

MATRIZ GERAL

Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA, RAG e PAS

CAMPINAS

VIGÊNCIA - 2022



MAIO/2022

MATRIZ GERAL RDQA 2022 SUS Campinas-minuta.docx

Conteúdo

Metas, Indicadores e Ações do Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025.....	7
Eixo 1. Saúde como Direito	7
Diretriz 1.i.....	7
Objetivo 1.i.1.....	7
1.i.1.i. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	7
1.i.1.ii. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	11
1.i.1.iii. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.....	13
1.i.1.iv. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para residentes e população de mesma residência.....	14
1.i.1.v. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade para residentes e população de mesma residência.....	16
1.i.1.vi. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de média complexidade de residentes e população de mesma residência.....	17
1.i.1.vii. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência.....	18
1.i.1.viii. Proporção de acesso hospitalar de residentes que foram à óbito por acidente	19
Objetivo 1.i.2.....	21
1.i.2.i. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	22
Diretriz 1.ii.....	22
Objetivo 1.ii.1.....	22
1.ii.1.i. Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos	22
1.ii.1.ii. Percentual de Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três tipos de práticas do programa da saúde integrativa	23
1.ii.1.iii. Proporção de medicamentos padronizados disponibilizados para Atenção Básica, de forma humanizada e qualificada	25
1.ii.1.iv. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	27
1.ii.1.v. Ações de Matriciamento realizadas por Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS) com equipes de APS.....	28
1.ii.1.vi. 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.....	29
1.ii.1.vii. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio	31
1.ii.1.viii. Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária	31
1.ii.1.ix. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos	34
1.ii.1.x. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos	36
1.ii.1.xi. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	38
1.ii.1.xii. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	

1.ii.1.xiii.	Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida.....	41
1.ii.1.xiv.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	43
1.ii.1.xv.	Taxa de Mortalidade Infantil	44
1.ii.1.xvi.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.....	45
1.ii.1.xvii.	Razão da Mortalidade Materna	46
1.ii.1.xviii.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	48
1.ii.1.xix.	Proporção de óbitos maternos investigados.....	49
1.ii.1.xx.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano	50
1.ii.1.xxi.	Número de testes de sífilis por gestante	52
Diretriz 1.iii.	53
Objetivo 1.iii.1.	53
1.iii.1.i.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.....	53
1.iii.1.ii.	Letalidade por febre maculosa brasileira (FMB) em pacientes residentes e atendidos no município de Campinas.....	54
1.iii.1.iii.	Encerramento de casos suspeitos notificados para febre maculosa brasileira (FMB) (confirmados ou descartados) por critério laboratorial	55
1.iii.1.iv.	Realização da pesquisa acarológica em áreas silenciosas nos locais prováveis de infecção (LPIs) dos casos confirmados de febre maculosa em até 60 dias após notificação.....	56
1.iii.1.v.	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 Tríple viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada	56
1.iii.1.vi.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.....	58
1.iii.1.vii.	Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	59
1.iii.1.viii.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	60
1.iii.1.ix.	Coeficiente de incidência de Câncer por sexo, no município de Campinas.	61
1.iii.1.x.	Número de publicações da análise da situação de saúde de Campinas	62
1.iii.1.xi.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	63
1.iii.1.xii.	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3	64
1.iii.1.xiii.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.....	65
1.iii.1.xiv.	Número de testes sorológicos para HIV realizados.....	66
1.iii.1.xv.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.....	66
1.iii.1.xvi.	Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados.....	67
1.iii.1.xvii.	Coeficiente de letalidade por dengue	68
1.iii.1.xviii.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.....	69
1.iii.1.xix.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.....	70
1.iii.1.xx.	Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador notificados no SINAN, no Município de Campinas.....	71
1.iii.1.xxi.	Proporção de acidentes de trabalho (AT) fatais notificados e investigados na área de abrangência do CEREST de Campinas, exceto os ocorridos no trânsito.....	72
1.iii.1.xxii.	Proporção dos acidentes de trabalho graves notificados e investigados em Campinas, exceto	

os ocorridos no trânsito	73
1.iii.1.xxiii. 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. ..	74
1.iii.1.xxiv. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	75
1.iii.1.xxv. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados na área de abrangência do CEREST	75
1.iii.1.xxvi. Proporção dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) com controle sanitário realizado no ano	76
1.iii.1.xxvii. Proporção dos serviços hemoterápicos com controle sanitário no ano, no município de Campinas.	77
1.iii.1.xxviii. Proporção de Hospitais com controle sanitário ao ano, no município de Campinas	77
1.iii.1.xxix. Número de ações educativas realizadas pela CVS por segmento de estabelecimentos de interesse a saúde	78
1.iii.1.xxx. Proporção de indústrias de saneantes e cosméticos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano	79
1.iii.1.xxxi. Número de novas indústrias de alimentos regularizadas perante a Vigilância Sanitária por ano	80
1.iii.1.xxxii. 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.	80
Eixo 2. Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).....	81
Diretriz 2.i.....	81
Objetivo 2.i.1.....	81
2.i.1.i. Sistema DIGISUS 100% atualizado quadrimestralmente com parecer do CMS.....	81
Diretriz 2.ii.....	82
Objetivo 2.ii.1.....	82
2.ii.1.i. Proporção de unidades de saúde do SUS Campinas participando do processo de formação de novos profissionais, como campo de prática para atividades de ensino em serviço.	82
Objetivo 2.ii.2.....	82
2.ii.2.i. Proporção de Gestores participando de ao menos uma capacitação no ano.	83
Objetivo 2.ii.3.....	83
2.ii.3.i. Proporção de Planos de Atividades de Estágio pactuados nas unidades de saúde que são campo de prática para atividades de ensino em serviço entre unidade e docente supervisor.	83
Objetivo 2.ii.4.....	84
2.ii.4.i. Proporção de estudantes em atividades de ensino aprendizagem nas unidades de saúde em relação ao pactuado entre as Instituições de Ensino e CETS.....	84
2.ii.4.ii. Proporção de avaliações dos estágios realizados nas unidades de saúde que são campos de prática para atividades de ensino em serviço.....	85
Eixo 3. Gestão e Financiamento adequado e suficiente para o SUS.....	85
Diretriz 3.i.....	85
Objetivo 3.i.1.....	85
3.i.1.i. Percentual de investimento em saúde do Tesouro Municipal.	85
Objetivo 3.i.2.....	86

3.i.2.i Percentual de processos licitatórios realizados em menos de oito meses.....	86
Objetivo 3.i.3.....	87
3.i.2.i Proporção de execução do projeto de reforma administrativa.....	87
3.i.1.i. Percentual de UBS utilizando o Prontuário Eletrônico do Cidadão.	87

Introdução

A partir da Programação Anual de Saúde (PAS) propôs-se a anualização do PMS, o que 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.

Este documento é a ferramenta de consolidação dos dados dos RDQAs 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.

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

Metas, Indicadores e Ações do Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025

Eixo 1. Saúde como Direito

Diretriz 1.i.

Objetivo 1.i.1.

Meta 1.i.1.i.

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.i.1.i.

1.i.1.i. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

Indicador 17- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - PRI

Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	50%	51%	48%	50%	42%	37%	61%	63,17%	65%	68%	71%	74%

Fonte: CNES/eGESTOR

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

ID	AÇÃO	SITUAÇÃO
1.i.1.i.1	Contratar e repor recursos humanos, mediante concurso público, para manter as equipes completas continuamente.	DS
1.i.1.i.2	Realizar concurso público ou chamamento dos concursos vigentes dos profissionais que compõe as equipes de Estratégia de Saúde da Família (eESF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF), de forma continuada para manter as equipes completas.	DS
1.i.1.i.3	Garantir que todas as eSF estejam vinculadas a uma equipe NASF	DS
1.i.1.i.4	Implementar as ações de apoio matricial, intra e inter equipes, incluindo NASF, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis.	DS
1.i.1.i.5	Realizar capacitações conforme necessidade apontada e EP via CETS, incluindo gestores.	DS
1.i.1.i.6	Apoiar os gestores para ampliar sua potência em relação à implementação da garantia do acesso (acolhimento e organização das agendas).	DS
1.i.1.i.7	Atualizar sistematicamente o dimensionamento de população e territórios.	DS

1.i.1.i.8	Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes (Plano de Metas do Governo - PMG).	<table><tr><td>Nova</td><td>CS Sirius/Cosmos (PMG) (Emenda Fed - Zaratini + TAC + Cp)</td></tr><tr><td>Nova</td><td>CS Souzas 2 (PMG)</td></tr><tr><td>Nova</td><td>CS Miriam (PMG)</td></tr><tr><td>Nova</td><td>CS Village 2 (PMG)</td></tr><tr><td>Nova</td><td>CS Vista Alegre 2 (PMG)</td></tr><tr><td>Substituição</td><td>CS São Vicente (PMG)</td></tr><tr><td>Substituição</td><td>CS Campina Grande (PMG)</td></tr><tr><td>Substituição</td><td>CS Carlos Gomes (PMG)</td></tr><tr><td>Substituição</td><td>CS Boa Esperança (PMG)</td></tr><tr><td>Reforma/Amp</td><td>CS Ipê (TAC 2021)</td></tr><tr><td>Reforma/Amp</td><td>CS Carvalho de Moura (TAC 2021)</td></tr><tr><td>Reforma/Amp</td><td>CS DIC I (TAC 2021)</td></tr><tr><td>Reforma/Amp</td><td>CS DIC III (TAC 2021)</td></tr><tr><td>Reforma/Amp</td><td>CS São Marcos (TAC 2021)</td></tr><tr><td>Reforma/Amp</td><td>CS Santa Monica</td></tr><tr><td>Reforma/Amp</td><td>CS Orozimbo Maia</td></tr><tr><td>Reforma/Amp</td><td>CS Itajaí</td></tr><tr><td>Reforma/Amp</td><td>CS Paranapanema</td></tr><tr><td>Reforma/Amp</td><td>Tear das Artes (TAC 2021)</td></tr></table>	Nova	CS Sirius/Cosmos (PMG) (Emenda Fed - Zaratini + TAC + Cp)	Nova	CS Souzas 2 (PMG)	Nova	CS Miriam (PMG)	Nova	CS Village 2 (PMG)	Nova	CS Vista Alegre 2 (PMG)	Substituição	CS São Vicente (PMG)	Substituição	CS Campina Grande (PMG)	Substituição	CS Carlos Gomes (PMG)	Substituição	CS Boa Esperança (PMG)	Reforma/Amp	CS Ipê (TAC 2021)	Reforma/Amp	CS Carvalho de Moura (TAC 2021)	Reforma/Amp	CS DIC I (TAC 2021)	Reforma/Amp	CS DIC III (TAC 2021)	Reforma/Amp	CS São Marcos (TAC 2021)	Reforma/Amp	CS Santa Monica	Reforma/Amp	CS Orozimbo Maia	Reforma/Amp	CS Itajaí	Reforma/Amp	CS Paranapanema	Reforma/Amp	Tear das Artes (TAC 2021)	DS
Nova	CS Sirius/Cosmos (PMG) (Emenda Fed - Zaratini + TAC + Cp)																																								
Nova	CS Souzas 2 (PMG)																																								
Nova	CS Miriam (PMG)																																								
Nova	CS Village 2 (PMG)																																								
Nova	CS Vista Alegre 2 (PMG)																																								
Substituição	CS São Vicente (PMG)																																								
Substituição	CS Campina Grande (PMG)																																								
Substituição	CS Carlos Gomes (PMG)																																								
Substituição	CS Boa Esperança (PMG)																																								
Reforma/Amp	CS Ipê (TAC 2021)																																								
Reforma/Amp	CS Carvalho de Moura (TAC 2021)																																								
Reforma/Amp	CS DIC I (TAC 2021)																																								
Reforma/Amp	CS DIC III (TAC 2021)																																								
Reforma/Amp	CS São Marcos (TAC 2021)																																								
Reforma/Amp	CS Santa Monica																																								
Reforma/Amp	CS Orozimbo Maia																																								
Reforma/Amp	CS Itajaí																																								
Reforma/Amp	CS Paranapanema																																								
Reforma/Amp	Tear das Artes (TAC 2021)																																								
1.i.1.i.9	Aumentar o número de usuários cadastrados no CadWeb SUS, mantendo, de forma efetiva os cadastros, e mantê-los atualizados.	DS																																							
1.i.1.i.10	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 (eESF), para manter o Programa e o repasse do MS.	DS																																							
1.i.1.i.11	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 eNASF), para manter o Programa e o repasse do MS.	DS																																							
1.i.1.i.12	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																																							
1.i.1.i.13	Realizar acompanhamento sistemático, com reuniões e discussões para realizar monitoramento das ações realizadas pelas UBS, em relação a avaliação de Desempenho, relacionado aos indicadores da Portaria Previne Brasil.	DS																																							
1.i.1.i.14	Avançar nos territórios Assistenciais em relação a integração com as demais Secretarias, promovendo discussões intersetoriais, 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 (MASPDDH).	DS																																							
1.i.1.i.15	Elaborar de forma integrada com as equipes de saúde da família e equipes NASF 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																																							
1.i.1.i.16	Manter e estimular o telemonitoramento de pacientes, garantindo o monitoramento dos pacientes com COVID e ou suspeitos, a infraestrutura necessária para a implantação de um sistema de teleconsultas / teleatendimentos para a realização do atendimento remoto a pacientes pelas equipes de saúde da família, com rede de internet adequada e capacitação para os profissionais.	DS																																							
1.i.1.i.17	Implantar o aplicativo Campinas na Palma da Mão para Desburocratizar e melhorar o acesso aos serviços públicos, atendimento ao cidadão em 3 áreas de atendimento: Empreendedor, Saúde e Educação - PMG.	DS																																							
1.i.1.i.18	Ampliar o número de centros de saúde na cidade, reduzindo os vazios assistenciais, 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																																							
1.i.1.i.19	Fortalecer a rede ampliada de saúde e segurança social em diálogo com o CR LGBTQIA+	DS																																							
1.i.1.i.20	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																																							

1.i.1.i.21	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
1.i.1.i.22	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

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

1RDQA	63,74%	<p><u>Competência abril de 2022:</u></p> <p>eSF - <u>226</u></p> <p>eAB1 - <u>0</u></p> <p>TOTAL DE EQUIPES =226</p> <p><u>OBS:</u> não consideradas as equipes de ACS.</p> <p><u>Memória de Cálculo:</u> $(226 \text{ ESF} \times 3.450) + (0 \text{ EAB} \times 3.000) / 1.223.237 \text{ Hab} \times 100 = \mathbf{63,74\%}$</p> <p>*Obs.: Port. Nº 2.027, 25.08.2011 MS Dados do Ministério da Saúde: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP.</p> <p>Caso considerássemos a Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019 que institui o Programa Previne Brasil em seu parâmetro 1 eSF para 4.000 habitantes para municípios classificados como urbanos, no qual Campinas se inclui, a Cobertura de ESF passaria a 73,90%, o que cumpre a meta pactuada.</p> <p>A cobertura populacional: Estamos mantendo a cobertura relacionada ao último quadrimestre acima de 63% nos parâmetros do RAG de 2021. Relacionado aos residentes do “Programa Mais Médicos Campineiro” contamos com 41 R2 e 42 R1 totalizando 83 médicos e com diminuição de 71 para 45 médicos pelo “Programa Mais Médicos para o Brasil” do governo federal, com a possibilidade de virem, no próximo quadrimestre, 9 médicos por este programa.</p> <p>Mantidos os convênios firmados com as instituições parceiras, UNICAMP, PUC de Campinas, São Leopoldo Mandic e Rede Mário Gatti de U/E e a seleção e capacitação de médicos preceptores para o “Programa Mais Médicos Campineiro”, tendo este se iniciado em março de 2020.</p> <p>Houve um decréscimo no total de <u>ACS</u> informados pela CII no Portal da Saúde passando de 666 para 660, não havendo ACS fora de equipes.</p> <p>Elaborada a Minuta de um Decreto para regulamentação da utilização de recursos provenientes do Programa Previne Brasil do Ministério da Saúde para pequenas despesas nas Unidades Básicas de Saúde em substituição ao antigo Decreto autorizador da utilização da verba PMAQ, publicado em 24 de setembro de 2020 - Decreto nº 21.077 de 23 de setembro de 2020 que dispõe sobre a regulamentação da utilização de recursos financeiros de custeio provenientes do Ministério da Saúde e dá outras providências.</p> <p>Foi contemplado o pleito de extensão de carga horária para quatorze Unidades Básicas de Saúde (UBS) - <u>Programa Saúde na Hora</u>, estando o programa implantado em 17 UBS (5 novas), sendo monitoradas 45 equipes homologadas. Mantida a inclusão de 67 coordenadores de Centros de Saúde como <u>Gerentes de Unidades Básicas de Saúde</u> para efeito de repasse de recursos previsto na respectiva portaria.</p> <p>Estamos em processo de contrato emergencial de médicos para reposição de forma ágil, até a efetivação do concurso público.</p> <p>Estamos em processo de chamamento dos concursos vigentes dos profissionais que compõe as equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF).</p> <p>Garantido que todas as eSF estejam vinculadas a uma equipe NASF.</p> <p>Estamos realizando discussões relacionadas às ações de apoio matricial, intra e inter equipes, incluindo NASF, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis.</p> <p>Estamos realizando capacitações conforme necessidade apontada, inclusive dos Gestores</p>
-------	--------	---

		<p>da SMS, com início em março de 2022 com previsão de término em dezembro de 2022.</p> <p>Estamos em processo de discussão com os gestores para ampliar sua potência em relação à implementação da garantia do acesso (acolhimento e organização das agendas).</p> <p>Estamos em processo de acompanhamento sistemático relacionado ao número de usuários cadastrados no CadWeb SUS, mantendo, de forma efetiva, os cadastros, e atualizados.</p> <p>Estamos em acompanhamento e ampliação das discussões da 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 (eESF), para manutenção do Programa e o repasse do MS.</p> <p>Está em processo a organização e capacitação relacionadas ao matriciamento dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Prefeitura de Campinas, garantindo o credenciamento destes profissionais nas equipes (eSF, eSB ou eNASF), para manter o Programa e o repasse do MS.</p> <p>Estamos, junto às equipes e programas específicos, como o de Saúde na Escola e prevenção de violências nos territórios assistenciais, trabalhando a integração com as demais Secretarias, promovendo discussões intersetoriais, 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 (SMASPDH).</p> <p>Estamos mantendo e estimulando o telemonitoramento de pacientes, garantindo o monitoramento dos pacientes com COVID e ou suspeitos.</p> <p>Está em processo o fortalecimento da Política de Saúde da População Negra com o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, ampliando a capacitação e qualificação das equipes de saúde sobre atenção e acolhimento desta população, e com a realização de discussões nos territórios, com programação de oficinas para 2022.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.i.1.ii.

1.i.1.ii. 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.i.1.ii.

