

MATRIZ GERAL

Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA, RAG e PAS

CAMPINAS

VIGÊNCIA - 2o RDQA 2023



Novembro/2023

00 MATRIZ GERAL 2 RDQA 2023 SUS Campinas - minuta – v5.docx

Sumário

| | |
|---|----|
| Sumário | 2 |
| Introdução..... | 6 |
| Metas, Indicadores e Ações | 7 |
| Programação Anual de Saúde 2023 - Resultados | 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..... | 13 |
| 1.i.1.iii. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS..... | 15 |
| 1.i.1.iv. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para residentes e população de mesma residência..... | 17 |
| 1.i.1.v. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade para residentes e população de mesma residência..... | 23 |
| 1.i.1.vi. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de média complexidade de residentes e população de mesma residência..... | 26 |
| 1.i.1.vii. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência..... | 28 |
| 1.i.1.viii. Proporção de acesso hospitalar de residentes que foram à óbito por acidente | 29 |
| Objetivo 1.i.2..... | 32 |
| 1.i.2.i. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) | 32 |
| Diretriz 1.ii..... | 33 |
| Objetivo 1.ii.1..... | 33 |
| 1.ii.1.i. Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos | 33 |
| 1.ii.1.ii. Percentual de Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três tipos de práticas do programa da saúde integrativa | 35 |
| 1.ii.1.iii. Proporção de medicamentos padronizados disponibilizados para Atenção Básica, de forma humanizada e qualificada | 37 |
| 1.ii.1.iv. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)..... | 39 |
| 1.ii.1.v. Ações de Matriciamento realizadas por Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS) com equipes de APS..... | 41 |
| 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..... | 42 |
| 1.ii.1.vii. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio | 45 |
| 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 | 46 |
| 1.ii.1.ix. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos | 49 |
| 1.ii.1.x. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos | 52 |

| | | |
|-------------------|--|-----|
| 1.ii.1.xi. | Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal..... | 55 |
| 1.ii.1.xii. | Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos..... | 57 |
| 1.ii.1.xiii. | Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida..... | 60 |
| 1.ii.1.xiv. | Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar | 62 |
| 1.ii.1.xv. | Taxa de Mortalidade Infantil | 64 |
| 1.ii.1.xvi. | Proporção de óbitos infantis e fetais investigados..... | 66 |
| 1.ii.1.xvii. | Razão da Mortalidade Materna..... | 68 |
| 1.ii.1.xviii. | Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados..... | 72 |
| 1.ii.1.xix. | Proporção de óbitos maternos investigados..... | 73 |
| 1.ii.1.xx. | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano | 75 |
| 1.ii.1.xxi. | Número de testes de sífilis por gestante..... | 78 |
| Diretriz 1.iii. | | 79 |
| Objetivo 1.iii.1. | | 79 |
| 1.iii.1.i. | Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação..... | 80 |
| 1.iii.1.ii. | Letalidade por febre maculosa brasileira (FMB) em pacientes residentes e atendidos no município de Campinas..... | 81 |
| 1.iii.1.iii. | Encerramento de casos suspeitos notificados para febre maculosa brasileira (FMB) (confirmados ou descartados) por critério laboratorial | 82 |
| 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..... | 84 |
| 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 | 84 |
| 1.iii.1.vi. | Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial..... | 87 |
| 1.iii.1.vii. | Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose | 88 |
| 1.iii.1.viii. | Proporção de registro de óbitos com causa básica definida | 89 |
| 1.iii.1.ix. | Coeficiente de incidência de Câncer por sexo, no município de Campinas – divulgação de resultados de 03 anos | 90 |
| 1.iii.1.x. | Número de publicações da análise da situação de saúde de Campinas | 91 |
| 1.iii.1.xi. | Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos | 92 |
| 1.iii.1.xii. | Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3 | 93 |
| 1.iii.1.xiii. | Número de testes sorológicos anti-HCV realizados..... | 95 |
| 1.iii.1.xiv. | Número de testes sorológicos para HIV realizados. | 95 |
| 1.iii.1.xv. | Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes..... | 97 |
| 1.iii.1.xvi. | Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados..... | 98 |
| 1.iii.1.xvii. | Coeficiente de letalidade por dengue | 99 |
| 1.iii.1.xviii. | Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue..... | 100 |
| 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..... | 101 |

