funções da eMulti.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Monitorar e estimular as ações de intervenção terapêutica realizadas pela Equipe de Saúde da Família. Cita-se, como exemplo, ações de seguimento clínico sistemáticas dos usuários inseridos em Serviço Residencial Terapêutico, realização de ações conjuntas com Centros de Convivência, atividades de grupo e oficinas, entre outros).	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Realizar uma ou mais ação formativa em Saúde Mental para Rede de Assistência em Saúde bianual	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Garantir a gestão compartilhada e a participação social, através de Conselhos Locais atuantes, em todos os serviços especializados em Saúde Mental.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Manter o matriciamento à Rede Assistencial como meta a ser atingida nos Planos de trabalho de serviços complementares na formação da Rede de Atenção Psicossocial do Município.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Ajustar e aperfeiçoar o novo indicador associado, implementado em 2023, a saber, "Efetividade do Matriciamento ofertado pelos Caps na APS", fornecendo assim novas métricas sobre o alcance deste dispositivo	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Informatizar os 14 Caps e 7 Centros de Convivência, avançando na integração das ações de cuidado integrado e em rede	DS	Realizada

### Observações

#### Meta 2.1.6.

2.1.6. Reduzir a Taxa de Mortalidade prematura em 2 pontos por 100.000 a cada ano a partir de 2022 até 2025

#### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.6

2.1.6. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	284,37	307,06	282,95	284,70	279,28	299,67	266,70	261,02	305,71	296,64	296,59	265,13

Fonte: SIM

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>76,98</b>	<p>Meta 2025 = 265,13</p> <p><b>Método de Cálculo:</b></p> <p>Numerador: <b>485 x 100 mil habitantes</b> (Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 28/04/2025, sujeitos à revisão.</p> <p><b>Denominador: 630.058</b> - Trabalho coordenado pela RIPSА. Realização: CGI Demográfico/RIPSА e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde. Dados básicos: IBGE.</p> <p><a href="ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/IBGE/POPSVS/">ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/IBGE/POPSVS/</a></p> <p>Tabela: Dados do primeiro quadrimestre (janeiro-abril) de 2025.</p>

<b>C00-C97</b>	<b>204</b>
<b>E10-E14</b>	<b>20</b>
<b>I00-I99</b>	<b>227</b>
<b>J30-J98</b>	<b>34</b>
<b>TOTAL</b>	<b>485</b>

De acordo com a apuração dos dados referentes aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril, colhidos no TABNET no dia 28/04/2025, houve 485 óbitos por CCNT (204 de C00 a C97, 20 de E10 a E14, 227 de I00 a I99 e 34 de J30 a J98 - vide tabela acima) na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo-se a **taxa de mortalidade prematura de 76,98 /100 mil habitantes** no quadrimestre apresentado.

Em comparação ao último quadrimestre do ano anterior, observa-se uma diminuição no número de óbitos das patologias crônicas:

- Verifica-se redução no número de óbitos por neoplasias, de 237 para 204 (33 óbitos evitados - ↓ 13,92 %).
- Verifica-se redução no número de óbitos por diabetes, de 30 para 20 (10 óbitos evitados - ↓33,33%).
- Verifica-se redução no número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, de 274 para 227 (47 óbitos evitados - ↓17,15%).
- Verifica-se redução no número de óbitos por doenças do aparelho respiratório, de 40 para 34 (06 óbito evitados - ↓15%).

O indicador do quadrimestre avaliado foi o melhor em relação ao primeiro quadrimestre dos anos 2023 (95,07), 2024 (89,25) com a taxa de mortalidade prematura de 76,98/ 100 mil habitantes, evidenciando a importância do cuidado às CCNT em toda rede de atenção à saúde.

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde por meio do aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família, amplia o acesso à saúde, possibilitando o rastreamento e acompanhamento de doenças crônicas nessa faixa etária. O município tem investido na promoção da saúde e prevenção de doenças para reduzir a mortalidade prematura, com campanhas contínuas sobre alimentação saudável, prática de atividade física e combate ao tabagismo, incentivo à vacinação e autocuidado, como por exemplo, Programa Passos para uma vida melhor, em fase de implantação em todo município. Há um impacto positivo na reorganização da linha de cuidado da DPOC e Asma no município, com a articulação de todos os pontos de atenção da rede. Em abril, foi realizada a capacitação em doenças respiratórias para as equipes de saúde da APS e AE, visando qualificação do cuidado à população. Os distritos, por meio dos NEPS (Núcleos de Educação Permanente em Saúde) e espaços institucionais, têm fomentado a importância do uso dos sistemas de informação para identificação dos usuários com CC, com priorização de pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade social. Houve uma capacitação municipal do e-SUS PEC no mês de março para todos os distritos. As ações intersetoriais com áreas como educação, assistência social, esporte, cultura, amplia possibilidade do cuidado integral, entendendo saúde para além da ausência de doenças, fomentando a busca da qualidade de vida de toda população. A participação social dos diferentes conselhos e da sociedade civil (conselhos de saúde, conselho do idoso, conselho da juventude) tem mobilizado as comunidades locais no apoio e participação a campanhas e ações desenvolvidas no território.

2RDQA25

3RDQA25

RAG 25		
--------	--	--

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Ampliar o registro completo de cadastros em todas as unidades de saúde para aumentar a identificação de usuários com condições crônicas, com priorização de pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade social	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Fortalecer o uso do e-SUS APS, concomitante com o uso do Portal dos Crônicos para ampliar classificação de risco cardiovascular dos usuários da rede de atenção, como foco no monitoramento.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Manter a realização de campanhas sobre a importância de hábitos de vida saudável e seus impactos na saúde por meio de ações intersetoriais e mídias sociais.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Estimular o uso de espaços públicos e áreas esportivas para a prática de atividades físicas	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Expandir as iniciativas de promoção e prevenção em todas as unidades de saúde, com foco em atividades físicas, alimentação saudável, autocuidado e saúde bucal.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Realizar o segundo ciclo do projeto intersecretarias - Cites Changing Diabetes - "Passos para uma Vida Melhor", com diversas ações intersetoriais voltadas à promoção à saúde com foco na qualidade de vida com ofertas de PICS à população.	DS DEPS	Realizada
<b>Ação Nº 7</b> - Assegurar atendimento odontológico para pacientes com condições crônicas não transmissíveis e integrar cuidados bucais às iniciativas de promoção e prevenção em saúde voltadas para esse grupo	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 8</b> - Em colaboração com o Departamento de Educação em Saúde (DEPS), estabelecer Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) nos distritos de saúde, fortalecendo os já existentes, visando a instrumentalização das equipes de saúde para qualificação da assistência prestada à população	DS/D EPS	Realizada
<b>Ação Nº 9</b> - Monitorar de forma contínua os cuidados prestados aos usuários com condições crônicas em todos os pontos de atenção da rede de saúde.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 10</b> - Promover o rastreamento para a detecção precoce dos tipos de câncer mais comuns na população masculina e feminina	DS	Realizada
<b>Ação Nº 11</b> - Revisar a linha de cuidado para pessoas com câncer, garantindo que a oferta de serviços atenda à demanda de forma universal, integral e equitativa.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 12</b> - Ampliar ações que fortaleçam o rastreamento, monitoramento e acompanhamento dos grupos de risco, como por exemplo, o uso de tecnologias de informática, tais como o teleatendimento e a teleconsulta	DS	Realizada
<b>Ação Nº 13</b> - Expandir o número de unidades credenciadas para ajudar no combate ao tabagismo, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).	DS	Realizada
<b>Ação Nº 14</b> - Fortalecer a ampliação de PICS nas unidades de saúde	DS	Realizada
<b>Ação Nº 15</b> - Estimular a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com estratégias que facilitem o acesso e acolhimento desse público, visando mudanças positivas nos hábitos de vida, comportamento e autocuidado, considerando a maior taxa de mortalidade precoce por condições crônicas em homens comparada às mulheres.	DS	Iniciada

### Observações

#### Meta 2.1.7.

2.1.7. Reduzir os óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio em 1% ao ano, para chegar em 11.87% em 2025

#### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.7

2.1.7. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Valor	13,76	15,63	13,01	11,50	13,09	9,58	12,20	12,63	12,01	9,90	10,43	11,87
-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	-------	-------	------	-------	-------

Fonte: SIM

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	12,06	<p><b>Fonte:</b> DATASUS/SIH RDSP2201 a 2503.DBC Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC.</p> <p><b>Primeiramente os dados referem-se até a competência março de 2025, podendo acontecer alterações quando atualizados.</b></p> <p>Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.</p> <p>Em relação aos óbitos por IAM, houve uma piora em relação ao mesmo período de 2024 (11,50), estando aquém da meta esperada para o ano (11,87). Trata-se de um indicador de qualidade da atenção hospitalar, e, ainda que tenha atingido as metas nos anos anteriores, houve piora em 2024 em relação a 2023.</p> <p><b>Recomendações para melhora do indicador:</b></p> <p>Intensificar o protocolo de trombólise no SAMU.</p> <p>Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP.</p> <p>Fortalecer a linha de cuidado do IAM em todos os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Reavaliar protocolos de assistência junto a área hospitalar.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.	DS	Realizada

### Observações

#### Meta 2.1.8.

2.1.8. Aumentar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em 3 pontos percentuais a cada ano cobertura para atingir 0,43 ao final dos quatro anos

#### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.8.

2.1.8. Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	0,44	0,18	0,34	0,27	0,44	0,23	0,13	0,25	0,29	0,28	0,28	0,43

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações																																	
1RDQA25	<b>0,09</b>	<p>Este é um indicador de avaliação anual.</p> <p>No primeiro quadrimestre de 2025 foram realizados 10.570 exames. Houve um aumento de 3.401 exames realizados em relação aos dados apresentados no mesmo período de 2024 (7169).</p> <p>Obs. A base de dados apresentada neste momento se refere até março/25 e será ajustada no próximo RDQA.</p> <p>Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>1º Quadrimestre 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td>10.570</td> </tr> <tr> <td>2090236 Fundação Pio XII Barretos</td> <td></td> <td>9.401</td> </tr> <tr> <td>2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas</td> <td></td> <td>931</td> </tr> <tr> <td>2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro</td> <td></td> <td>232</td> </tr> <tr> <td>2069601 Fundação Oncocentro De São Paulo</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2022621 Maternidade de Campinas</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Demografia: Estimativas populacionais IBGE</td> <td>348.292</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicador</td> <td></td> <td>0,091</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: DATASUS/SIA PASP 2201 a 2503.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC.</p>	Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária					1º Quadrimestre 2025	Total		10.570	2090236 Fundação Pio XII Barretos		9.401	2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas		931	2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro		232	2069601 Fundação Oncocentro De São Paulo		0	2022621 Maternidade de Campinas		1	Outros		5	Demografia: Estimativas populacionais IBGE	348.292		Indicador		0,091
Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária																																			
		1º Quadrimestre 2025																																	
Total		10.570																																	
2090236 Fundação Pio XII Barretos		9.401																																	
2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas		931																																	
2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro		232																																	
2069601 Fundação Oncocentro De São Paulo		0																																	
2022621 Maternidade de Campinas		1																																	
Outros		5																																	
Demografia: Estimativas populacionais IBGE	348.292																																		
Indicador		0,091																																	
2RDQA25																																			
3RDQA25																																			
RAG 25																																			

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Apoiar estratégias para ampliação do acesso à coleta de Papanicolau através de programa de rastreamento organizado.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Realizar capacitação/educação continuada para médicos da saúde da família e equipe de enfermagem para aumentar a coleta qualificada das citologias oncológicas.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Implementar ações que fortaleçam o rastreamento organizado em parceria e Fundação Pio XII / Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Incentivar os mutirões de coleta da Papanicolau nas Unidades Básicas.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Implementar estratégias de captação de mulheres para realização do exame.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 6</b> - Analisar estratégias para gestão da população alvo efetivando a busca ativa para realização do rastreamento organizado.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Criar um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o aprazamento e detectar as faltas.	DS	Cancelada

<b>Ação Nº 8</b> - Implementar o acesso fácil ao usuário de modo a facilitar a coleta de citologia oncológica de colo uterino.	DS	Realizada
--	----	-----------

## Observações

### Meta 2.1.10.

2.1.10. Aumentar em 3 pontos percentuais ao ano a cobertura de exames de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos, para atingir 0,37 ao final dos quatro anos

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.10.

2.1.10. Razão de exames de mamografia de rastreamento – mulheres de 40 a 69 anos

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	0,19	0,25	0,09	0,16	0,22	0,23	0,21	0,37

Fonte: SIA/SUS

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações																														
1RDQA25	<b>0,05</b>	<p>Nota: Indicador de avaliação anual.</p> <p>Foram realizados <b>5475</b> exames de mamografia de rastreamento na faixa etária entre 40 e 69 anos. Houve um decréscimo de 302 exames realizados em relação aos dados apresentados no mesmo período de 2024 (5.777).</p> <p>Obs. A base de dados apresentada neste momento se refere até março/25 e será ajustada no próximo RDQA.</p> <table border="1" style="margin-top: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>1º Quadrimestre 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Total</td> <td>5.475</td> </tr> <tr> <td>9462023</td> <td>Hospital de Amor Campinas</td> <td>4.246</td> </tr> <tr> <td>2082128</td> <td>Hospital e Maternidade Celso Pierro</td> <td>1.068</td> </tr> <tr> <td>7669496</td> <td>DMF Radiologia</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2023474</td> <td>Hospital Municipal Walter Ferrari</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2079798</td> <td>Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>404853</td> <td>AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Outros</td> <td>78</td> </tr> </tbody> </table>	Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos					1º Quadrimestre 2025	Total		5.475	9462023	Hospital de Amor Campinas	4.246	2082128	Hospital e Maternidade Celso Pierro	1.068	7669496	DMF Radiologia	12	2023474	Hospital Municipal Walter Ferrari	4	2079798	Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas	67	404853	AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas	0	Outros		78
Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos																																
		1º Quadrimestre 2025																														
Total		5.475																														
9462023	Hospital de Amor Campinas	4.246																														
2082128	Hospital e Maternidade Celso Pierro	1.068																														
7669496	DMF Radiologia	12																														
2023474	Hospital Municipal Walter Ferrari	4																														
2079798	Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas	67																														
404853	AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas	0																														
Outros		78																														

		Demografia: Estimativas populacionais IBGE	239.878	
		Indicador		0,046
Fonte: DATASUS/SIA PASP 2201 a 2403.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC.				
2RDQA25				
3RDQA25				
RAG 25				

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Manter as mamografias de rastreamento de demanda espontânea a partir dos 40 anos; conforme protocolo municipal.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Avaliar sistematicamente a necessidade x demanda de exames de mamografia.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Implementar ações que fortaleçam o rastreamento organizado em parceria com a Policlínica 3 e Fundação Pio XII - Hospital de Barretos Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Analisar estratégias para gestão da população alvo efetivando a busca ativa para realização do rastreamento organizado.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Criar um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o apazamento e detectar as faltas.	DS	Cancelada
<b>Ação Nº 6</b> - Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Implementar o acesso fácil ao usuário de modo a facilitar a solicitação do exame de mamografia de rastreamento.	DS	Realizada

### Observações

#### Meta 2.1.9.

2.1.9. Aumentar em 3 pontos percentuais ao ano a cobertura de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, para atingir 0,37 ao final dos quatro anos

#### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.9

2.1.9. Razão de exames de mamografia de rastreamento – mulheres de 50 a 69 anos

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	0,22	0,22	0,30	0,32	0,19	0,26	0,09	0,17	0,25	0,26	0,22	0,37

Fonte: SIA/SUS

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>0,05</b>	Este é um indicador de avaliação anual.

	<p>No primeiro quadrimestre de 2025 foram realizados 3.482 exames de mamografia de rastreamento na faixa etária entre 50 e 69 anos. Houve um decréscimo de 249 exames realizados em relação aos dados apresentados no mesmo período de 2024 (3.731).</p> <p>Obs. A base de dados apresentada neste momento se refere até março/25 e será ajustada no próximo RDQA.</p>																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>1º Quadrimestre 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td>3482</td> </tr> <tr> <td>9462023 Hospital de Amor Campinas</td> <td></td> <td>2619</td> </tr> <tr> <td>2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro</td> <td></td> <td>752</td> </tr> <tr> <td>7669496 DMF Radiologia</td> <td></td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas</td> <td></td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td></td> <td>47</td> </tr> <tr> <td>Demografia: Estimativas populacionais IBGE</td> <td>144.663</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicador</td> <td></td> <td>0,048</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: DATASUS/SIA PASP 2201 a 2503.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC.</p>	Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos					1º Quadrimestre 2025	Total		3482	9462023 Hospital de Amor Campinas		2619	2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro		752	7669496 DMF Radiologia		10	2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari		3	2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas		51	404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas		0	Outros		47	Demografia: Estimativas populacionais IBGE	144.663		Indicador		0,048
Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos																																					
		1º Quadrimestre 2025																																			
Total		3482																																			
9462023 Hospital de Amor Campinas		2619																																			
2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro		752																																			
7669496 DMF Radiologia		10																																			
2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari		3																																			
2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas		51																																			
404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas		0																																			
Outros		47																																			
Demografia: Estimativas populacionais IBGE	144.663																																				
Indicador		0,048																																			
2RDQA25																																					
3RDQA25																																					
RAG 25																																					

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Manter as mamografias de rastreamento de demanda espontânea a partir dos 50 anos, conforme protocolo.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Implementar ações que fortaleçam o rastreamento organizado em parceria com a Policlínica 3 e Fundação Pio XII - Hospital de Barretos Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Avaliar sistematicamente a necessidade x demanda de exames de mamografia.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Analisar estratégias para gestão da população alvo efetivando a busca ativa para realização do rastreamento organizado.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Criar um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o apazamento e detectar as faltas.	DS	Cancelada
<b>Ação Nº 6</b> - Agilizar as consultas de retorno dos resultados dos exames alterados	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> – Implementar o acesso fácil ao usuário de modo a facilitar a solicitação do exame de mamografia de rastreamento	DS	Realizada

## Observações

### Meta 2.1.11.

2.1.11. Manter em, no mínimo, 80% os nascidos vivos com sete ou mais consultas durante os quatro anos da vigência do PMS

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.11.

2.1.11. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	79%	80%	80%	82%	80%	81%	80%	84,45%	81,64%	82,39%	82,84%	80%

Fonte: TABNET

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações																																								
1RDQA25	<b>80,72%</b>	<p>A meta neste quadrimestre foi atingida avaliando esse indicador no âmbito geral. Quando analisamos separadamente SUS e convênio verificamos que no SUS não alcançamos a meta, atingindo 78,5%</p> <p>A diferença observada (<b>68</b>) entre o número de nascidos vivos apresentado na coluna <b>Total (3236)</b> e o número de nascidos vivos de mulheres residentes em Campinas por <b>SUS e convênio (3168)</b> se deve ao fato dos 68 partos ocorridos fora de Campinas não terem dados sobre o número de consultas realizadas por categoria de convênio.</p> <table border="1"><thead><tr><th colspan="4">Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos</th></tr><tr><th colspan="4">Jan-abril/2025</th></tr><tr><th>Nº de consultas de pré-natal</th><th>SUS</th><th>Convênio</th><th>Total</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nenhuma</td><td>22</td><td>7</td><td>30</td></tr><tr><td>1-3 consultas</td><td>90</td><td>20</td><td>112</td></tr><tr><td>4-6 consultas</td><td>243</td><td>186</td><td>433</td></tr><tr><td>7e+ consultas</td><td>1457</td><td>1095</td><td>2612</td></tr><tr><td>Ignorado+não informado</td><td>44</td><td>4</td><td>49</td></tr><tr><td><b>Total</b></td><td><b>1856</b></td><td><b>1312</b></td><td><b>3236</b></td></tr><tr><td><b>Perc. 7e+ consultas</b></td><td><b>78,50%</b></td><td><b>83,46%</b></td><td><b>80,72%</b></td></tr></tbody></table> <p><b>Fonte:</b> SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 23/04/2025, sujeitos à revisão.</p>	Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos				Jan-abril/2025				Nº de consultas de pré-natal	SUS	Convênio	Total	Nenhuma	22	7	30	1-3 consultas	90	20	112	4-6 consultas	243	186	433	7e+ consultas	1457	1095	2612	Ignorado+não informado	44	4	49	<b>Total</b>	<b>1856</b>	<b>1312</b>	<b>3236</b>	<b>Perc. 7e+ consultas</b>	<b>78,50%</b>	<b>83,46%</b>	<b>80,72%</b>
Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos																																										
Jan-abril/2025																																										
Nº de consultas de pré-natal	SUS	Convênio	Total																																							
Nenhuma	22	7	30																																							
1-3 consultas	90	20	112																																							
4-6 consultas	243	186	433																																							
7e+ consultas	1457	1095	2612																																							
Ignorado+não informado	44	4	49																																							
<b>Total</b>	<b>1856</b>	<b>1312</b>	<b>3236</b>																																							
<b>Perc. 7e+ consultas</b>	<b>78,50%</b>	<b>83,46%</b>	<b>80,72%</b>																																							
2RDQA25																																										

3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Fortalecer as ações de qualificação na Linha do Cuidado binômio mãe-filho.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Realizar capacitação / educação continuada e atualizações constantes quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis, e no manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Fortalecer as Equipes de Saúde da Família com o apoio do ginecologista da eMulti para matriciamento, educação continuada e atendimento compartilhado de casos, bem como o profissional especialista atender os casos que necessitam.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Monitorar a rotina de consultas, retornos, exames, vacinas no Pré-natal, estimulando início no 1º trimestre, intensificando busca ativa de faltosas.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Realizar capacitações / educação continuada e atualizações constantes das equipes de saúde, com apoio da eMulti, em pré-natal de baixo e alto risco, sistematizando a linha do cuidado da gestante.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 6</b> - Estruturar uma sala de situação por distrito, voltada para a linha de cuidado materno infantil, com objetivo de rever processos de trabalho, acesso, controle de faltosos, sensibilização, tratamento, educação continuada	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Realizar visitas domiciliares semanais pelos ACS, às gestantes e ao binômio, a partir da 36ª semana de gestação até a 2ª semana de vida do RN.	DS	Iniciada

### Observações

#### Meta 2.1.12.

2.1.12. Reduzir em 1 ponto percentual a cada ano a proporção de gravidez na adolescência para atingir 7% ao final dos quatro anos

#### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.12.