1.i.1.ii. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica

Indicador 19- 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%	33%	36%	39%	42%

Fonte: CNES/eGESTOR

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.i.1.ii.1	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
1.i.1.ii.2	Adequar carga horária dos profissionais existentes para garantir a constituição de equipes em diferentes unidades.	DS
1.i.1.ii.3	Manter Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado.	DS
1.i.1.ii.4	Vincular aumento das equipes de bucal ao aumento das equipes de ESF.	DS
1.i.1.ii.5	Garantir acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade.	DS
1.i.1.ii.6	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
1.i.1.ii.7	Garantir o acesso à consulta de pré-natal odontológico a todas as gestantes cadastradas.	DS
1.i.1.ii.8	Realizar capacitação sobre pré-natal odontológico para toda a equipe de referência das UBSs.	DS
1.i.1.ii.9	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
1.i.1.ii.10	Realizar campanhas de prevenção e detecção precoce de câncer bucal anualmente.	DS
1.i.1.ii.11	Intensificar a divulgação e a vinculação da campanha de prevenção junto a da vacinação do idoso nos diferentes veículos de comunicação.	DS
1.i.1.ii.12	Estimular a maior participação de outros profissionais das equipes na capacitação prévia à campanha.	DS
1.i.1.ii.13	Realizar capacitação para toda a equipe de referência das UBSs abordando os aspectos de prevenção em câncer bucal.	DS
1.i.1.ii.14	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
1.i.1.ii.15	Realizar readequações dos materiais educativos e de prevenção existentes através da aquisição sistemática de novos materiais, filmes, macro modelos e cartazes a serem disponibilizados para essas ações. Discutir as ações pedagógicas inerentes aos trabalhos preventivos.	DS
1.i.1.ii.16	Incluir a participação dos profissionais da saúde bucal nos vários grupos inseridos nas UBS. Manter de maneira sistemática nas diversas ações de educação em saúde nas UBSs e na rotina de visitas domiciliares, ações de promoção em saúde bucal pelas equipes de referências.	DS
1.i.1.ii.17	Ampliar atividades de prevenção e promoção com as escolas públicas direcionando ações para crianças, adolescentes e primeira infância.	DS
1.i.1.ii.18	Garantir um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por distrito (PMG): <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Nova</div> <div>CEO Norte (PMG)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Nova</div> <div>CEO Sul (PMG)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Nova</div> <div>CEO Leste (PMG)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Reforma/Amp</div> <div>CEO Noroeste (PMG)</div> </div>	DGDO

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	29%	<p>$\text{Número de eSB} \times 3.450 / \text{população} \times 100 = 104 \times 3450 / 1.223.237 \times 100$</p> <p>Atualmente, o município de Campinas possui 104 equipes de saúde bucal para uma população de 1.223.237 habitantes. Em relação ao último quadrimestre, houve um incremento de 04 equipes. Considerando que haverá o chamamento de novos profissionais do concurso vigente, há a expectativa de ampliação de equipes para o próximo quadrimestre.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.i.1.iii.

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.i.1.iii.

1.i.1.iii. 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	1,53	1,53	1,53	1,53

Fonte: CNES

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.i.1.iii.1	Garantir o núcleo de saber da psiquiatria na composição dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família, compondo com outros profissionais multidisciplinares de acordo com a necessidade dos territórios de cobertura de cada equipe.	DS
1.i.1.iii.2	Habilitar e qualificar o CAPS AD II do Distrito de Saúde Sudoeste em CAPS AD III.	DS
1.i.1.iii.3	Estimular as ações desenvolvidas por profissionais atuantes nos CAPS de conhecimento do seu território de referência e formação de Rede assistencial que facilite o acesso ao usuário.	DS
1.i.1.iii.4	Garantir a ampliação de 5 leitos de retaguarda de saúde mental em Hospital Geral (3 preferencialmente no CHPEO e 2 para saúde mental infanto-juvenil no Hospital Mario Gattinho).	DS
1.i.1.iii.5	Garantir a manutenção do funcionamento de todos os serviços CAPS existentes no município e avaliar a ampliação de 1 CAPS AD para o Distrito de Saúde Norte.	DS
1.i.1.iii.6	Ampliar em 10 vagas o Serviço Residencial Terapêutico tipo II.	DS
1.i.1.iii.7	Garantir a revitalização dos Centros de Convivência existentes e potencializar suas ações junto as equipes de saúde da família.	DS
1.i.1.iii.8	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	1,51	<p>Não houve diminuição de serviços e manteve base populacional de 1.223.237. Não houve implementação de novos serviços.</p> <p>A manutenção da pandemia pelo SARSCOV 2, junto com o aumento da necessidade de retaguarda hospitalar, mesmo que intermitente, para estes casos, manteve a discussão de ampliação de leitos de saúde mental em Hospital Geral em suspenso.</p> <p>Iniciar processo de habilitação do CAPS AD Sudoeste tão logo o sistema SAIPS seja reaberto. Seguiram-se, neste quadrimestre, as discussões sobre ampliação do funcionamento deste mesmo CAPS AD Sudoeste para 24h em 2022, garantindo assim composição desejada de quatro CAPS AD III no município.</p> <p>Realizado estudo de viabilidade de expansão da rede de SRT tipo II, ainda que através da revisão da proporcionalidade de vagas entre as de tipos I e as de tipo II, e apontado sua execução potencial através do convênio com a Instituição SSCF.</p> <p>Início de estudo através de visitas técnicas e debates na Câmara Técnica sobre a viabilidade, segundo modelo da RAPS municipal, de transformação de um CAPS IJ II e CAPS IJ III.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		

PAS		
-----	--	--

Meta 1.i.1.iv.

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.i.1.iv.

1.i.1.iv. 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	2,70	2,78	2,86	2,94

Fonte: SIA SUS

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.i.1.iv.1	Manter e acompanhar os convênios e contratos de gestão em conformidade com capacidade instalada e habilitações junto ao Ministério da Saúde, visando garantir a oferta de serviços.	DGDO
1.i.1.iv.2	Incorporar novas tecnologias fundamentadas em evidências científicas, visando o acesso da população a recursos efetivos e seguros e com impacto positivo na qualificação da assistência ofertada à população (equipamentos, laboratório, digitalização de laudos, entre outros).	DS
1.i.1.iv.3	Implementar o processo de informatização das Unidades de Saúde, implantação do prontuário eletrônico único e compartilhado pela APS e AS com laudos online.	CSI
1.i.1.iv.4	Implementar os protocolos de acesso existentes e implantar novos, junto à Atenção Primária, a fim de qualificar os encaminhamentos e favorecer que o acesso ao recurso especializado ocorra em tempo oportuno, de acordo com os princípios da integralidade e da equidade.	DS
1.i.1.iv.5	Ampliar a regulação no SUS Campinas, tanto pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso/SMS Campinas quanto pelos Distritos de Saúde, através de ações e serviços de saúde elencados como prioritários, para garantir equidade e qualificar o acesso.	DEAR
1.i.1.iv.6	Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção.	DS
1.i.1.iv.7	Analisar as necessidades de saúde / Parâmetros SUS (portaria GM/MS nº 1631 de 01/outubro/2015) visando adequar a oferta de ações e serviços e assegurar o acesso em tempo oportuno e o cuidado integral à saúde.	DS
1.i.1.iv.8	Garantir referenciamento regionalizado das especialidades às equipes de saúde da família.	DS
1.i.1.iv.9	Construir o CRAIM Instituto da Mulher espaço dedicado ao cuidado com as mulheres (PMG).	DS
1.i.1.iv.10	Implementar no mínimo um serviço de Atenção domiciliar por Distrito de Saúde, considerando as necessidade e tamanho da sua população e suas vulnerabilidades.	DS
1.i.1.iv.11	Ampliar o cuidado em domicílio a pacientes que exijam baixa complexidade tecnológica de cuidados garantindo transporte, insumos e recursos humanos às UBS para que as eSF possam fazer esse atendimento.	DS
1.i.1.iv.12	Reformar a Policlínica III (TAC 2021 - 2022)	DGDO
1.i.1.v.13	Reformar e ampliar o Ambulatório de DST/AIDS	DGDO

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

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

1RDQA	0,42	<p>Mantida participação na reunião de acompanhamento dos convênios;</p> <p>Elaborado projeto básico para a contratação de exames de imagem ultrassonografia, ecocardiograma, raio x simples, MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) e holter, com laudos a distância.</p> <p>Realizados a revisão da demanda reprimida de oftalmologia e mutirão pela Policlínica 2.</p> <p>Iniciada a discussão para implantação do complexo regulador para a média complexidade no município.</p> <p>Iniciada a revisão do protocolo de gastroclínica e de oftalmologia.</p> <p>As ações de matriciamento das Policlínicas foram divulgadas de forma sistematizada, com antecedência, para ampliar a participação dos profissionais da Atenção Primária.</p> <p>Realizado treinamento sistema CROSS.</p> <p>Realizado treinamento sobre revisão da FPO.</p> <p>Realizada a análise de absenteísmo em endoscopia, colonoscopia e no mutirão de oftalmologia.</p> <p>Assinada ordem de serviço para fornecimento de cadeira de rodas de modelos sob medidas padronizadas, aos munícipes de Campinas, pelo Centro de Referência em Reabilitação.</p> <p>Encerramento do contrato com Associação Equoterapia de Campinas, para realização de sessões de equoterapia. A empresa não conseguiu apresentar documentos legais para renovação em tempo oportuno.</p> <p>Iniciado processo de licitação por AMIL para suprir a oferta de atendimento equoterápico aos pacientes acompanhados pela Associação Equoterapia de Campinas.</p> <p>Retomada, em março de 2.022, da oferta SOL de primeiras consultas para ambulatório de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional pelo CHPEO.</p> <p>Disponibilizado para os serviços da rede de saúde municipal, através das Câmaras Técnicas de Saúde da Criança e Especialidades, bem como em reuniões distritais da Rede da Criança, documento para Consulta Rápida para Encaminhamentos para Reabilitação Intelectual, Auditiva, Física e Múltiplas a partir das necessidades do usuário.</p> <p>Realizada reunião entre representantes das entidades conveniadas da área de reabilitação e gestores dos distritos de saúde, para discussão de estratégias de enfrentamento do absenteísmo em atendimentos presenciais, observado nos primeiros três meses do ano.</p> <p>Descentralizado o serviço de fonoaudiologia da Policlínica 2 e ambulatório SABIÁ, com remanejamento de profissionais e contrarreferenciamento dos casos para unidades de saúde dos cinco distritos.</p> <p>Realizada reunião remota com coordenação do CER do município de Lorena para consulta quanto as questões de implantação do serviço.</p> <p>Realizado mutirão pela APASCAMP para realização de exames de teste de emissões otoacústicas e audiometrias infantis, de crianças em lista de espera do Distrito de Saúde Sudoeste.</p> <p>Iniciada discussão entre áreas técnicas de saúde da criança, saúde mental e reabilitação, sobre estratégias de qualificação do acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor pela APS, em especial das questões cognitivas, intelectuais e comportamentais.</p>
2RDQA		

3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.i.1.v.

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.i.1.v.

1.i.1.v. 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	7,21	7,57	7,90	8,29

Fonte: SIA SUS

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.i.1.v.1	Manter e acompanhar convênios e contratos de gestão em conformidade com capacidade instalada e habilitações junto ao Ministério da Saúde, visando garantir a oferta de serviços.	DS
1.i.1.v.2	Analisar as necessidades de saúde / Parâmetros SUS (portaria GM/MS nº 1631 de 01/outubro/2015), visando adequar a oferta de ações e serviços e assegurar o acesso em tempo oportuno e o cuidado integral à saúde.	DS
1.i.1.v.3	Incorporar novas tecnologias fundamentadas em evidências científicas, visando o acesso da população a recursos efetivos e seguros e com impacto positivo na qualificação da assistência ofertada à população (equipamentos, laboratório, digitalização de laudos, entre outros).	DS
1.i.1.v.4	Implementar o processo de informatização das Unidades de Saúde, implantação do prontuário eletrônico único e compartilhado pela APS e AS com laudos online.	DS
1.i.1.v.5	Implementar os protocolos de acesso existentes e implantar novos, junto à Atenção Primária, a fim de qualificar os encaminhamentos e favorecer que o acesso ao recurso especializado ocorra em tempo oportuno, de acordo com os princípios da integralidade e da equidade.	DS
1.i.1.v.6	Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção.	DS
1.i.1.v.7	Efetivar a regulação das ações e serviços de oncologia, visando oferecer assistência efetiva e em tempo oportuno à população.	DS
1.i.1.v.8	Ampliar a Unidade de Quimioterapia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. -PMG	RMG

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

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

1RDQA	2,05	<p>Elaborado protocolo OCT que está em análise pelo grupo técnico para finalização.</p> <p>Assinada ordem de serviço para fornecimento de cadeira de rodas de modelos sob medidas padronizadas, aos munícipes de Campinas, pelo Centro de Referência em Reabilitação Física.</p> <p>As ações de matriciamento das Policlínicas foram divulgadas de forma sistematizada, com antecedência, para ampliar a participação dos profissionais da Atenção Primária.</p> <p>Foram mantidas as ofertas no Sistema CROSS de tomografia, ressonância, cintilografias, iodoterapia, oncologia clínica e radioterapia, consultas de cirurgia cardíaca adulto, cirurgia cardíaca infantil e cardio arritmia, pós-operatório de cirurgia cardíaca, cateterismo e angioplastia, oncologia clínica e radioterapia.</p> <p>O agendamento de densitometria óssea foi mantido na CENDICAMP, através do convênio com a PUC-Campinas.</p> <p>Foi mantido o agendamento de coleta de exames especiais, regulados pela equipe da CSRA de Campinas.</p> <p>Está em processo de licitação a contratação de empresa especializada para a implantação de projeto de modernização tecnológica da área da saúde voltado à telemedicina e integração da rede assistencial no município de Campinas.</p> <p>Iniciada a utilização de eSUS nas referências.</p> <p>Mantido o fluxo de encaminhamentos dos casos de Alta Suspeição em Oncologia nas especialidades: Oncologia Cirúrgica-Ginecologia, Oncologia Cirúrgica Mastologia, Oncologia Cirúrgica- Dermatologia/plástica, Oncologia Cirúrgica-Cabeça e Pescoço, Oncologia Cirúrgica-Tórax, Oncologia Cirúrgica-Aparelho Digestivo, Oncologia Cirúrgica-Neuro cirurgia, Oncologia Cirúrgica-Urologia, Oncologia Cirúrgica-Ortopedia, Oncologia Cirúrgica-Proctologia, Oncologia Cirúrgica-Oftalmologia.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.i.1.vi.

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.i.1.vi.

1.i.1.vi. 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	3,03	3,05	3,07	3,09

Fonte: SIH SUS

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.i.1.vi.1	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
------------	---	----

1.i.1.vi.2	Monitorar os casos de indicação cirúrgica, acompanhar as filas.	DS
1.i.1.vi.3	Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde.	DS
1.i.1.vi.4	Formular protocolos de acesso aos serviços conveniados visando otimizar a capacidade instalada.	DS
1.i.1.vi.5	Implantar o Hospital Mario Gattinho - Atendimento referenciado exclusivo para atendimento às crianças em pediatria. Prestar assistência a crianças e sua família em situações de emergência e agravos à saúde que impliquem em risco iminente de vida e exigem tratamento imediato - PMG.	RMG

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	0,71	<p>Ficou em 0,71 no 1º quadrimestre de 2022.</p> <p>Comentários:</p> <p>Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.</p> <p>Existe uma diminuição nos resultados dos indicadores de internações clínico-cirúrgicas de média e alta complexidade que ainda se deve à pandemia que desviou os leitos das suas funções, para a assistência aos pacientes com COVID-19, lembrando que os indicadores são anuais, mas manteve-se a mesma proporção em relação a 1º quadrimestre de 2021 - 0,71.</p> <p>Recomendações: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos.</p> <p>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.</p> <p>Monitorar os casos de indicação cirúrgica e acompanhar as filas, sendo que estamos em processo de qualificação destas.</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 e formular protocolos de acesso aos serviços conveniados, visando otimizar a capacidade instalada.</p> <p>Atuar junto à Autarquia Pública Municipal Rede Municipal Dr. Mário Gatti de U/E e Hospitalar com a finalidade de efetivar a oferta dos procedimentos cirúrgicos de média complexidade.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.i.1.vii.

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.i.1.vii.

1.i.1.vii. 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	3,65	3,70	3,76	3,82

Fonte: SIH SUS

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.i.1.vii.1	Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde com filas cirúrgicas reguladas e classificadas pelo risco.	DS
1.i.1.vii.2	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
1.i.1.vii.3	Criar rotina de avaliação das Taxas de Mortalidade Hospitalar dos Hospitais conveniados do SUS Campinas e propor atividades para a redução onde couber.	DGDO

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	0,75	<p>Ficou em 0,75 no 1º quadrimestre de 2022.</p> <p>Comentários:</p> <p>Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.</p> <p>Existe uma diminuição nos resultados dos indicadores de internações clínico-cirúrgicas de média e alta complexidade que ainda se deve à pandemia que desviou os leitos das suas funções, para a assistência aos pacientes com COVID-19, lembrando que os indicadores são anuais, mas estamos trabalhando para organização das demandas e retomada destas ofertas, sendo que no 1º quadrimestre de 2021 ficou em 0,87.</p> <p>Recomendações:</p> <p>Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos.</p> <p>Intensificar ações junto a 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>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.i.1.viii.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.i.1.viii.

1.i.1.viii. Proporção de acesso hospitalar de residentes que foram à 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%	65%	65%	65%

Fonte: SIH SUS

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.i.1.viii.1	Manter a cobertura do SAMU em 100%.	DS
1.i.1.viii.2	Aprimorar a linha de cuidado do trauma nos serviços de pronto atendimento fixo e nos serviços de referência.	DS
1.i.1.viii.3	Monitorar plano de contingência para atendimento de múltiplas vítimas no pronto atendimento fixo e nos serviços de referência.	DS
1.i.1.viii.4	Manter e incrementar as ações intersetoriais de prevenção junto à Secretaria de Educação (PARTY) e EMDEC (Maio Amarelo).	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

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

1RDQA	59,38%	<table><tr><td colspan="2">Causa de óbito CID 10 V01 - X59</td></tr><tr><td>Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período</td><td>96</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td><td>57</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde</td><td>2</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio</td><td>10</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública</td><td>18</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local</td><td>9</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>39</td></tr><tr><td>Porcentagem de acesso hospitalar</td><td>59,38%</td></tr><tr><td>Porcentagem em local não hospitalar</td><td>40,62%</td></tr></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	96	Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	57	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	2	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	10	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	18	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	9	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	39	Porcentagem de acesso hospitalar	59,38%	Porcentagem em local não hospitalar	40,62%
		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	96																							
		Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	57																							
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	2																							
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	10																							
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	18																							
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	9																							
		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	39																							
		Porcentagem de acesso hospitalar	59,38%																							
		Porcentagem em local não hospitalar	40,62%																							
		Comentários: indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.																								
Comparado com o resultado do 1º quadrimestre de 2021 (63,29%), observa-se uma piora do encaminhamento dos pacientes graves aos hospitais. Houve um aumento no número de ocorrências em relação ao mesmo período de 2021, quando foram 79, das quais 63,29% em hospitais (50). No 1º quadrimestre de 2022 foram 96 ocorrências, das quais 59,38 % (57) chegaram ao hospital antes do óbito. Neste período estamos em retomada das atividades presenciais, com aumento de pessoas em trânsito.																										
Recomendações: Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito a despeito dos resultados alcançados;																										
Manter de 100% do município com cobertura do SAMU;																										
Aprimorar o serviço de Motolância;																										
Aprimorar a linha de cuidado do trauma nos serviços de pronto atendimento fixo e nos serviços de referência;																										
Monitorar plano de contingência para atendimento de múltiplas vítimas no pronto atendimento fixo e nos serviços de referência;																										
Manter e incrementar as ações intersetoriais de prevenção junto à Secretaria de Educação (PARTY) e EMDEC (“Maio Amarelo”).																										
2RDQA																										
3RDQA																										
RAG																										
PAS																										

Objetivo 1.i.2.