| | | |
|------------------|--|-----|
| 1.iii.1.xx. | Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador notificados no SINAN, no Município de Campinas..... | 103 |
| 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..... | 105 |
| 1.iii.1.xxii. | Proporção dos acidentes de trabalho graves notificados e investigados em Campinas, exceto os ocorridos no trânsito..... | 106 |
| 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. | 107 |
| 1.iii.1.xxiv. | Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho..... | 107 |
| 1.iii.1.xxv. | Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados na área de abrangência do CEREST..... | 109 |
| 1.iii.1.xxvi. | Proporção dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) com controle sanitário realizado no ano | 109 |
| 1.iii.1.xxvii. | Proporção dos serviços hemoterápicos com controle sanitário no ano, no município de Campinas. | 110 |
| 1.iii.1.xxviii. | Proporção de Hospitais com controle sanitário ao ano, no município de Campinas..... | 111 |
| 1.iii.1.xxix. | Número de ações educativas realizadas pela CVS por segmento de estabelecimentos de interesse a saúde..... | 112 |
| 1.iii.1.xxx. | Proporção de indústrias de saneantes e cosméticos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano | 113 |
| 1.iii.1.xxxi. | Número de novas indústrias de alimentos regularizadas perante a Vigilância Sanitária por ano | 114 |
| 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..... | 114 |
| 1.iii.1.xxxiii. | Número de análises efetuadas no âmbito do Programa Monitora Alimentos Resistência aos antimicrobianos (AMR)..... | 115 |
| 1.iii.1.xxxiv. | Proporção de profissionais das Coordenadorias de Vigilância Sanitária e de Fiscalização de Alimentos capacitados nos temas relacionados ao Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) programadas para o ano. | 116 |
| Eixo 2. | Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)..... | 117 |
| Diretriz 2.i. | | 117 |
| Objetivo 2.i.1. | | 117 |
| 2.i.1.i. | Sistema DIGISUS 100% atualizado quadrimestralmente com parecer do CMS..... | 117 |
| Diretriz 2.ii. | | 118 |
| Objetivo 2.ii.1. | | 118 |
| 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..... | 118 |
| Objetivo 2.ii.2. | | 119 |
| 2.ii.2.i. | Proporção de Gestores participando de ao menos uma capacitação no ano..... | 119 |
| Objetivo 2.ii.4. | | 120 |
| 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..... | 120 |

| | |
|--|-----|
| 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..... | 121 |
| Eixo 3. Gestão e Financiamento adequado e suficiente para o SUS..... | 122 |
| Diretriz 3.i..... | 122 |
| Objetivo 3.i.1..... | 122 |
| 3.i.1.i. Percentual de investimento em saúde do Tesouro Municipal. | 122 |
| Objetivo 3.i.2..... | 122 |
| 3.i.2.i Percentual de processos licitatórios realizados em menos de oito meses..... | 123 |
| 3.i.1.i. Percentual de UBS utilizando o Prontuário Eletrônico do Cidadão. | 125 |

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 e do RAG para inclusão no sistema DIGISUS que fornece o documento oficial encaminhado para a Câmara Municipal de Campinas e ao Conselho Municipal de Saúde para o controle social.

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

Metas, Indicadores e Ações

Programação Anual de Saúde 2023 - Resultados

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 – (IEPMS)

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% | 64,02% | 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.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 intersecretoriais, bem como Projetos Integrados com o foco de melhora das condições de saúde da população. Inicialmente com Secretaria de Educação (SME), Secretaria de Esporte e Lazer (SMEL) e Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos (SMASPDH). | 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, LGBTfobia, 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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 68,00% | <p>Contratar e repor recursos humanos, mediante concurso público, para manter as equipes completas continuamente.</p> <p>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.</p> <p>Garantir que todas as eSF estejam vinculadas a uma equipe NASF.</p> <p>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.</p> <p>Realizar capacitações conforme necessidade apontada e EP via CETS, incluindo gestores.</p> <p>Apoiar os gestores para ampliar sua potência em relação à implementação da garantia do acesso (acolhimento e organização das agendas).</p> <p>Atualizar sistematicamente o dimensionamento de população e territórios.</p> <p>Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes (PMG).</p> <p>Aumentar o número de usuários cadastrados no CadWeb SUS, mantendo, de forma efetiva os cadastros, e mantê-los atualizados.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |

| | | |
|-------|------------------|---|
| | | <p>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.</p> <p>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 (SMASPDH).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Garantir que os novos centros de saúde na cidade, sejam adequados em relação ao mobiliário, equipamento e REH, 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.</p> <p>Fortalecer a rede ampliada de saúde e segurança social em diálogo com o CR LGBTQIA+.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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.).</p> |
| 1RDQA | 64,02 % / 68,00% | <p><u>Competência março de 2023 (dados de abril de 2023 ainda não processados):</u></p> <p>eSF - <u>227</u></p> <p>eAB1 - <u>0</u></p> <p>TOTAL DE EQUIPES = 227</p> <p><u>OBS:</u> não consideradas as equipes de ACS.</p> <p><u>Memória de Cálculo:</u> $(227 \text{ ESF} \times 3.450) + (0 \text{ EAB} \times 3.000) / 1.223.237 \text{ Hab} \times 100 = \mathbf{64,02\%}$</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 74,23%, 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 2022. Relacionado aos residentes do “Programa Mais Médicos Campineiro” contamos com 41 R1 e 37 R2 totalizando 78 médicos. Houve diminuição de 71 (no primeiro quadrimestre de 2022) para 16 médicos pelo “Programa Mais Médicos para o Brasil” do governo federal, com a possibilidade de virem, no próximo quadrimestre, 47 médicos por este programa. E contamos com 16 médicos pelo Programa Médicos pelo Brasil vinculado à ADAPS.</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 Hospitalar e a seleção e capacitação de médicos preceptores para o “Programa Mais Médicos Campineiro”, tendo este se iniciado em março de 2020.</p> |

Houve um decréscimo no total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde passando de 660 (no primeiro quadrimestre de 2022) para 635, não havendo ACS fora de equipes.

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.

Foi contemplado o pleito de extensão de carga horária para onze Unidades Básicas de Saúde (UBS) - Programa Saúde na Hora, estando o programa implantado em 28 UBS (11 novas). Mantida a inclusão de 66 coordenadores de Centros de Saúde como Gerentes de Unidades Básicas de Saúde para efeito de repasse de recursos previsto na respectiva portaria.

Estamos em processo de chamamento dos concursos vigentes dos profissionais que compõem as equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF), sendo que até a competência de abril de 2023, foram contratados 256 profissionais para estas equipes.

Garantido que todas as eSF estejam vinculadas a uma equipe NASF.

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

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).

Estamos em processo de acompanhamento sistemático relacionado ao número de usuários cadastrados no CadWeb SUS, mantendo, de forma efetiva, os cadastros, e atualizados.

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 (eSF), para manutenção do Programa e o repasse do MS.

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.

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).

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 2023.

Fortalecer a rede ampliada de saúde e segurança social em diálogo com o CR LGBTQIA+.

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).

| | | |
|-------|---------------------|--|
| | | 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.). |
| 2RDQA | 64,02 % / 68,00% | <p>eSF - <u>227</u></p> <p>eAB1 - <u>0</u></p> <p>TOTAL DE EQUIPES = 227</p> <p><u>OBS:</u> não consideradas as equipes de ACS.</p> <p><u>Memória de Cálculo:</u> (227 ESF x 3.450) + (0 EAB x 3.000) / 1.223.237 Hab x 100 = 64,02% - Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2016, Ministério da Saúde.</p> <p>*Obs.: Port. Nº 2.488, 21.10.2011 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 74,23%, 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 2022. Relacionado aos residentes do “Programa Mais Médicos Campineiro” contamos com 39 R1 e 38 R2 totalizando 77 médicos, sendo que um R2 se encontra em licença para tratamento de saúde, não tendo atuado na assistência no segundo quadrimestre.</p> <p>No segundo quadrimestre recebemos 49 profissionais do “Programa Mais Médicos para o Brasil”, totalizando 62 profissionais; além de 14 profissionais do “Programa Mais Médicos pelo Brasil”.</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 Hospitalar e a seleção e capacitação de médicos preceptores para o “Programa Mais Médicos Campineiro”, tendo este se iniciado em março de 2020.</p> <p>Atualmente, o município conta com 620 ACS com decréscimo de 15 profissionais em relação ao 1ºRDQA de 2023. No entanto, está previsto o chamamento de mais 108 profissionais para terceiro quadrimestre.</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>No segundo quadrimestre foi inaugurada uma nova UBS, o CS Guanabara, totalizando 67 UBS. Há 26 UBS participantes do Programa Saúde na Hora, sendo que todas UBS (67) possuem coordenadores como <u>Gerentes de Unidades Básicas de Saúde</u> para efeito de repasse de recursos previsto na respectiva portaria.</p> <p>De acordo com a PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, alterando as regras de composição das equipes, as eNASF foram substituídas pelas eMulti. No momento, foram</p> |

| | |
|-------|---|
| | <p>solicitadas 1 equipe Estratégica, 28 equipes Complementares e 3 Ampliadas, sendo prevista a atividade virtual para todas essas.</p> <p>Estamos realizando discussões relacionadas às ações de apoio matricial, intraequipes e intequipes, incluindo eMulti, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis.</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 e-SUS APS, mantendo, de forma efetiva, a realização e a atualização dos cadastros.</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 (eSF), 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 eMulti), 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>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 2023.</p> <p>Fortalecer a rede ampliada de saúde e segurança social em diálogo com o CR LGBTQIA+.</p> <p>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).</p> <p>Potencializar 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.</p> |
| 3RDQA | |
| RAG | |
| PAS24 | |

Observações

As ações referentes a aquisições, construções, etc, atinentes a gestão de recursos foram transportadas para o eixo de Gestão Administrativa.