2.1.12. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	13,51%	12,17%	11,75 %	9,95%	8,97%	8,72%	7,96%	7,66%	6,82%	6,89%	6,80%	7,00%

Fonte: TABNET

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>7,17%</b>	<p>No primeiro quadrimestre de 2025, o indicador apresentou um discreto aumento em comparação com o mesmo período de 2024, não atingindo a meta estipulada para o ano. Contudo, a interpretação isolada do indicador pode levar a conclusões imprecisas, sendo necessária uma análise contextualizada dos dados.</p> <p>Em termos absolutos, observou-se uma redução de 20 partos em adolescentes de 10 a 19 anos. Entretanto, essa melhora foi relativizada pela expressiva diminuição do número total de nascidos</p>

	<p>vivos no mesmo período, 422 partos a menos em relação ao primeiro quadrimestre de 2024, o que influenciou negativamente o desempenho proporcional do indicador.</p> <p>Diante desse cenário, o município mantém como prioridade a prevenção da gravidez na adolescência, com foco em educação em saúde e na ampliação do acesso a métodos contraceptivos reversíveis de longa duração. Ressalta-se a atualização do protocolo municipal, que passou a incluir todas as adolescentes como elegíveis ao uso do implante subdérmico de etonogestrel, e ao uso do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, e parceira com a FEAC com o projeto Juventudes em rede, reforçando a estratégia de enfrentamento ao problema.</p> <table border="1" data-bbox="491 432 1402 779"> <thead> <tr> <th>Faixa etária da Mãe</th> <th>1º Quadrimestre/2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 a 14 anos</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>15 a 19 anos</td> <td>220</td> </tr> <tr> <td>20 a 34 anos</td> <td>2231</td> </tr> <tr> <td>&gt; 35 anos</td> <td>773</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>3236</b></td> </tr> <tr> <td>Total 10 a 19 anos</td> <td>232</td> </tr> <tr> <td><b>% Adolescentes</b></td> <td><b>7,17%</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Fonte:</b> SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 23/04/2025, sujeitos à revisão.</p>	Faixa etária da Mãe	1º Quadrimestre/2025	10 a 14 anos	12	15 a 19 anos	220	20 a 34 anos	2231	> 35 anos	773	<b>Total</b>	<b>3236</b>	Total 10 a 19 anos	232	<b>% Adolescentes</b>	<b>7,17%</b>
Faixa etária da Mãe	1º Quadrimestre/2025																
10 a 14 anos	12																
15 a 19 anos	220																
20 a 34 anos	2231																
> 35 anos	773																
<b>Total</b>	<b>3236</b>																
Total 10 a 19 anos	232																
<b>% Adolescentes</b>	<b>7,17%</b>																
2RDQA25																	
3RDQA25																	
RAG 25																	

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
Ação Nº 1 - Reduzir em 0,1 ponto percentual a cada ano a proporção de gravidez na adolescência para atingir 7% ao final dos quatro anos.	DS	Iniciada
Ação Nº 2 - Fortalecer a conscientização dos profissionais dos serviços de saúde com o objetivo de oferecer alternativas de contracepção de maior adesão por parte das adolescentes como métodos reversíveis de longa duração para faixas etárias mais jovens.	DS	Iniciada
Ação Nº 3 - Promover a intersetorialidade / PSE, a fim de realizar ações de educação em saúde, de promoção e prevenção de gravidez com o olhar ampliado na saúde do adolescente	DS	Iniciada
Ação Nº 4 - Incentivar estratégias de aproximação com essa população com ações extramuros.	DS	Iniciada
Ação Nº 5 - Fomentar ações de EP para os profissionais dos Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica.	DS	Iniciada
Ação Nº 6 - Fomentar ações intersetoriais durante a semana nacional de prevenção à gestação na adolescência.	DS	Iniciada

### Observações

#### Meta 2.1.13.

2.1.13. No mínimo 25% dos recém-nascidos devem ser atendidos na primeira semana de vida até o final 2022. Aumentar em 5 pontos percentuais a cada ano, chegando em 40% de acompanhamento ao final de 2025

#### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.13.

2.1.13. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor					20%	19%	6%	11%	14%	12%	19%	40%

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações																																
1RDQA25	26,70%	<p><b>Indicador: 864 nascidos vivos atendidos de 0 a 7 dias de vida / 3236 nascidos vivos = 26,70%.</b></p> <p>Em relação aos atendimentos referentes aos usuários do SUS, dentro da primeira semana de vida:</p> <p>Numerador: 864. Fonte: e-SUS APS, referente aos atendimentos do 1º ao 7º dia de vida nas UBS por profissionais médicos e não médicos. São atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde, não sendo incluídos usuários que utilizam convênios médicos particulares.</p> <p>Denominador: 1855. Número de nascidos vivos SUS: 1856, um (1) com Distrito de Saúde ignorado. Fonte: SINASC - Coordenadoria Departamental de Tecnologia da Informação - SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE) DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 23/04/2025, sujeitos à revisão.</p> <p>Em relação ao primeiro quadrimestre de 2024 (635), houve um aumento de 229 atendimentos durante a primeira semana de vida nas Unidades Básicas de Saúde, correspondendo a um aumento de 36,06%.</p> <table border="1" data-bbox="411 1115 1484 1662"> <thead> <tr> <th>DISTRITO DE SAÚDE</th> <th>NASCIDOS VIVOS SUS</th> <th>N. ATENDIMENTOS SUS 0-7 DIAS DE VIDA</th> <th>% ATEND. SUS 0-7 DIAS DE VIDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Norte</td> <td>264</td> <td>124</td> <td>46,97%</td> </tr> <tr> <td>Sul</td> <td>451</td> <td>259</td> <td>57,43%</td> </tr> <tr> <td>Leste</td> <td>154</td> <td>89</td> <td>57,79%</td> </tr> <tr> <td>Noroeste</td> <td>390</td> <td>229</td> <td>58,72%</td> </tr> <tr> <td>Sudoeste</td> <td>367</td> <td>104</td> <td>28,34%</td> </tr> <tr> <td>Suleste</td> <td>229</td> <td>59</td> <td>25,76%</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>1.855</b></td> <td><b>864</b></td> <td><b>46,58%</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>O atendimento ao binômio mãe-bebê tem sido priorizado em tratativas com os apoiadores distritais e coordenadores locais, facilitando ações de articulação para os atendimentos em tempo oportuno pelas Equipes de Saúde da Família.</p> <p><b>Fazendo um recorte através de dados do Tabnet - nascidos vivos 1o. quadrimestre 2025 pelo SUS, Sistema Único de Saúde (1856), a porcentagem de atendimentos na primeira semana foi de 46,58%.</b></p> <p>A partir dos dados acima:</p>	DISTRITO DE SAÚDE	NASCIDOS VIVOS SUS	N. ATENDIMENTOS SUS 0-7 DIAS DE VIDA	% ATEND. SUS 0-7 DIAS DE VIDA	Norte	264	124	46,97%	Sul	451	259	57,43%	Leste	154	89	57,79%	Noroeste	390	229	58,72%	Sudoeste	367	104	28,34%	Suleste	229	59	25,76%	<b>TOTAL</b>	<b>1.855</b>	<b>864</b>	<b>46,58%</b>
DISTRITO DE SAÚDE	NASCIDOS VIVOS SUS	N. ATENDIMENTOS SUS 0-7 DIAS DE VIDA	% ATEND. SUS 0-7 DIAS DE VIDA																															
Norte	264	124	46,97%																															
Sul	451	259	57,43%																															
Leste	154	89	57,79%																															
Noroeste	390	229	58,72%																															
Sudoeste	367	104	28,34%																															
Suleste	229	59	25,76%																															
<b>TOTAL</b>	<b>1.855</b>	<b>864</b>	<b>46,58%</b>																															

		<p>Os dados extraídos do e-SUS APS serão apresentados aos Distritos de Saúde, com o levantamento da quantidade de atendimento por Unidade Básica de Saúde, no intuito de avaliação e atuação nos processos de trabalho de Unidades Básicas que não estão conseguindo realizar o atendimento ao binômio na primeira semana de vida. Essas ações estão sendo realizadas a cada avaliação do indicador, mostrando-se eficaz em fomentar o valor do indicador para as equipes de saúde.</p> <p>Articulação de experiências exitosas de Unidades Básicas de Saúde com porcentagem de mais de 50% de atendimento do binômio mãe-bebê, nascidos no SUS, na primeira semana de vida (34 UBS nesse período, sendo 7 UBS com 100% dos RN SUS atendidos na primeira semana de vida).</p> <p>Carlos Gomes, Costa e Silva, Conceição (100%), São Quirino, Campina Grande (100%), Integração, Bassoli, Florence, Lisa, Floresta, Pedro de Aquino, Perseu, Santa Rosa, Satélite Íris I, Sirius Cosmos, Vicente Pisani Neto, Cassio Raposo, Aurélia, Eulina, São Marcos (100%), Rosália (100%), Village (100%), Dic VI, Aeroporto, Campo Belo, Carvalho de Moura (100%), Fernanda, Nova América, San Diego, São Domingos, São José, Vila Rica, Joaquim Egídio (100%), Santa Odila.</p> <p>Orientação às equipes em buscar ativamente os recém-nascidos identificados no território pela Equipe de Saúde da Família na Atenção Básica, a fim de garantir a vinculação, dentro da Linha do Cuidado Materno Infantil. Garantir a capacitação e atualização dos profissionais das ESF na Atenção Básica, para melhorar a qualidade dessas ações e a adequada alimentação do sistema de informação da Atenção Básica. Intensificar as ações dos Agentes Comunitários de Saúde nesta ação.</p> <p>Capacitar de forma frequente as equipes para o atendimento ao binômio mãe-bebê através da plataforma Saúde Digital Campinas.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Garantir a capacitação e atualização dos profissionais das eSF na Atenção Básica, visando a garantia do acesso de puérperas e RN até o 7º dia de vida (significar para a equipe a importância do indicador).	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Estimular a discussão a respeito dos resultados do indicador em espaços coletivos (reuniões de equipe, reuniões gerais, reuniões distritais).	DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Monitorar a alimentação dos atendimentos até 7º dia de vida do RN no e-SUS.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Monitorar a qualidade dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento dos recém-nascidos e à evolução de resultados, da contratualização de metas, com definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Orientar, incentivar e monitorar a busca ativa de recém-nascidos identificados pela Equipe de Saúde da Família na Atenção Primária, a fim de garantir vinculação, dentro da Linha do Cuidado Materno Infantil.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 6</b> - Apresentar, orientar e incentivar a equipe ao uso da plataforma digital para atendimentos do binômio em áreas em que o acesso à UBS é difícil, usuárias com dificuldades físicas, familiares ou financeiras para o atendimento presencial, previamente já identificadas pela equipe do UBS, ou identificadas através de ligação telefônica ou visita do agente comunitário de saúde.	DS	Iniciada

**Meta 2.1.14.**

2.1.14. Aumentar os partos vaginais em 0,5 ponto percentual a cada ano para atingir 40% ao final dos quatro anos

**Indicador para o Alcance da Meta 2.1.14.**

2.1.14. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar

**Série Histórica e Meta Planejada**

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	33,30%	35,80%	35,99%	37,06%	39,53%	39,88%	38,13%	38,76	37,99%	36,60%	34,40%	40,0%

Fonte: SINASC 02/2021

**Resultados, Análises e Considerações da Meta**

Doc	Resultado	Análise e Considerações																																				
1RDQA25	<b>35,45%</b>	<p>A meta estabelecida para o ano de 2025 ainda não foi alcançada neste primeiro quadrimestre, considerando o desempenho global do indicador no Município, sem distinção entre partos realizados pelo SUS e por convênios. No entanto, ao analisar exclusivamente os dados referentes ao SUS, observa-se que a meta foi superada. Esse resultado evidencia a necessidade de intensificação de estratégias voltadas à saúde suplementar, com foco na promoção e incentivo ao parto normal nesse segmento.</p> <p>A diferença observada entre o número de nascidos vivos (3168) apresentado e o número de nascidos vivos de mulheres residentes em Campinas (3236) se deve ao fato dos 68 partos ocorridos fora de Campinas não terem dados sobre o tipo de parto por categoria de convênio.</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="4">Percentual de nascidos vivos por tipo de parto Jan-Abril/2025</th> </tr> <tr> <th>Tipo de Parto</th> <th>SUS</th> <th>Convênio</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vaginal</td> <td>789</td> <td>334</td> <td>1123</td> </tr> <tr> <td>Cesariana</td> <td>1066</td> <td>978</td> <td>2044</td> </tr> <tr> <td>Não informado/ignorado</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>1856</b></td> <td><b>1312</b></td> <td><b>3168</b></td> </tr> <tr> <td><b>Percentual Parto Vaginal</b></td> <td><b>42,51%</b></td> <td><b>25,46%</b></td> <td><b>35,45%</b></td> </tr> <tr> <td>Percentual Parto Cesariana</td> <td>57,44%</td> <td>74,54%</td> <td>64,52%</td> </tr> <tr> <td>Percentual de partos por tipo de sistema de saúde</td> <td>58,59%</td> <td>41,41%</td> <td>100,00%</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Fonte:</b> SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 23/04/2025, sujeitos à revisão.</p>	Percentual de nascidos vivos por tipo de parto Jan-Abril/2025				Tipo de Parto	SUS	Convênio	Total	Vaginal	789	334	1123	Cesariana	1066	978	2044	Não informado/ignorado	1	0	1	<b>Total</b>	<b>1856</b>	<b>1312</b>	<b>3168</b>	<b>Percentual Parto Vaginal</b>	<b>42,51%</b>	<b>25,46%</b>	<b>35,45%</b>	Percentual Parto Cesariana	57,44%	74,54%	64,52%	Percentual de partos por tipo de sistema de saúde	58,59%	41,41%	100,00%
Percentual de nascidos vivos por tipo de parto Jan-Abril/2025																																						
Tipo de Parto	SUS	Convênio	Total																																			
Vaginal	789	334	1123																																			
Cesariana	1066	978	2044																																			
Não informado/ignorado	1	0	1																																			
<b>Total</b>	<b>1856</b>	<b>1312</b>	<b>3168</b>																																			
<b>Percentual Parto Vaginal</b>	<b>42,51%</b>	<b>25,46%</b>	<b>35,45%</b>																																			
Percentual Parto Cesariana	57,44%	74,54%	64,52%																																			
Percentual de partos por tipo de sistema de saúde	58,59%	41,41%	100,00%																																			
2RDQA25																																						
3RDQA25																																						
RAG 25																																						

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Fortalecer a realização de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal na REDE SUS Campinas	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Aumentar o conhecimento da gestante e de sua rede de apoio sobre a importância do parto normal e sobre os riscos de indicações desnecessárias de cesáreas, visando a um melhor atendimento do binômio mãe bebê.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Realizar um contínuo processo de discussões junto às equipes de obstetras das maternidades visando à melhoria deste indicador.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Manter a valoração de indicadores qualitativos visando ao aumento percentual de parto vaginal nas maternidades.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Buscar a capacitação e participação de enfermeiros e médicos da Saúde da Família no acompanhamento do pré-natal de baixo risco.	DS	Iniciada

## Observações

### Meta 2.1.15.

2.1.15. Manter a Taxa de Mortalidade Infantil abaixo de dois dígitos para os próximos 4 anos

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.15.

2.1.15. Taxa de Mortalidade Infantil

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Valor/ 1.000 NV</b>	8,13	8,03	9,04	8,88	9,10	7,54	8,01	9,22	10,12	8,91	10,04	9,99

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/DEVISA. Atualizados em **14/02/2024**, sujeitos à revisão.

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>8,03</b>	<p>Total de Nascidos vivos no período: 3236</p> <p>Total de Óbitos até 01 ano de vida: 26</p> <p>(Fonte: SIM/SINASC)</p> <p>Neste primeiro quadrimestre ocorreu diminuição na taxa de mortalidade infantil quando comparamos com o mesmo período do ano de 2024. Em número absoluto tivemos 8 óbitos a menos neste primeiro quadrimestre.</p> <p>Observou-se que do total de óbitos abaixo de 01 ano de idade, 18 ocorreram nos primeiros 28 dias de vida (12 nos primeiros 6 dias de vida e 6 óbitos entre 7 e 27 dias de vida), 4 apresentaram malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e 14 nasceram com peso menor de 1kg, destes 4 nasceram com peso até 500 gramas.</p>
2RDQA25		

3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Incentivar a promoção integral à saúde da Mulher, incluindo planejamento reprodutivo	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Incentivar ações em conjunto com comitês inter-secretarias de combate à violência contra a criança.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Incentivar ações em conjunto com comitês inter-secretarias de combate à violência sexual contra crianças e adolescentes.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Incentivar programas e ações das equipes para diminuição da gravidez na adolescência	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Garantir acesso oportuno ao atendimento das intercorrências do período gravídico, com reconhecimento adequado das situações de risco à saúde	DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Garantir acesso ao pré-natal de Alto Risco e recursos tecnológicos assistenciais para o binômio mãe/bebê em tempo oportuno, conforme necessidade	DS	Realizada
<b>Ação Nº 7</b> - Estimular o Aleitamento Materno e o acompanhamento precoce na Unidade Básica de Saúde (vinculando a uma Equipe de Saúde da Família). Fomentar parcerias com sociedade civil e demais secretarias para incentivo perene do tema Aleitamento Materno	DS	Realizada
<b>Ação Nº 8</b> - Parceria com o Plano de Governo Primeira Infância Campineira, na promoção de eventos e ações pertinentes ao incentivo ao Aleitamento Materno, prevenção de acidentes, entre outros.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 9</b> - Manter as investigações e análises dos óbitos no Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, atuando com ações assertivas em condutas consideradas inadequadas na condução de eventos durante o período gestacional, neonatal até 01 ano de vida da criança	DS DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 10</b> - Incentivar espaços para que os profissionais de saúde atuem efetivamente na investigação de casos de óbitos infantis e fetais em todas as Unidades de Saúde.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 11</b> - Manter todas as unidades de saúde com representação e participação assídua e efetiva nas reuniões dos Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal dos distritos.	DS DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 12</b> - Promover discussões periódicas a partir dos dados e avaliações sobre o tema, buscando a melhoria da assistência à saúde da mulher/criança e fomentando políticas públicas que impactem na mortalidade infantil.	DS DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 13</b> - Realização de discussões periódicas a respeito da mortalidade infantil, com identificação dos casos dos territórios e suas abordagens.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 14</b> - Fortalecer as ações de promoção ao Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável em todos os serviços, em especial nas Unidades Básicas de Saúde e Maternidades.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 15</b> - Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar e Saudável.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 16</b> - Fomentar estratégias, em todos os serviços, para prevenção, diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno, da Infecção do Trato Urinário (ITU), com monitoramento de cura das gestantes.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 17</b> – Ampliar o número de binômios mãe-bebê com atendimento na Atenção Primária entre o 3º e 7º dia de vida do recém-nascido, através de explanações periódicas para as equipes referente à importância epidemiológica do indicador. Incentivar o atendimento do binômio através da plataforma digital, em usuárias que, pelas mais diversas dificuldades, não conseguem acessar a UBS até o 7º dia de vida do RN	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 18</b> - Através das avaliações do Comitê de Morte Materna e Infantil e Fetal indicar ações educativas, assistenciais e de gestão capazes de melhorar a atenção à gestante, ao parto, puerpério e aos cuidados na primeira infância, bem como apoiar para ampliar as discussões intersecretoriais diretamente envolvidas com a mortalidade infantil.	DS	Realizada