Meta 1.i.2.i.

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.i.2.i.

1.i.2.i. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)

Indicador 18- 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%	50%	53%	55%	58%

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

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.i.2.i.1	Manter as participações nas ações Intersetoriais, a fim de garantir o acompanhamento dos beneficiários.	DS
1.i.2.i.2	Avaliar a implantação do eSUS e SISVAN nas Unidades, com o acompanhamento da condicionalidade saúde dos beneficiários do PBF - crianças, gestantes e mulheres em idade fértil, com atendimentos periódicos, imunização e acompanhamento nutricional.	DS
1.i.2.i.3	Garantir participação das equipes de Saúde da Família nas reuniões Intersetoriais nos territórios.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	16,45%	A primeira vigência do Programa Auxílio Brasil fica em vigor no período de janeiro a julho, sendo o dado apresentado a taxa de beneficiários acompanhados até abril de 2022. Ressalto que, em inúmeros momentos, nesta vigência, o sistema e-Gestor apresentou-se lento, instável e também, eventualmente, inoperante. <u>Considerações:</u> Manter as participações nas ações Intersetoriais, a fim de garantir o acompanhamento dos beneficiários. Completar a implantação do eSUS e SISVAN nas Unidades, com o acompanhamento da condicionalidade saúde dos beneficiários do PBF - crianças, gestantes e mulheres em idade fértil, com atendimentos periódicos, imunização e acompanhamento nutricional, visando atingir a meta pactuada para o ano de 2022.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Diretriz 1.ii.

Objetivo 1.ii.1.

Meta 1.ii.1.i.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.ii.1.i.

1.ii.1.i. 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%	8,10%	8,00%	7,90%	7,80%

Fonte: eSUS/ SIS AB

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1.i.1	Ampliar ações de promoção e prevenção à saúde Bucal.	DS
1.ii.1.i.2	Priorizar acesso à população de maior risco e vulnerabilidade.	DS
1.ii.1.i.3	Negociar junto ao DGTES 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
1.ii.1.i.4	Promover acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade.	DS
1.ii.1.i.5	Fomentar acolhimento humanizado (a 100%) da demanda espontânea em tempo integral de funcionamento da unidade.	DS
1.ii.1.i.6	Discutir a proposta de Implantação de referência em odontopediatria para os Distritos.	DS
1.ii.1.i.7	Discutir a proposta da implantação de referência em atendimento a pacientes com necessidades especiais para os Distritos que não possuam CEOs implantados.	DS
1.ii.1.i.8	Implantar referência própria em radiologia para os Distritos Norte, Leste e Sul, qualificar as referências em radiologia existentes e manter as parcerias já existentes em radiografias panorâmicas da PUC de Campinas.	DS
1.ii.1.i.9	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	11,94%	Foram realizados 40191 procedimentos clínicos (preventivos e curativos) e 4798 exodontias no período de janeiro a abril de 2022. Houve uma redução de 4,17% em relação ao último período avaliado. A retomada gradual e ordenada dos atendimentos odontológicos, em conjunto com a implantação das medidas de biossegurança, como a instalação das barreiras de policarbonato, começou a contribuir positivamente para a saúde bucal e queda deste indicador.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.ii.

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 1.ii.1.ii.

1.ii.1.ii. 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	20,00	40,00	60,00	80,00

Fonte: eSUS/SISAB

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1.ii.1	Manter ações de Educação Permanente em Saúde Integrativa: Lian Gong, fitoterapia, auriculoterapia, microssistemas de acupuntura, Caminhada, Chikung, Tai Chi Chuan, Do-In e Meditação.	DS
1.ii.1.ii.2	Manter qualificação para os instrutores nas práticas de saúde integrativa: Lian Gong, fitoterapia, auriculoterapia, microssistemas de acupuntura, Caminhada, Chikung, Tai Chi Chuan, Do-In e Meditação.	DS
1.ii.1.ii.3	Manter o Município de Campinas como polo presencial de ações de formação em auriculoterapia realizadas pela Universidade Federal de Florianópolis em parceria com o Ministério da Saúde.	DS
1.ii.1.ii.4	Manter rodas de Terapia Comunitária Integrativa nas Unidades Básicas de Saúde.	DS
1.ii.1.ii.5	Em conjunto com o CETS, oferecer curso de formação de Terapia Comunitária Integrativa para multiplicação desta modalidade nas UBS.	DS
1.ii.1.ii.6	Manter a parceria com a Fundação Movimento para formação de instrutores de Movimento Vital Expressivo.	DS
1.ii.1.ii.7	Manter convênio com farmácia de manipulação de medicamentos homeopáticos visando ofertar estes medicamentos a rede pública de Campinas.	DS
1.ii.1.ii.8	Manter convênio com farmácia de manipulação de medicamentos fitoterápicos até reabertura da farmácia Botica da família visando ofertar estes medicamentos a rede pública de Campinas.	DS
1.ii.1.ii.9	Ampliar o Programa Farmácias Vivas nos serviços de saúde.	DS
1.ii.1.ii.10	Implantar políticas públicas, ações e atividades para os grupos marginalizados socialmente com a participação dos seus representantes em todos os serviços de saúde.	
1.ii.1.ii.11	Estimular e capacitar profissionais de saúde para as práticas de promoção da saúde de base territorial e comunitária, bem como para práticas intersetoriais.	
1.ii.1.ii.12	Implantar atividades e ações de estímulo à atividade física em todos os Centros de Saúde.	

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	22,38%	<p><u>Academia da Saúde</u>: em reconfiguração para atender populações atendidas no Centro de Referência IST/AIDS, no Centro de Referência do Idoso e no Centro de Referência em Reabilitação (aguarda novas incorporações ao quadro de profissionais); elaboração de contratos de dietas e suplementos nutricionais, verificação de cardápios dos contratos da SMS, atividades mensais de monitoramento e avaliação; participação nas reuniões do COMSAN, como conselheiro, monitoramento do Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Campinas; no momento, atende com Aulas de Musculação (aulas presenciais, 5 vezes por semana, em média 15 pessoas por aula, total 20 aulas com participações - 300 participantes/mês) e Consulta de Nutrição (80 atendimentos de nutrição - avaliação, prescrição de dietas e suplementos nutricionais).</p> <p><u>Parceria com Secretaria Municipal de Esportes e Lazer</u>: visa ampliar o cardápio de ofertas atividades para promoção e proteção à saúde aos usuários das Unidades Básicas de Saúde, principalmente através da utilização da estrutura das Praças de Esporte para práticas integrativas, como Lian Gong, entre outras.</p> <p><u>Formação em Auriculoterapia para profissionais da Atenção Básica</u>: em prospecção junto ao Ministério da Saúde, para otimizar a oferta de auriculoterapia na APS.</p> <p><u>Capacitação e Atualização online "Lian Gong - 18 Terapias"</u>: oferecido pelo Centro de Referência em Reabilitação no mês de maio/2022.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.iii.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.ii.1.iii.

1.ii.1.iii. 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%	90%	90%	90%	90%

Fonte: Sistema Informatizado - SIG2M e GEMM

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1.1	Promover o uso racional dos medicamentos padronizados para Atenção Básica.	DS
1.ii.1.2	Realizar revisão das cotas de medicamentos, insumos e materiais a partir do consumo médio no período.	DS
1.ii.1.4	Monitorar semanalmente o estoque de medicamentos e materiais na unidade.	DS
1.ii.1.6	Manter atualizadas as informações no sistema de movimentação de estoque (GEMM).	DS
1.ii.1.7	Monitorar semanalmente a validade e as condições de armazenamento dos medicamentos, insumos e materiais.	DS
1.ii.1.8	Monitorar a quantidade solicitada e recebida do almoxarifado, comunicando ao Distrito o não recebimento de algum medicamento que não esteja em falta no almoxarifado.	DS
1.ii.1.9	Atuar para que haja o suprimento adequado dos recursos necessários (infraestrutura, recursos humanos, transporte, TI, materiais) à prestação dos serviços farmacêuticos e de forma qualificada.	DS
1.ii.1.10	Manter manutenção contínua dos Sistemas Informatizados GEMM e SIG2M.	DS
1.ii.1.11	Integrar o sistema informatizado GEMM com E-SUS.	DS
1.ii.1.12	Desenvolver um novo sistema de controle de estoque para o almoxarifado da Saúde.	DS
1.ii.1.13	Retomar o projeto de implantação do Business Intelligence (BI) Pentaho.	DS
1.ii.1.14	Garantir que, em todas as Unidades de Saúde que tenham farmacêutico, que esse profissional esteja em equipe NASF e integrado às equipes e que realizem ações essenciais (consulta farmacêutica, Visita Domiciliar) de saúde da eSF e pelo menos uma ação complementar (Atendimento compartilhado / Matriciamento, Grupos Terapêuticos, Atividades Educação em Saúde e Participação de Reunião Equipe de Referência).	DS
1.ii.1.15	Garantir que os Agentes de Apoio de Farmácia integrem-se nas ações essenciais de saúde da eSF e atuem em, no mínimo, uma ação de saúde (visita domiciliar, Grupos Terapêuticos, Atividades de Educação em Saúde e Participação de Reunião Equipe de Referência), em 100% das Unidades de Saúde.	DS
1.ii.1.16	Implantar, em todas as Unidades de Saúde, o Programa de Farmacovigilância.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

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

1RDQA	88%	<p>Meta não atingida.</p> <p>Em relação à disponibilização de medicamentos, mantem-se licitações fracassadas e atraso nas entregas pelos fornecedores.</p> <p>Justificativa: Pode-se atribuir esse resultado a um conjunto de elementos que afetaram não apenas os procedimentos internos à administração municipal, mas também, fatores externos como atraso nas entregas por parte do fornecedor e itens desertos e fracassados em processos licitatórios.</p> <p>Em relação às Unidades de Saúde, de acordo com as solicitações recebidas no e-mail da Assistência Farmacêutica, 100 % das Unidades fizeram revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e medicamentos, a partir do consumo médio no período.</p> <p>Devido à falta de dados através de Matriz de Monitoramento RDQA da Atenção Básica, não foi possível avaliar as ações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento do estoque de medicamentos e materiais na Unidade; • Alimentação do sistema de movimentação de estoque (GEMM); • Monitoramento do controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos; • Orientação dos funcionários da farmácia a estarem atentos para quantidade recebida do almoxarifado e a demanda da unidade e participar da sugestão de cotas, comunicando o Distrito o não recebimento de algum medicamento; • Implantação do Programa de Farmacovigilância. <p>Atualmente contamos com 25 farmacêuticos, atuando em Unidades de Saúde em NASF, sendo que as ações essenciais e complementares integradas às Equipes de Saúde da Família estão sendo desenvolvidas em 38,8% das unidades conforme dados do e-SUS-AB encaminhados pela Coordenadoria Setorial de Informação.</p> <p>Agente de Apoio Farmácia - Atualmente contamos com Agente de Apoio Farmácia em todas Unidades de Saúde, mas devido à falta de produção dos referidos profissionais no sistema e-SUS-AB, não foi possível verificar o quantitativo de ações de saúde integradas às Equipes de Saúde da Família esses profissionais realizaram nesse quadrimestre.</p> <p>Recomendação:</p> <p>a) Envolvimento de todas as áreas técnicas do DS e DEVISA para promoção e ampliação do programa de farmacovigilância.</p> <p>c) Garantir treinamento aos profissionais da farmácia para melhorar os processos de trabalho.</p> <p>d) Ter matriz de monitoramento da Atenção Básica para que seja possível compilar os dados das Unidades referente aos itens supracitados os quais não foi possível avaliação nesse quadrimestre.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.iv.

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 1.ii.1.iv.

1.ii.1.iv. 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%	20,22%	20,02%	19,82%	19,62%

Fonte: SIA/SIH SUS

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. iv.1	Implantar o Protocolo de DCNT e Risco Cardiovascular proposto pelo MS em todas as unidades de saúde.	DS
1.ii.1. iv.2	Organizar os processos de trabalho da ESF em consonância com as necessidades de saúde da população adstrita.	DS
1.ii.1. iv.3	Aumentar o percentual de pacientes crônicos e acamados com cadastro com classificação de risco e vulnerabilidade, considerando-se outros agravos crônicos de relevância para o território (UBS).	DS
1.ii.1. iv.4	Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento de hipertensos e diabéticos nas UBS.	DS
1.ii.1. iv.5	Aumentar o percentual de pacientes com cadastro de hipertensos e diabéticos, com grau de risco / vulnerabilidade e mantê-los atualizados.	DS
1.ii.1. iv.6	Cadastrar outros agravos crônicos de relevância para Unidade de Saúde (Asma, anemia ferropriva infantil, obesidade, doenças ocupacionais, acidentes de trabalho) - Mapa de Saúde e mantê-los atualizados.	DS
1.ii.1. iv.7	Cadastrar os pacientes "acamados" ou com grau de limitação em domicílio (UBS/ SAD).	DS
1.ii.1. iv.8	Ampliar as práticas integrativas.	DS
1.ii.1. iv.9	Qualificar processos regulatórios de acesso (serviços especializados e de referência; alta qualificada / ICSAP; acompanhamento compartilhado; matriciamento).	DS
1.ii.1. iv.10	Articular os diversos pontos de atenção das Linhas do Cuidado, visando à integralidade da assistência.	DS
1.ii.1. iv.11	Analisar as necessidades de saúde (Parâmetros SUS) e a oferta de serviços, em tempo oportuno.	DS
1.ii.1. iv.12	Implantar gradualmente nas UBS a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, ampliando-se em 25% a cada ano, chegando-se em 100% das UBS no ano de 2025.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.ii.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	22,58%	<p>Total de internações por causas sensíveis a AB = 1.370</p> <p>Total de internações clínicas = 6.068</p> <p>O percentual atingido no primeiro quadrimestre de 2022 foi de 22,58%, estando aquém à meta proposta do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de 20,22%. Há de considerar que a grande diferença em relação ao resultado do 1º quadrimestre do ano anterior (16,62%) se explica pelo fato do indicador ter a "disponibilidade de leitos hospitalares" (exíguos, devido a Pandemia, no 1º quadrimestre do ano anterior) como um fator de confusão da análise (a falta de leitos disponíveis proporciona um resultado artificialmente melhor).</p> <p>A desestruturação das linhas de cuidado das CCNT (a Pandemia levou a uma ênfase no "olhar para condições agudas") e dos processos de trabalho (houve uma grande quantidade de profissionais da saúde que se desligou, principalmente médicos. e um concurso público de urgência em andamento, com profissionais que ainda não assumiram os postos de trabalho) demanda um esforço especial da APS e da Gestão, no sentido de rever as bases de funcionamento, conforme exposto na "Análise e Considerações" do indicador para o alcance da meta 1.ii.1.vi ("Reduzir a Taxa de Mortalidade Prematura em 2 pontos por 100.000 a cada ano a partir de 2022 até 2025").</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		

PAS		
-----	--	--

Meta 1.ii.1.v.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.ii.1.v.

1.ii.1.v. Ações de Matriciamento realizadas por Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS) com equipes de APS

Indicador 21 - Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica

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

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1..1	Desenvolver instrumento de monitoramento dos casos de saúde mental acompanhados na APS.	DS
1.ii.1..2	Monitorar e estimular as ações de intervenção terapêutica realizadas pela Equipe de Saúde da Família (como exemplo, seguimento clínico dos usuários inseridos em Serviço Residencial Terapêutico, realização de ações conjuntas com Centros de Convivência, atividades de grupo, entre outros).	DS
1.ii.1..3	Realizar uma ou mais ação formativa em Saúde Mental para Rede de Assistência em Saúde bianual.	DS
1.ii.1..4	Manter o funcionamento dos fóruns de discussão distritais intersetoriais e fóruns de articulação da assistência em Saúde Mental.	DS
1.ii.1..5	Garantir a gestão compartilhada e participação social em todos os serviços especializados em Saúde Mental.	DS
1.ii.1..6	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	100%	Realizado o matriciamento regular pelos serviços especializados em saúde mental para a atenção primária por 100% dos CAPS habilitados. Este matriciamento ocorreu de forma remota quando diante do recrudescimento das condições sanitárias do município no enfrentamento à pandemia pela COVID-19. A partir do abrandamento da pandemia os matriciamentos presenciais foram retomados sem que a modalidade online fosse abandonada justamente por se caracterizar alternativa bastante interessante em algumas situações. Retomada de atividades coletivas e grupais em serviços especializados e equipes NASF a partir da lógica do matriciamento.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.vi.

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 1.ii.1.vi.