### Observações

#### Meta 2.1.16.

2.1.16. Investigar 95% ou mais dos óbitos infantis e fetais nos próximos 4 anos.

## Indicador para o Alcance da Meta 2.1.16.

### 2.1.16. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	98%	100%	100%	99%	99,6%	100%	100%	100%	99,6%	88,04%	77,34%	95%

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas e Comitê de Mortalidade Materna /DEVISA. Dados atualizados em 14/02/2024, sujeitos à revisão.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	42,55	<p><b>Infantil:</b> 12/26 = 46,15%</p> <p><b>Fetal:</b> 8/21 = 38,10%</p> <p><b>Total:</b> 20/47 = <b>42,55%</b></p> <p>Óbitos infantis - 14 casos ainda estão no prazo para avaliação.</p> <p>Óbitos fetais – 13 óbitos ainda estão no prazo para avaliação.</p> <p>O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.</p> <p>A gestão distrital está participando ativamente das reuniões dos comitês locais. É importante estimular a participação dos representantes das UBS e demais serviços para que o processo de investigação-avaliação-ação seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias.</p> <p>Os casos discutidos no Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil são eventos sentinela para aprimoramento dos processos de trabalho dentro das Unidades Básicas de Saúde no consonante ao seguimento materno-infantil.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

#### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Incentivar a promoção integral à saúde da Mulher, incluindo planejamento reprodutivo	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Garantir acesso ao pré-natal de Alto Risco e recursos tecnológicos assistenciais para o binômio mãe/bebê em tempo oportuno, conforme necessidade	DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Estimular o Aleitamento Materno e o acompanhamento precoce na Unidade Básica de Saúde (vinculando a uma Equipe de Saúde da Família).	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Manter as investigações e análises dos Óbitos no Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, atuando com ações assertivas em condutas consideradas inadequadas na condução de eventos durante o período gestacional, neonatal até 01 ano de vida da criança.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Manter as avaliações dos processos e fluxos de trabalho junto aos profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 6</b> - Manter as capacitações para os profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos.	DS	Iniciada

<b>Ação Nº 7</b> - Reforçar a importância da participação da gestão distrital (apoio) nas reuniões do Comitê e com isto possibilitar correção oportuna das ações assistenciais em que houve falha.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 8</b> - Reforçar a participação regular dos representantes das UBSs e demais serviços para que o processo de investigação-avaliação-ação seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias. Que estes representantes possam gerar mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 9</b> - Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós investigação.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 10</b> - Manter todas as unidades de saúde com representação e participação assídua e efetiva nas reuniões dos Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal dos distritos	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 11</b> - Promover discussões periódicas a partir dos dados e avaliações sobre o tema, buscando a melhoria da assistência à saúde da mulher/criança e indicando políticas públicas que impactem na mortalidade infantil.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 12</b> - Fortalecer as ações de promoção ao Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável em todos os serviços, em especial nas Unidades Básicas de Saúde e Maternidades.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 13</b> - Fomentar estratégias para ampliar o número de binômios mãe-bebê com atendimento na Atenção Primária entre o 3º e 7º dia de vida do recém-nascido.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 14</b> - Através das avaliações do Comitê de Morte Materna e Infantil e Fetal indicar ações educativas, assistenciais e de gestão, capazes de melhorar a atenção à gestante, ao parto, puerpério e aos cuidados na primeira infância, bem como apoiar para ampliar as discussões intersectoriais diretamente envolvidas com a mortalidade infantil.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 15</b> - Capacitar os profissionais dos Centros de Saúde para a investigação dos óbitos, com a discussão dos casos sentinelas.	DEVISA	Realizada

## Observações

### Meta 2.1.17.

2.1.17. Manter a Mortalidade Materna em até 40 mortes/100.000 nascidos vivos em cada ano e que a média dos 4 anos não ultrapasse 35 mortes/ 100.000 nascidos vivos

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.17.

2.1.17. Razão da Mortalidade Materna

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	56,26	37,05	33,00	25,92	33,20	41,15	14,40	62,51	7,91	32,71	52,40	40,00

Fonte: SIM e SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/DEVISA. Atualizados em maio de 2021, sujeitos à revisão.

\* “Para fins de cálculo da razão de morte materna serão excluídos os casos de óbitos ocorridos após 42 (quarenta e dois) dias do término da gestação, mas todos devem ser investigados, inclusive para se certificar das datas dos eventos de interesse (término da gestação e data do óbito).” (Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno/2009).

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>92,71</b>	Numerador: 3 óbitos maternos / Denominador: 3.236 nascidos vivos. Fonte: SIM/SINASC.  RMM=92,71 por 100 mil NV

		Foram 3 óbitos, óbitos maternos até 42 dias do parto. Um caso teve a investigação encerrada e os outros 2 óbitos estão em processo de investigação, ainda no prazo de avaliação.  O óbito materno já avaliado foi classificado com morte materna direta evitável relacionada à assistência ao pré-natal (PN não realizado)
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Fortalecer o pré-natal de alto risco.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Capacitar eSF para acompanhamento de pré-natal de baixo risco.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Organizar o processo de trabalho visando à qualificação do pré-natal.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Utilizar eventos sentinela para qualificar as equipes de saúde no atendimento pré-natal e prevenir a ocorrência de outros eventos.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Participar do Comitê Regional de Vigilância a Morte Materna, Infantil e Fetal	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 6</b> - Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil e Fetal.	DS DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Desenvolver estratégias, em todos os serviços, para prevenção, diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno, da Infecção de Trato Urinário (ITU), com monitoramento de cura nas gestantes	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 8</b> - Garantir a imunização de mulheres durante a gestação, com o calendário preconizado nessa fase (Coqueluche, Influenza, COVID e outras).	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 9</b> - Proporcionar assistência qualificada no pré-natal e parto com garantia da oferta e realização de todos os exames e vacinas conforme protocolo e de leito de UTI adulto quando necessário.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 10</b> - Adequar oferta de pré-natal de alto risco e garantir leito de UTI adulto.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 11</b> - Articular a Rede Cegonha no Município de Campinas e os Comitês de Mortalidade Infantil e Materna	DS DEVISA DGDO	Iniciada
<b>Ação Nº 12</b> - Atender adequadamente às intercorrências na gravidez e pós-parto, em todos os serviços de saúde, dentro da linha de cuidado	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 13</b> - Qualificar os comitês de mortalidade para investigação dos casos	DS DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 14</b> - Incentivar a implementação de Políticas de Planejamento Familiar.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 15</b> - Incentivar a promoção à atenção a população vulnerável (adolescentes, usuárias de álcool e drogas, população em situação de rua).	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 16</b> - Realizar capacitações para os profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos.	DS DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 17</b> - Reforçar a importância da participação da gestão distrital (apoio) nas reuniões do Comitê e com isto possibilitar correção oportuna das ações assistenciais necessárias	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 18</b> - Reforçar a participação dos representantes das UBSs e demais serviços para que o processo de investigação, avaliação-ação seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 19</b> - Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós investigação	DS	Iniciada

### Observações

#### Meta 2.1.18.

2.1.18. Realizar investigação de 90% dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF).

## Indicador para o Alcance da Meta 2.1.18.

### 2.1.18. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	92%	90,6%	94,3%	79,34%	90%

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/DEVISA. Dados atualizados em 14/02/2024, sujeitos à revisão.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>44,30%</b>	<p>Numerador: 35 óbitos investigados / Denominador: 79 óbitos MIF. Fonte: SIM Web.</p> <p>Nenhum caso está com a avaliação atrasada e 44 casos estão dentro do prazo para avaliação de óbitos que é de até 120 dias a partir da data do óbito.</p> <p>A avaliação dos óbitos em mulher em idade fértil é muito importante, pois a partir dela identificamos óbitos maternos tardios (de 43 dias até 365 dias) que muitas vezes podem estar relacionados à assistência à mulher a gestação e, principalmente, puerpério das quais pode-se identificar processos e fluxos a serem modificados gerando ações em saúde. A avaliação do óbito em mulher em idade fértil também gera a correção dos dados epidemiológicos da mortalidade materna.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

#### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Manter e aprimorar o processo de investigação e avaliação dos comitês distritais	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Participar ativamente do Comitê Regional / DRS-7 de Vigilância de Morte Materna, Infantil e Fetal, propondo capacitações e discussões regionais.	DS DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Apoiar os comitês de Investigação distrital com a realização de reuniões periódicas para discussão dos casos investigados.	DEVISA e DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar capacitações temáticas e discussão em rede.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Capacitar os profissionais de saúde para investigação de casos MIF.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Atualizar, mensalmente, o módulo nacional do SIM com o Sistema Local.	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 7</b> - Melhorar fluxos de informações entre os Município de Ocorrência	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 8</b> - Qualificar o preenchimento da ficha de notificação de óbito com educação continuada nos diversos serviços de saúde públicos e privados	DEVISA	Contínua

## Observações

### Meta 2.1.19.

2.1.19. Realizar investigação de 100% dos óbitos maternos

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.19.

2.1.19. Proporção de óbitos maternos investigados

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas e Comitê de Mortalidade Materna /DEVISA. Dados atualizados em 14/02/2024, sujeitos à revisão.

\* "Para fins de investigação é considerado óbito materno a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após seu término, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais." (Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno/2009).

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>33,33%</b>	Numerador: óbitos investigados 1 / Denominador óbitos 3  Total = 33,33%  Foram 3 óbitos maternos até 42 dias do parto. Um caso teve a investigação encerrada e os outros 2 óbitos estão em processo de investigação, ainda no prazo de avaliação.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Manter a investigação ágil dos óbitos maternos pelos comitês buscando a causa do óbito a fim de gerar mudanças de processo de trabalho e adequação de protocolos dos serviços envolvidos	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Manter vigilância e ações do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil e Fetal, bem como todas as ações de qualificação do pré-natal e assistência ao parto e ao recém-nascido.	DEVISA e DS	Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Utilizar os relatórios dos Comitês de Mortalidade como disparadores de ações qualificadoras dos técnicos da SMS na atenção ao pré-natal, parto e puerpério.	DEVISA, DS e DGDO	Contínua
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar capacitações para os profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos.	DS DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Reforçar a importância da participação da gestão distrital (apoio) nas reuniões do Comitê e com isto possibilitar correção oportuna das ações assistenciais necessárias.	DS	Iniciada

<b>Ação Nº 6</b> - Reforçar a participação dos representantes das UBS e demais serviços para que o processo de investigação - avaliação - ação, seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós investigação	DS	Iniciada

## Observações

### Meta 2.1.20.

2.1.20. Reduzir número de casos de sífilis congênita em 20% ao ano nos próximos 04 anos

### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.20

2.1.20. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor (nº absoluto)	72	83	84	66	47	35	69	71	109	97	110	28

ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sífilis Gestantes	95	103	149	175	272	318	327	359	351	99	289	307	457	495	133
Sífilis congênita	37	35	57	57	72	83	84	66	47	35	69	71	109	62	32
Taxa de detecção de sífilis gestante	6,2	7,0	9,9	11,5	17,0	19,6	21,4	23,3	24,9	22,9	23,0	25,1	36,1	43,8	36,3
Coefficiente de incidência sífilis congênita	3,0	1,6	2,1	3,8	4,3	5,2	5,6	4,7	3,1	4,4	4,8	5,2	8,6	8,2	8,7

Fonte: SINAN/TABNET/DeVISA Campinas. Atualizado até 16.05.2024

\*Taxa de detecção de sífilis em gestante e coeficiente de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo ano de diagnóstico.

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
-----	-----------	-------------------------

1RDQA25	38	<p>Nesse primeiro quadrimestre foram confirmados 132 casos de sífilis em gestantes. Houve 127 notificações de casos de sífilis congênita, sendo que, após análise e concluída a investigação, 89 casos foram descartados, e 38 confirmados. Destes, 04 casos foram de aborto e 34 de sífilis congênita recente.</p> <p>Em relação ao primeiro quadrimestre de 2024, observa-se uma diminuição de 20,39% no número geral de nascidos vivos no Município de Campinas.</p> <p>As ações propostas do Plano de ação da Linha de Cuidado Materno Infantil continuam, como a utilização de planilha construída através da parceria do DEVISA com a Saúde da Criança para o acompanhamento/monitoramento assistencial das crianças com sífilis congênita e criança exposta à sífilis, a fim de garantir que o protocolo assistencial seja aplicado (avaliação clínica/laboratorial/consultas com especialistas conforme a NOTA INFORMATIVA Nº 002/2022/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP).</p> <p>Uma profissional infectopediatra foi inserida na equipe do Centro de Referência IST para fazer o monitoramento junto às equipes das Unidades Básicas de Saúde em relação ao fluxo de seguimento clínico de crianças com sífilis congênita e expostas à sífilis, assim como matriciamento de casos e capacitação das equipes.</p> <p>Manutenção da discussão dos casos de sífilis congênita nos Comitês Distritais, discussão e investigação dos casos junto às equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde e VISA Regionais, como um “evento sentinela”, avaliando toda a linha do cuidado, as perdas de oportunidade e realizando as intervenções quando necessárias.</p> <p>Implementada e mantida a planilha para registro da análise da discussão de cada caso de sífilis congênita, com definição dos pontos de fragilidade e perdas de oportunidade na linha do cuidado, preenchida pelas equipes de Vigilância Regional, visando subsidiar o planejamento de estratégias de intervenção.</p> <p>Elaboração pela <i>Comissão Municipal de Validação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas</i> e divulgação da <b>Nota Técnica nº 1 – Diretrizes para o Tratamento de gestantes com sífilis no município de Campinas</b> - que versa sobre classificação clínica, posologia e intervalo entre as doses de Penicilina benzatina, exames de diagnósticos e de monitoramento e o tratamento da parceria sexual das gestantes com diagnóstico de sífilis durante a gravidez.</p> <p>Realizada capacitação sobre sífilis e gravidez na adolescência para profissionais de saúde no dia 07 de fevereiro, no Salão Vermelho da Prefeitura Municipal de Campinas.</p> <p>Garantido o acesso das Visas à plataforma do Laboratório Matrix para consulta e exportação de resultados positivos/reagentes.</p> <p>Realizada capacitação sobre sífilis geral, gestante e congênita com Unidades Básicas do Distrito de Saúde Sul, em parceria entre DEVISA, VISA Sul e equipe do apoio do Distrito Sul, dia 08/04/2025.</p> <p>Realizado ampla divulgação aos serviços (UBS, ambulatórios, redes urgência, maternidades e NVE) das atualizações nos Manuais, Notas Técnicas, protocolos municipais, estaduais e nacionais.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

<b>Ação na Programação Anual de Saúde</b>	<b>Resp</b>	<b>Situação</b>
<b>Ação Nº 1</b> - Manter a realização dos exames de sífilis para todas as gestantes, no 1º. e 3º trimestres da gestação (testes laboratoriais) e 24ª. e 34ª semanas de gestação (testes rápidos).	DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Tratar todas as gestantes com sífilis em tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Tratar os parceiros sexuais das gestantes com sífilis	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar capacitações / Educação Continuada e atualizações constantes para as equipes assistenciais quanto ao diagnóstico precoce e tratamento da gestante com sífilis e tratamento de seu parceiro, no manejo do Teste Rápido (com resultado em 30 minutos) e aconselhamento do paciente	DS DEVISA	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 5</b> - Monitorar o acompanhamento de todas as gestantes e parceiros com sífilis.	DS DEVISA	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 6</b> - Monitorar a rotina de consultas, retornos e exames no pré-natal, estimulando o início no 1º trimestre, intensificando a busca ativa de faltosos.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Monitorar as ações de qualificação da assistência ao parto e nascimento, com triagem sorológica e acompanhamento do recém-nascido no serviço de referência.	DS DEVISA DGDO	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 8</b> - Instituir fluxo de informação DS/DEVISA sobre notificações e acompanhamento dos casos.	DS DEVISA	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 9</b> - Ampliar e incentivar o uso de preservativo e outros métodos anticoncepcionais	DS	Realizada
<b>Ação Nº 10</b> - Discutir todos os casos de sífilis e sífilis congênita em reuniões distritais: Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e/ou Sala de Situação.	DS DEVISA	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 11</b> - Fortalecer e ampliar o serviço municipal de infecto pediatria, com o direcionamento de capacitação das equipes das Unidades Básicas de Saúde, realização de matriciamentos e atendimentos compartilhados, além do monitoramento dos casos, junto às equipes, de crianças acometidas de patologias como a sífilis congênita e crianças expostas à sífilis, garantindo o seguimento dentro da linha de cuidado, conforme protocolo municipal.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 12</b> - Fomentar ações junto com o programa de governo “Primeira Infância Campineira”, para avaliar realização de ações inter-secretarias de esclarecimento junto à população, relacionados aos riscos para crianças e adolescentes.	DS DEVISA	Não iniciada
<b>Ação Nº 13</b> - Fomentar ações junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA), para realização de ações de esclarecimento junto à população.	DS	Não iniciada
<b>Ação Nº 14</b> - Instituir a “planilha de investigação de sífilis congênita” na plataforma “COLABORA” para categorizar os principais fatores (assistenciais/sociais) para a elaboração de projetos de intervenção.	DS DEVISA	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 15</b> - Manter a “planilha de gestante com sífilis” na plataforma “COLABORA” para avaliação das VISA regionais quanto à qualificação dos dados em tempo oportuno.	DEVISA	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 16</b> - Compartilhar e instituir as propostas implantadas nas UBS do Distrito Norte (mudanças dos processos de trabalho, planilhas de acompanhamento de gestante e gestante com sífilis, otimização dos testes rápidos para sífilis/hiv nas UBS) como diretriz da Secretaria de Saúde.	DS DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 17</b> - Implementar e divulgar o “Painel interativo de Sífilis Adquirida, em Gestante e Congênita”, como instrumento de gestão para o monitoramento dos casos de sífilis e a realização de testes	DS DEVISA	Iniciada

### Observações

#### Meta 2.1.21.

2.1.21. Garantir a oferta de, no mínimo, 2 exames de sífilis durante o pré-natal.

#### Indicador para o Alcance da Meta 2.1.21.

2.1.21. Número de testes de sífilis por gestante

## Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	2,75	2,07	2,54	2,06	1,86	2,1	2,26	2,06	2,51	3,17	2,94	2,00

Fonte: DATASUS e CAC

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	6,67	<p>Segundo o registro de procedimentos com informações até fevereiro de 2025, ocorreram 1.097 partos no município de Campinas e foram realizados 3.224 testes de sífilis em gestantes, segundo registros no e-SUS. O Laboratório Municipal de Campinas registrou na plataforma Matrix 4.100 testes de sífilis em gestantes. <b>Os dados são parciais devido à não contabilização total do número de partos no período (denominador).</b></p> <p>Nota: Indicador de avaliação anual.</p> <p>Total de partos: 1.097.</p> <p>Total de testes rápidos em gestantes: 3.224</p> <p>Total de exames de sorologia realizados em gestantes pelo laboratório municipal de janeiro a abril realizados: 4.100</p> <p>Total de exames realizados: 7.324</p> <p><b>Fonte:</b></p> <p>Numerador: Dados enviados pela CSI/SMS e Laboratório Municipal de Campinas.</p> <p>Denominador: Os dados estão disponíveis no TABNET.DATASUS até fevereiro/2024.</p> <p>Para o numerador é considerada a soma do número testes de sífilis em gestantes no e-SUS + testes de sífilis realizados em gestantes pelo Laboratório Municipal de Campinas, não sendo considerados os testes de sífilis do parceiro. <b>Para o denominador são considerados os dados do SIA/SIH e não do Tabnet segundo ficha técnica do caderno de diretrizes.</b></p> <p><b>Se considerar a Fonte:</b> SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 23/04/2025, sujeitos à revisão, o número de partos SUS é de 1.856 e o indicador ficaria em 3,95.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
------------------------------------	------	----------

<b>Ação Nº 1</b> - Ofertar exames de sífilis para todas as gestantes, no primeiro e terceiro trimestre (testes laboratoriais) e na 24ª e 34ª semana de gestação (testes rápidos).	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Tratar todas as gestantes com sífilis no tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Tratar as parcerias sexuais das gestantes com sífilis.	DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Garantir a aquisição de penicilina benzatina para o tratamento da gestante com sífilis.	DA e DS	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Garantir os exames de sorologia de sífilis para gestantes.	DA e DS	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Manter disponível teste rápido para sífilis em todos os serviços de saúde	DA e DS	Realizada
<b>Ação Nº 7</b> - Realizar capacitações e atualizações constantes das equipes assistenciais quanto ao manejo do Teste Rápido; aconselhamento do paciente; interpretação dos resultados laboratoriais, diagnóstico e tratamento precoce da gestante com sífilis e tratamento de seu parceiro.	DS DEVISA	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 8</b> - Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis.	DEVISA e DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 9</b> - Implementar, propor melhorias na ferramenta, divulgar e monitorar o “Painel interativo de Sífilis Adquirida, em Gestante e Congênita”, como instrumento de gestão para o monitoramento dos casos de sífilis e a realização de testes.	DS	Iniciada

## Observações

## Diretriz 3.

3. Vigilância em Saúde - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, integrando as áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador.