1.ii.1.vi. 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)

Indicador 1 – Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença 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	271,13	269,13	267,13	265,13

Fonte: SIM

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1.vi.1	Implantar o Protocolo de DCNT e Risco Cardiovascular proposto pelo MS em todas as unidades de saúde.	DS
1.ii.1.vi.2	Aumentar o percentual de pacientes com cadastro de pacientes crônicos e acamados com classificação de risco evulnerabilidade, considerando outros agravos crônicos de relevância para o território (UBS), para que a meta possa ser atingida.	DS
1.ii.1.vi.3	Aumentar as ações de promoção e prevenção em todas as UBS, voltadas para as práticas corporais, alimentação saudável e cuidados em saúde bucal.	DS
1.ii.1.vi.4	Estimular a implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva nas UBS para apoiar a gestão dos PTS dos casos de maior vulnerabilidade e gravidade.	DS
1.ii.1.vi.5	Realizar campanhas sobre alimentação com pouco sal e seus impactos.	
1.ii.1.vi.6	Monitorar as redes de cardiologia e de doenças crônicas.	DS
1.ii.1.vi.7	Implementar rastreamento para detecção precoce de câncer de mama e de colo do útero.	DS
1.ii.1.vi.8	Estimular a utilização das academias das praças e praças esportivas.	DS
1.ii.1.vi.9	Fortalecer o programa para tratamento do tabagismo.	DS
1.ii.1.vi.10	Ampliar o número de unidades credenciadas para ofertar tratamento para tabagismo em Campinas.	DS
1.ii.1.vi.11	Ampliar o número de grupos de tratamento de tabagismo.	DS
1.ii.1.vi.12	Garantir atendimento odontológico aos pacientes com DCNTs e inserir os cuidados em saúde bucal nas ações de promoção e prevenção em saúde voltadas a esse grupo.	DS
1.ii.1.vi.13	Consolidar a política de Saúde do Homem, incentivando a participação, facilitando o acesso, levando ações/atendimentos ao local de trabalho e fazendo campanhas de incentivo aocuidado.	DS
1.ii.1.vi.14	Reorganizar processos de trabalho, adequar recursos humanos para reduzir tempo de espera nos serviços de urgência e emergência e diminuir tempo de espera nas filas de consultas, procedimentos e cirurgias nos ambulatorios dos hospitais.	DS
1.ii.1.vi.15	Garantir um serviço de urgência e emergência de referência por distrito.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

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

1RDQA	102,80		<p>ADULTO/IDOSO:</p> <p>Meta 2022 = 271,13 (cumulativo no ano, indicador de base anual)</p> <p>População: 595.343</p> <p>De acordo com a apuração dos dados referentes aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2022, colhidos no TABNET no dia 19/05/2022, houve 612 óbitos por DCNT (231 de C00 a C97, 41 de E 10 a E14, 299 de I00 a I99 e 41 de J30 a J98 - vide tabela ao lado) na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo-se a taxa de mortalidade prematura de 102,70 /100 mil habitantes.</p> <p>Em comparação com o primeiro quadrimestre do ano anterior, observa-se elevação no número de óbitos para todos os grupos de patologias crônicas analisadas, fenômeno que pode ser consequência do impacto da Pandemia pela COVID-19 sobre as linhas de cuidado e nos processos de trabalho das unidades básicas de saúde. Historicamente, em quase todos os sistemas nacionais de atenção à saúde, a forma “proativa, contínua e integrada” de abordagem das condições de saúde sempre foi preterida, dando espaço para ações “reativas, episódicas e fragmentadas” (mais adequadas para abordagem de condições agudas). A Pandemia de COVID-19 acentuou essa característica da Atenção Primária à Saúde, dificultando sobremaneira o cuidado aos pacientes portadores de CCNT.</p> <p>Por isso, a simples retomada do cuidado às CCNT pode não ter o impacto desejado e impõe-se a ampla aplicação dos conceitos e ferramentas contidos no “Manual de Cuidados para as Condições Crônicas” (dentre os quais se destaca: autocuidado apoiado, consultas motivacionais, grupos, estratificação de risco cardiovascular e atendimento do paciente pela equipe - com atenção interprofissional centrada na pessoa), combate ao tabagismo e ampliação do uso de PICS equipes de saúde.</p> <p>Há de ser considerar a necessidade de <u>construções coletivas, a partir do resgate e compartilhamento de experiências bem sucedidas de nossa APS</u>, lançando mão dos cinco (5) pilares básicos: pactuação intergestores, fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família, potencialização dos NASF nos territórios, efetiva implantação do e-SUS em todas APS e educação permanente em saúde.</p> <p><u>TABAGISMO:</u></p> <p>Realizar 2 ofertas de capacitações virtuais do programa de tabagismo de acordo com o preconizado pelo PNCT (Programa Nacional de Controle de Tabagismo).</p> <p><u>PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DA SAÚDE (PICS)</u></p> <p>As Farmácias Vivas estão implantadas em 36 unidades básicas de saúde (53,7%) e com perspectiva de ampliação a partir da cooperação com o Programa de Hortas Comunitárias.</p>
	C00-C97	231	
	E10-E14	41	
	I00-I99	299	
	J30-J98	41	
	Total	612	
2RDQA			
3RDQA			
RAG			
PAS			

Meta 1.ii.1.vii.

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 1.ii.1.vii.

1.ii.1.vii. 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	12,23	12,11	11,99	11,87

Fonte: SIM

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1.vii.1	Reavaliar protocolos de assistência junto a área hospitalar.	DS
1.ii.1.vii.2	Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP.	DS
1.ii.1.vii.3	Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	4,95%	<p>Ficou em 4,95% no 1º de janeiro a abril de 2022.</p> <p>Comentários:</p> <p>Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.</p> <p>Em relação aos óbitos por IAM, houve uma melhora em relação ao mesmo período de 2021 (11,80%). Podemos explicar esta melhora pela oferta de matriciamento da cardiologia, em nossas UBS e retomada do atendimento dos casos crônicos mais graves.</p> <p>Recomendações:</p> <p>Manter protocolo de trombólise no SAMU; Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP; Implantar a linha de cuidado do IAM em todos os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.viii.

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 1.ii.1.viii.

1.ii.1.viii. Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária

Indicador 11- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da 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	0,34	0,37	0,40	0,43

Fonte: SIA/SUS e Esus/SISAB

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. viii.1	Apoiar estratégias para ampliação do acesso à coleta de papanicolau através de programa de rastreamento organizado.	
1.ii.1. viii.2	Realizar capacitação/educação continuada para médicos da saúde da família e equipe de enfermagem para aumentar a coleta qualificada das citologias oncóticas	DS
1.ii.1. viii.3	Implementar ações que fortaleçam o rastreamento organizado em parceria com o CAISM e Fundação Pio XII – Hospital de Barretos Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco;	DS
1.ii.1. viii.4	Incentivar os mutirões de coleta da Papanicolau nas Unidades Básicas	DS
1.ii.1. viii.5	Implementar estratégias de captação de mulheres para realização do exame	DS
1.ii.1. viii.6	Analisar estratégias para gestão da população alvo efetivando a busca ativa para realização do rastreamento organizado.	DS
1.ii.1. viii.7	Criar um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o aprazamento e detectar as faltas.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

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

1RDQA	0,07	<p>Este é um indicador de avaliação anual, no primeiro quadrimestre de 2022 foram realizados 8132 exames. Houve um incremento de 1638 exames realizados em relação ao mesmo período de 2021, representando 25% de aumento, isso demonstra a retomada das ações de prevenção na rede de atenção.</p> <p>Para alcançar a meta elaboramos algumas ações como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar estratégias para ampliação do acesso à coleta de papanicolau através de programa de rastreamento organizado. • Realizar capacitação/educação continuada para médicos da saúde da família e equipe de enfermagem para aumentar a coleta qualificada das citologias oncológicas. • Implementar ações que fortaleçam o rastreamento organizado em parceria com o CAISM e Fundação Pio XII - Hospital de Barretos Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco. • Incentivar os mutirões de coleta da Papanicolau nas Unidades Básicas. • Implementar estratégias de captação de mulheres para realização do exame. • Analisar estratégias para gestão da população alvo efetivando a busca ativa para realização do rastreamento organizado. • Criar um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o apazamento e detectar as faltas. <p>Fonte:</p> <table border="1"> <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 2022</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td><td></td><td>8132</td></tr> <tr> <td>2090236 Fundação Pio XII Barretos</td><td></td><td>6618</td></tr> <tr> <td>2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas</td><td></td><td>855</td></tr> <tr> <td>2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro</td><td></td><td>246</td></tr> <tr> <td>2069601 Fundação Oncocentro De São Paulo</td><td></td><td>365</td></tr> <tr> <td>2022621 Maternidade de Campinas</td><td></td><td>46</td></tr> <tr> <td>Demografia: Estimativas populacionais IBGE</td><td>353.861</td><td></td></tr> <tr> <td>Indicador</td><td></td><td>0,07</td></tr> </tbody> </table> <p>DATASUS/SIA PASP 2201 a 2203.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DEAR/CSAPTA.</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 2022	Total		8132	2090236 Fundação Pio XII Barretos		6618	2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas		855	2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro		246	2069601 Fundação Oncocentro De São Paulo		365	2022621 Maternidade de Campinas		46	Demografia: Estimativas populacionais IBGE	353.861		Indicador		0,07
Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária																																
		1º Quadrimestre 2022																														
Total		8132																														
2090236 Fundação Pio XII Barretos		6618																														
2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas		855																														
2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro		246																														
2069601 Fundação Oncocentro De São Paulo		365																														
2022621 Maternidade de Campinas		46																														
Demografia: Estimativas populacionais IBGE	353.861																															
Indicador		0,07																														
2RDQA																																
3RDQA																																
RAG																																
PAS																																

Meta 1.ii.1.ix.

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 1.ii.1.ix.

1.ii.1.ix. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos

Indicador 12- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.

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	0,28	0,31	0,34	0,37

Fonte: SIA/SUS

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. ix.1	Manter as mamografias de rastreamento de demanda espontânea a partir dos 50 anos;conforme protocolo.	DS
1.ii.1. ix.2	Implementar ações que fortaleçam o rastreamento organizado em parceria com a POLI 1 e Fundação Pio XII – Hospital de Barretos Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco.	DS
1.ii.1. ix.3	Avaliar sistematicamente a necessidade x demanda de exames de mamografia.	DS
1.ii.1. ix.4	Analisar estratégias para gestão da população alvo efetivando a busca ativa para realização do rastreamento organizado.	DS
1.ii.1. ix.5	Criar um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o aprazamento e detectar as faltas.	DS
1.ii.1. ix.6	Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados.	DS
1.ii.1. ix.7	Incentivar utilização do Programa Mulheres de Peito.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

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

1RDQA	0,07	<p>Nota: Indicador de avaliação anual.</p> <p>Foram realizados 4077 exames de mamografia de rastreamento na faixa etária entre 50 e 69 anos. Houve um incremento de 1758 exames realizados em relação ao mesmo período de 2021, representando 75% de aumento, isso demonstra a retomada das ações de prevenção na rede de atenção.</p> <p>Atualmente Campinas conta com uma unidade móvel, a outra está em manutenção desde março/22, diminuindo a nossa oferta de exames.</p> <p>Para alcançar a meta temos como estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter as mamografias de rastreamento de demanda espontânea a partir dos 50 anos; conforme protocolo. • Implementar ações que fortaleçam o rastreamento organizado em parceria com a Policlínica 1 e Fundação Pio XII - Hospital de Barretos Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco. • Avaliar sistematicamente a necessidade x demanda de exames de mamografia. • Analisar estratégias para gestão da população alvo efetivando a busca ativa para realização do rastreamento organizado. • Criar um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o apazamento e detectar as faltas. • Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados. • Incentivar utilização do Programa Mulheres de Peito. <p>Fonte:</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 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td>4077</td> </tr> <tr> <td>9462023 Hospital de Amor Campinas</td> <td></td> <td>2893</td> </tr> <tr> <td>2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro</td> <td></td> <td>990</td> </tr> <tr> <td>2090236 Fundação Pio XII Barretos</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6053858 Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas</td> <td></td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas</td> <td></td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td></td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>Demografia: Estimativas populacionais IBGE</td> <td>116.165</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicador</td> <td></td> <td>0,07</td> </tr> </tbody> </table> <p>DATASUS/SIA PASP 2201 a 2203.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DEAR/CSAPTA.</p>	Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos					1º Quadrimestre 2022	Total		4077	9462023 Hospital de Amor Campinas		2893	2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro		990	2090236 Fundação Pio XII Barretos		2	6053858 Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi		0	2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas		90	404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas		42	Outros		60	Demografia: Estimativas populacionais IBGE	116.165		Indicador		0,07
Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos																																						
		1º Quadrimestre 2022																																				
Total		4077																																				
9462023 Hospital de Amor Campinas		2893																																				
2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro		990																																				
2090236 Fundação Pio XII Barretos		2																																				
6053858 Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi		0																																				
2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas		90																																				
404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas		42																																				
Outros		60																																				
Demografia: Estimativas populacionais IBGE	116.165																																					
Indicador		0,07																																				
2RDQA																																						
3RDQA																																						

RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.x.

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 1.ii.1.x.

1.ii.1.x. 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	0,28	0,31	0,34	0,37

Fonte: SIA/SUS

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1.x.1	Manter as mamografias de rastreamento de demanda espontânea a partir dos 40 anos; conforme protocolo municipal.	DS
1.ii.1.x.2	Avaliar sistematicamente a necessidade x demanda de exames de mamografia.	DS
1.ii.1.x.3	Implementar ações que fortaleçam o rastreamento organizado em parceria com a POLI 1 e Fundação Pio XII – Hospital de Barretos Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco.	DS
1.ii.1.x.4	Analisar estratégias para gestão da população alvo efetivando a busca ativa para realização do rastreamento organizado.	DS
1.ii.1.x.5	Criar um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o aprazamento e detectar as faltas.	DS
1.ii.1.x.6	Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

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

1RDQA	0,06	<p>Nota: Indicador de avaliação anual.</p> <p>Foram realizados 6232 exames de mamografia de rastreamento na faixa etária entre 40 e 69 anos. Houve um incremento de 2322 exames realizados em relação ao mesmo período de 2021, representando 59% de aumento, isso demonstra a retomada das ações de prevenção na rede de atenção.</p> <p>Atualmente Campinas conta com uma unidade móvel, a outra está em manutenção desde março/22, diminuindo a nossa oferta de exames.</p> <p>Para alcançar a meta temos como estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter as mamografias de rastreamento de demanda espontânea a partir dos 40 anos; conforme protocolo municipal. • Avaliar sistematicamente a necessidade x demanda de exames de mamografia. • Implementar ações que fortaleçam o rastreamento organizado em parceria com a POLI 1 e Fundação Pio XII – Hospital de Barretos Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco. • Analisar estratégias para gestão da população alvo efetivando a busca ativa para realização do rastreamento organizado. • Criar um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o apazamento e detectar as faltas. • Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados. <p>Fonte:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos</th></tr> <tr> <th></th><th></th><th>1º Quadrimestre 2022</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td><td></td><td>6232</td></tr> <tr> <td>9462023 Hospital de Amor Campinas</td><td></td><td>4548</td></tr> <tr> <td>2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro</td><td></td><td>1399</td></tr> <tr> <td>2090236 Fundação Pio XII Barretos</td><td></td><td>2</td></tr> <tr> <td>6053858 Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi</td><td></td><td>0</td></tr> <tr> <td>2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas</td><td></td><td>134</td></tr> <tr> <td>404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas</td><td></td><td>56</td></tr> <tr> <td>Outros</td><td></td><td>93</td></tr> <tr> <td>Demografia: Estimativas populacionais IBGE</td><td>206.859</td><td></td></tr> <tr> <td>Indicador</td><td></td><td>0,06</td></tr> </tbody> </table> <p>DATASUS/SIA PASP 2201 a 2203.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DEAR/CSAPTA.</p>	Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos					1º Quadrimestre 2022	Total		6232	9462023 Hospital de Amor Campinas		4548	2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro		1399	2090236 Fundação Pio XII Barretos		2	6053858 Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi		0	2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas		134	404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas		56	Outros		93	Demografia: Estimativas populacionais IBGE	206.859		Indicador		0,06
Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos																																						
		1º Quadrimestre 2022																																				
Total		6232																																				
9462023 Hospital de Amor Campinas		4548																																				
2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro		1399																																				
2090236 Fundação Pio XII Barretos		2																																				
6053858 Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi		0																																				
2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas		134																																				
404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas		56																																				
Outros		93																																				
Demografia: Estimativas populacionais IBGE	206.859																																					
Indicador		0,06																																				
2RDQA																																						
3RDQA																																						
RAG																																						

PAS		
-----	--	--

Meta 1.ii.1.xi.

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 1.ii.1.xi.

1.ii.1.xi. 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%	80%	80%	80%	80%

Fonte: TABNET

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xi.1	Fortalecer as ações de qualificação na Linha do Cuidado binômio mãe-filho	DS
1.ii.1. xi.2	Realizar capacitações /educação continuada e atualizações constantes quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis, e no manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	DS
1.ii.1. xi.3	Fortalecer as Equipes de Saúde da Família com o apoio do ginecologista do NASF para matriciamento, educação continuada e atendimento compartilhado de casos, bem como o profissional especialista atender os casos que necessitam	DS
1.ii.1. xi.4	Monitorar a rotina de consultas, retornos, exames, vacinas no Pré-natal, estimulando início no 1º trimestre, intensificando busca ativa de faltosas	DS
1.ii.1. xi.5	Realizar capacitações /educação continuada e atualizações constantes das equipes de saúde, com apoio do NASF, em pré-natal de baixo e alto risco, sistematizando a linha do cuidado da gestante.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

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

1RDQA	80,63%	<p>A meta nesse quadrimestre foi atingida avaliando esse indicador no âmbito geral. Quando analisamos separadamente SUS e convênio verificamos que no SUS não alcançamos a meta, atingindo 77,99%.</p> <p>Temos como objetivo para a melhora desse indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fortalecer as ações de qualificação na Linha do Cuidado binômio mãe-filho.• Realizar capacitações /educação continuada e atualizações constantes quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis, e no manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.• Fortalecer as Equipes de Saúde da Família com o apoio do ginecologista do NASF para matriciamento, educação continuada e atendimento compartilhado de casos, bem como o profissional especialista atender os casos que necessitam.• Monitorar a rotina de consultas, retornos, exames, vacinas no Pré-natal, estimulando início no 1º trimestre, intensificando busca ativa de faltosas.• Realizar capacitações /educação continuada e atualizações constantes das equipes de saúde, com apoio do NASF, em pré-natal de baixo e alto risco, sistematizando a linha do cuidado da gestante. <p>A diferença observada entre o número de nascidos vivos (4306) apresentado e o número de nascidos vivos de mulheres residentes em Campinas (4388) se deve ao fato dos 82 partos ocorridos fora de Campinas não terem dados sobre o número de consultas realizadas por categoria de convênio.</p> <table><tr><th colspan="4">Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos</th></tr><tr><th colspan="4">Jan-abril/2022</th></tr><tr><th>Nº de consultas de pré-natal</th><th>SUS</th><th>Convênio</th><th>Total</th></tr><tr><td>Nenhuma</td><td>12</td><td>4</td><td>16</td></tr><tr><td>1-3 consultas</td><td>140</td><td>20</td><td>160</td></tr><tr><td>4-6 consultas</td><td>406</td><td>218</td><td>624</td></tr><tr><td>7e+ consultas</td><td>2083</td><td>1389</td><td>3472</td></tr><tr><td>Ignorado+não informado</td><td>30</td><td>4</td><td>34</td></tr><tr><td>Total</td><td>2671</td><td>1635</td><td>4306</td></tr><tr><td>Perc. 7e+ consultas</td><td>77,99%</td><td>84,95%</td><td>80,63%</td></tr></table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática -DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 12/05/2022, sujeitos à revisão.</p>	Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos				Jan-abril/2022				Nº de consultas de pré-natal	SUS	Convênio	Total	Nenhuma	12	4	16	1-3 consultas	140	20	160	4-6 consultas	406	218	624	7e+ consultas	2083	1389	3472	Ignorado+não informado	30	4	34	Total	2671	1635	4306	Perc. 7e+ consultas	77,99%	84,95%	80,63%
Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos																																										
Jan-abril/2022																																										
Nº de consultas de pré-natal	SUS	Convênio	Total																																							
Nenhuma	12	4	16																																							
1-3 consultas	140	20	160																																							
4-6 consultas	406	218	624																																							
7e+ consultas	2083	1389	3472																																							
Ignorado+não informado	30	4	34																																							
Total	2671	1635	4306																																							
Perc. 7e+ consultas	77,99%	84,95%	80,63%																																							
2RDQA																																										
3RDQA																																										
RAG																																										
PAS																																										

Meta 1.ii.1.xii.

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 1.ii.1.xii.

1.ii.1.xii. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos

Indicador 14- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 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%	7,30%	7,20%	7,10%	7,00%

Fonte: TABNET

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xii.1	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
1.ii.1. xii.2	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
1.ii.1. xii.3	Estudar a viabilidade da padronização do uso de contraceptivo de longa duração–Dispositivo Intrauterino e Implante Subdérmico de Etonogestrel.	DS
1.ii.1. xii.4	Incentivar estratégias de aproximação com essa população com ações extramuros	DS
1.ii.1. xii.5	Fomentar ações de EP para os profissionais dos Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica	DS
1.ii.1. xii.6	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

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

1RDQA	7,45%	<p>Durante o primeiro quadrimestre de 2022, esse indicador teve uma discreta redução em comparação com o mesmo período do ano anterior, mas ainda não atingiu a meta proposta para o ano de 2022. O momento de pandemia foi um desafio, pois limitou ações extra muro das Unidades básicas de Saúde.</p> <p>Atualmente elencamos a anticoncepção na adolescência como prioridade, incentivando o uso de métodos reversíveis de longa duração, inclusive com inclusão de adolescentes de alta vulnerabilidade no protocolo do município de uso do implante subdérmico de etonogestrel. Temos como objetivo para a melhora desse indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• Promover a intersetorialidade / PSE (Programa Saúde na Escola), a fim de realizar ações de educação em saúde, de promoção e prevenção de gravidez com o olhar ampliado na saúde do adolescente.• Estudar a viabilidade da padronização do uso de contraceptivo de longa duração - Dispositivo Intrauterino e Implante Subdérmico de Etonogestrel.• Incentivar estratégias de aproximação com essa população com ações extramuros.• Fomentar ações de EP para os profissionais dos Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica. <table><tr><th>Faixa etária da Mãe</th><th>1º Quadrimestre/2022</th></tr><tr><td>10 a 14 anos</td><td>15</td></tr><tr><td>15 a 19 anos</td><td>312</td></tr><tr><td>20 a 34 anos</td><td>3049</td></tr><tr><td>> 35 anos</td><td>1012</td></tr><tr><td>Total</td><td>4388</td></tr><tr><td>Total 10 a 19 anos</td><td>327</td></tr><tr><td>% Adolescentes</td><td>7,45%</td></tr></table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática - DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.</p> <p>Dados atualizados em 12/05/2022, sujeitos à revisão</p>	Faixa etária da Mãe	1º Quadrimestre/2022	10 a 14 anos	15	15 a 19 anos	312	20 a 34 anos	3049	> 35 anos	1012	Total	4388	Total 10 a 19 anos	327	% Adolescentes	7,45%
Faixa etária da Mãe	1º Quadrimestre/2022																	
10 a 14 anos	15																	
15 a 19 anos	312																	
20 a 34 anos	3049																	
> 35 anos	1012																	
Total	4388																	
Total 10 a 19 anos	327																	
% Adolescentes	7,45%																	
2RDQA																		
3RDQA																		
RAG																		
PAS																		

Meta 1.ii.1.xiii.

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 1.ii.1.xiii.

1.ii.1.xiii. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida

Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor					20%	19%	6%	11%	25%	30%	35%	40%

Fonte: Esus/SISAB

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xiii.1	Garantir a capacitação e atualização dos profissionais das eSF na Atenção Básica, para melhorar a qualidade dessas ações e a alimentação do sistema de informação da Atenção Básica.	DS
1.ii.1. xiii.2	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
1.ii.1. xiii.3	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.	DS
1.ii.1. xiii.4	Garantir a capacitação e atualização dos profissionais das eSF na Atenção Básica, para melhorar a qualidade dessas ações e a alimentação do sistema de informação da Atenção Básica.	DS
1.ii.1. xiii.5	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	13%	<p>Numerador 554 (Dado fornecido pela CII, referente aos atendimentos do 3º ao 7º dia de vida nas UBS por profissionais médicos e não médicos).</p> <p>Denominador 4388 (Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática - DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 12/05/22, sujeitos à revisão).</p> <p>Foram realizados 74 atendimentos nas Unidades Básicas (UBS) do Distrito Leste, 132 atendimentos nas UBS do Distrito Sul, 79 atendimentos nas UBS do Distrito Noroeste, 132 atendimentos nas UBS do Distrito Sudoeste e 159 atendimentos nas UBS do Distrito Norte. Observa-se a manutenção de diferença tenuamente expressiva em relação aos atendimentos regionais.</p> <p>O Tema tem sido debatido com os Coordenadores, apoiadores distritais e coordenadores locais, com esperada articulação para as Equipes de Saúde da Família.</p> <p>Fazendo um recorte, através de dados do Tabnet - nascidos vivos 1º quadrimestre 2022 pelo SUS - Sistema Único de Saúde (2.671), a porcentagem de atendimento na primeira semana de vida é de 20,74%.</p> <p>Recomendações:</p> <p>Os dados tabelados pela CII serão apresentados aos Distritos de Saúde, com o levantamento da quantidade de atendimento por Unidade Básica de Saúde, para individualizar ações de fomentação dos atendimentos ao Binômio Mãe-Bebê, dentro da primeira semana de vida.</p> <p>Vincular a orientação a respeito da importância do atendimento ao Binômio Mãe-Bebê ao pré-natal, durante toda a realização deste. 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.</p> <p>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.</p>

2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.xiv.

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 1.ii.1.xiv.

1.ii.1.xiv. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar

Indicador 13- 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	38,5%	39,0%	39,5%	40,0%

Fonte: SINASC 02/2021

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xiv.1	Fortalecer a realização de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal na REDE SUS Campinas.	DS
1.ii.1. xiv.2	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 aum melhor atendimento do binômio mãe bebê.	DS
1.ii.1. xiv.3	Realizar um contínuo processo de discussões junto às equipes de obstetras das maternidades visando à melhoria deste indicador.	DS
1.ii.1. xiv.4	Manter a valoração de indicadores qualitativos visando ao aumento percentual de parto vaginal nas maternidades.	DS
1.ii.1. xiv.5	Buscar a capacitação e participação de enfermeiros e médicos da Saúde da Família no acompanhamento do pré-natal de baixo risco.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

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

1RDQA	38,85%	<p>A meta para o ano de 2022 foi atingida neste quadrimestre avaliando esse indicador como um todo no Município, sem diferenciar entre os partos ocorridos no sistema SUS e convênio. Se avaliarmos somente esse indicador no SUS a meta foi superada, porém são necessárias ações frente à saúde suplementar de incentivo ao parto normal. No âmbito do SUS, devemos incentivar os profissionais de saúde a discutir essa questão durante os atendimentos, esclarecendo dúvidas e desfazendo mitos e crenças a respeito.</p> <p>Temos como objetivo para a melhora desse indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer a realização de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal na REDE SUS Campinas. • 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. • Realizar um contínuo processo de discussões junto às equipes de obstetras das maternidades visando à melhoria deste indicador. • Manter a valoração de indicadores qualitativos visando ao aumento percentual de parto vaginal nas maternidades. • Buscar a capacitação e participação de enfermeiros e médicos da Saúde da Família • no acompanhamento do pré-natal de baixo risco. <p>A diferença observada entre o número de nascidos vivos (4306) apresentado e o número de nascidos vivos de mulheres residentes em Campinas (4388) se deve ao fato dos 82 partos ocorridos fora de Campinas não terem dados sobre o tipo de parto diferenciado por convênio/particular ou SUS.</p> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática - DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 12/05/22, sujeitos à revisão.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.xv.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.ii.1.xv.

1.ii.1.xv. Taxa de Mortalidade Infantil

Indicador 15- Taxa de mortalidade infantil.

Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	8,13	8,03	9,04	8,88	9,10	7,54	8,01	9,22	9,99	9,99	9,99	9,99

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

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xv.1	Promoção integral da saúde da mulher, incluindo o planejamento reprodutivo.	DS
1.ii.1. xv.2	Garantir acesso oportuno ao atendimento das intercorrências do período gravídico, com reconhecimento adequado das situações de risco à saúde.	DS

1.ii.1. xv.3	Garantir acesso ao pré-natal de alto-risco e recursos tecnológicos assistenciais para o binômio mãe/bebê em tempo oportuno, conforme necessidade.	DS
1.ii.1. xv.4	Estabelecer vinculação da gestante a uma unidade de referência para o parto.	DS
1.ii.1. xv.5	Estimular o aleitamento materno e o acompanhamento precoce na Unidade Básica de Saúde (vinculando a uma equipe de saúde da família).	DS
1.ii.1. xv.6	Manter as investigações e análises dos óbitos no Comitê de Morte Materna e Infantil e Fetal.	DS e DEVISA
1.ii.1. xv.7	Capacitar os profissionais de saúde para investigação de casos em todas as Unidades de Saúde.	DS
1.ii.1. xv.8	Manter todas as unidades de saúde com representação e participação assídua e efetiva nas reuniões dos Comitês de Morte Materna, Infantil e Fetal dos distritos.	DS e DEVISA
1.ii.1. xv.9	Promover discussões periódicas à 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 e DEVISA
1.ii.1. xv.10	Realizar Seminários periódicos para a discussão da Mortalidade Materna Infantil.	DS
1.ii.1. xv.11	Fortalecer as ações de promoção de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável em todos os serviços, em especial nas Unidades Básicas de Saúde e nas Maternidades.	DS
1.ii.1. xv.12	Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável.	DS
1.ii.1. xv.13	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
1.ii.1. xv.14	Desenvolver estratégias para ampliar o número de binômios "mãe-bebê" com primeiro atendimento na Atenção Básica entre o 3º e o 7º dia de vida do recém-nascido.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	7,97	<p>Numerador: 35 / Denominador: 4.388. Fonte: SIM/SINASC.</p> <p>Observou-se queda da mortalidade infantil em comparação aos dados apresentados nos três quadrimestres de 2021. A taxa de mortalidade manteve-se dentro da meta estabelecida, abaixo dos dois dígitos.</p> <p>Todos os 35 óbitos apontados foram em menores de 01 ano de idade, sendo 25 óbitos com menos de 28 dias de vida, dos quais 11 óbitos com idade menor a 24h de vida.</p> <p>Uma característica cada vez mais evidente é a capacidade das equipes obstétricas e neonatais, sendo nosso município referência regional para gestações de risco. O investimento na viabilidade das gestações de risco, com nascidos vivos prematuros extremos vem sendo uma realidade em ascensão. São crianças de altíssimo risco, com longos períodos de internação e comorbidades subsequentes, em boa parte dos casos, contribuindo para os números citados acima, na especificação do indicador.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.xvi.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.ii.1.xvi.

1.ii.1.xvi. 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	98%	100%	100%	99%	99%	97%	64%	75%	95%	95%	95%	95%

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas e Comitê de Mortalidade Materna /DEVISA. Dados atualizados em maio de 2021 sujeitos à revisão.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xvi.1	Capacitar os profissionais dos Centros de Saúde para a investigação dos Óbitos, com a discussão dos casos sentinelas.	DEVISA e DS
1.ii.1. xvi.2	Garantir os momentos de discussões locais e distritais com as eSF e eNASF.	DS
1.ii.1. xvi.3	Manter vigilância e as ações do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil e Fetal, com as demandas a fim de garantir a qualificação do pré-natal, parto e na 1ª infância.	DS
1.ii.1. xvi.4	Implementar todos os componentes da Rede Cegonha, tendo como finalidade a prevenção da ocorrência do evento morte infantil e fetal.	DS
1.ii.1. xvi.5	Socializar os relatórios dos Comitês de Mortalidade Materno Infantil com as equipes da unidade, e disparar ações qualificadoras para a vinculação ao pré-natal, parto e puerpério.	DS
1.ii.1. xvi.6	Garantir acesso oportuno ao atendimento das intercorrências do período gravídico, com reconhecimento das situações de risco, e fortalecer as ações de promoção de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável junto as eSF/ eNASF.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	Infantis: $19/35 = 54,28\%$ Fetais: $8/22 = 36,36\%$ Total: $27/52 = 47,37\%$	<p>Em relação aos 35 óbitos infantis, foram investigados 19, estando 1 avaliação em atraso e 15 ainda em investigação, dentro do prazo estabelecido de 120 dias após o óbito.</p> <p>Em relação aos 22 óbitos fetais, foram investigados 8, estando 1 avaliação em atraso e 13 em investigação, dentro do prazo estabelecido.</p> <p>Observa-se um aumento do indicador, em relação ao 1º RDQA de 2021, evidenciando as atividades dos Comitês de Mortalidade Materno Infantil e Fetal, a nível distrital e municipal.</p> <p>Pela complexidade dos casos com necessidade avaliação ambulatorial e hospitalar, alguns casos demandam mais tempo e necessárias articulações para sua investigação.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta1.ii.1.xvii.

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 1.ii.1.xvii.

1.ii.1.xvii.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	40,00	40,00	40,00	40,00

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

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xvii.1	Fortalecer o pré-natal de alto risco.	DS e DGDO
1.ii.1. xvii.2	Capacitar ESF para acompanhamento de pré-natal de baixo risco.	DS
1.ii.1. xvii.3	Organizar o processo de trabalho visando à qualificação do pré-natal.	DS
1.ii.1. xvii.4	Fortalecer a implementação dos componentes da Rede Cegonha em todos as esferas de cuidado.	DS e DGDO
1.ii.1. xvii.5	Utilizar eventos sentinela para qualificar as equipes de saúde no atendimento pré-natal e prevenir a ocorrência de outros eventos.	DS
1.ii.1. xvii.6	Participar do Comitê Regional de Vigilância a Morte Materna, Infantil e Fetal.	DEVISA e DS
1.ii.1. xvii.7	Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil e Fetal.	DEVISA e DS
1.ii.1. xvii.8	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
1.ii.1. xvii.9	Garantir a imunização de mulheres durante a gestação, com o calendário preconizado nessa fase (Coqueluche, Influenza, COVID e outras).	DS
1.ii.1. xvii.10	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 e DGDO
1.ii.1. xvii.11	Adequar oferta de pré-natal de alto risco e (garantir leito de UTI adulto).	DS e DGDO
1.ii.1. xvii.12	Articular a Rede Cegonha no Município de Campinas e os Comitês de Mortalidade Infantil e Materna.	DEVISA, DGDO e DS
1.ii.1. xvii.13	Atender adequadamente as intercorrências na gravidez e pós-parto, em todos os serviços de saúde, dentro da linha de cuidado.	DS e DGDO
1.ii.1. xvii.14	Qualificar os comitês de mortalidade para investigação dos casos.	DEVISA e DS
1.ii.1. xvii.15	Incentivar a implementação de Políticas de Planejamento Familiar;	DS
1.ii.1. xvii.16	Incentivar a promoção à atenção a população vulnerável (adolescentes, usuárias de álcool e drogas, população em situação de rua).	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

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

1RDQA	0%	<p>Houve 1 óbito materno, contudo este ocorreu após 42 dias do parto, portanto, pela definição de morte materna, classifica-se como morte materna tardia e não entra no cálculo de RMM. O caso foi avaliado pelo comitê de mortalidade materna municipal.</p> <p>Numerador: 0 / Denominador: 4388. Fonte: SIM/SINASC.</p> <p>Temos como objetivo para a manter esse indicador dentro da meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer o pré-natal de alto risco. • Capacitar eSF para acompanhamento de pré-natal de baixo risco. • Organizar o processo de trabalho visando à qualificação do pré-natal. • Fortalecer a implementação dos componentes da Rede Cegonha em todos as esferas de cuidado. • Utilizar eventos sentinela para qualificar as equipes de saúde no atendimento pré-natal e prevenir a ocorrência de outros eventos. • Participar do Comitê Regional de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal. • Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil e Fetal. • 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. • Garantir a imunização de mulheres durante a gestação, com o calendário preconizado nessa fase (Coqueluche, Influenza, COVID e outras). • 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. • Adequar oferta de pré-natal de alto risco e garantir leito de UTI adulto. • Atender adequadamente as intercorrências na gravidez e pós-parto, em todos os serviços de saúde, dentro da linha de cuidado. • Qualificar os comitês de mortalidade para investigação dos casos. • Incentivar a implementação de Políticas de Planejamento Familiar. • Incentivar a promoção à atenção a população vulnerável (adolescentes, usuárias de álcool e drogas, população em situação de rua).
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.xviii.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.ii.1.xviii.

1.ii.1.xviii. 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	100%	100%	100%	100%	100%	99%	71%	92%	90%	90%	90%	90%

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/DEVISA. Dados atualizados em maio de 2021 sujeitos à revisão.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xviii.1	Apoiar os comitês de Investigação distrital com a realização de reuniões periódicas para discussão dos casos investigados; realizar capacitações temáticas e discussão em rede.	DEVISA e DS
1.ii.1. xviii.2	Capacitação dos profissionais de saúde para investigação de casos MIF.	DEVISA
1.ii.1. xviii.3	Atualizar, mensalmente, o módulo nacional do SIM com o Sistema Local.	DEVISA
1.ii.1. xviii.4	Participar ativamente do Comitê Regional / DRS-7 de Vigilância de Morte Materna, infantil e Fetal, propondo capacitações e discussões regionais.	DEVISA e DS
1.ii.1. xviii.5	Melhorar fluxos de informações entre os Município de Ocorrência.	DEVISA
1.ii.1. xviii.6	Qualificar o preenchimento da ficha de notificação de óbito com educação continuada nos diversos serviços de saúde públicos e privados.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.ii.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	68,5%	<p>Numerador: 61 / Denominador: 89: Fonte: SIM Web.</p> <p>Dois (2) casos estão com a avaliação atrasadas e vinte e seis (26) 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 a assistência pré-natal e, principalmente, puerpério, das quais pode-se identificar processos e fluxos a serem modificados gerando ações em saúde.</p> <p>A avaliação do óbito em mulher em idade fértil também gera a correção dos dados epidemiológicos da mortalidade materna.</p> <p>Temos como objetivo para a melhora desse indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">• Apoiar os comitês de Investigação distrital com a realização de reuniões periódicas para discussão dos casos investigados; realizar capacitações temáticas e discussão em rede.• Capacitação dos profissionais de saúde para investigação de casos MIF.• Atualizar, mensalmente, o módulo nacional do SIM com o Sistema Local.• Participar ativamente do Comitê Regional / DRS-7 de Vigilância de Morte Materna, infantil e Fetal, propondo capacitações e discussões regionais.• Melhorar fluxos de informações entre os Município de Ocorrência.• Qualificar o preenchimento da ficha de notificação de óbito com educação continuada nos diversos serviços de saúde públicos e privados.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.xix.

Realizar investigação de 100% dos óbitos maternos

Indicador para o Alcance da Meta 1.ii.1.xix.

1.ii.1.xix. Proporção de óbitos maternos investigados

Indicador 16- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência

Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	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 maio de 2021 sujeitos à revisão.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xix.1	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
1.ii.1. xix.2	Implementar todos os componentes da Rede Cegonha em todos os níveis de cuidado, tendo como finalidade a prevenção da ocorrência do evento morte materna.	DS e DGDO
1.ii.1. xix.3	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.ii.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	n/a	<p>Neste período tivemos um óbito materno (tardio) no município, que foi investigado pelo comitê municipal de mortalidade materna.</p> <p>Neste comitê avaliou-se o critério de evitabilidade, buscando apontar propostas para mudanças de condutas e processos para evitar casos semelhantes.</p> <p>Reforçamos que, mesmo em período pandêmico, é importante:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manter os processos de trabalho dos Comitês de Investigação de óbitos.• 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.• Implementar todos os componentes da Rede Cegonha em todos os níveis de cuidado, tendo como finalidade a prevenção da ocorrência do evento morte materna.• Utilizar os relatórios dos Comitês de Mortalidade como disparadores de ações qualificadoras dos técnicos da SMS na atenção ao pré-natal, parto e puerpério.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.ii.1.xx.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.ii.1.xx.