### Objetivo 3.1.

3.1. Intervir em atividades ou espaços de riscos à saúde individual e coletiva para eliminar, diminuir/prevenir riscos e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde; fomentar as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e controle de agravos em toda a rede de atenção, particularmente na atenção primária, aprimorar os canais de comunicação em saúde, divulgação de dados e informação, além da comunicação de risco para a sociedade.

#### Meta 3.1.1.

3.1.1. Encerrar em tempo oportuno (até 60 dias a partir da data da notificação) ao menos 80% dos casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI).

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.1.

3.1.1. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	83%	79%	80%	60%	82%	68%	67%	73%	89,24%	68,55%	80%	80%

Fonte: SINAN-DEVISA – 13/05/2024

\*O agravo Febre Maculosa desde a publicação do Caderno de Indicadores Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – 2023 - Metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), deixou de compor o indicador de encerramento oportuno.

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<p><b>76,17 %</b> (com FMB)</p> <p><b>96,62%</b> (excluindo o FMB)</p>	<p>Agravos com encerramento abaixo da meta (80%):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Febre Maculosa</b> – encerramento dos casos abaixo da meta pactuada. <b>56% (168 casos) encerrados oportunamente.</b></li> </ul> <p>O principal impedimento para o encerramento oportuno dos casos de FMB é o atraso do IAL em liberar os resultados das sorologias.</p> <p>Cabe ainda ressaltar que o agravo Febre Maculosa deixou de compor o indicador de encerramento oportuno do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – (PQA-VS) desde a publicação do Caderno de Indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – 2023 não sendo alterado na PORTARIA GM/MS Nº 6.878, DE 17 DE ABRIL DE 2025, que estabelece as metas e os indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS, a partir do ano de 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Febre Amarela</b> – encerramento dos casos abaixo da meta pactuada. <b>71,43% (05 casos) encerrados oportunamente.</b></li> </ul> <p>Agravos com encerramento acima da meta (80%):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Coqueluche:</b> 149 notificações. <b>Encerramento oportuno 99,3%</b> (148). 01 caso encerrado inoportunamente, falha no processo de monitoramento.</li> <li>- <b>Leishmaniose visceral:</b> 01 notificação, encerrada oportunamente. <b>Encerramento oportuno 100%.</b></li> <li>- <b>Leptospirose:</b> 106 notificações. <b>Encerramento oportuno 93,4%</b>. 07 casos encerrados inoportunamente.</li> <li>- <b>Malária:</b> 02 notificações, todas encerradas oportunamente. <b>Encerramento oportuno 100%.</b></li> <li>- <b>Meningite:</b> 30 notificações, todas encerradas oportunamente. <b>Encerramento oportuno 100%.</b></li> <li>- <b>Sarampo:</b> 01 notificação, encerrada oportunamente. <b>Encerramento oportuno 100%.</b></li> </ul> <p>Observação: excluindo os casos de Febre Maculosa, o encerramento oportuno atinge a meta com o valor de <b>96,62% dos casos.</b></p> <p>Os Núcleos Técnicos têm empenhado esforços no monitoramento dos encerramentos de todos os agravos que compõe o indicador. Embora no geral o município tenha alcançado e superado a meta, o monitoramento agravo por agravo permite identificar possíveis falhas e rever as ações.</p> <p><b>Estratégias para alcance da meta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantém-se as ações de vigilância e monitoramento dos casos suspeitos de DNCI através das Visas Regionais junto às equipes assistenciais;</li> <li>• Mantém-se a utilização da planilha de monitoramento, enquanto instrumento;</li> <li>• Mantém-se a avaliação mensal do indicador pela equipe cvadt central;</li> <li>• Mantém-se a discussão dos programas pautado em planejamento e monitoramento das ações via GTs (imunização, arboviroses, NAZDA, crônicas e agudas).</li> </ul> <p><b>Planejamento para o próximo quadrimestre e uso de recursos:</b></p>

		Fortalecimento das reuniões semanais com coordenadores de programas de cada núcleo, com fins de planejamento e monitoramento dos indicadores, metas e ações.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar GT Agudas com reuniões mensais junto às equipes VISAS regionais	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Atualizar os protocolos em conjunto com a VISAS regionais	DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Enviar banco de dados quinzenalmente para VISAS regionais com destaque para prazo de encerramento.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar a investigação em tempo oportuno OS CASOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA, estabelecendo fluxos e parceria entre unidades de saúde e VISAS para o monitoramento da realização dos exames diagnósticos e avaliação dos casos.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Realizar acompanhamento sistemático do banco de dados do SINAN, a fim de detectar casos em aberto e desencadear as ações necessárias para o encerramento.	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 6</b> - Enviar o Banco de Dados Municipal (SINAN-net) para o Banco de Dados Regional, toda sexta-feira até as 12 horas	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 7</b> - Pactuar junto aos técnicos da SMS o envio para o GVE (Regional) das fichas epidemiológicas das DNCI digitalizadas	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 8</b> - Garantir equipamentos de informática para alimentação dos sistemas de notificações	DACT/ DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 9</b> - Disponibilizar à toda a sociedade as informações produzidas por meio dos sistemas de informações oficiais utilizando-se de diferentes modelos de apresentação e divulgando nos diversos veículos de comunicação; a informação deverá ser divulgada em tempo oportuno, com linguagem adequada a seu público, capaz de orientar tomada de decisão individual e coletiva, a fim de proteger de doenças toda a coletividade.	DEVISA	Iniciada

### Observações

#### Meta 3.1.2.

3.1.2. Reduzir a Letalidade por Febre Maculosa no município de Campinas. Ano Base – 2020: 71,40%.  
Redução da letalidade em relação ao ano anterior de 5%.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.2.

3.1.2. Letalidade por febre maculosa brasileira (FMB) em pacientes residentes e atendidos no município de Campinas

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	67%	50%	57%	80%	60%	67%	71%	45%	63,64 %	38,8%	56%	51%

Fonte: SINAN – atualizado em 09/05/2024.

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	0	No período analisado (01/01/2025 a 30/04/2025) não foi confirmado nenhum caso de FMB. Total de notificados no primeiro quadrimestre: 903 casos suspeitos notificados (residentes e não residentes em Campinas); sendo 846 destes residentes em Campinas. Total de casos confirmados: zero (entre o total de notificados, residentes e não residentes em Campinas). Total de óbitos: zero. <b>Letalidade: zero.</b>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Capacitar profissionais da saúde quanto à suspeita precoce, tratamento antimicrobiano correto e oportuno e seguimento de casos suspeitos de FMB.	DEVISA e DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Disponibilizar e dispensar antimicrobianos preconizados para tratamento de FMB (doxiciclina e/ou cloranfenicol) em todos os CS e PAs da rede municipal.	DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Sensibilizar a população quanto a fatores de risco de infecção pela Rickettsia rickettsii, reconhecimento precoce de sinais/sintomas de FMB, necessidade de avaliação médica precoce.	DEVISA e DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 4</b> - Divulgar informações epidemiológicas atualizadas (número de casos, número de óbitos, Locais Prováveis de Infecção) a profissionais da saúde de serviços de saúde público e privado.	DEVISA e DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 5</b> - Divulgar informações à população notadamente em áreas consideradas de maior risco de infecção acerca de prevenção e medidas de proteção contra parasitismo.	DEVISA e DS	Realizada/ Contínua

### Observações

#### Meta 3.1.3.

3.1.3. Aprimorar as análises de incidência e letalidade, relacionadas à doença a partir da investigação laboratorial dos casos de Febre Maculosa Brasileira ampliando em 5% ao ano os casos encerrados por critério laboratorial.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.3.

3.1.3. Encerramento de casos suspeitos notificados para febre maculosa brasileira (FMB) (confirmados ou descartados) por critério laboratorial

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	56%	47%	54%	52%	48%	46%	52%	50%	62%	39,9%	60%	65%

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	15%	No período analisado (01/01/2025 a 30/04/2025), foram notificados 903 casos (846 destes residentes em Campinas), sendo 128 com encerramento por critério laboratorial (127 destes residentes em Campinas), 202 por critério clínico epidemiológico (todos residentes em Campinas) e 573 em investigação (517 destes residentes em Campinas). O valor considerado no cálculo refere-se aos casos encerrados por critério laboratorial entre pacientes notificados e residentes em Campinas.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Capacitar profissionais da saúde quanto à relevância da investigação laboratorial universal de todo caso suspeito de FMB.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Aprimorar a capacidade de comunicação dos profissionais da saúde aos casos suspeitos de FMB quanto à necessidade de coleta de amostras biológicas (soro) - fase aguda e fase de convalescença - em tempo oportuno preconizado, para investigação laboratorial.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Monitorar continuamente os sistemas de informação - SINAN e GAL - em relação aos casos suspeitos de FMB sob investigação quanto às respectivas datas de coleta de 1ª amostra, prazos para coleta de 2ª amostra, entradas de amostras (1ª e 2ª) no laboratório de referência (IAL).	DEVISA	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 4</b> - Estabelecer novas estratégias para coleta de 2ª amostra (convocação, coleta domiciliar, coletas em unidades fora da área de abrangência de residência).	DEVISA e DS	Realizada/Contínua

## Observações

### Meta 3.1.4.

3.1.4. Aumentar a avaliação, monitoramento e a capacidade de investigação dos casos de febre maculosa com a identificação de novas áreas com a presença de vetores da doença, realizando a pesquisa acarológica em pelo menos 80% das novas áreas em tempo oportuno.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.4.

3.1.4. Realização da pesquisa acarológica em áreas silenciosas nos locais prováveis de infecção (LPs) dos casos confirmados de febre maculosa em até 60 dias após a notificação.

## Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	0%	80%	80%	80%

Fonte: SINAN

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	N/A	No período analisado (01/01/2025 a 30/04/2025), não houve confirmação de nenhum caso de FMB.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar a investigação em tempo oportuno dos casos suspeitos de febre maculosa, estabelecendo fluxos e parceria entre unidades de saúde, VISAs e UVZ para o monitoramento da realização dos exames diagnósticos, avaliação e investigação dos casos.	DEVISA e DS	Iniciada/Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Realizar acompanhamento sistemático do banco de dados do SINAN, a fim de detectar casos confirmados de febre maculosa.	DEVISA	Iniciada/Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Pactuar junto aos técnicos da SMS o fluxo de informações relativas às investigações e determinação dos LPIs.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Garantir pessoal, insumos e materiais para a realização das pesquisas acarológicas em tempo oportuno.	DEVISA	Iniciada/Contínua

## Observações

### Meta 3.1.5.

3.1.5. Aumentar a cobertura vacinal do município de Campinas com o intuito de garantir a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual, atingindo a cobertura vacinal preconizada para as vacinas: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.5.

3.1.5. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª U dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada

## Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	100%	88%	88%	0,00%	50%	0,00%	0,00%	0,00%	25%	0,00%	75%	75%

Fonte: DEVISA \* Este indicador, até 2016, tinha no denominador um total de 8 vacinas selecionadas. \*\* Este indicador, a partir de 2017, tem o denominador composto de 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10 valente, Poliomielite e Tríplice Viral.

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações																														
1RDQA25	75%	<p><b>Este indicador é de avaliação anual.</b> A avaliação da cobertura vacinal é realizada cumulativamente durante o ano, com o objetivo de alcançar a cobertura vacinal de 95% para cada uma das quatro vacinas selecionadas. OS dados referentes ao primeiro quadrimestre seguem apresentados abaixo:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - 1º QUADRIMESTRE 2025</th> </tr> <tr> <th>BCG</th> <th>PENTA</th> <th>ROTA</th> <th>VIP</th> <th>PNEUMO</th> <th>MENINGO</th> <th>SCR 1ª dose</th> <th>SCR 2ª dose</th> <th>VARICELA</th> <th>HEP A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>97,9</td> <td>97,8</td> <td>92,7</td> <td>96,7</td> <td>94,9</td> <td>96,4</td> <td>108,0</td> <td>106,6</td> <td>108,2</td> <td>111,6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: Ministério da Saúde – painel de cobertura vacinal por município de residência. Atualização do painel em <b>05/05/2025 às 05:22:25</b>, com dados contidos na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) referentes às doses aplicadas até o dia <b>01/03/25</b></p> <p><b>Contexto e análise dos dados:</b></p> <p>Observa-se que no primeiro quadrimestre 2025, o município de Campinas apresentou aumento nas taxas de cobertura de todas as vacinas do calendário básico infantil, quando comparadas com o mesmo período do ano de 2024. Foi possível alcançar a meta planejada para três das quatro vacinas avaliadas. Cabe frisar que o painel do MS apresenta dados contidos na RNDS apenas até 01/03/2025, fator que pode impactar nos resultados apresentados.</p> <p><b>Estratégias para ampliação da cobertura vacinal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantém-se a realização de buscas ativas de crianças com esquema vacinal incompleto, com base nos cruzamentos de dados com as informações contidas no e-SUSAPS, além das ações de vacinação extra muro em escolas, centros de compras e outras instituições.</li> <li>• Continuidade da parceria com a Unicamp visando ampliar a capacidade das equipes na realização das ações de busca ativa, por meio de contatos telefônicos e/ou via <i>WhatsApp</i> realizados com as famílias de crianças faltosas.</li> <li>• A planilha nominal de crianças matriculadas na rede municipal de ensino infantil foi atualizada para identificação dos faltosos por escola, para otimização das ações de vacinação que ocorrerão no próximo quadrimestre durante a campanha de vacinação contra influenza.</li> <li>• Atualização de esquema vacinal de crianças e adultos durante todas as ações extra muro realizadas durante a intensificação da vacinação contra febre amarela que ocorreu no primeiro quadrimestre.</li> <li>• Finalização da minuta da Resolução Conjunta com a Secretaria Municipal de Educação para o desenvolvimento de ações que garantam adequada imunização das crianças e adolescentes nas instituições escolares, com previsão de publicação no próximo quadrimestre.</li> </ul>	COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - 1º QUADRIMESTRE 2025										BCG	PENTA	ROTA	VIP	PNEUMO	MENINGO	SCR 1ª dose	SCR 2ª dose	VARICELA	HEP A	97,9	97,8	92,7	96,7	94,9	96,4	108,0	106,6	108,2	111,6
COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - 1º QUADRIMESTRE 2025																																
BCG	PENTA	ROTA	VIP	PNEUMO	MENINGO	SCR 1ª dose	SCR 2ª dose	VARICELA	HEP A																							
97,9	97,8	92,7	96,7	94,9	96,4	108,0	106,6	108,2	111,6																							

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilização do chatbot (WhatsApp) como ferramenta potente para incremento da cobertura vacinal – projeto piloto utilizado para convocação de pessoas com a segunda dose da vacina contra dengue em atraso.</li> </ul> <p><b>Planejamento para o próximo quadrimestre e uso de recursos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de reuniões conjuntas DS e DEVISA para monitoramento do planejamento estratégico do PMI.</li> <li>Publicação da Resolução Conjunta entre SMS e SME.</li> <li>Ampliação do uso do chatbot como estratégia de comunicação efetiva para alertar pessoas com doses de vacina em atraso (dengue) e para convocação de pessoas de grupos prioritários para vacinação contra influenza.</li> <li>Execução de diversas ações extra muro para vacinação contra influenza e atualização de esquema vacinal: centros de compras, shopping, terminais de ônibus e outras instituições.</li> </ul> <p>No primeiro quadrimestre de 2025, o município recebeu investimento financeiro por parte do Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 6.715, de 17/03/2025, que foi direcionado para o pagamento de horas extras e etapas para equipes de enfermagem do DS e DEVISA para execução de ações de vacinação ao longo deste ano.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

<b>Ação na Programação Anual de Saúde</b>	<b>Resp</b>	<b>Situação</b>
<b>Ação Nº 1</b> - Incrementar estratégias para favorecer o acesso a vacinação de rotina e campanhas, além de fortalecer a busca ativa de faltosos de forma sistemática nas unidades básicas.	DEVISA e DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Ampliar o número de funcionários da sala de vacina.	DS e DGTES	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Garantir câmara fria em condições adequadas de funcionamento em todas as salas de vacina do município.	DEVISA, DA e DS	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Promover ações de educação continuada aos servidores que atuam nas salas de vacinas e utilizar os casos de procedimentos inadequados de vacinação para eventos sentinela.	DEVISA e DS	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Realizar supervisão das salas de vacina uma vez ao ano.	DEVISA e DS	Iniciada
<b>Ação Nº 6</b> - Intensificar vacinação nos bolsões de baixa cobertura vacinal, após análise de homogeneidade.	DEVISA e DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Desenvolver metodologia para realização da busca de faltosos na imunização, a partir da integração e relatório dos sistemas de informações utilizados na atenção básica.	DEVISA e DS	Realizada
<b>Ação Nº 8</b> - Estabelecer parceria com as secretarias de educação - estadual e municipal, para viabilizar a vacinação e busca de faltosos na imunização nos estabelecimentos de ensino, de forma programática.	DEVISA e DS	Iniciada
<b>Ação Nº 9</b> - Priorizar funcionamento da sala de vacina e RT profissional de enfermagem durante todo o horário de funcionamento da unidade. <b>Padronizado horário de funcionamento de todas as salas de vacina: abertura às 08:00/ fechamento 30 minutos antes do fechamento da unidade.</b>	DS	Realizada
<b>Ação Nº 10</b> - Atualizar a planilha nominal de crianças matriculadas na rede municipal de ensino infantil para identificação dos faltosos e desencadeamento de ações logo no início do ano letivo	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 11</b> - Instituir monitoramento da migração de dados via RNDS com exportação mensal dos relatórios e intervenção para os casos de inconsistências.	DEVISA	Iniciada

**Meta 3.1.6.**

3.1.6. Mensurar o êxito do tratamento de tuberculose pulmonar e a consequente diminuição da transmissão da doença, alcançando pelo menos 85% dos casos com alta por cura.

**Indicador para o Alcance da Meta 3.1.6.**

3.1.6. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial

**Série Histórica e Meta Planejada**

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	80,92 %	79,79 %	76,82 %	77,27 %	74,46 %	54,90 %	83,70 %	64,20 %	74,72 %	72,60 %	85%	85%

Fonte: SISTEMA TB-WEB – DEVISA. Dados atualizados até 15/01/2024.

\*Obs.: os dados referem-se a coorte de casos do ano anterior.

\*\*Obs.: não estão contabilizados os casos transferidos para outro Estado e os óbitos NTB.

PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2010 A 2023															
ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
casos novos	141	144	177	172	173	193	220	198	184	204	135	176	178	230	218
cura	112	117	143	139	140	154	169	153	137	112	113	113	133	169	129
Percentual Cura	79,43	81,25	80,79	80,81	80,92	79,79	76,82	77,27	74,46	54,90	83,70	64,20	74,72	73,48	59,17

Fontes: Sistema TB Web - DEVISA. Dados atualizados até 16.09.2024

Obs1: Refere-se à corte de casos do ano anterior

Obs2: Excluídos casos transferidos para outros estados e óbito NTB

**Resultados, Análises e Considerações da Meta**

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>41,70</b>	<p>O indicador não foi atingido neste quadrimestre. Foram notificados e avaliados 223 casos novos de Tuberculose com confirmação laboratorial, destes 93 casos evoluíram para cura e 17 evoluíram para óbitos por Tuberculose. Na coorte avaliada, foram identificados 42 casos de abandono, sendo 4 casos de abandono primário. Há 71 casos ainda em aberto, que estão em tratamento/acompanhamento.</p> <p>Realizada a atualização constante do Protocolo “Linha de cuidado da Tuberculose no município de Campinas” - Orientações para gestores e profissionais de saúde” pelo CVADT, a cada nova Nota técnica emitida pela Secretaria da Saúde de Estado ou pelo Ministério da Saúde. Atualmente na 4ª edição. Ampla divulgação deste material como uma ferramenta norteadora das condutas frente a investigação/diagnóstico/tratamento/acompanhamento dos casos de Tuberculose e ILTB no município de Campinas.</p> <p>Manutenção da recomendação do uso do VDOT no fortalecimento da estratégia do TDO sendo mais acessível e conveniente ao paciente, possibilitando a identificação precoce do risco de</p>

		<p>abandono de tratamento por meio da supervisão diária das tomadas de medicação e melhora a adesão ao tratamento reduzindo as taxas de abandono.</p> <p>Manutenção da Campanha de Sintomático Respiratório.</p> <p>Implantação do Comitê de Investigação dos óbitos por Tuberculose, para avaliação detalhada da linha do cuidado dos pacientes com este agravo, identificação das suas fragilidades e planejamento de estratégias de intervenção.</p> <p>Planejada a atualização de antigo protocolo de investigação dos casos de abandono de Tuberculose, com posterior implantação do seu uso, para que as equipes de saúde avaliem cada caso, e junto com equipes de Vigilância identifiquem fragilidades e proponham intervenções.</p> <p>O projeto para aumentar oferta do exame IGRA, usado para pontuação no escore diagnóstico de crianças, e para o diagnóstico de ILTB nos contatos e pessoas com indicações específicas. Através do uso de Verba de incentivo recebida do MS está em andamento.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Concluir Protocolo da linha de cuidado da Tuberculose do município de Campinas em parceria com o Departamento de Saúde	DS e DEVISA	Realizada/Atualizada
<b>Ação Nº 2</b> - Realizar o lançamento do Protocolo da linha de cuidado da Tuberculose do município de Campinas em parceria com o Departamento de Saúde com evento para maior conscientização dos gestores e equipes locais para o Cuidado com a Tuberculose;	DS e DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Manter Campanhas de SR;	DS	Realizada em março
<b>Ação Nº 4</b> - Instituir Comitê de Investigação de óbito de tuberculose;	DS	
<b>Ação Nº 5</b> - Restituir o uso do Protocolo Sentinela de abandono - com fluxo de cobrança;	DS	
<b>Ação Nº 6</b> - Ações intersetoriais: parceria com rede de saúde mental (CAPS), com rede de assistência social, consultório na rua;	DS	
<b>Ação Nº 7</b> - Ampliar o quantitativo de amostras e ampliação de horário de entrega de amostras pelo Laboratório durante as Campanhas (muita restrição de quantitativos e horários durante as campanhas);	DS	
<b>Ação Nº 8</b> - Manter capacitação para os profissionais em PT;	DS	
<b>Ação Nº 9</b> - Ampliar UBS que realizam PT.	DS	
<b>Ação Nº 10</b> - Aumentar a proporção de pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO).	DEVISA e DS	Contínua
<b>Ação Nº 11</b> - Manutenção do café da manhã para os pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO).	DEVISA e DS	Excluída
<b>Ação Nº 12</b> - Disponibilizar exames de Baciloscopia para seguimento dos casos.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 13</b> - Garantir a manutenção para os equipamentos de TMR para diagnóstico da TB.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 14</b> - Disponibilizar Isoniazida para tratamento pediátrico.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 15</b> - Realizar o Evento Sentinela para todos os casos de abandono de tratamento.	DEVISA e DS	Iniciada/Contínua
<b>Ação Nº 16</b> – Realizar busca ativa dos pacientes faltosos para diminuir o abandono.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua

<b>Ação Nº 17</b> - Incentivar as equipes a identificarem sintomáticos respiratórios na rotina, realizando testes para tuberculose; e anualmente realizarem na comunidade campanha de busca de sintomáticos respiratórios no território.	DEVISA e DS	Contínua
<b>Ação Nº 18</b> - Estabelecer parcerias com CR DST/Aids, Consultório na Rua e Redes de Apoio do território para o diagnóstico e o cuidado com as populações mais vulneráveis à tuberculose.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 19</b> - Manter ações anuais da Semana da Tuberculose, com Seminários e Capacitações para profissionais da saúde.	DEVISA e DS	Em planejamento

## Observações

### Meta 3.1.7.

3.1.7. Identificar precocemente os casos de HIV positivos com tuberculose, considerando que é a primeira causa de morte em pacientes com AIDS, ofertando exames anti-HIV para pelo menos 95% dos casos novos de tuberculose, no ano do diagnóstico.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.7.

3.1.7. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	97,34 %	89,05 %	95,17 %	96,3 %	93,65 %	91,25 %	88,60 %	95,17 %	90,83 %	100 %	95%	95%

Fonte: SISTEMA TB-WEB – DEVISA – atualizado em 15/01/2024.

### PROPORÇÃO DE EXAMES ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prop. Ex.	87,58	86,7	87,34	87,34	97,34	89,05	95,17	96,3	93,65	91,25	88,6	95,17	90,83	100	95

Fonte: Sistema TB Web - DeVISA

Dados até  
16.09.2024

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>97,31</b>	A meta foi atingida no 1º quadrimestre
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Ofertar o teste anti-HIV para todos os casos novos de TB, independente do acompanhamento clínico ser realizado na UBS.	DEVISA e DS	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Ter disponível teste rápido anti-HIV em todos os serviços de saúde.	DS e DA	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	DS	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar o diagnóstico precoce da coinfeção TB/HIV e garantir introdução precoce de TARV a estes pacientes.	DS	
<b>Ação Nº 5</b> - Implementar as ações descritas no indicador anterior	DS	

### Observações

#### Meta 3.1.8.

3.1.8. Qualificar as informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais registrados no SIM, atingindo 98% dos registros com causa básica definida.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.8.

3.1.8. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	98%	99%	98%	99%	99%	99%	99%	98,22%	99%	99,07%	98%	98%

Fonte: SIM – TABNET - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/DEVISA. Atualização em 15/02/2024.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>98,70%</b>	Óbitos com causa definida: <b>2.243</b> Total de óbitos: <b>2.273</b> Fonte: SIM base local. O trabalho de qualificação do sistema de mortalidade tem ocorrido em duas frentes: investigação das causas classificadas como <i>garbage code</i> e pela capacitação de preenchimento adequado realizada nas unidades hospitalares.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar capacitações periódicas junto às instituições hospitalares e outras para qualificação do preenchimento da declaração de óbito, gerando dados fidedignos sobre causas de mortalidade.	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Garantir número de profissionais capacitados para operacionalização, monitoramento e avaliação do SIM.	DEVISA	Contínua

### Observações

#### Meta 3.1.9.

3.1.9. Divulgar os coeficientes de incidência de câncer na população de Campinas, a partir dos dados de morbidade e mortalidade, com diferença de 03 anos ao ano calendário.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.9.

3.1.9. Coeficiente de incidência de Câncer por sexo, no município de Campinas – divulgação de resultados de 03 anos

#### Série Histórica

##### Incidência de Câncer em Campinas 2010-2017

Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Casos novos de neoplasia invasiva	1837	1761	1912	1793	1835	1763	1722	1813	1671	1713	1808	1816	1833	1914	1833	1755
Pele não melanoma	913	964	931	979	1148	1038	1035	1042	1122	1099	1246	1225	1420	1425	1172	1187
Carcinoma <i>in situ</i>	89	298	96	288	99	323	103	300	107	311	153	374	152	429	138	351
Taxa de incidência de neoplasia invasiva*	345,6	259,9	342	254,1	315,9	243,8	289,1	243,3	270,7	221,2	282	229,7	282,6	236,1	267,1	205,9
Câncer de Mama	-	75,2	-	68,1	-	69,8	-	78	-	68,3	-	74,5	-	77,4	-	67,8
Câncer de Colo de Útero*	-	8	-	7,7	-	7,6	-	8,3	-	6,3	-	8,1	-	5,3	-	7,2
Câncer de Próstata*	97,9	-	110,8	-	99,9	-	84,8	-	74,9	-	84,1	-	78,8	-	90,3	-
Câncer de Cólon*	38,1	32,5	36,5	29,8	34	29	32	24,1	30,9	24,2	34,9	24,4	35	26,7	29,1	23,4

Padronizada para a população mundial (por 100.000 hab.). Fonte: RCBP Campinas 2010-2017. Atualizado em setembro/2023.

\*não foi possível atualização pois o Sistema do Inca encontra-se temporariamente indisponível (15/02/2024).

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25		Indicador anual
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
------------------------------------	------	----------

<b>Ação Nº 1</b> - Manter a qualidade dos dados e nos processos de coleta, codificação, digitação, limpeza dos bancos e fechamento dos dados. Para tanto é necessário a manutenção da equipe de técnicos com processo de qualificação e educação continuada e prover de insumos principalmente de informática e transporte.	DEVIS A	Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Continuar os investimentos na notificação ativa dos casos incidentes de câncer por parte das instituições de diagnóstico e assistência.	DEVIS A	Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Divulgar os dados e participar do planejamento das ações em saúde para buscar adequar as ofertas às 112 necessidades de diagnóstico e tratamento das principais neoplasias	DEVIS A	Contínua
<b>Ação Nº 4</b> - Divulgar os dados através dos meios de comunicação para a população, servindo na sensibilização e educação em saúde, focando no diagnóstico precoce e prevenção da doença, aumentando conhecimento sobre os fatores de risco e de proteção.	DEVIS A	Contínua
<b>Ação Nº 5</b> - Completar e manter a equipe de registradores com o número de quatro registradores (necessidade de mais 1)	DEVIS A	Em andamento
<b>Ação Nº 6</b> - Capacitar os registradores nos cursos ofertados pelo INCA e outras instituições	DEVIS A	Contínua
<b>Ação Nº 7</b> - Efetivar a notificação compulsória de todo caso incidente de câncer de residentes de Campinas.	DEVIS A	Em andamento
<b>Ação Nº 8</b> - Manter e atualizar os equipamentos de informática necessários para o Registro.	DEVIS A	Contínua
<b>Ação Nº 9</b> - Manter a divulgação periódica dos dados de incidência, usando os mesmos para planejar e implementar ações nas linhas de cuidado dos principais tipos de câncer.	DEVIS A	Contínua

## Observações

### Meta 3.1.10.

3.1.10. Realizar publicações da análise de situação de saúde de Campinas. Realizar publicações anuais, usando dados secundários e outros que propiciem a análise da situação de saúde do município, principalmente envolvendo os agravos e doenças crônicas não transmissíveis e outras de pertinência, divulgadas na página da SMS, no máximo do ano anterior ao ano calendário.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.10.

3.1.10. Número de publicações da análise da situação de saúde de Campinas

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor (nº absoluto)	*	*	*	*	02	04	02	06	03	05	1	1

Fonte: DEVISA.

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25		Indicador anual
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar e divulgar as informações de morbimortalidade por estratos da população e vulnerabilidade social, para subsidiar o planejamento e ações de saúde para a população mais vulnerável.	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Parceria com a área de epidemiologia do Departamento de Saúde Coletiva–FCM, para produção de análise, boletins e publicação das informações de saúde da SMS.	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Adequação dos números de técnicos para este trabalho, que deve ser definido de acordo com as atribuições da Coordenadoria de Informações Epidemiológicas.	DEVISA	Em andamento
<b>Ação Nº 4</b> - Adequação do espaço físico e infraestrutura para o trabalho da coordenadoria de Informações Epidemiológicas.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Definição dos indicadores a serem monitorados, que correspondam às necessidades dos gestores, profissionais e sociedade civil.	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 6</b> - Efetivar e adequar a coleta do quesito raça-cor para população negra e indígena, qualificando as coletas já existentes, em todos os serviços da rede municipal de Campinas, de forma quantitativa e qualitativa produzindo diagnóstico socioterritorial como instrumento de garantia de acesso, organização e qualificação da atenção à saúde, favorecendo a eliminação das iniquidades raciais e sociais sofridas por estes grupos populacionais.	DEVISA, DS e DGDO	Em andamento
<b>Ação Nº 7</b> - Investir e incorporar na Vigilância em Saúde de Campinas recursos tecnológicos necessários à produção e divulgação da informação à comunidade.	DEVISA e DA	Realizada
<b>Ação Nº 8</b> - Elaborar de forma integrada com as equipes de saúde da família e eMulti, análises de situação de saúde por território, em nível local e distrital, capazes de direcionar as tomadas de decisões e a formulação de ações estratégicas de acordo com as necessidades do território.	DEVISA e DS	
<b>Ação Nº 9</b> - Garantir aporte financeiro e tecnológico para criação/desenvolvimento de soluções tecnológicas para monitorar situações de saúde ou de interesse à saúde (suporte para fiscalização e monitoramento de doenças). Fica vedada toda a forma de comercialização desses dados e o compartilhamento poderá acontecer quando forem solicitados para pesquisa científica, devidamente aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/2018).	DEVISA, DACT, DA e DGTES	Realizada

\*Fica vedada toda a forma de comercialização desses dados e o compartilhamento poderá acontecer quando forem solicitados para pesquisa científica, devidamente aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD-Lei 13.709/2018)

### Observações

#### Meta 3.1.11.

3.1.11. Monitorar os casos novos de AIDS em menores de 05 anos, aferindo o risco de ocorrência de casos novos de AIDS nessa população, principalmente, por transmissão vertical. No máximo 1 notificação em < 5 anos/ano.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.11.

3.1.11. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor (nº absoluto)	1	1	0	1	0	0	1	1	2	0	1	1

NUMERO DE CASOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS																		
Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nº AIDS < 5 anos	4	4	5	1	4	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	2	0	1

Fonte: SINAN-DEVISA  
Dados até 16.09.2024

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	1	<p>Foi realizado o diagnóstico tardio de criança de 7 anos com AIDS.</p> <p>Caso: criança nascida em 2017, fez tratamento de tuberculose em 2023, quando teve uma sorologia positiva para HIV, sem notificação. No CS teste rápido negativo. Este ano, fez recidiva da tuberculose e quadro agudo de AIDS. Mãe e irmão são soronegativos. A transmissão está em investigação. Houve autuação do CHPEO, em decorrência do caso e trabalhado em reunião de equipe entre Visa Regional e o serviço.</p> <p>Elaboração e ampla divulgação da Nota Técnica <b>02 /2025 com Recomendações no seguimento de lactantes para prevenção da transmissão vertical de IST através do aleitamento materno</b> pela <i>Comissão Municipal de Validação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas</i> em virtude dos 2 casos por transmissão pelo Leite Materno ocorridas em 2024.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Garantir a realização dos exames de sorologia de HIV para gestantes.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Ofertar exames de HIV para todas as gestantes, conforme protocolo, e no momento do parto.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Encaminhar as gestantes infectadas pelo HIV para seguimento de Pré-Natal em unidades de Referência (CRDST/AIDS, CAISM, HMCP).	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 4</b> - Acompanhar e monitorar a adesão das gestantes à terapia antirretroviral.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 5</b> - Garantir a prescrição de antirretrovirais no momento do parto para a gestante e o recém-nascido conforme o protocolo nas maternidades do município.	DEVISA	
<b>Ação Nº 6</b> - Fornecer fórmula láctea infantil às crianças nascidas de mães portadoras do HIV.	DS e DA	Realizada
<b>Ação Nº 7</b> - Investigar junto aos pacientes do sexo masculino infectados pelo HIV se suas parceiras foram testadas e, encaminhar as não testadas para oferta de teste anti-HIV.	DS	
<b>Ação Nº 8</b> - Investigar em todas as mulheres infectadas pelo HIV, as com diagnóstico recente do HIV e nos óbitos por AIDS a existência de filhos menores de 20 anos de idade e verificar se todos realizaram o teste anti-HIV.	DS	
<b>Ação Nº 9</b> - Realizar monitoramento da gestação e do aleitamento materno em mulheres soronegativas, parceiras de homens infectados pelo HIV, assim como a orientação periódica do casal para prática sexual protegida, alertando para o risco de transmissão vertical do HIV e possibilidade de profilaxia pós-exposição (PEP) nos casos necessários.	DS	
<b>Ação Nº 10</b> - Realizar testagem mensal para o HIV em gestantes com sorologia negativa para o HIV, parceiras de pacientes infectados pelo HIV.	DS	

<b>Ação Nº 11</b> - Realizar testagem mensal e o seguimento de mulheres soronegativas, parceiras de pacientes infectados pelo HIV matriculados no serviço, durante o período de aleitamento materno, com testagem mensal para o HIV e orientação até seis meses após o término da amamentação.	DS	
<b>Ação Nº 12</b> - Orientar uso de preservativo nas relações sexuais em gestantes e mulheres em aleitamento materno parceiras de pacientes infectados pelo HIV, ainda que o exame tenha resultado negativo para o HIV.	DS	
<b>Ação Nº 13</b> - Ofertar testagem para HIV para lactantes com novas parcerias sexuais.	DS	
<b>Ação Nº 14</b> - Interromper imediatamente a amamentação no caso da mulher adquirir o HIV durante o período de aleitamento.	DS	
<b>Ação Nº 15</b> - Acompanhar e notificar todas as crianças expostas até a definição do status sorológico.	DEVISA	
<b>Ação Nº 16</b> - Investigar todas as crianças e adolescentes menores de 20 anos de idade, com sorologia desconhecida para o HIV, filhos de pais infectados pelo HIV.	DS	
<b>Ação Nº 17</b> - Investigar a realização de teste anti-HIV nos filhos menores de 20 anos das mulheres em idade fértil, portadoras de HIV, que foram a óbito.	DEVISA	
<b>Ação Nº 18</b> - Criar comissão de validação para obter certificado de eliminação de transmissão vertical do HIV no município.	DEVISA, DS e DGDO	
<b>Ação Nº 19</b> - Manter e avaliar a instituição da planilha de monitoramento da investigação /acompanhamento /encerramento dos casos de crianças expostas /gestante HIV /AIDS, HIV adulto /AIDS-HIV em crianças menores de 5 anos no COLABORA, para categorizar os principais fatores (assistenciais /sociais) para a elaboração de projetos de intervenção.	DEVISA	

## Observações

### Meta 3.1.12.

Realizar a captação precoce dos casos de HIV positivo para tratamento a partir do nível de comprometimento do sistema imunológico dos indivíduos infectados reduzindo em 10% ao ano a proporção de pacientes HIV + com 1º CD4 inferior a 200 cel/mm3 tendo como ano base 2020.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.12.

3.1.12. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 cel/mm3

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	24,20 %	23,50 %	22,30 %	25,40 %	26,30 %	27,00 %	28% %	27,9 %	26,5 %	22,11 %	19,90 %	17,91 %

Fonte: Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST's e do HIV/AIDS do Ministério da Saúde. Dados atualizados em 13/02/2023 (porém atualizado no sistema até setembro de 2022).

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
69	77	66	65	63	55	52	56	31
285	327	296	256	240	204	186	201	117
24,2	23,5	22,3	25,4	26,3	27,0	28,0	27,9	26,5

Fonte: Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST's e do HIV/AIDS do Ministério da Saúde. Dados atualizados em 13/02/2023 (porém atualizado no sistema até setembro de 2022).