1.ii.1.xx. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano

Indicador 8 - Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade

Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	72	83	84	66	47	35	69	92	55	44	35	28

Fonte: SINAN/TABNET/DEVISA - Atualizado até 21/05/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xx.1	Sistematizar a realização dos exames de sífilis para todas as gestantes, no primeiro e terceiro trimestre (testes laboratoriais) e na 24ª e 34ª semanas de gestação (testes rápidos); Linha de Cuidado Materno Infantil.	DS e DA
1.ii.1. xx.2	Tratar todas as gestantes com sífilis em tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina.	DS
1.ii.1. xx.3	Tratar os parceiros sexuais das gestantes com sífilis.	DS
1.ii.1. xx.4	Realizar capacitações / Educação Continuada e atualizações constantes quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis, e no manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	DS
1.ii.1. xx.5	Monitorar o acompanhamento de todas as gestantes e parceiros com sífilis.	DEVISA, DS e DGDO
1.ii.1. xx.6	Monitorar a rotina de consultas, retornos e exames no Pré-natal, estimulando início no 1º trimestre, intensificando busca ativa de faltosas.	DS
1.ii.1. xx.7	Monitorar as ações de qualificação da assistência ao parto e nascimento, com triagem sorológica e acompanhamento do RN no serviço de referência.	DEVISA, DGDO e DS
1.ii.1. xx.8	Instituir fluxo de informação DS/DEVISA sobre notificações.	DEVISA e DS
1.ii.1. xx.9	Ampliar e incentivar o uso de preservativo e outros métodos anticoncepcionais.	DS
1.ii.1. xx.10	Estabelecer fluxo de coleta de liquor dos lactentes com diagnóstico de sífilis congênita que não foram diagnosticados no parto.	DS e DGDO

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	52	<p>No período avaliado, houve 108 notificações de casos de sífilis congênita, sendo que 56 casos foram descartados. Dos casos confirmados, 2 casos são de aborto, 1 caso natimorto e 49 de sífilis congênita recente.</p> <p>Foram realizadas capacitações com as equipes das VISAs Regionais referente à condução dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita, bem como a pactuação com as maternidades sobre a aplicação do protocolo de tratamento de sífilis congênita para os recém-nascidos com diagnóstico da doença. O município também vem se empenhando para a certificação de eliminação da sífilis congênita, conforme o Programa do Ministério da Saúde.</p> <p>Diante disso, em uma parceria entre os Departamento de Vigilância e de Saúde, estão sendo estabelecidos fluxos para o acompanhamento de crianças diagnosticadas com sífilis congênita, estratégias de capacitação sobre a importância da aplicação dos protocolos da assistência à gestante durante o pré-natal visando o diagnóstico precoce da sífilis da gestante e seu parceiro e estratégias para a garantia do tratamento em tempo oportuno da realização da medicação.</p> <p>Está em construção a pactuação da discussão dos casos confirmados de sífilis congênita em Comitês Distritais, como casos sentinela, na intenção de qualificar cada vez mais os fluxos de diagnóstico, acompanhamento e efetivação do tratamento durante a gestação.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		

PAS		
-----	--	--

Meta 1.ii.1.xxi.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.ii.1.xxi.

1.ii.1.xxi. 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	2,00	2,00	2,00	2,00

Fonte: CSAPTA/CII - Dados atualizados até 21/05/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.ii.1. xxi.1	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
1.ii.1. xxi.2	Tratar todas as gestantes com sífilis no tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina.	DS
1.ii.1. xxi.3	Tratar as parcerias sexuais das gestantes com sífilis.	DS
1.ii.1. xxi.4	Garantir a aquisição de penicilina benzatina para o tratamento da gestante com sífilis.	DA
1.ii.1. xxi.5	Garantir os exames de sorologia de sífilis para gestantes.	DA e DS
1.ii.1. xxi.6	Manter disponível teste rápido para sífilis em todos os serviços de saúde.	DA e DS
1.ii.1. xxi.7	Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido; aconselhamento do paciente; interpretação dos resultados laboratoriais e tratamento da gestante e seu parceiro.	DS
1.ii.1. xxi.8	Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis.	DEVISA e DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	3,63	<p>Nota: Indicador de avaliação anual.</p> <p>Total de partos de janeiro a abril - 2022: 2119</p> <p>Total de testes rápidos em gestantes de janeiro a abril - 2022: 2780</p> <p>Total de exames de sorologia realizados em gestantes pelo laboratório municipal de janeiro a abril realizados: 4910</p> <p>Total de exames realizados: 7690</p> <p>Fonte:</p> <p>Numerador: Dados enviados pela CII/SMS e Laboratório Municipal de Campinas.</p> <p>Denominador: Os dados estão disponíveis no TABNET/SIH (DATASUS) até abril/2022.</p> <p>Neste quadrimestre ultrapassamos a meta e nos aproximamos do que preconizamos no cuidado à gestante em relação à redução da sífilis congênita, mas cabe ressaltar que este é um indicador anual, que deve ser monitorado e avaliado durante o ano.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Diretriz 1.iii.

Objetivo 1.iii.1.

Meta 1.iii.1.i.

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 1.iii.1.i.

1.iii.1.i. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

Indicador 5 - 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	83%	79%	80%	60%	82%	68%	67%	73%	80%	80%	80%	80%

Fonte: SINAN-DEVISA – Dados atualizados em 30/04/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. i.1	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 e DS
1.iii.1. i.2	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
1.iii.1. i.3	Enviar o Banco de Dados Municipal (SINAN-net) para o Banco de Dados Regional, toda sexta-feira até as 12 horas	DEVISA
1.iii.1. i.4	Pactuar junto aos técnicos da SMS o envio para o GVE (Regional) das fichas epidemiológicas das DNCI digitalizadas	DEVISA
1.iii.1. i.5	Garantir equipamentos de informática para alimentação dos sistemas de notificações	DGDO, DEVISA e DA
1.iii.1. i.6	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.i.

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

1RDQA		<p>Este indicador é de avaliação anual. A avaliação da cobertura vacinal é realizada cumulativamente durante o ano, com o objetivo de alcançar a cobertura vacinal de 95% de cada uma das quatro vacinas selecionadas ao final do ano avaliado. Para acompanhamento do indicador foi realizada cobertura vacinal proporcional.</p> <p>Foram avaliados os dados referentes do período de 01 de janeiro a 30 de abril de 2022, extraídos do sistema e-SUS AB e SIPNI WEB em 12/05/2022.</p> <p>O avanço proporcionado pela digitação em tempo real e migração dos dados em tempo adequado no sistema e-SUS AB, nos mostram que as coberturas vacinais apresentam valores mais satisfatórios quando comparados às taxas encontradas no SI-PNI. Faz-se necessário que o sistema federal, no qual são computadas doses aplicadas tanto na rede pública quanto privada, seja mais ágil na transmissão dos dados, favorecendo uma análise mais fidedigna e possibilitando estratégias de intervenção mais qualificadas e em período adequado.</p> <p>Para o próximo quadrimestre estamos trabalhando com o cruzamento de banco de dados (SINASC, SIPNI e e-SUS) com o objetivo de identificar cada criança individualmente e assim realizarmos busca de faltosos de maneira mais efetiva, visando ampliar as taxas de cobertura vacinal, bem como garantir a imunização em tempo oportuno e de maneira homogênea em todo o território municipal.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.ii.

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 1.iii.1.ii.

1.iii.1.ii. 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	67%	50%	57%	80%	60%	67%	71%		66%	61%	56%	51%

Fonte: SINAN

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1.ii.1	Capacitar profissionais da saúde quanto à suspeita precoce, tratamento antimicrobiano correto e oportuno e seguimento de casos suspeitos de FMB.	DEVISA e DS
1.iii.1.ii.2	Disponibilidade e dispensação de antimicrobianos preconizados para tratamento de FMB (doxiciclina e/ou cloranfenicol) em todos os CS e PAs da rede municipal.	DS
1.iii.1.ii.3	Sensibilização da 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
1.iii.1.ii.4	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
1.iii.1.ii.5	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.ii.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	100%	Ressalta-se que no período houve apenas 1 caso e que evoluiu a óbito.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.iii.

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 1.iii.1.iii.

1.iii.1.iii. 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	56%	47%	54%	52%	48%	46%	52%	NOVO	50%	55%	60%	65%

Fonte: SINAN

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. iii.1	Capacitar profissionais da saúde quanto à relevância da investigação laboratorial universal de todo caso suspeito de FMB.	DEVISA e DS
1.iii.1. iii.2	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
1.iii.1. iii.3	Monitoramento contínuo dos sistemas de informação - SINAN e GAL - em relação aos casos suspeitos de FMB sob investigação quanto as 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
1.iii.1. iii.4	Estabelecer novas estratégias para coleta de 2ª amostra (convocação, coleta domiciliar, coletas em unidades fora da área de abrangência de residência)	DEVISA e DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	38%	A análise baseou-se no total de casos residentes no município (80 casos); parte desses casos estão em processo de investigação para encerramento.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.iv.

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 1.iii.1.iv.

1.iii.1.iv. Realização da pesquisa acarológica em áreas silenciosas nos locais prováveis de infecção (LPIs) dos casos confirmados de febre maculosa 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	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	80%	80%	80%	80%

Fonte: SINAN

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. iv.1	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
1.iii.1. iv.2	Realizar acompanhamento sistemático do banco de dados do SINAN, a fim de detectar casos confirmados de febre maculosa.	DEVISA
1.iii.1. iv.3	Pactuar junto aos técnicos da SMS o fluxo de informações relativas às investigações e determinação dos LPIs.	DEVISA e DS
1.iii.1. iv.4	Garantir pessoal, insumos e materiais para a realização das pesquisas acarológicas em tempo oportuno.	DEVISA e DA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.iv.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	N/A	No período avaliado, não houve casos confirmados de FMB onde o LPI tenha sido caracterizado como área nova, para a realização de pesquisa acarológica.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.v.

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 U dose) e Tríplice viral (1ª dose).

Indicador para o Alcance da Meta 1.iii.1.v.

1.iii.1.v. 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

Indicador 4 - 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 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	100%	88%	88%	0,00	50%	0,00	0,00	0,00	75%	75%	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 Tríplce Viral - atualizado em jul/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. v.1	Priorizar funcionamento da sala de vacina e RT profissional de enfermagem durante todo o horário de funcionamento da unidade.	DS
1.iii.1. v.2	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
1.iii.1. v.3	Ampliar o número de funcionários da sala de vacina.	DS e DGTES
1.iii.1. v.4	Garantir câmara fria em condições adequadas de funcionamento em todas as salas de vacina do município.	DEVISA, DA e DS
1.iii.1. v.5	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
1.iii.1. v.6	Realizar supervisão das salas de vacina uma vez ao ano.	DEVISA e DS
1.iii.1. v.7	Intensificar vacinação nos "bolsões" de baixa cobertura vacinal, após análise de homogeneidade.	DEVISA e DS
1.iii.1. v.8	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 DGDO
1.iii.1. v.9	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.v.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	N/A	<p>Este indicador é de avaliação anual. A avaliação da cobertura vacinal é realizada cumulativamente durante o ano, com o objetivo de alcançar a cobertura vacinal de 95% de cada uma das quatro vacinas selecionadas ao final do ano avaliado. Para acompanhamento do indicador foi realizada cobertura vacinal proporcional.</p> <p>Foram avaliados os dados referentes do período de 01 de janeiro a 30 de abril de 2022, extraídos do sistema e-SUS AB e SIPNI WEB em 12/05/2022.</p> <p>O avanço proporcionado pela digitação em tempo real e migração dos dados em tempo adequado no sistema e-SUS AB, nos mostram que as coberturas vacinais apresentam valores mais satisfatórios quando comparados às taxas encontradas no SI-PNI. Faz-se necessário que o sistema federal, no qual são computadas doses aplicadas tanto na rede pública quanto privada, seja mais ágil na transmissão dos dados, favorecendo uma análise mais fidedigna e possibilitando estratégias de intervenção mais qualificadas e em período adequado.</p> <p>Para o próximo quadrimestre estamos trabalhando com o cruzamento de banco de dados (SINASC, SIPNI e e-SUS) com o objetivo de identificar cada criança individualmente e assim realizarmos busca de faltosos de maneira mais efetiva, visando ampliar as taxas de cobertura vacinal, bem como garantir a imunização em tempo oportuno e de maneira homogênea em todo o território municipal.</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		

PAS		
-----	--	--

Observações 1.iii.1.v.

BCG	PENTA	ROTA	VIP	PNEUMO	MENINGO	SCR	TETRA / 2ªSCR	HEP A
COB NV	COB NV	COB NV	COB NV	COB NV	COB NV	COB NV	COB NV	COB NV
79,6	79	77,2	78,1	76,6	75,4	88,6	74,5	79,3

Fontes:
Pop NV - Tabnet SMS
Doses Aplicadas – e-SUS AB
Dados atualizados em 12/5/2022

BCG	PENTA	ROTA	VIP	PNEUMO	MENINGO	SCR	TETRA / 2ªSCR	HEP A
COB NV	COB NV	COB NV	COB NV	COB NV	COB NV	COB NV	COB NV	COB NV
44,66	51,28	52,16	50,66	53,63	52,95	47,23	37,62	50,14

Fonte: SI-PNI
Dados atualizados em 12/5/2022

Meta 1.iii.1.vi.

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 1.iii.1.vi.

1.iii.1.vi. 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	81%	80%	77%	77%	74%	76%	83%	68,48%	85%	85%	85%	85%

PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2010 A 2022								
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
173	193	220	198	184	204	135	165	86
80,92	79,79	76,81	77,27	74,45	76,47	74,81	68,48	72,09

Fonte: SISTEMA TB-WEB – DEVISA. Dados atualizados até 30/04/2021.

*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.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. vi.1	Aumentar a proporção de pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO).	DEVISA e DS
1.iii.1. vi.2	Manutenção do café da manhã para os pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO).	DEVISA e DS
1.iii.1. vi.3	Disponibilização de exames de Baciloscopia para seguimento dos casos.	DEVISA e DS
1.iii.1. vi.4	Garantir a manutenção para os equipamentos de TMR para diagnóstico da TB.	DEVISA e DS
1.iii.1. vi.5	Disponibilização de Isoniazida para tratamento pediátrico.	DEVISA e DS
1.iii.1. vi.6	Realizar o Evento Sentinela para todos os casos de abandono de tratamento.	DEVISA e DS
1.iii.1. vi.7	Busca ativa dos pacientes faltosos para diminuir o abandono.	DEVISA e DS

1.iii.1. vi.8	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
1.iii.1. vi.9	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 a tuberculose.	DEVISA e DS
1.iii.1. vi.10	Manter ações anuais da Semana da Tuberculose, com Seminários e Capacitações para profissionais da saúde.	DEVISA e DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.vi.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	72,09%	Foram avaliados 86 casos novos de Tuberculose com confirmação laboratorial (62 curas) do período de 01 de janeiro de 2021 à 30 de abril de 2021. Na coorte avaliada, foram identificados 13 casos de abandono, 11 Casos de óbito por Tuberculose. Há 93 casos ainda em abertos (não computados no denominador do indicador avaliados) que estão em tratamento ou aguardam o encerramento do caso. As reuniões do GT – Grupo Técnico são realizadas mensalmente, a fim de se fortalecer as ações de vigilância, bem como a identificação das fragilidades na assistência ao paciente sintomático respiratório e aos pacientes em tratamento de Tuberculose, e assim instituir medidas para a eliminação das fragilidades identificadas. As campanhas de busca ativa de casos de pacientes sintomáticos respiratórios para a investigação de Tuberculose foram retomadas em 2021 e 2022 (1 fase ocorreu em abril de 2022). Foi instituído o “Protocolo de VDOT – Videochamada para Tratamento diretamente observado dos casos de Tuberculose”, validado pelo DEVISA e Departamento de Saúde, foi instituído com a proposta de melhorar e facilitar a adesão dos pacientes ao tratamento, através da utilização de aplicativos de celulares. Foi realizada parceria com o Consultório na Rua, Laboratório Municipal e Departamento de Saúde para a realização de busca ativa de pacientes sintomáticos respiratórios em população em situação de rua, para a identificação precoce e início de tratamento em tempo oportuno dos casos de Tuberculose diagnosticados. Retomado também o evento sentinela para os casos de abandono, promovendo a discussão do caso entre a VISA Regional e a UBS de referência, para que a equipe possa identificar fragilidades na condução dos casos, e se necessário, sejam realizadas mudanças de processos de trabalho para a condução dos novos casos.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.vii.

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 1.iii.1.vii.

1.iii.1.vii. 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	97%	89%	95%	96%	94%	91%	75%	95,17%	95%	95%	95%	95%

Fonte: SISTEMA TB-WEB – DEVISA – atualizado em 30/04/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. vii.1	Ofertar o teste anti-HIV para todos os casos novos de TB, independente do acompanhamento clínico ser realizado na UBS	DEVISA e DS
1.iii.1. vii.2	Ter disponível teste rápido anti-HIV em todos os serviços de saúde.	DS e DA
1.iii.1. vii.3	Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	DS
1.iii.1. vii.4	Realizar o diagnóstico precoce da coinfeção TB/HIV e garantir introdução precoce de TARV a estes pacientes.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.vii.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	90,94%	Conforme a meta estabelecida, os resultados não foram atingidos. Diante dos dados apresentados, a fim de se promover o cuidado e , dada a importância na condução dos casos de coinfeção de Tuberculose e HIV pela vulnerabilidade acrescida, é necessário fortalecer as equipes quanto a importância da realização do teste de HIV para os casos diagnosticados de Tuberculose, instituindo precocemente a TARV, para os casos diagnosticados. .
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.viii.

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 1.iii.1.viii.

1.iii.1.viii. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

Indicador 3 - 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	98%	99%	98%	99%	99%	99%	99%	98,22	98%	98%	98%	98%

Fonte: SIM – TABNET - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/DEVISA. Dados atualizados em maio de 2021 sujeitos à revisão.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. viii.1	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
1.iii.1. viii.2	Garantir número de profissionais capacitados para operacionalização, monitoramento e avaliação do SIM.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.viii.

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

1RDQA	98,7%	Numerador: 3.069 / Denominador: 3.108. Fonte: SIM base local. O número de óbitos diminuiu neste quadrimestre (20% comparando com o mesmo período de 2021), porém ainda continua superior a média dos anos anteriores (26,8% a mais que o ano de 2020). A principal causa de óbitos do quadrimestre foi a Covid-19, correspondendo a 14,9% do total de óbitos. O processo de correção nas causas de óbitos para que tenha sentido epidemiológico tem sido constante, principalmente com os óbitos suspeitos de COVID-19 que são reavaliados e confirmados ou descartados e classificados na causa básica que mais se enquadra ao óbito, com a ajuda do Comitê de Investigação de óbito COVID-19.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.ix.