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
-----	-----------	-------------------------

1RDQA25	<b>24,0</b>	Sistema atualizado em 2025, porém sem informação de número absoluto de casos, somente porcentagem  Meta atingida 24,0%, dados atualizados até 31/03/2025.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Fortalecer as estratégias de prevenção combinada ao HIV: ampliar o acesso aos preservativos feminino e masculino associados a géis, lubrificantes, ao tratamento antirretroviral para todas as pessoas vivendo com HIV, à profilaxia pós-exposição (PEP), à profilaxia pré-exposição (PrEP), à testagem regular de HIV, ao diagnóstico e tratamento das pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), à prevenção da transmissão vertical e à imunização para hepatite B e HPV;	DEVISA DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Ampliar estratégias de informação, comunicação e educação, a fim de possibilitar a percepção ou a autoavaliação do risco de exposição ao HIV;	DEVISA DS	Iniciada/ Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Ampliar estratégias de informação, comunicação e educação, a fim de possibilitar a percepção ou a autoavaliação do risco de exposição ao HIV, de forma a colaborar efetivamente para a redução desse risco, mediante incentivos a mudanças de comportamento individual e/ou comunitário;	DEVISA DS	Iniciada/ Contínua
<b>Ação Nº 4</b> - Manter ações de enfrentamento ao estigma e discriminação que resultem nas garantias de direitos e na diminuição das desigualdades socioeconômicas;	DEVISA DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 5</b> - Instituir comitês de mortalidade, permitindo mapear problemas e propor soluções a partir de um protocolo de investigação pré-estabelecido.	DEVISA	Em planejamento
<b>Ação Nº 6</b> - Garantir realização de sorologia para HIV em toda a rede SUS de Campinas.	DEVISA DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 7</b> - Estimular a realização de sorologia para HIV na rotina das UBS.	DEVISA DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 8</b> - Manter a capacitação e matriciamento em aconselhamento e diagnóstico rápido para HIV para a Rede SUS.	DS DEVISA	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 9</b> - Monitorar o fluxo entre o diagnóstico e a entrada do usuário na referência.	DS DEVISA	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 10</b> - Aumentar o acesso ao diagnóstico rápido para HIV das populações mais vulneráveis (HSH, travestis, profissionais do sexo e UD).	DS	
<b>Ação Nº 11</b> - Aumentar a oferta de diagnóstico de HIV para a população do município com a ampliação do uso do Teste rápido diagnóstico nas UBS.	DS	
<b>Ação Nº 12</b> - Garantir acesso precoce à consulta, exames de CD4/ CV e tratamento após o diagnóstico da infecção	DS	

### Observações

#### Meta 3.1.13.

3.1.13. Aumentar o quantitativo de testes anti-HCV realizados para triagem sorológica da hepatite C em 10% em relação ao ano anterior ampliando o diagnóstico, tendo como base o ano de 2020.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.13.

3.1.13. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados

## Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor (nº absoluto)	52.611	52.106	63.937	38.875	37.493	23.299	27.229	36.427	48.709	50.464	36.241	39.865

Fonte: DEVISA-Campinas – Dados até 02.05.2024.

### NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HEPATITE C REALIZADOS

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Número de exames de hepatite C (CTAs e LMC)	43.764	52.611	52.106	63.937	38.875	37.493	23.299	27.229	36.427	48.709	50.464	20.204

Fonte: DEVISA Campinas

Dados até 16.09.2024

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	16.613	Foram realizados 16.613 testes sorológicos anti-HCV. Pelo Laboratório Municipal, através de relatório extraído do sistema Matrix foram identificados 12.829 exames sorológicos anti-HCV realizados, e no E-SUS AB foram 3.784 testes rápidos identificados. É um indicador de avaliação anual e cumulativo.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Ofertar exames de anti-HCV em toda rede básica de saúde.	DS	
<b>Ação Nº 2</b> - Garantir os exames de sorologia para hepatite.	DA e DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Ter disponível teste rápido para hepatite C em todos os serviços de saúde.	DS	
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	DS e DEVISA	Contínua

### Observações

#### Meta 3.1.14.

3.1.14. Ampliar a quantidade de testes anti-HIV, demonstrando a ampliação do diagnóstico da infecção pelo HIV na população. Aumentando em 15% o número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior tendo como base o ano de 2020.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.14.

3.1.14. Número de testes sorológicos para HIV realizados.

## Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor (nº absoluto)	642	817	1.565	1.706	1.135	5.168	10.166	13.211	13.075	51.628	15.461	17.780

Fonte: CDAC, SIA SUS – dados atualizados em 15/02/2024.

### NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS PARA HIV REALIZADOS

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nº de exames	2143	623	642	817	1565	1706	1135	5168	10166	13211	13075	51628	19.821

Fonte: e-SUS+ sistema do laboratório municipal – dados atualizados em 16/09/2024.

(\*Para esse indicador devem ser considerados os testes realizados em residentes de Campinas, utilizando os registros de produção em BPI para serem contabilizados na avaliação do POA-VS.)

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	20.747	Segundo os dados disponibilizados referentes aos registros do e-SUS no período de 01/01/2024 a 29/04/2024, foram realizados 7.196 testes rápidos HIV e pelo LMC dado extraído através da plataforma Matrix, foram informados 13.551 testes sorológicos HIV realizados, totalizando 20.747 exames. É um indicador de avaliação anual, e cumulativo.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Garantir realização de sorologia para HIV em toda a rede SUS de Campinas.	DS e DA	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Estimular a realização de sorologia para HIV na rotina das UBS.	DEVISA e DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Manter a capacitação e matriciamento em aconselhamento e diagnóstico rápido para HIV para a Rede SUS.	DS	
<b>Ação Nº 4</b> - Monitorar o fluxo entre o diagnóstico e a entrada do usuário na referência.	DS	
<b>Ação Nº 5</b> - Aumentar o acesso ao diagnóstico rápido para HIV das populações mais vulneráveis (HSH, travestis, profissionais do sexo e UD).	DS	
<b>Ação Nº 6</b> - Aumentar a oferta de diagnóstico para HIV para a população do município com a ampliação do uso do Teste rápido diagnóstico nas UBS.	DS	

**Meta 3.1.15.**

3.1.15. Inferir sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade dos serviços de saúde em assegurar a adesão ao tratamento até a alta por cura em pelo menos 90% dos casos novos de MH.

**Indicador para o Alcance da Meta 3.1.15.**

3.1.15. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

**Série Histórica e Meta Planejada**

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	95,91%	89,58%	81,39%	75%	83,33%	57,14%	100%	84,61%	45,5%	64%	90%	90%

Fonte: SINAN NET- extração de dados em 31/01/2024

\*os casos de PB são os de diagnóstico no ano anterior ao da avaliação e os casos de MB dois anos anteriores ao ano da avaliação.

PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS DE HANSENÍASE NAS COORTES DE PAUCIBACILARES E MULTIBACILARES, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2009 A 2023													
2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
83,05	94,23	100	95,91	89,58	81,39	75	83,33	57,14	100	84,61	45,5	64	43

Fonte: SINAN NET- dados até 16/09/2024

\*Os casos de PB são os de diagnóstico no ano anterior ao da avaliação e os casos de MB dois anos anteriores ao ano da avaliação.

**Resultados, Análises e Considerações da Meta**

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	59,29	<p>Foram diagnosticados 27 casos nos anos das coortes conforme segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>24 casos MB, sendo 15 curas, 1 óbito, 4 casos em tratamento, 1 transferência no mesmo município e 3 casos de abandono.</li> <li>03 casos de PB, sendo 1 cura e 2 ainda em tratamento.</li> </ul> <p>Do total de 27 casos, temos 16 curas, 1 óbito, e 7 casos ainda em tratamento.</p> <p>Observados muitos casos com prolongamento do tratamento – avaliação individual de cada caso.</p> <p>Orientada investigação de resistência destes casos através da repactuação com Especialidade/ DS: Casos acompanhados nas UBS, devem ser encaminhados ao Ambulatório de Dermatologia/Poli, para avaliação e se proceder suspeita, eles devem ser encaminhados para UNICAMP. Casos acompanhados na Dermatologia do HMCP/PUCC, solicitar vaga na UNICAMP.</p> <p>Atualmente somente UNICAMP pode encaminhar exame para investigação de resistência em Bauru/Instituto Lauro de Souza Lima. Solicitado ao GVE a possibilidade de envio de material também pela equipe de dermato da Poli 2. A solicitação está em análise.</p>
2RDQA25		

3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar diagnóstico precoce e acompanhamento adequado dos pacientes.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Garantir a realização de baciloscopia e biópsia de pele para diagnóstico.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Identificar pessoas com Sinais e Sintomas sugestivos de Hanseníase em todos os atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar orientações de Prevenção de Incapacidades Físicas.	DEVISA	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 5</b> - Identificar o grau de incapacidade física e encaminhamento adequado.	DS e DEVISA	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 6</b> - Realização de Busca Ativa de 100% dos pacientes faltosos e Evento Sentinela dos casos de Abandono.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 7</b> - Realizar Campanha de Busca de Sintomáticos Dermatológicos na Comunidade.	DEVISA	Em Planejamento
<b>Ação Nº 8</b> - Realizar Capacitações/Educação Permanente junto a Equipe de Saúde para suspeição, acompanhamento e tratamento precoce da Hanseníase.	DEVISA	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 9</b> - Analisar, revisar e atualizar o banco de dados de pacientes com hanseníase, conforme as novas Diretrizes Técnicas para Tratamento da Hanseníase - MS.	DEVISA	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 10</b> - Avaliar a centralização do diagnóstico, avaliação de incapacidade e reações hansênicas dos suspeitos/casos novos de Hanseníase.	DEVISA e DS	Em planejamento
<b>Ação Nº 11</b> - Investigar precocemente todos os contatos identificados.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 12</b> - Monitorar os resultados da implementação da planilha de casos e de investigação de contatos;	DEVISA	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 13</b> - Provocar discussões acerca do diagnóstico e acompanhamento dos casos de hanseníase junto às equipes assistenciais.	DEVISA	Em planejamento

### Observações

#### Meta 3.1.16.

3.1.16. Aferir a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase, a fim de evitar casos subsequentes, examinando pelo menos 80% dos contatos precocemente.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.16.

3.1.16. Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014*	2015*	2016*	2017*	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	2023	2024	2025
Valor em %	82,57 %	83,09 %	92,31 %	97,22 %	94%	86,7%	39%	60%	43%	67 %	80 %	80%

Fonte: SINAN NET- atualizado em 31/01/2024

PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE DE CASOS NOVOS EXAMINADOS, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2024															
Ano	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
% Contatos exam.	89,92	90,95	89,3	90,71	82,57	83,09	92,31	97,22	94	86,7	39	60	43	67	50

Fonte: SINAN NET- atualizado em 18.09.2024

\*refere à coorte de um ano anterior para casos novos paucibacilares e de 2 anos anteriores para casos novos multibacilares.

\*\*refere -se aos contatos domiciliares dos casos novos diagnosticados no ano da avaliação

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	61	Foram notificados 5 casos novos de hanseníase em 2025, e identificados 23 contatos, desses 14 foram investigados.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Monitorar os resultados da implementação da planilha de casos e de investigação de contatos;	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Provocar discussões acerca do diagnóstico e acompanhamento dos casos de hanseníase junto às equipes assistenciais.	DEVISA	Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Realizar exame dermatoneurológico em 100% dos contatos intradomiciliares dos casos novos e realizar a vacina BCG, conforme recomendações.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 4</b> - Aumentar o monitoramento dos casos junto às UBSs, para melhora da adesão ao tratamento e avaliação de comunicantes.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua

## Observações

### Meta 3.1.17.

3.1.17. Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao paciente suspeito de arboviroses, mantendo a letalidade igual ou menor que 0,30/1000 casos.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.17.

3.1.17. Coeficiente de letalidade por dengue

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025

<b>Valor /1.000 casos</b>	0,24	0,34	0,00	0,00	0,00	0,23	0,25	0,42 %	0,35	0,26	0,30	0,30
---------------------------	------	------	------	------	------	------	------	--------	------	------	------	------

Fonte: SINAN-DEVISA – atualizado em 06/02/2023.

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>0,11/1000 casos</b>	<p>Até 30/04/2025, foram registrados 3 óbitos no município e um total de 27.605 casos confirmados (dados extraídos do Sinan Online em 06/05/2025).</p> <p>Desde dezembro de 2024, Departamento de Vigilância em Saúde (Devisa) intensificou as ações de comunicação relacionadas à dengue, sendo realizadas: capacitações sobre manejo clínico das arboviroses realizada pelo Devisa em parceria com DS; coletiva de imprensa; atualização do site (<a href="https://campinas.sp.gov.br/sites/arboviroses/inicio">https://campinas.sp.gov.br/sites/arboviroses/inicio</a>); notas técnicas; realização de mutirões intersetoriais (sendo 08 mutirões neste ano e no primeiro quadrimestre); ações do grupo de resposta unificada e compromisso PMC; aumento de serviços de saúde incluindo notificações dos casos suspeitos no SINAN; reuniões técnicas e de formação com os profissionais de saúde do município; ações educativas direcionadas à população em escolas e outros espaços públicos/privados, por meio de maquetes, teatros, palestras, oficinas, disponibilização do curso dengue aos trabalhadores PMC atrelado ao compromisso PMC instituído. Foram também revisados protocolos de organização de fluxo de assistência com ampla divulgação e discussão junto às equipes de saúde.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Sensibilização da rede pública e privada para diagnóstico, monitoramento e tratamento adequado aos pacientes suspeitos de Arboviroses, evitando complicações ou óbitos, minimizando a taxa de letalidade.	DEVISA e DS	Realizada/ Contínua
<b>Ação Nº 2</b> - Realizar capacitações em manejo clínico para pacientes com Arboviroses para a rede pública e privada.	DEVISA e DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Instituir protocolos de manejo clínico para as Arboviroses.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> – Realizar orientação para a rede pública e privada para a organização da assistência aos pacientes com Arboviroses em situações de epidemias.	DEVISA e DS	Realizada/ Em curso
<b>Ação Nº 5</b> - Instituir espaços de assistência qualificada durante a epidemia.	DEVISA, DS e DA	Não houve necessidade
<b>Ação Nº 6</b> - Organizar as redes de atenção Intersetorial local para apoio social e de saúde às pessoas com transtorno de acumulação compulsiva, instituindo projeto terapêutico singular Intersetorial para 100% dos casos identificados no território de abrangência do Centro de Saúde.	DEVISA e DS	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Realizar reuniões intersetoriais locais para enfrentamento de problemas relacionados à saúde da coletividade que interferem diretamente na vida da população local (acúmulo inadequado de material reciclável, saneamento básico, áreas contaminadas, imóveis	DEVISA e DS	Realizada/ Em curso

abandonados, arboviroses, zoonoses, violências, entre outros), com objetivo de construir ao menos 01 projeto coletivo anual por distrito de saúde, com o apoio da vigilância em saúde.		
<b>Ação Nº 8</b> - Realizar o mapeamento de outros serviços e profissionais para os quais as capacitações realizadas não estão alcançando e elaborar estratégias de alcance.	DEVISA e DS	Realizada/ Em curso

## Observações

### Meta 3.1.18.

Evidenciar o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde atingindo 80% de cobertura de imóveis.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.18.

3.1.18. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor (valor absoluto)	2,00	1,00	1,00	3,00	3,00	2,00	3,1	4,28	4,00	4,00

Fonte: SESSP/CCD/CVE – Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue – 06/02/2024

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	1,24	Foram visitados <b>435.210</b> imóveis no município até 30/04/2025 (Dados extraídos do Sisaweb e planilha de produção da empresa terceirizada em 06/05/2025). Um ciclo de visitas completo corresponde a 80% dos imóveis cadastrados no município – total de imóveis cadastrados: <b>437.004</b> , sendo que 80% desse número corresponde a <b>349.603</b> (dados extraídos do Sisaweb em 05/05/2025). Dado cumulativo.  Desde 2024, atendendo as novas diretrizes do PQA-VS o município vem atendendo ao indicador de realização de Lira.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
------------------------------------	------	----------

<b>Ação Nº 1</b> - Adequar número de Agentes de Controle Ambiental e de Agentes Comunitários de Saúde para garantir a execução das ações de prevenção e controle de arboviroses.	DEVISA, DS e DGTES	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Garantir veículos oficiais, em número suficiente, para o deslocamento das equipes para ações de prevenção e controle de arboviroses.	DEVISA e DA	Realizado
<b>Ação Nº 3</b> - Manter contrato de empresa de serviços para complementar as ações de controle vetorial.	DEVISA e DA	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 4</b> - Garantir a ação de visita casa a casa executada por ACS e ACE a fim viabilizar as ações de prevenção nas áreas de transmissão de arboviroses.	DEVISA e DS	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 5</b> - Realizar qualificação e treinamento dos profissionais	DEVISA	Realizada/Contínua
<b>Ação Nº 6</b> - Avaliar a utilização de novos métodos e tecnologias voltados ao controle e prevenção das arboviroses.	DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 7</b> - Elaborar e implementar novas estratégias de alcance e permeabilidade dos trabalhos na população	DEVISA	Realizada/Contínua

## Observações

### Meta 3.1.19.

3.1.19. Avaliar a qualidade da água conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.19.

3.1.19. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	19%	13%	6%	20%	41%	50%	31%	76,16%	93,5%	100,4%	80%	80%

Fonte: SISAGUA. \*Esta série histórica tem como denominador a meta da Diretriz Nacional para Campinas. Atualizado jan/2024.

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) tem como meta que sejam realizadas 75% do número de análises obrigatórias da diretriz nacional (522 análises/ano) para o residual de agente desinfetante (cloro).

Diretriz nacional para Campinas: 59 análises mensais, perfazendo 708 análises/ano.

Diretriz Estadual 2022: Alcançar 100% da diretriz nacional (708 análises/ano) no decorrer do ano de 2022; devido à limitação da capacidade laboratorial do Laboratório Estadual de Referência (IAL-Campinas), houve escalonamento de metas progressivas, a saber:

- 40% em 2018 (23 amostras mensais/ 276 anuais);
- 50% em 2019 (30 amostras mensais/ 354 anuais);
- 50% de janeiro/2020 a março/2020 e 60% de abril/2020 a dezembro/2020 (405 amostras anuais);
- 60% de janeiro/2021 a março/2021 e 80% de abril/2021 a dezembro/2021 (540 amostras anuais);
- 80% de janeiro a abril/2022 e 100% a partir de maio/2022 (660 amostras anuais).

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	33,33%	No quadrimestre, foram realizadas 236 análises dos parâmetros <b>coliformes totais</b> e <b>turbidez</b> por meio do Instituto Adolfo Lutz – Regional de Campinas (IAL-Campinas), bem como 236 análises em

		<p><b>campo do parâmetro cloro residual combinado</b>, em ações de rotina. Tais análises correspondem a <b>100% da meta pactuada para o período</b>.</p> <p><b>Colif. Totais = 100% das amostras para o período ; Turbidez = 100% das amostras para o período Cloro Residual Combinado = 100% das amostras para o período; Total= 236 análises de coliformes totais, cloro residual combinado e turbidez, correspondentes a 33,33% da diretriz nacional</b></p> <p>De maneira geral, os resultados das análises demonstraram conformidade com os padrões de potabilidade da água para consumo humano, conforme estabelecido na <b>Portaria de Consolidação nº 5/2017 – Anexo XX</b>, e na <b>Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021</b>. As amostras que apresentaram <b>desconformidades</b> foram objeto de notificação ao responsável pelo Sistema de Abastecimento de Água, com a devida solicitação de <b>adoção de medidas corretivas</b>. Essas informações também foram compartilhadas com a <b>Coordenadoria de Vigilância Sanitária / Núcleo Ambiental</b>, tendo em vista sua competência quanto à regularização sanitária e ao controle dos Sistemas de Abastecimento de Água.</p> <p>Para a operacionalização das coletas, as <b>fichas são no Sistema de Informações Laboratoriais (GAL/Ambiental)</b>, sendo os resultados avaliados nessa mesma plataforma e, posteriormente, <b>validados no SISÁGUA</b>.</p> <p>Como parte do processo de vigilância da qualidade da água para consumo humano, foram realizadas devolutivas dos laudos laboratoriais aos estabelecimentos e pontos de coleta, assegurando o acesso às informações referentes à qualidade da água distribuída à população.</p> <p>O plano de amostragem é realizado conforme a <b>Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, elaborada pelo Ministério da Saúde</b>.</p> <p>O total de amostras coletadas no ano deve ser de 708.</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

<b>Ação na Programação Anual de Saúde</b>	<b>Resp</b>	<b>Situação</b>
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar coletas de água do sistema de abastecimento público em locais definidos pelas Visas regionais de acordo com cronograma determinado pelo IAL Campinas.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Garantir a aquisição de equipamento para realização de análise em campo do cloro residual.	DEVISA e DA	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Cumprir 100% o cronograma de oferta do Instituto Adolfo Lutz (IAL).	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Manter o SIS-Água alimentado.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Analisar e avaliar as informações do SIS-Água.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Inserir as fichas de coleta no Sistema de Informações Laboratoriais -GAL de água e avaliar os resultados das análises.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 7</b> - Trabalhar de forma integrada entre VE e VS para coleta e análise da água.	DEVISA	Realizada

### Observações

Sem observações referentes às ações.

### Meta 3.1.20.

3.1.20. Identificar a ocorrência de agravos relacionados ao trabalho no município, gerando um banco de dados que permita a identificação, tipificação e intervenção no risco através de um critério epidemiológico, incrementando o nº de notificações em 10% em relação ao ano anterior.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.20.