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 1.iii.1.ix.

1.iii.1.ix. Coeficiente de incidência de Câncer por sexo, no município de Campinas.

Série Histórica e Meta Planejada

Coeficiente de incidência de Câncer, por sexo, no município de Campinas															
Ano	2001 - 2005		2010		2011		2012		2013		2014		2015		
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	
Tipos de notificação															
Casos novos	3445	3351	1813	1730	1830	1714	1776	1690	1694	1798	1620	1667	1732	1757	
Pele não Melanoma	268	279	854	919	864	921	1081	989	1012	1025	1100	1079	990	970	
Carcinoma	23	2304	84	283	91	277	92	318	100	297	106	310	119	339	
Taxa de incidência padronizada pela população mundial (por 100.000 habitantes)	122,16	164,31	341,1	255,13	333,92	247,97	312,78	238,65	289,74	246,54	266,97	220,55	273,2	226,32	

Fonte: RCBP/Campinas, 2010 a 2015. DEvisa. Atualizado em 04/02/2020.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. ix.1	Completar e manter a equipe de registradores com o número de quatro registradores (necessidade de mais 1)	DEvisa
1.iii.1. ix.2	Capacitar os registradores no cursos ofertados pelo INCA e outras instituições	DEvisa
1.iii.1. ix.3	Efetivar a notificação compulsória de todo caso incidente de câncer de residentes de Campinas.	DEvisa
1.iii.1. ix.4	Manter e atualizar os equipamentos de informática necessários para o Registro.	DEvisa
1.iii.1. ix.5	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.	DEvisa

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.ix.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA		Avaliação anual.

2RDQA		Avaliação anual.
3RDQA		Avaliação anual.
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.x.

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 1.iii.1.x.

1.iii.1.x. 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					02	04	02	6	1	1	1	1

Fonte: DEVISA – atualizado em julho/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1.x.1	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
1.iii.1.x.2	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
1.iii.1.x.3	Adequação dos números de técnicos para este trabalho, que deve ser definido de acordo com as atribuições da Coordenadoria de Informações Epidemiológicas.	DEVISA
1.iii.1.x.4	Adequação do espaço físico e infraestrutura para o trabalho da coordenadoria de Informações Epidemiológicas.	DEVISA
1.iii.1.x.5	Definição dos indicadores a serem monitorados, que correspondam às necessidades dos gestores, profissionais e sociedade civil.	DEVISA
1.iii.1.x.6	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
1.iii.1.x.7	Investir e incorporar na Vigilância em Saúde de Campinas recursos tecnológicos necessários à produção e divulgação da informação à comunidade.	DEVISA e DA
1.iii.1.x.8	Elaborar de forma integrada com as equipes de saúde da família e NASF 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
1.iii.1.x.9	Garantir aporte financeiro e tecnológico para criação/desenvolvimento de soluções tecnológicas para monitorar situações de saúde ou de interesse a 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, DA e DGTES

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.x.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA		Avaliação anual.
2RDQA		Avaliação anual.
3RDQA		Avaliação anual.

RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xi.

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 1.iii.1.xi.

1.iii.1.xi. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos

Indicador 9 - 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	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1

Fonte: SINAN- DEVISA – atualizado em 30/04/2021

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xi.1	Ofertar exames de HIV para todas as gestantes, conforme protocolo, e no momento do parto.	DEVISA e DS
1.iii.1. xi.2	Garantir a realização dos exames de sorologia de HIV para gestantes	DEVISA e DS
1.iii.1. xi.3	Encaminhar as gestantes infectadas pelo HIV para seguimento de Pré-Natal em unidades de Referência (CRDST/AIDS, CAISM, HMCP).	DEVISA e DS
1.iii.1. xi.4	Acompanhar e monitorar a adesão das gestantes à terapia antirretroviral.	DEVISA e DS
1.iii.1. xi.5	Garantir a prescrição de antirretrovirais no momento do parto para a gestante e o recém-nascido conforme o protocolo nas maternidades do município.	DEVISA
1.iii.1. xi.6	Fornecer fórmula láctea infantil às crianças nascidas de mães portadoras do HIV.	DS e DA
1.iii.1. xi.7	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
1.iii.1. xi.8	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
1.iii.1. xi.9	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
1.iii.1. xi.10	Realizar testagem mensal para o HIV em gestantes com sorologia negativa para o HIV, parceiras de pacientes infectados pelo HIV.	DS
1.iii.1. xi.11	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
1.iii.1. xi.12	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
1.iii.1. xi.13	Ofertar testagem para HIV para lactantes com novas parcerias sexuais.	DS
1.iii.1. xi.14	Interromper imediatamente a amamentação no caso da mulher adquirir o HIV durante o período de aleitamento..	DS
1.iii.1. xi.15	Acompanhar e notificar todas as crianças expostas até a definição do status sorológico.	DEVISA e DS
1.iii.1. xi.16	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
1.iii.1. xi.17	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 e DS

1.iii.1. xi.18	Criar comissão de validação para obter certificado de eliminação de transmissão vertical do HIV no município.	DEVISA, DS e DGDO
----------------	---	-------------------

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xi.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	0 casos	Não houve registro de caso de AIDS em crianças menores de 5 anos em 2022 até a presente data. Foram realizadas pactuações com o Hospital Maternidade de Campinas sobre o novo protocolo de investigação de crianças exposta, bem como a pactuação com a Maternidade de Campinas e o Departamento de Saúde sobre o fluxo de encaminhamento de crianças expostas ao serviço de referencia (UNICAMP) de acompanhamento dos casos no Município, precocemente. O município está em processo de certificação de eliminação vertical do HIV, conforme o Protocolo do Ministério da Saúde. Para tal certificação, as ações de vigilância e prevenção devem ser mantidas.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xii.

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 200cel/mm3 tendo como ano base 2020.

Indicador para o Alcance da Meta 1.iii.1.xii.

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

Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	24,20%	23,50%	22,30%	25,40%	26,30%	27,00%	27,30%	32%	24,57%	22,11%	19,90%	17,91%

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

Fonte: Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST's e do HIV/AIDS do Ministério da Saúde. Dados atualizados em 30/04/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xii.1	Garantir realização de sorologia para HIV em toda a rede SUS de Campinas.	DEVISA e DS
1.iii.1. xii.2	Estimular a realização de sorologia para HIV na rotina das UBS.	DEVISA e DS
1.iii.1. xii.3	Manter a capacitação e matriciamento em aconselhamento e diagnóstico rápido para HIV para a Rede SUS.	DS
1.iii.1. xii.4	Monitorar o fluxo entre o diagnóstico e a entrada do usuário na referência.	DS
1.iii.1. xii.5	Aumentar o acesso ao diagnóstico rápido para HIV das populações mais vulneráveis (HSH, travestis, profissionais do sexo e UD).	DS
1.iii.1. xii.6	Aumentar a oferta de diagnóstico de HIV para a população do município com a ampliação do uso do Teste rápido diagnóstico nas UBS.	DS
1.iii.1. xii.7	Garantir acesso precoce à consulta, exames de CD4/ CV e tratamento após o diagnóstico da infecção	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	N/A	Indicador anual. Os dados são disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do site http://indicadoresclinicos.aids.gov.br e até a presente data os dados referentes ao ano de 2022, ainda não estão disponibilizados para consulta.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xiii.

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 1.iii.1.xiii.

1.iii.1.xiii. 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	52611	52106	63937	38875	37493	23299	27229	36.427	29951	32947	36241	39865

Fonte: DEVISA-Campinas

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xiii.1	Ofertar exames de anti-HCV em toda rede básica de saúde.	DS
1.iii.1. xiii.2	Garantir os exames de sorologia para hepatite	DS e DA
1.iii.1. xiii.3	Ter disponível teste rápido para hepatite C em todos os serviços de saúde.	DS
1.iii.1. xiii.4	Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xiii.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	1.013	Os dados disponibilizados são referentes aos registros do E-SUS no período de 01/01/2022 a 30/04/2022. Aguardando o envio dos dados pela CAC para completar este indicador.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xiv.

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 1.iii.1.xiv.

1.iii.1.xiv. 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	642	817	1565	1706	1135	5168	10166	13.211	11690	13444	15461	17780

Fonte: CSAPTA, SIA SUS – dados atualizados em 30/04/2021.

*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 PQA-VS.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xiv.1	Garantir realização de sorologia para HIV em toda a rede SUS de Campinas.	DS e DA
1.iii.1. xiv.2	Estimular a realização de sorologia para HIV na rotina das UBS.	DEVISA e DS
1.iii.1. xiv.3	Manter a capacitação e matriciamento em aconselhamento e diagnóstico rápido para HIV para a Rede SUS.	DS
1.iii.1. xiv.4	Monitorar o fluxo entre o diagnóstico e a entrada do usuário na referência.	DS
1.iii.1. xiv.5	Aumentar o acesso ao diagnóstico rápido para HIV das populações mais vulneráveis (HSH, travestis, profissionais do sexo e UD).	DS
1.iii.1. xiv.6	Aumentar a oferta de diagnóstico para HIV para a população do município com a ampliação do uso do Teste rápido diagnóstico nas UBS.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xiv.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	2.178	Os dados disponibilizados são referentes aos registros do E-SUS no período de 01/01/2022 a 30/04/2022. Aguardando o envio dos dados pela CAC para completar este indicador.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xv.

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 1.iii.1.xv.

1.iii.1.xv. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

Indicador 6 - 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	96%	90%	81%	75%	83%	57%	100%	84,61%	90%	90%	90%	90%

Fonte: SINAN NET – dados até 21/05/2021. *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.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xv.1	Realizar diagnóstico precoce e acompanhamento adequado dos pacientes.	DEVISA e DS
1.iii.1. xv.2	Garantir a realização de baciloscopia e biópsia de pele para diagnóstico.	DEVISA e DS
1.iii.1. xv.3	Identificar pessoas com Sinais e Sintomas sugestivos de Hanseníase em todos os atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde.	DEVISA e DS
1.iii.1. xv.4	Realizar orientações de Prevenção de Incapacidades Físicas.	DEVISA e DS
1.iii.1. xv.5	Identificar o grau de incapacidade física e encaminhamento adequado.	DEVISA e DS
1.iii.1. xv.6	Realização de Busca Ativa de 100% dos pacientes faltosos e Evento Sentinela dos casos de Abandono.	DEVISA e DS
1.iii.1. xv.7	Realizar Campanha de Busca de Sintomáticos Dermatológicos na Comunidade.	DEVISA e DS
1.iii.1. xv.8	Realizar Capacitações/Educação Permanente junto a Equipe de Saúde para suspeição, acompanhamento e tratamento precoce da Hanseníase.	DEVISA e DS
1.iii.1. xv.9	Analisar, revisar e atualizar o banco de dados de pacientes com hanseníase, conforme as novas Diretrizes Técnicas para Tratamento da Hanseníase - MS	DEVISA
1.iii.1. xv.10	Avaliar a centralização do diagnóstico, avaliação de incapacidade e reações hansênicas dos suspeitos/casos novos de Hanseníase.	DEVISA e DS
1.iii.1. xv.11	Investigar precocemente todos os contatos identificados.	DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xv.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	40%	Em 2020 foram diagnosticados 9 casos MB (4 curas) e em 2021 foi diagnosticado 1 caso de PB (em tratamento). Dessa forma temos um total de 10 casos, sendo 4 curas, 1 óbito, 2 transferências de estado, 3 em tratamento.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xvi.

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 1.iii.1.xvi.

1.iii.1.xvi. 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	83%	83%	92%	97%	94%	87%	65%	60%	80%	80%	80%	80%

Fonte: SINAN-NET – atualizado em 16/02/2021.

*Refere-se a coorte de um ano anterior para casos novos PB e de 2 anos para casos novos MB.

**Refere-se aos contatos domiciliares dos casos novos diagnosticados no ano da avaliação.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xvi.1	Realizar exame dermatoneurológico em 100% dos contatos intradomiciliares dos casos novos e realizar a vacina BCG, conforme recomendações.	DEVISA e DS
1.iii.1. xvi.2	Aumentar o monitoramento dos casos junto às UBSs, para melhora da adesão ao tratamento e avaliação de comunicantes.	DEVISA e DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xvi.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	6,0%	Em 2022 até o momento tivemos a notificação de 09 casos de Hanseníase Multibacilare 03 casos Paucibacilar. Esses 12 casos possuem 17 contatos identificados, sendo que 01 foi investigado.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xvii.

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 1.iii.1.xvii.

1.iii.1.xvii. Coeficiente de letalidade por dengue

Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	0,24	0,34	0,00	0,00	0,00	0,23	0,25	0,42	0,30	0,30	0,30	0,30

Fonte: SINAN-DEVISA – atualizado em 31/08/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xvii.1	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
1.iii.1. xvii.2	Realização de capacitações em manejo clínico para pacientes com Arboviroses para a rede pública e privada	DEVISA
1.iii.1. xvii.3	Instituição de protocolos de manejo clínico para as Arboviroses	DEVISA
1.iii.1. xvii.4	Orientação para a rede pública e privada para a organização da assistência aos pacientes com Arboviroses em situações de epidemias	DEVISA e DS
1.iii.1. xvii.5	Instituição de espaços de assistência qualificada durante a epidemia.	DEVISA, DS e DA
1.iii.1. xvii.6	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
1.iii.1. xvii.7	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 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.	DEVISA e DS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xvii.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	0,24/1.000 casos	No primeiro quadrimestre de 2022 foi registrado um óbito por dengue em Campinas, o que corresponde a uma taxa de letalidade de 0,24 (óbitos/1.000 casos).
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xviii.

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 1.iii.1.xviii.

1.iii.1.xviii. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Indicador 22 - Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Série Histórica e Meta Planejada

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor			2,00	1,00	1,00	3,00	3,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00

Fonte: SESSP/CCD/CVE - Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xviii.1	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 DGTS
1.iii.1. xviii.2	Garantir veículos oficiais, em número suficiente, para o deslocamento das equipes para ações de prevenção e controle de arboviroses.	DEVISA e DA
1.iii.1. xviii.3	Manter contrato de empresa de serviços para complementar as ações de controle vetorial.	DEVISA e DA
1.iii.1. xviii.4	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xviii.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	0	Primeiro ciclo ainda em andamento. Foram 305.763 imóveis trabalhados de 01/01/2022 a 30/04/2022. O número de imóveis cadastrados em Campinas é de 429.805. Campinas trabalha priorizando áreas de risco de transmissão, de acordo com a situação epidemiológica.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xix.

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 1.iii.1.xix.

1.iii.1.xix. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Indicador 10 - 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	19%	13%	6%	20%	41%	50%	31%	76,16	80%	80%	80%	80%

Fonte: SISAGUA. *Esta série histórica tem como denominador a meta da Diretriz Nacional para Campinas.

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).

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xix.

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

1RDQA	<p>Colif. Totais = 100% das amostras para o período</p> <p>Turbidez = 100% das amostras para o período</p> <p>Cloro Residual Combinado = 100% das amostras para o período</p> <p>Total= 188 análises de coliformes totais, cloro residual combinado e turbidez corresponde a 28,48 % da diretriz, considerando 660 amostras.</p>	<p>No quadrimestre, foram realizadas 188 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 188 análises em campo de cloro residual combinado (1.iii.1.xix.1; 1.iii.1.xix.2; 1.iii.1.xix.3).</p> <p>De maneira geral, os resultados das análises de água atendem aos padrões de potabilidade de água para consumo humano, estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 5/2017 - Anexo XX e Portaria de Consolidação nº 888 de 04 de maio de 2021 (1.iii.1.xix.5). De modo que as desconformidades foram alvo de notificação do Sistema de Abastecimento de Água para adoção de medidas corretivas, as quais também foram compartilhadas com a Coordenadoria de Vigilância Sanitária/ Núcleo Ambiental para ciência dos encaminhamentos, haja vista sua competência de regularização sanitária e controle do Sistema de Abastecimento de Água (1.iii.1.xix.7).</p> <p>Além disso, todos os dados de análises microbiológicas, físico-químicas e organolépticas constantes nos laudos emitidos pelo GAL- Ambiental foram validados no SISAGUA pelo Devisa Central (1.iii.1.xix.4; 1.iii.1.xix.5; 1.iii.1.xix.6).</p> <p>Quanto a análise e avaliação de informações do Proágua nas Vigilâncias em Saúde Regionais, o Devisa Central elabora boletim mensal com informações a respeito do plano de amostragem, resultados das análises e encaminhamentos, no intuito de subsidiar a análise territorial (1.iii.1.xix.5; 1.iii.1.xix.7).</p>
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xx.

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 1.iii.1.xx.

1.iii.1.xx. 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	1126,00	805,00	771,00	768,00	800,00	664,00	233,00	316	256	282	310	341

Fonte: SINAN – atualizado em 19/05/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xx.1	Capacitar profissionais da rede assistencial e vigilância para reconhecimento, diagnóstico e notificação dos agravos de Saúde do Trabalhador.	DEVISA e DS
1.iii.1. xx.2	Identificar unidades silenciosas, que não realizam notificação aos agravos relacionados a saúde do trabalhador.	DEVISA
1.iii.1. xx.3	Realizar reuniões periódicas junto aos Distritos/VISAs, UBS, PA e PS para discussões sobre o tema da saúde do trabalhador.	DEVISA
1.iii.1. xx.4	Implementar o Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador, para aumentar as notificações.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xx.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	89	Meta Cumprida. COMENTÁRIOS: Até o momento foram notificados 89 agravos, o que demonstra que a meta para o quadrimestre foi cumprida, no entanto comparando com os anos anteriores o nº atual de notificações é muito inferior. RECOMENDAÇÕES: Ampliar a articulação entre a Área ST (CVST e CEREST) com a Atenção Básica – Especialidades – Urgência/Emergência, para sensibilizarmos e capacitarmos os profissionais de saúde quanto a necessidade de se notificar os agravos de ST, pois só assim conseguimos dar visibilidade às Doenças Ocupacionais, identificando-as e localizando os processos e ambientes onde elas ocorrem. Com isso podemos planejar as ações de VISAT com foco nesses agravos e exigindo adequação dos processos e ambientes de trabalho.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxi.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.iii.1.xxi.

1.iii.1.xxi. 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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SINAN – atualizado em 19/05/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xxi.1	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
1.iii.1. xxi.2	Ampliar rede de notificação de agravos de saúde do trabalhador envolvendo SAMU, Bombeiros e Polícia Civil.	DEVISA
1.iii.1. xxi.3	Executar as ações de investigação de acidentes de trabalho fatais.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxi.

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

1RDQA	100%	Meta cumprida. COMENTÁRIOS: Os AT fatais foram investigados, dois em Campinas e um em outra cidade, ação feita com a vigilância municipal local. RECOMENDAÇÕES: Manter equipe qualificada para a investigação dos Acidentes de Trabalho e ampliar a articulação com outras instituições que de alguma forma se envolvam na ocorrência dos AT, quais sejam: SAMU, Bombeiros, Polícia Científica, IML e Polícia Militar, para que possamos agilizar os meios de comunicação entre os órgãos e evitar que qualquer AT (Fatal) deixe de ser notificado e investigado.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxii.