3.1.20. Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador, notificados no SINAN, no Município de Campinas

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor (nº absoluto)	1.126	805	771	768	800	664	233	316	1.201	2.591	310	341

Fonte: SINAN – atualizado em 09/02/2024.

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	1.234	Houve aumento nas notificações de acidentes de trabalho (AT) e de doenças e agravos relacionadas ao trabalho (DART), em relação ao mesmo período do ano anterior. Destacamos os transtornos mentais relacionados ao trabalho, com aumento de cerca de 70% das notificações.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Implementar nova ficha de notificação nas unidades de Urgência e Emergência da SMS	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Capacitar profissionais da rede assistencial e vigilância para reconhecimento, diagnóstico e notificação dos agravos de Saúde do Trabalhador.	DEVISA e DS	Realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Identificar unidades silenciosas, que não realizam notificação aos agravos relacionados a saúde do trabalhador.	DEVISA	Não iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar reuniões periódicas junto aos Distritos/VISAs, UBS, PA e PS para discussões sobre o tema da saúde do trabalhador.	DEVISA	
<b>Ação Nº 5</b> - Implementar o Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador, para aumentar as notificações.	DEVISA	

## Observações

### Meta 3.1.21.

3.1.21. Mensurar a proporção de acidentes investigados alcançados e medir a capacidade em investigar todos os acidentes deste tipo.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.21.

3.1.21. Proporção de acidentes de trabalho (AT) fatais notificados e investigados na área de abrangência do CEREST de Campinas, exceto os ocorridos no trânsito.

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%	100%

Fonte: SINAN – atualizado em 09/02/2024.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	66%	Os dois (02) Acidentes de Trabalho típicos fatais foram investigados. Houve 1 AT fatal no município de Paulínia, mas não recebemos informação sobre a investigação do mesmo.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

#### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar ações de Educação Permanente para aprimorar e qualificar as ações de investigação e prevenção de acidentes de trabalho, voltadas aos profissionais do CEREST, Setores da Vigilância Sanitária, UVZ e VISAs.	DEVISA	Não realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Ampliar rede de notificação de agravos de saúde do trabalhador envolvendo SAMU, Bombeiros e Polícia Civil.	DEVISA	Não realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Executar as ações de investigação de acidentes de trabalho fatais.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Manter a disponibilização de viaturas para que a equipe técnica consiga realizar a investigação do acidente de trabalho	DEVISA	Realizada

## Observações

### Meta 3.1.22.

3.1.22. Mensurar a proporção de acidentes de trabalho graves investigados e medir a capacidade em investigar acidentes deste tipo, aumentando 5% em relação ao ano anterior.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.22.

3.1.22. Proporção dos acidentes de trabalho graves notificados e investigados em Campinas, exceto os ocorridos no trânsito

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	2%	50%	10%	10%	12%	11%	36%	84,2%	60,9%	55%	60%	65%

Fonte: SINAN - Atualizado em 09/02/2024. \*Até 2017 a meta era investigar 5% dos acidentes de trabalho graves

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	4,8%	Ocorreram 105 Acidentes de Trabalho típicos com alguma incapacidade, em 5 foram realizadas inspeção para verificar os ambientes e processos de trabalho, pela equipe de Vigilância do CEREST.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

#### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar ações de Educação Permanente para aprimorar e qualificar as ações de investigação e prevenção de acidentes de trabalho, voltadas aos profissionais do CEREST, Setores da Vigilância Sanitária, UVZ e VISAs.	DEVISA	Não realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Ampliar rede de notificação envolvendo SAMU, Bombeiros e U/E.	DEVISA	Não realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Executar as ações de investigação.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Garantir o número adequado de viaturas para que a equipe técnica consiga realizar a investigação dos acidentes de trabalho oportunamente	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 5</b> - Pactuar a investigação dos acidentes graves conjuntamente com as unidades de saúde de referência dos trabalhadores	DEVISA	Não realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Ampliar a disponibilidade de viaturas e recompor a equipe técnica do Cerest.	DEVISA	Realizada

#### Observações

#### Meta 3.1.23.

Promover ações de formação continuada para os técnicos e trabalhadores envolvidos nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, assim como, realizar atividades de educação continuada para formação de profissionais da saúde, áreas afins e trabalhadores em geral, no que diz respeito a identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, alcançando no mínimo 100 pessoas anualmente.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.23.

3.1.23. Número de alunos, estagiários, residentes, profissionais e trabalhadores em geral, incluindo os profissionais dos municípios da área de abrangência do CEREST que participaram de capacitação em saúde do trabalhador realizada pelo CEREST/Campinas, exceto aqueles em estágio oficial pelo CETS.

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor (nº absoluto)	*	*	*	*	59	1.204	0	43	261	773	100	100

Fonte: CEREST – dados atualizados até 09/02/2024.

\*Incluído a partir de 2018

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	253	Foram realizadas capacitações em Saúde do Trabalhador para profissionais de saúde e alunos em formação com um total de 253 pessoas capacitadas.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

#### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Manter as capacitações em saúde do trabalhador para a rede municipal de saúde.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Oferecer Cursos de capacitação utilizando plataforma EaD em parceria com oDEPS.	DEVISA	Não realizada
<b>Ação Nº 3</b> - Participar dos processos formativos como instrutores, monitores, tutores e/ou facilitadores.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 4</b> - Formular Plano de Trabalho das capacitações em saúde do trabalhador para a rede municipal de saúde.	DEVISA	Não realizada
<b>Ação Nº 5</b> – Fazer parcerias com instituições de ensino, DEPS, DS eDA para viabilização das capacitações.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Participar dos processos formativos como instrutores, monitores, tutores e/ou facilitadores.	DEVISA	Não realizada
<b>Ação Nº 7</b> - Estabelecer parceria com escolas públicas e privadas, que tenham cursos técnicos, para palestras formativas de temas relevantes para o futuro profissional.	DEVISA	Realizada

## Observações

### Meta 3.1.24.

3.1.24. Identificar as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada, para isto se faz necessário atingir 98% das notificações com o campo ocupação preenchido.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.24.

3.1.24. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	99%	97%	97%	97%	94%	91%	97%	96,05%	95,14%	98%	98%	98%

Fonte: SINAN - Atualizado em 09/02/2024.

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	98,55%	Meta atingida embora ainda sejam verificadas algumas notificações enviadas sem o preenchimento do campo “ocupação”. Foi disponibilizado o link de busca de CBO para as Visas Regionais e UVZ.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Intensificar as ações de capacitação pela equipe técnica do Cerest, para os notificadores que não preenchem o campo ocupação, bem como ações coletivas com o projeto do CEREST Itinerante matriciamento das unidades de saúde.	DEVISA	Não Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Identificar unidades notificantes com dificuldade de preenchimento deste campo e sensibilizá-las para a importância da informação.	DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Monitorar, de forma amostral, nos sistemas de informação e prontuários da rede SUS o preenchimento do campo ocupação nos atendimentos realizados pela rede assistencial.	DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Trabalhar de forma integrada entre Vigilância sanitária e CEREST na análise da ocupação laboral para desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores.	DEVISA	Iniciada

## Observações

### Meta 3.1.25.

3.1.25. Medir a cobertura das notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho nos municípios de área de abrangência do CEREST e manter em 100,00% o número de municípios que mantêm notificação de doenças relacionadas ao trabalho.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.25.

3.1.25. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados na área de abrangência do CEREST

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SINAN/RAG - Atualizado em 09/02/2024.

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	100%	Meta atingida. Todos os municípios notificaram pelo menos 1 agravo de ST. realizado reunião com representantes dos municípios da área de abrangência na DRSVII, com presença do GVS e GVE.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar ações em todos os municípios da área de abrangência do CEREST, articulado com a Diretoria Regional da Secretaria Estadual de Saúde (DRS VII), para o incremento das notificações e investigações.	DEVISA	Realizada
<b>Ação Nº 2</b> - Manter as reuniões trimestrais com municípios da área de abrangência do Cerest, ampliada com a presença de representante da vigilância epidemiológica e da atenção primária à saúde, incluindo GVE e GVS.	DEVISA	Realizada

## Observações

### Meta 3.1.26.

3.1.26. Garantir a realização de controle sanitário nos serviços de alto risco sanitário, realizando controle sanitário em 100% dos serviços de terapia renal substitutiva.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.26.

3.1.26. Proporção dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) com controle sanitário realizado no ano

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %	92%	92%	83%	100%	100%	100%	100%	81,81%	100%	100%	100%	100%

Fonte: DEVISA/CVS – fevereiro de 2024.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	30%	De um total de 10 serviços, 3 estabelecimentos foram inspecionados no 1º quadrimestre. Meta programada mantida para cumprimento de inspeção de 100% até o final do ano. Um estabelecimento foi interditado para a realização da atividade de diálise e até o momento não solicitou a desinterdição, portando o número total de estabelecimentos passou de 11 para 10.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Estabelecer cronograma de inspeções e ações de monitoramento baseado em critérios definidos, com execução ao longo do ano.	DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	DEVISA	Iniciada

#### Observações

Sem observações referentes às ações.

### Meta 3.1.27.

3.1.27. Garantir a realização de controle sanitário nos serviços de alto risco sanitário realizando controle sanitário em 100% dos serviços hemoterápicos.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.27.

3.1.27. Proporção dos serviços hemoterápicos com controle sanitário no ano, no município de Campinas.

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

<b>Valor em %</b>	100 %	61 %	72%	100%	69%	100%	100%	94,11 %	100%	74%	100%	100%
-------------------	-------	------	-----	------	-----	------	------	---------	------	-----	------	------

Fonte: DEVISA/CVS – fevereiro de 2024.

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	27%	De um total de 18 serviços, foram inspecionados 5 estabelecimentos no 1º quadrimestre. Todos são estabelecimentos conhecidos pela VISA, que está sempre monitorando situações que possam exigir inspeção e intervenção imediata, independentemente do cronograma proposto (denúncias, eventos sentinelas, solicitações de outros órgãos, etc.). Existe 1 serviço que permanece sem Licença Sanitária por inadequação estrutural.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Estabelecer cronograma de inspeções e ações de monitoramento baseado em critérios definidos, com execução ao longo do ano.	DEVIS A	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	DEVIS A	Iniciada

### Observações

#### Meta 3.1.28.

3.1.28. Garantir a realização de controle sanitário nos serviços de alto risco sanitário realizando controle sanitário em 100% dos hospitais.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.28.

3.1.28. Proporção de Hospitais com controle sanitário ao ano, no município de Campinas

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Valor em %</b>	100 %	80 %	96%	96%	71%	90%	86%	100%	81%	87%	100%	100%

Fonte: DEVISA/CVS. Fevereiro de 2024.

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	29%	De um total de 23 hospitais gerais e 1 hospital psiquiátrico, foram inspecionados 7 estabelecimentos no 1º semestre de 2025. O município também possui 13 hospitais dia e 1 hospital psiquiátrico. Devido à limitação da capacidade instalada no setor para realizar inspeções

		completas em todos os hospitais do município, o planejamento adota critérios de avaliação de risco como: indicadores de infecção hospitalar, Segurança do Paciente e histórico de inspeção anteriores e pendências de adequações. Mediante a necessidade específica (surto, denúncias, renovação de convênio, etc.), o mesmo hospital pode ser inspecionado várias vezes ao longo do ano, independentemente do cronograma pré estabelecido.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Estabelecer cronograma de inspeções e ações de monitoramento baseado em critérios definidos, com execução ao longo do ano.	DEVIS A	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	DEVIS A	Iniciada

### Observações

#### Meta 3.1.29.

3.1.29. Realizar aproximação da Vigilância Sanitária com setores de interesse à saúde como academias, salões de beleza, clínicas de estética, escolas, tatuadores, ILPI's, contribuindo para o desenvolvimento de consciência sanitária dos participantes, com o objetivo de diminuir riscos à saúde. Atingir 03 segmentos de interesse à saúde diferentes/ano para as ações educativas da CVS

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.29.

3.1.29. Número de ações educativas realizadas pela CVS/CFA por segmento de estabelecimentos de interesse à saúde

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor (nº absoluto)	*	*	*	*	*	*	*	*	11	12		

Fonte: DEVISA/CVS - \* INDICADOR incluído em 2022.

#### Resultados, Aná

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	6	A Coordenadoria de Vigilância Sanitária realizou 2 ações educativas no primeiro quadrimestre.

		<p>1 evento do Núcleo de Segurança do Paciente, com hospitais públicos e privados do município.</p> <p>1 capacitação para dispensação de Talidomida, com farmacêuticos da rede municipal de saúde.</p> <p>Há mais ações programadas com outros segmentos ao longo do ano de 2025.</p> <p>A CFA realizou 4 ações educativas sendo 2 para o setor de restaurantes, uma para o setor de bares e lanchonetes e 1 para padarias e mercados, com a participação total de 55 estabelecimentos</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### lises e Considerações da Meta

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Estabelecer programação de atividades educativas para serviços de interesse à saúde, de acordo com a identificação de segmentos que apresentem, no ano vigente, necessidade de informações e orientações que impactem na redução dos riscos à saúde da população.	DEVIS A	
<b>Ação Nº 2</b> - Identificar riscos relacionados às atividades de interesse à saúde, a partir da análise de denúncias, constatações em inspeções, introdução de novos procedimentos ou legislações para a atividade econômica, ou mesmo introdução de modismos que apresentem risco à saúde.	DEVIS A	
<b>Ação Nº 3</b> - Planejar a metodologia educativa que melhor se aplica e alcança o público elencado.	DEVIS A	
<b>Ação Nº 4</b> - Realizar avaliação da necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhamento das providências.	DEVIS A	

### Observações

#### Meta 3.1.30.

3.1.30. Garantir a realização de controle sanitário nos serviços de alto risco sanitário, evitando a fabricação, a comercialização de cosméticos e saneantes adulterados ou sem registro/notificação junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e primando pela qualidade, eficácia e segurança dos produtos fabricados no município, inspecionando 50% das empresas do segmento ao ano.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.30.

3.1.30. Proporção de indústrias de saneantes e cosméticos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025

<b>Valor em %</b>	*	*	*	*	33%	40%	56%	42%	50%	75%	50%	50%
-------------------	---	---	---	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fonte: DEVISA/CVS - atualizado em fevereiro de 2024.

\*incluído a partir de 2018

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	17%	Denominador: 3 (três) empresas fabricantes de saneantes e 3 (três) empresas fabricantes de cosméticos, total de 6 (seis) empresas fabricantes.  0 (zero) empresas de saneantes inspecionadas no primeiro quadrimestre. 1 (uma) empresas de cosméticos inspecionada no primeiro quadrimestre, totalizando 1 (uma) empresa inspecionada.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar as programações e as inspeções ao longo do ano com equipe multiprofissional organizando recursos humanos e materiais necessários.	DEVIS A	Continua
<b>Ação Nº 2</b> - Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	DEVIS A	Continua

### Observações

#### Meta 3.1.31.

3.1.31. Combater a clandestinidade e os riscos à saúde comumente encontrados na indústria alimentícia.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.31.

3.1.31. Número de novas indústrias de alimentos regularizadas perante a Vigilância Sanitária por ano

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Valor (nº absoluto)</b>	*	*	*	*	*	*	*	*	20	25	19	19

Fonte: DEVISA/CVS – \*INDICADOR incluído em 2022. Atualizado em fevereiro de 2024.

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
-----	-----------	-------------------------

1RDQA25	4	Foram desencadeadas ações de busca ativa do Grupo de Trabalho de indústria do Setor de Vigilância de Alimentos a fim de fomentar a regularização das empresas clandestinas.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
Ação Nº 1 - Identificar fabricantes clandestinos de alimentos por busca ativa na internet, site das indústrias, denúncias, produtos sem registro, etc.	DEVISA	Realizada
Ação Nº 2 - Realizar um trabalho de sensibilização e orientação sobre a regularização perante a vigilância sanitária.	DEVISA	Realizada
Ação Nº 3 - Inspeccionar as indústrias para regularização ou contenção do risco.	DEVISA	Realizada

### Observações

#### Meta 3.1.32.

3.1.32. Garantir a realização de controle sanitário nos serviços de alto risco sanitário, do processo e na qualidade e segurança do material esterilizado inspecionando 100% das ETO.

#### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.32.

3.1.32. Proporção de esterilizadoras a ETO (óxido de etileno) inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano, em ações integradas pelas áreas de produtos e serviços de saúde.

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor em %					37%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: DEVISA/CVS - atualizado em fevereiro de 2024.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	50%	Foi realizada inspeção em 1 (uma) empresa esterilizadora ETO. O município possui 2 (duas) empresas.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Realizar as programações e as inspeções ao longo do ano com equipe multiprofissional organizando recursos humanos e materiais necessários.	DEVIS A	
<b>Ação Nº 2</b> - Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	DEVIS A	

### Observações

Sem observações referentes às ações.

### Meta 3.1.33.

3.1.33. Promover ações de monitoramento de alimentos, com foco na resistência aos antimicrobianos, previstas no Plano de Ação de Prevenção e Controle da Vigilância Sanitária em Resistência aos Antimicrobianos.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.33.

3.1.33. Percentual de análises efetuadas no âmbito do Programa Monitora Alimentos Resistência aos antimicrobianos (AMR).

Avaliação: **Anual**

Responsável: Setor de Vigilância Sanitária de Alimentos/CFA/CVS/DEVISA

Fonte: DEVISA

### Série Histórica e Meta Planejada – Novo Indicador

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	0	Programa ainda não está sendo executado. Aguardando orientações do Nível Federal ANVISA e/ou Estadual CVS.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Monitorar o Programa Monitora Alimentos Resistência aos antimicrobianos (AMR).	DEVIS A	

## Observações

### Meta 3.1.34.

3.1.34. Capacitação e qualificação dos profissionais que atuam em vigilância sanitária quanto a harmonização, padronização e a integração de práticas e ações sanitárias, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), por meio de adoção de requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade e do Gerenciamento do Risco para o planejamento e a priorização de suas ações em seus territórios.

### Indicador para o Alcance da Meta 3.1.34.

3.1.34. Proporção de profissionais das Coordenadorias de Vigilância Sanitária e de Fiscalização de Alimentos capacitados nos temas relacionados ao Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) programadas para o ano.

Avaliação: Anual

Responsáveis: Coordenadoria de Vigilância Sanitária e de Fiscalização de Alimentos/DEVISA

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	100%	100%	100%

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	0%	Em 2025 a Coordenadoria de Vigilância Sanitária recebeu 5 novos servidores, que ainda não foram capacitados. A capacitação está prevista para o segundo quadrimestre. Há capacitação em andamento.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Planejar quais temas de SGQ serão abordados em cada oficina no ano.	DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 2</b> - Organizar cronograma das oficinas sobre SGQ do ano.	DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 3</b> - Realizar as oficinas sobre SGQ planejadas para o ano.	DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 4</b> - Avaliar percentual de profissionais participantes e capacitados nos temas abordados.	DEVISA	Iniciada
<b>Ação Nº 5</b> - Definir estratégia para capacitar os profissionais que não participaram das oficinas e para os que não obtiveram nota de aprovação acima de 80%.	DEVISA	Iniciada

## Eixo 2. Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

### Diretriz 4.

4. Gestão e Controle Social - Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, promovendo de forma democrática a participação do Controle Social, no intuito de qualificar os instrumentos de gestão, fortalecendo e ampliando as políticas de atenção integral à saúde, visando à garantia e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, às Redes de Atenção e à Política Nacional de Humanização, de forma a concretizar os princípios da equidade, universalidade, integralidade, transparência e participação popular nos diversos níveis de atenção.

### Objetivo 4.1.

Consolidar a gestão democrática e participativa através do controle social representado pelos conselhos locais, distritais e municipal de saúde, garantindo-lhes as condições mínimas para uma atuação autônoma e competente, consoantes as leis e regulamentações do SUS.

#### Meta 4.1.1.

4.1.1. Conselhos utilizando os instrumentos de planejamento do DIGISUS em tempo oportuno.

#### Indicador para o Alcance da Meta 4.1.1.

4.1.1. Sistema DIGISUS 100% atualizado quadrimestralmente com parecer do CMS.

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	100%	100%	100%	100%

Fonte: Origem dos dados para referência.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	50%	Faltam as atualizações referente ao CMS.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

#### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
Ação Nº 1 - Capacitar o CMS a utilizar o sistema e monitorar o DIGISUS.	DGDO	Realizada

<b>Ação Nº 2</b> - Garantir pessoal administrativo para os conselhos, particularmente o conselho municipal, de acordo com dimensionamento realizado com a participação dos conselheiros.	SMS	
<b>Ação Nº 3</b> - Garantir infraestrutura mínima para o bom funcionamento dos Conselhos.	SMS	
<b>Ação Nº 4</b> - Garantir apoio especializado de técnicos autônomos em relação à gestão para facilitar a fiscalização, monitoramento e divulgação de dados.	SMS	
<b>Ação Nº 5</b> - Implantar Conselhos Locais de Saúde e ou comissões de acompanhamento em todos os serviços próprios e contratados que prestam serviços ao SUS local.	DS DGDO	Realizada
<b>Ação Nº 6</b> - Garantir assento da SMS no Colegiado Gestor da Autarquia Rede Municipal Mário Gatti	RMM G	
<b>Ação Nº 7</b> - Garantir a participação do Controle Social através dos CLS das unidades vinculadas à autarquia e a participação de representantes destes Conselhos na Comissão Permanente de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência do CMS.	DGDO DS	Realizada

## Observações

## Diretriz 5.

5. SUS Formador e Trabalho - Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.

### Objetivo 5.1.

5.1. Articular, monitorar e avaliar os campos de estágio de nível médio e graduação na rede de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

#### Meta 5.1.1.

5.1.1. 100% dos estágios de ensino médio e graduação dentro dos serviços de saúde da SMS pactuados com os Distritos e/ou com os Coordenadores locais, antes do início dos estágios

#### Indicador para o Alcance da Meta 5.1.1.

5.1.1. Proporção dos estágios de ensino médio e graduação dentro dos serviços de saúde da SMS pactuados com os Distritos e/ou Coordenadores locais, antes do início dos estágios.

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	novo	100%	100%

Fonte: Origem dos dados para referência.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	100%	Todos os estágios de ensino médio e graduação dentro dos serviços de saúde da SMS que iniciaram neste quadrimestre foram pactuados com os apoiadores de ensino do DEPS, apoiadores distritais e coordenadores de curso das instituições de ensino. As próximas pactuações para o segundo semestre serão realizadas no mês de Junho/2025.
2RDQA25		

3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Articular, monitorar e avaliar os campos de estágio de nível médio e graduação na rede de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde.	DEPS	Realizada

### Observações

#### Meta 5.1.2

5.1.2. 40% dos estágios de ensino médio e graduação dentro dos serviços de saúde da SMS avaliados com os Distritos e/ou com os Coordenadores locais e Instituições de Ensino, ao término do estágio.

#### Indicador para o Alcance da Meta 5.1.2

5.1.2. Proporção dos estágios de ensino médio e graduação dentro dos serviços de saúde da SMS pactuados com os Distritos e/ou Coordenadores locais, ao término do estágio.

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	40%	40%

Fonte: Origem dos dados para referencia.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	0	Os estágios de ensino médio e graduação dentro dos serviços de saúde da SMS serão avaliados nos meses de Maio e Junho/2025, após seu término. Em Abril, definimos as agendas de pactuações dos estágios para o próximo ciclo. Ou seja, as informações deverão constar no próximo RDQA (2º quadrimestre de 2025).
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
------------------------------------	------	----------

<b>Ação Nº 1</b> - Articular, monitorar e avaliar os campos de estágio de nível médio e graduação na rede de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde.	DEPS	Iniciado
--	------	----------

## Observações

### Objetivo 5.2

5.2 - Acolher as demandas relativas à educação permanente em saúde advindas dos trabalhadores, usuários e gestores, de forma a apoiar a definição de prioridades, o planejamento e execução das mesmas.

#### Meta 5.2.1.

5.2.1. Executar e avaliar 100% das atividades de educação permanente em saúde pactuadas no planejamento anual do DEPS

#### Indicador para o Alcance da Meta 5.2.1

5.2.1. Proporção de atividades pactuadas no planejamento anual do Deps, executadas e avaliadas

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	100%	100%

Fonte: Origem dos dados para referência.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	100%	Todas as atividades de Educação Permanente planejadas pelo DEPS foram realizadas e avaliadas, entre elas: - Realizado apoio aos 6 Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) Distritais (Sul, Sueste, Norte, Leste, Noroeste e Sudoeste) - Realizado 4 turmas mensais, com 2 encontros cada Turma, sobre o “Acolhimento aos novos Servidores da Saúde”. Foram realizadas nos meses de Janeiro, Fevereiro, Março e Abril/2025 - Realizado o “Curso de Parentalidade Responsável” em parceria com a Escola de Governo e Desenvolvimento de Pessoas (EGDS) em Março/2025 - Realizado 2 turmas do “Curso de Articuladores para Integração ensino, serviço e comunidade” nos meses de Fevereiro a Abril/2025 - Realizado a parte prática do “Curso de Qualificação Profissional de auxiliares e técnicos na atenção primária em saúde” em parceria com a CEPROCAMP em Janeiro e Fevereiro/2025
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Resultados, Análises e Considerações da Meta

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Acolher as demandas relativas à educação permanente em saúde advindas dos trabalhadores, usuários e gestores, de forma a apoiar a definição de prioridades, o planejamento e execução das mesmas.	DEPS	Realizado

## Observações

### Objetivo 5.3

5.3 - Oferecer, apoiar e operacionalizar atividades de ensino e processos educativos na modalidade a distância, ampliando a utilização da plataforma moodle.

#### Meta 5.3.1.

5.3.1. 80% das atividades de ensino e processos educativos utilizando a plataforma moodle, como ferramenta de apoio.

#### Indicador para o Alcance da Meta 5.3.1.

5.3.1. Proporção das atividades educativas propostas à Coordenadoria Acadêmica inseridas no Moodle

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	100%	100%	100%	100%

Fonte: Origem dos dados para referência.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	24%	Neste período foram ofertadas 08 capacitações atingindo um público total de 1445 profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. A realização das capacitações foi em parceria com outros departamentos, sendo que três foram na modalidade a distância e uma no formato híbrido. Destas, três capacitações utilizaram a plataforma Moodle e uma o Youtube. As outras quatro capacitações foram na modalidade presencial.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

#### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Oferecer, apoiar e operacionalizar atividades de ensino e processos educativos na modalidade a distância, ampliando a utilização da plataforma moodle.	DEPS	

## Observações

Sem observações referentes às ações.

## Objetivo 5.4

5.4 - Formar profissionais de saúde, por meio da educação multidisciplinar em serviço, com visão humanista, reflexiva e crítica para o desempenho de atividades no Sistema Único de Saúde, tendo por base o modelo de atenção proposto pela Estratégia Saúde da Família

### Meta 5.4.1.

5.4.1. Certificação de 70% dos residentes dos Programas Próprios (médico e multiprofissional) de Atenção Primária/Saúde da Família durante os 24 meses de formação..

### Indicador para o Alcance da Meta 5.4.1.

5.4.1. Proporção de residentes médicos que completam o Programa de Residência no período previsto de 24 meses.

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	100%	100%	100%	100%

Fonte: Origem dos dados para referencia.

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	<b>73,68%</b>	<p>As certificações dos programas acontecem uma vez ao ano, tendo o resultado final divulgado entre Março até o mês de julho. Considerando que não houve novas turmas formadas, são apresentados abaixo os dados atualizados das turmas ativas:</p> <p>Proporção de residentes médicos que completam o programa de residência no período previsto de 24 meses:</p> <p>Na turma referente ao período 2022-2024 houveram 18 matriculados e 2 desistências, ou seja 16 que concluíram, que representa 88,7%.</p> <p>Na turma referente ao período 2023-2025 houveram 18 matriculados e 2 desistências, ou seja 16 que concluíram, que representa 88,8%.</p> <p>Na turma referente ao período 2024-2026 houveram 24 matriculados e 3 desistências.</p> <p>Na turma referente ao período 2025-2027 houveram 24 matriculados e 0 desistências.</p> <p>Proporção de residentes multiprofissionais que completam o Programa de Residência no período previsto de 24 meses:</p> <p>Na turma referente ao período 2022-2024 houveram 58 matriculados e 25 desistências, ou seja 33 que concluíram, que representa 56,8%.</p> <p>Na turma referente ao período 2023-2025 houveram 58 matriculados e 18 desistências, ou seja 40 que concluíram, que representa 68,9%.</p> <p>Na turma referente ao período 2024-2026 houveram 60 matriculados e 15 desistências</p> <p>Na turma referente ao período 2025-2027 houveram 53 matriculados e 3 desistências</p>
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Formar profissionais de saúde, por meio da educação multidisciplinar em serviço, com visão humanista, reflexiva e crítica para o desempenho de atividades no Sistema Único de Saúde, tendo por base o modelo de atenção proposto pela Estratégia Saúde da Família	DEPS	

### Observações

#### Meta 5.4.2.

5.4.2. Formalizar e informatizar 30% dos convênios de ensino e concessão de campos para os estágios técnicos e de graduação que ocorrem nas Unidades de Saúde da Rede Municipal de Campinas.

#### Indicador para o Alcance da Meta 5.4.2.

5.4.2. Proporção dos estágios realizados nas Unidades de Saúde do Município de Campinas com convênios formalizados entre a instituição de ensino proponente e a Secretaria Municipal de Saúde

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	100%	100%

Fonte: Origem dos dados para referência.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	17%	Secretaria de Saúde possui convênios firmados com 2 instituições de ensino de nível superior. No quadrimestre havia um total de 12 instituições de ensino atuando em atividades práticas de formação, sendo 6 de nível superior e 6 de nível médio. Os fluxos para a formalização dos convênios educacionais estão sendo finalizados pelo DEPS em parceria com o DGDO, para ampla divulgação. Existem 8 processos de conveniamento em andamento.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Formar profissionais de saúde, por meio da educação multidisciplinar em serviço, com visão humanista, reflexiva e crítica para o desempenho de atividades no Sistema Único de Saúde, tendo por base o modelo de atenção proposto pela Estratégia Saúde da Família	DEPS	

## Observações

### Meta 5.4.3.

5.4.3. Informatizar e normatizar 100% dos processos de solicitação para realização de pesquisas na Secretaria Municipal de Saúde.

#### Indicador para o Alcance da Meta 5.4.3.

5.4.3. Proporção das pesquisas realizadas no município que foram integralmente tramitadas por via digital (recebimento via e-mail / tramitação via SEI).

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	100%	100%

Fonte: Origem dos dados para referencia.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	100%	Todas as solicitações de pesquisa foram integralmente tramitadas por via digital, durante o quadrimestre
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

#### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
Ação Nº 1 - Informatizar e normatizar os processos de solicitação para realização de pesquisas na Secretaria Municipal de Saúde	DEPS	

## Observações

### Objetivo 5.5

5.5 - Implantação do programa Saúde Digital nos serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

#### Meta 5.5.1.

5.5.1.100% dos estabelecimentos de atenção primária à saúde da SMS com ao menos um projeto próprio na modalidade telessaúde em atividade, com utilização da plataforma disponibilizada pela SMS.

#### Indicador para o Alcance da Meta 5.4.1.

5.5.1. Proporção dos estabelecimentos com ao menos um projeto próprio em atividade na modalidade telessaúde, com utilização da plataforma disponibilizada pela SMS

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	100%	100%	100%	100%

Fonte: Origem dos dados para referência.

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	100%	Todas as unidades realizam atividades nas modalidades de Telessaúde, entre elas teleconsultas, teleconsultorias e telemonitoramento.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
Ação Nº 1 - Implantar o programa Saúde Digital nos serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.	DEPS	

### Observações

#### Meta 5.5.2.

5.5.2. Aumentar em 25% o número de atendimentos na plataforma de telessaúde disponibilizada pela SMS no quadrimestre.

#### Indicador para o Alcance da Meta 5.5.2.

5.5.2. Percentual de crescimento do número de atendimentos na plataforma de telessaúde disponibilizada pela SMS

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	25%	25%

Fonte: Origem dos dados para referência.

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	17.8%	Número absoluto: 9364. O período indicado acima envolveu a transição do sistema para a realização de teleconsultas do sistema SIAS para eSUS PEC para profissionais próprios pertencentes à SMS.
2RDQA25		

3RDQA25		
RAG 25		

## Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
Ação Nº 1 - Implantar o programa Saúde Digital nos serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	DEPS	

### Observações

## Eixo 3. Gestão e Financiamento adequado e suficiente para o SUS

### Diretriz 6

Garantir o financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde, de modo a enfrentar o subfinanciamento das esferas federal e estadual, investindo todo o orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS universal e de qualidade, melhorando o padrão do gasto, qualificando os instrumentos de execução direta e de contratualização de serviços públicos com a devida fiscalização, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS, ratificando a Seguridade Social como direito universal e permanente para a (o) s usuária (o) s.

### Objetivo 6.1

Garantir que o financiamento do SUS Campinas seja compatível com as necessidades da saúde da população, permitindo investimentos suficientes à consolidação do SUS municipal, com acesso facilitado a todos os serviços, ações de saúde e tecnologias necessários ao cuidado de qualidade.

#### Meta 6.1.1

Garantir o investimento mínimo em saúde de 17% do orçamento de acordo com a lei vigente.

#### Indicador para o Alcance da Meta 6.1.1.

6.1.1 Percentual de investimento em saúde do Tesouro Municipal.

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	26,02	29,08	31,12	30,90	26,08	24,13	26,29	24,92	24,70	28,31	26,77	17%
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	

Fonte: Origem dos dados para referência.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	20,15%	
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
Ação nº 1 - Monitorar o investimento em saúde no município.	DGRFS	

### Observações

## Objetivo 6.2

6.2. Garantir a melhoria dos processos administrativos das áreas meio de acordo com as necessidades assistenciais e o planejamento de expansão de serviços, ações e atividades de saúde.

### Meta 6.2.1

Realizar 80% dos processos de aquisição ou contratação de serviços em um período inferior a oito meses.

### Indicador para o Alcance da Meta 6.2.1

6.2.1. Percentual de processos licitatórios realizados em menos de oito meses.

### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	80%	80%	80%	80%

### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	86,36%	No quadrimestre, foram analisados 110 processos relacionados a solicitações de aquisições e contratações, dos quais 95 foram concluídos no prazo de até oito meses. O tempo de tramitação considerado vai desde a assinatura do termo de referência — documento que orienta a contratação — até a emissão do contrato ou instrumento equivalente, conforme previsto na legislação vigente.
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

### Ações Municipais e Monitoramento de Implementação - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
Ação Nº 1 -Reestruturação e Modernização do Almojarifado da Saúde - Melhoria nas condições de trabalho, impactando na organização dos demais serviços de saúde. - PMG.	DA	Em andamento.

<b>Ação Nº 2</b> - Melhoria do sistema de manutenção predial e de equipamentos da Saúde.	DA	Contínua
<b>Ação Nº 3</b> - Atendimento às solicitações de reposição de mobiliários e equipamentos sem condições de uso demandados para Rede Municipal de Saúde.	DA	Contínua
<b>Ação Nº 4</b> - Garantir que os recursos planejados e destinados para a aquisição de insumos e medicamentos sejam de fato executados em tempo hábil.	DA	Realizada.
<b>Ação Nº 5</b> - Realizar frequentes concursos públicos de forma a manter uma reserva de concurso vigente para todas as categorias profissionais, principalmente as categorias profissionais que mantêm alta rotatividade e as que compõem linha de frente para AB e Rede de U/E, de forma a manter o quadro de pessoal adequado ao dimensionamento preconizado pelo modelo assistencial e pela necessidade de expansão dos serviços. Exonerações, óbitos e aposentadorias devem ser repostos automaticamente.	DGTS	Contínua
<b>Ação Nº 6</b> - Ampliar a acessibilidade a pessoas com deficiência em todos os serviços de saúde, fazendo adaptações quando necessárias, como instalação de rampas de acesso, banheiros adaptados, barras de apoio, balcões acessíveis, dentre outras, de acordo com as normas ABNT.	DA	Em andamento.
<b>Ação Nº 7</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes (Plano de Metas do Governo - PMG).	DGDO	Iniciado
<b>Ação Nº 8</b> - Garantir um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por distrito (PMG).	DGDO	Iniciado
<b>Ação Nº 9</b> - Construir o CRAIM Instituto da Mulher, espaço dedicado ao cuidado com as mulheres (PMG).	DGDO	Realizado
<b>Ação Nº 10</b> - Implantar o Hospital Mário Gattinho - Atendimento referenciado exclusivo para atendimento às crianças em pediatria. Prestar assistência a crianças e sua família em situações de emergência e agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida e exigem tratamento imediato - PMG.	RMMG	Realizado
<b>Ação Nº 11</b> - Ampliar a Unidade de Quimioterapia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - PMG.	RMMG	Realizado
<b>Ação Nº 12</b> - Construir e ampliar unidades, bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Novo CS Sirius/Cosmos (PMG) (Emenda Fed - Zaratini + TAC + Cp)	DGDO	Realizado
<b>Ação Nº 13</b> - Construir e ampliar unidades, bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Novo CS Souza 2 (PMG) (NOVO PAC)	DGDO	Não realizado *
<b>Ação Nº 14</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Novo CS Miryam (PMG) (NOVO PAC)	DGDO	Não realizado *
<b>Ação Nº 15</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Novo CS Village 2 (PMG) (NOVO PAC)	DGDO	Iniciado
<b>Ação Nº 16</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Novo CS Vista Alegre 2 (PMG)	DGDO	Não realizado
<b>Ação Nº 17</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Substituição CS São Vicente (PMG)	DGDO	Realizado
<b>Ação Nº 18</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Substituição CS Campina Grande (PMG)	DGDO	Realizado
<b>Ação Nº 19</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Substituição CS Carlos Gomes (PMG) (NOVO PAC)	DGDO	Não realizado *
<b>Ação Nº 20</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Substituição CS Boa Esperança (PMG) (NOVO PAC)	DGDO	Iniciado
<b>Ação Nº 21</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Reforma CS Ipê (TAC 2021)	DGDO	Iniciado
<b>Ação Nº 22</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Reforma CS Carvalho de Moura (TAC 2021)	DGDO	Não realizado
<b>Ação Nº 23</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Reforma CS DIC I (TAC 2021)	DGDO	Cancelado
<b>Ação Nº 24</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Reforma CS DIC III (TAC 2021)	DGDO	Iniciado
<b>Ação Nº 25</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Reforma CS São Marcos (TAC 2021)	DGDO	Iniciado

<b>Ação Nº 26</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Reforma CS Santa Mônica	DGDO	Não realizado
<b>Ação Nº 27</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Reforma CS Orozimbo Maia	DGDO	Não realizado
<b>Ação Nº 28</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Reforma CS Itajaí	DGDO	Iniciado
<b>Ação Nº 29</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Reforma CS Paranapanema	DGDO	Realizado
<b>Ação Nº 30</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Tear das Artes (TAC 2021)	DGDO	Realizado
<b>Ação Nº 31</b> - Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes Novo CS São Judas (NOVO PAC)	DGDO	Não realizado*

### Observações

\*Propostas habilitadas pelo programa NOVO PAC SAÚDE, porém não selecionadas para o recebimento do recurso no exercício 2023-2024.

### Objetivo 6.3

6.3 Garantir a melhoria dos processos administrativos das áreas meio de acordo com as necessidades assistenciais e o planejamento de expansão de serviços, ações e atividades de saúde.

#### Meta 6.3.1

Informatizar toda a rede assistencial implantando PEC nas 67 UBS.

#### Indicador para o Alcance da Meta 6.3.1

6.3.1. Percentual de UBS utilizando o Prontuário Eletrônico do Cidadão.

#### Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	Novo	83,58 %	83,58 %	90%	100%	100%	100%

Fonte: CSI.

#### Resultados, Análises e Considerações da Meta

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA25	100%	
2RDQA25		
3RDQA25		
RAG 25		

Ação na Programação Anual de Saúde	Resp	Situação
<b>Ação Nº 1</b> - Implantar prontuário eletrônico em 100% das unidades próprias de média e alta complexidade	DS CDTI -DACT	
<b>Ação Nº 2</b> - Qualificar a Telesaúde no SUS Campinas.	DEPS - DS	
<b>Ação Nº 3</b> - Conectar todas as unidades da SMS com no mínimo 25 Mb de internet.	CDTI -DACT	
<b>Ação Nº 4</b> - Implantar Rede Lógica Estruturada em todas as unidades da SMS.	CDTI -DACT	
<b>Ação Nº 5</b> - Integrar as diferentes bases de informação tais como o Laboratório Municipal, o eSUS AB, SISPMI SIGA, entre outros, em um repositório de dados municipal.	CDTI -DACT	
<b>Ação Nº 6</b> - Reformular o site da PMC/Saúde para que os conteúdos sejam disponibilizados com acessibilidade a todos públicos.	CDTI -DACT	

Observações