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 1.iii.1.xxii.

1.iii.1.xxii. 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	2%	50%	10%	10%	12%	11%	36%	84,2%	50%	55%	60%	65%

Fonte: SINAN - Atualizado em 15/02/2021

*Até 2017 a meta era investigar 5% dos acidentes de trabalho graves

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xxii.1	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
1.iii.1. xxii.2	Ampliar rede de notificação envolvendo SAMU, Bombeiros e U/E.	DEVISA
1.iii.1. xxii.3	Executar as ações de investigação.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxii.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	40%	Meta não cumprida. COMENTÁRIOS: Ocorreram 10 (dez) AT típico, excluindo os AT em motociclistas profissionais. Investigamos 4 (quatro) acidentes. RECOMENDAÇÕES: Manter equipe qualificada para a investigação dos Acidentes de Trabalho. Com a chegada de novos profissionais à Equipe Técnica do CEREST, foi iniciada capacitação interna específica para a investigação dos AT, ampliando estas ações.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		

PAS		
-----	--	--

Meta 1.iii.1.xxiii.

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 1.iii.1.xxiii.

1.iii.1.xxiii. 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					59,00	1204,00		43	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: CEREST – dados atualizados até 19/05/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xxiii.1	Formular Plano de Trabalho das capacitações em saúde do trabalhador para a rede municipal de saúde.	DEVISA
1.iii.1. xxiii.2	Fazer parcerias com instituições de ensino, CETS, DS eDA para viabilização das capacitações.	DEVISA
1.iii.1. xxiii.3	Participar dos processos formativos como instrutores, monitores, tutores e/ou facilitadores.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxiii.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	35	Meta cumprida. COMENTÁRIOS: Realizamos capacitações sobre atualização das Normas Regulamentadoras para os municípios da área de abrangência do CEREST Campinas, de forma híbrida (presencial e virtual) para 35 pessoas. RECOMENDAÇÕES: Capacitar a Equipe Técnica do CEREST para que mais integrantes se qualifiquem com as plataformas de EaD para que possamos continuar levando informações de Saúde do Trabalhador para a sociedade, focando em profissionais de saúde, cipeiros, estudantes e trabalhadores em geral.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxiv.

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 faz-se necessário atingir 98% das notificações com o campo ocupação preenchido.

Indicador para o Alcance da Meta 1.iii.1.xxiv.

1.iii.1.xxiv. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

Indicador 23- 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	99%	97%	97%	97%	94%	91%	97%	96,05%	98%	98%	98%	98%

Fonte: SINAN - Atualizado em 15/02/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xxiv.1	Identificar unidades notificantes com dificuldade de preenchimento deste campo e sensibilizá-las para a importância da informação	DEVISA
1.iii.1. xxiv.2	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
1.iii.1. xxiv.3	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxiv.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	95,4%	Meta não cumprida. RECOMENDAÇÕES: Ampliar a articulação entre a Área ST (CVST e CEREST) com a Atenção Básica – Especialidades – Urgência/Emergência, para sensibilizarmos e capacitarmos os profissionais de saúde quanto a necessidade de se preencher o campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho, pois só assim conseguimos dar visibilidade às ocupações que mais adoecem pelo trabalho. Com isso podemos planejar as ações de VISAT com foco nesses grupos de ocupação e exigir melhorias dos processos e ambientes de trabalho.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxv.

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 1.iii.1.xxv.

1.iii.1.xxv. 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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SINAN/RAG - Atualizado em 22/01/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xxv.1	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
----------------	--	--------

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxv.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	75%	Meta não cumprida. COMENTÁRIOS: Dos 8 municípios, 6 notificaram pelo menos 1 dos agravos de ST no Sinan. RECOMENDAÇÕES: Ampliar a articulação entre a Área ST (CVST e CEREST) com os municípios da área de abrangência e apresentar os dados nas reuniões trimestrais, de forma a sensibilizar as equipes.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxvi.

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 1.iii.1.xxvi.

1.iii.1.xxvi. 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	92%	92%	83%	100%	100%	100%	100%	81,81%	100%	100%	100%	100%

Fonte: DEVISA/CVS - atualizado em junho/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1. xxvi.1	Estabelecer cronograma de inspeções e ações de monitoramento baseado em critérios definidos, com execução ao longo do ano.	DEVISA
1.iii.1. xxvi.2	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxvi.

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

1RDQA	36%	De 11 serviços, 4 foram inspecionados no 1º Quadrimestre.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxvii.

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 1.iii.1.xxvii.

1.iii.1.xxvii. 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
Valor	100%	61%	72%	100%	69%	100%	100%	94,11%	100%	100%	100%	100%

Fonte: DEVISA/ CVS - atualizado em junho/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1.xxvii.1	Estabelecer cronograma de inspeções e ações de monitoramento baseado em critérios definidos, com execução ao longo do ano.	DEVISA
1.iii.1.xxvii.2	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxvii.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	24%	De 17 serviços, 4 foram inspecionados no 1º quadrimestre.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxviii.

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 1.iii.1.xxviii.

1.iii.1.xxviii. 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
Valor	100%	80%	96%	96%	71%	90%	86%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: DEVISA/CVS - atualizado em junho/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1.xxviii.1	Estabelecer cronograma de inspeções e ações de monitoramento baseado em critérios definidos, com execução ao longo do ano.	DEVISA
1.iii.1.xxviii.2	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxviii.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	29%	De 21 serviços, 6 foram inspecionados no 1º quadrimestre.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxix.

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 a saúde diferentes/ano para as ações educativas da CVS

Indicador para o Alcance da Meta 1.iii.1.xxix.

1.iii.1.xxix. Número de ações educativas realizadas pela CVS por segmento de estabelecimentos de interesse a 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	1	1	1	1

Fonte: DEVISA/CVS - INDICADOR NOVO

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1.xxix.1	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.	DEVISA
1.iii.1.xxix.2	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.	DEVISA
1.iii.1.xxix.3	Planejar a metodologia educativa que melhor se aplica e alcança o público elencado.	DEVISA
1.iii.1.xxix.4	Realizar avaliação da necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhamento das providências.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxix.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	0%	As ações previstas estão programadas para o 2º e 3º quadrimestre.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxx.

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 1.iii.1.xxx.

1.iii.1.xxx. 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
Valor					33%	40%	56%	42%	50%	50%	50%	50%

Fonte: DEVISA/CVS - atualizado em junho/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1.xxx.1	Realizar as programações e as inspeções ao longo do ano com equipe multiprofissional organizando recursos humanos e materiais necessários.	DEVISA
1.iii.1.xxx.2	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxx.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	28%	Há 9 empresas fabricantes de saneantes e cosméticos, 3 foram interditadas e 1 delas solicitou licença sanitária inicial. Então para este quadrimestre consideramos o universo de 7 empresas (pois não sabemos se as empresas interditadas solicitarão sua regularização ou permanecerão fechadas). Das 7 empresas, 2 foram inspecionadas no primeiro quadrimestre.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxxi.

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

Indicador para o Alcance da Meta 1.iii.1.xxxi.

1.iii.1.xxxi. 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
Valor	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	6,00	19,00	19,00	19,00

Fonte: DEVISA/CVS

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1.xxxi.1	Identificar fabricantes clandestinos de alimentos por busca ativa na internet, site das indústrias, denúncias, produtos sem registro, etc	DEVISA
1.iii.1.xxxi.2	Realizar um trabalho de sensibilização e orientação sobre a regularização perante a vigilância sanitária.	DEVISA
1.iii.1.xxxi.3	Inspecionar as indústrias para regularização ou contenção do risco.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxxi.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	6	Meta anual cumprida no primeiro quadrimestre.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 1.iii.1.xxxii.

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 1.iii.1.xxxii.

1.iii.1.xxxii. 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					37%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: DEVISA/CVS - atualizado em setembro/2021.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

1.iii.1.xxxii.1	Realizar as programações, organizar recursos humanos e materiais para as inspeções, articulando equipes das áreas de produtos e serviços de saúde.	DEVISA
1.iii.1.xxxii.2	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	DEVISA

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.iii.1.xxxii.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	0%	Numerador: 0 / Denominador: 2. Conforme cronograma do setor, as empresas serão inspecionadas no 2º semestre.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

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

Diretriz 2.i.

Objetivo 2.i.1.

Meta 2.i.1.i

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

Indicador para o Alcance da Meta 2.i.1.i.

2.i.1.i. Sistema DIGISUS 100% atualizado quadrimestralmente com parecer do CMS.

Série Histórica e Meta Planejada 2.i.1.i.

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.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

2.i.1.i.1	Garantir pessoal administrativo para os conselhos, particularmente o conselho municipal, de acordo com dimensionamento realizado com a participação dos conselheiros.	DGDO
2.i.1.i.2.	Garantir infraestrutura mínima para o bom funcionamento dos Conselhos.	DGDO
2.i.1.i.3.	Garantir apoio especializado de técnicos autônomos em relação à gestão para facilitar a fiscalização, monitoramento e divulgação de dados.	DGDO
2.i.1.i.4.	Implantar Conselhos Locais de Saúde e ou comissões de acompanhamento em todos os serviços próprios e contratados que prestam serviços ao SUS local.	DGDO
2.i.1.i.5.	Garantir assento da SMS no Colegiado Gestor da Autarquia Mário Gatti	DGDO
2.i.1.i.6.	Garantir a participação do Controle Social através dos CLS das unidades vinculadas à autarquia e a participação de representantes destes CLS na Comissão Permanente de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência do CMS.	DGDO

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	50%	Os instrumentos de gestão PMS 2022-2025, PAS 2022 e o acabouço do 1º RDQA 2022 foram inseridos no DIGISUS em tempo hábil. Os instrumentos de gestão anteriores aguardam o parecer do Conselho Municipal de Saúde.
2RDQA		
3RDQA		

RAG		
PAS		

Diretriz 2.ii.

Objetivo 2.ii.1.

Meta 2.ii.1.i.

100% de serviços de saúde do SUS Campinas como campo de prática para atividades de ensino serviço até 2025

Indicador para o Alcance da Meta 2.ii.1.i.

2.ii.1.i. Proporção de unidades de saúde do SUS Campinas participando do processo de formação de novos profissionais, como campo de prática para atividades de ensino em serviço.

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	95%	95%	95%	95%

Fonte: Origem dos dados para referencia.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

2.ii.1.i.1	Realizar cursos de educação permanente para os profissionais da rede.	CETS
2.ii.1.i.2	Ampliar os serviços já existentes de cuidado aos trabalhadores, tais como o Cuidando do Cuidador e Serviço Médico da Secretaria Municipal de Recursos Humanos, com atuação articulada entre ambos na promoção e defesa da saúde e segurança dos trabalhadores.	CETS
2.ii.1.i.3	Garantir educação continuada e educação permanente aos trabalhadores, melhorando suas capacidades de atenção para buscar em cada serviço e em cada um o cumprimento dessa diretriz, sob orientação do CETS.	CETS
2.ii.1.i.4	Manter processos permanentes de capacitação de pessoal para aquisição de habilidades que contribuam para o crescimento próprio e melhorem as capacidades para o cuidado, sob orientação do CETS.	CETS
2.ii.1.i.5	Garantir ações de educação de trabalhadoras e trabalhadores da saúde, bem como um processo permanente de comunicação/informação sobre todos os direitos e necessidades de saúde da população travesti, transexual e transgênera. Essa comunicação deve atingir toda a rede, com atenção para os serviços de emergência, hospitais, ginecologia, obstetrícia, endocrinologia e urologia.	CETS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	N/A	Indicador de avaliação anual.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Objetivo 2.ii.2.

Meta 2.ii.2.i.

100% dos gestores das unidades assistenciais participando de ao menos uma capacitação no ano.

Indicador para o Alcance da Meta 2.ii.2.i.

2.ii.2.i. Proporção de Gestores participando de ao menos uma capacitação no ano.

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.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

2.ii.2.i.1	Realizar cursos de capacitação de gestores.	CETS
2.ii.2.i.2	Manter processos permanentes de capacitação de pessoal para aquisição de habilidades gerenciais e administrativas, sob orientação do CETS.	CETS
2.ii.2.i.3	Garantir processo de ocupação de cargos gerenciais por servidor de carreira, com critérios bem definidos em relação ao papel e atribuição gerencial por mérito e competência técnica, avaliando a competência para implementar os princípios e diretrizes do modelo assistencial definido pela Política Pública de Saúde nos diferentes níveis de gestão, gestão democrática, valorização do trabalhador e do usuário, condução de processos de planejamento e análise de indicadores, bem como uso dos sistemas de informação e impacto de ações na área da saúde. Capacidade de gestão de conflito e de articulação da relação de equipes e serviços. Participar e trabalhar junto ao controle social as decisões sobre a organização local e incorporação de sugestões e novas tecnologias feitas por usuários e trabalhadores. Fazer o elo entre os diversos níveis de gestão valorizando os diferentes pontos de rede.	CETS

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	N/A	Indicador de avaliação anual.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Objetivo 2.ii.3.

Meta 2.ii.3.i.

100% das unidades de saúde beneficiadas com ação de educação permanente e/ou humanização para os trabalhadores, desenvolvida pela Instituição de Ensino, como parte da parceria ensino serviço comunidade até 2025.

Indicador para o Alcance da Meta 3.ii.3.i.

2.ii.3.i. Proporção de Planos de Atividades de Estágio pactuados nas unidades de saúde que são campo de prática para atividades de ensino em serviço entre unidade e docente supervisor.

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.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

2.ii.3.i.1	Realizar programa de Educação Permanente.	CETS
2.ii.3.i.2	Estimular e capacitar os profissionais de saúde para outras práticas de matriciamento e apoio às equipes de saúde da família.	

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	N/A	Indicador de avaliação anual.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Objetivo 2.ii.4.

Meta 2.ii.4.i.

100% de estudantes realizando atividades de ensino aprendizagem nas unidades, conforme pactuação entre Instituições de Ensino e CETS

Indicador para o Alcance da Meta 2.ii.4.i.

2.ii.4.i. Proporção de estudantes em atividades de ensino aprendizagem nas unidades de saúde em relação ao pactuado entre as Instituições de Ensino e CETS

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.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

2.ii.4.i.1	Formar Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade	CETS
2.ii.4.i.2	Incrementar a Residência Médica em Saúde da Família.	CETS
2.ii.4.i.3	Firmar termos de ajustes jurídicos com as instituições de ensino mantendo padrões de compromissos que respeitem o modelo assistencial e de gestão do SUS local.	DGDO

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	N/A	Indicador de avaliação anual.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 2.ii.4.ii.

100% dos estágios realizados nas unidades avaliados até 2025

Indicador para o Alcance da Meta 3.ii.4.iii.

2.ii.4.ii. Proporção de avaliações dos estágios realizados nas unidades de saúde que são campos de prática para atividades de ensino em serviço

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.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

2.ii.4.i.1	Sensibilizar as equipes pela Comissão de Ensino Serviço e CETS	CETS
2.ii.4.i.2	Incrementar o processo de avaliação dos estágios.	CETS

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	N/A	Indicador de avaliação anual.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

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

Diretriz 3.i.

Objetivo 3.i.1.

Meta 3.i.1.i.

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

Indicador para o Alcance da Meta 3.i.2.i.

3.i.1.i. 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%	17%	17%	17%	17%

Fonte: Origem dos dados para referencia.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

3.i.1.i.1	Monitorar o investimento em saúde no município.	DGRFS
-----------	---	-------

3.i.1.i.2	Garantir que o financiamento do SUS Campinas acompanhe o crescimento da arrecadação municipal mantendo um padrão de gastos em torno de 30% do orçamento municipal.	DGRFS
3.i.1.i.3	Garantir previsões orçamentárias para construções de prédios próprios e/ou reforma de prédios antigos, quando necessária, de forma a adequá-los ao atendimento da população assistida e aos serviços ofertados.	DGRFS
3.i.1.i.4	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

Resultados, Análises e Considerações da Meta 3.i.2.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA		
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Observações 3.i.2.1.

Apresentação da situação financeira da SMS realizada na CMC.

Objetivo 3.i.2.

Meta 3.i.2.i

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

Indicador para o Alcance da Meta 3.i.2.i

3.i.2.i 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%

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

3.i.2.i.1	Reestruturação e Modernização do Almoxarifado da Saúde - Melhoria nas condições de trabalho, impactando na organização dos demais serviços de saúde. - PMG	DA
3.i.2.i.2	Melhoria do sistema de manutenção predial e de equipamentos da Saúde	DA
3.i.2.i.3	Atendimento as solicitação de reposição de mobiliários e equipamentos sem condições de uso demandados para Rede Municipal de Saúde	DA
3.i.2.i.4	Garantir que os recursos planejados e destinados para a aquisição de insumos e medicamentos sejam de fato executados em tempo hábil	DA
3.i.2.i.5	Realizar frequentes concursos públicos de forma a manter uma reserva de concurso vigente para todas as categorias profissionais, principalmente as categorias profissionais que mantém alta rotatividade e as que compõem linha de frente para Atenção Básica e Rede de Urgência e Emergência, 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 sem necessidade de disputa de vagas assegurando a manutenção da assistência à saúde.	DGTES

Resultados, Análises e Considerações da Meta1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA		
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Objetivo 3.i.3.

Meta 3.i.2.i

Realizar 100% do projeto da reforma administrativa da área meio.

Indicador para o Alcance da Meta 3.i.2.i

3.i.2.i Proporção de execução do projeto de reforma administrativa.

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%	0%	0%	0%

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

3.i.2.i.1	Reorganizar o território dos distritos visando balancear o volume de serviços.	GAB
3.i.2.i.2	Implantar o sexto distrito de saúde	GAB
3.i.2.i.3	Criar o Departamento de Regulação de Acesso e Coordenadorias Setoriais subordinadas.	GAB
3.i.2.i.4	Readequar a ambiência dos espaços administrativos das áreas meio.	GAB
3.i.2.i.5	Implantar a Coordenadoria Setorial de Informação subordinado a DEVISA	GAB

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA	20%	Foi iniciado o processo de readequação da ambiência dos espaços administrativos das áreas meio com a definição de expansão para o 9º andar, em fase de definição de lay-out e licitação de mobiliário/reforma.
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		

Meta 3.i.1.ii.

Informatizar toda a rede assistencial implantando PEC nas 67 UBS.

Indicador para o Alcance da Meta 3.i.2.i.

3.i.1.i. 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.

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

3.i.1.ii.1	Implantar Telessaúde no SUS Campinas.	CSI
3.i.1.ii.2	Conectar todas as unidades da SMS com no mínimo 25 Mb de internet	CSI
3.i.1.ii.3	Implantar Rede Lógica Estruturada em todas as unidades da SMS	CSI
3.i.1.ii.4	Integrar as diferentes bases de informação tais como o Laboratório Municipal, o eSUS AB, SISPNI SIGA, entre outros, em um repositório de dados municipal	CSI
3.i.1.ii.5	Reformular o site da PMC/Saúde para que os conteúdos sejam disponibilizados com acessibilidade a todos públicos.	CSI

Resultados, Análises e Considerações da Meta 1.i.1.i.

Doc	Resultado	Análise e Considerações
1RDQA		
2RDQA		
3RDQA		
RAG		
PAS		