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% | 29% | 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 |

Resultados, Análises e Considerações da Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 36% | 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. Adequar carga horária dos profissionais existentes para garantir a constituição de equipes em diferentes unidades. Manter Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. |

| | | |
|-------|-----------|---|
| | | <p>Vincular aumento das equipes de bucal ao aumento das equipes de ESF.</p> <p>Garantir acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade.</p> <p>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.</p> <p>Garantir o acesso à consulta de pré-natal odontológico a todas as gestantes cadastradas.</p> <p>Realizar capacitação sobre pré-natal odontológico para toda a equipe de referência das UBS.</p> <p>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.</p> <p>Realizar campanhas de prevenção e detecção precoce de câncer bucal anualmente.</p> <p>Intensificar a divulgação e a vinculação da campanha de prevenção junto a da vacinação do idoso nos diferentes veículos de comunicação.</p> <p>Estimular a maior participação de outros profissionais das equipes na capacitação prévia à campanha.</p> <p>Realizar capacitação para toda a equipe de referência das UBSs abordando os aspectos de prevenção em câncer bucal.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Ampliar atividades de prevenção e promoção com as escolas públicas direcionando ações para crianças, adolescentes e primeira infância.</p> <p>Garantir um CEO por Distrito</p> |
| 1RDQA | 30% / 36% | <p>Número de eSB*3.450/população*100 = 108*3450/1.223.237*100</p> <p>Atualmente, o município de Campinas possui 108 equipes de saúde bucal para uma população de 1.223.237 habitantes. Considerando o cálculo proposto pela Pactuação Interfederativa 2017-2021 - Fichas de Indicadores (ainda vigente) tem-se que a cobertura de saúde bucal do município de Campinas está em 30,46%.</p> <p>Contudo, quando se aplica o cálculo proposto pela recente NOTA TÉCNICA Nº 13/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS que considera no numerador a população cadastrada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP) vinculadas a equipes de Saúde Bucal (eSB) financiadas pelo MS no município, tem-se que a cobertura de saúde bucal é de 24,95%.</p> <p>Vale ressaltar que o município possui 33 equipes completas que não são financiadas pelo MS, ou seja, não homologadas. Contudo, essas equipes estão prestando assistência à saúde bucal da população e na prática colaboram com a cobertura de saúde bucal. Quando essas equipes não financiadas são consideradas no cálculo, tem-se uma cobertura de saúde bucal de 40,86%.</p> <p>Importante esclarecer ainda que a Secretaria de Saúde solicitou a homologação de todas as equipes de saúde bucal que estavam disponíveis no sistema eGestor.</p> |
| 2RDQA | 34% / 36% | <p>Número de eSB*3.450/população*100 = 120*3450/1.223.237*100</p> <p>Atualmente, o município de Campinas possui 120 equipes de saúde bucal para uma população de 1.223.237 habitantes. Considerando o cálculo proposto pela Pactuação Interfederativa 2017-2021 - Fichas de Indicadores (ainda vigente) tem-se que a cobertura de saúde bucal do município de Campinas está em 33,84%. Contudo, quando se aplica o cálculo proposto pela recente NOTA TÉCNICA Nº 13/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS que considera no numerador a população cadastrada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP) vinculadas a equipes de Saúde Bucal (eSB) financiadas pelo MS no município, tem-se que a cobertura de saúde bucal é de 38,82%. Vale ressaltar que</p> |

| | | |
|-------|--|--|
| | | o município possui mais 02 equipes completas que não são financiadas pelo MS, ou seja, não homologadas. Contudo, essas equipes estão prestando assistência à saúde bucal da população e na prática colaboram com a cobertura de saúde bucal. Quando essas equipes não financiadas são consideradas no cálculo, tem-se uma cobertura de saúde bucal de 42,97%. Importante ressaltar que, ao se considerar o cálculo proposto na Nota Técnica, o município atingiu a meta da PAS 2023. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

As ações referentes a aquisições, construções, etc, atinentes a gestão de recursos foram transportadas para o eixo de Gestão Administrativa.

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 | 1,51 | 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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 1,53 | Habilitar e qualificar o CAPS AD do Distrito de Saúde Sudoeste em CAPS AD III, garantindo assim composição desejada de quatro CAPS AD III no município e de todos os dez CAPS voltados para a assistência à população adulta com funcionamento 24 horas. Garantir o núcleo da psiquiatria na composição dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família em composição com outros profissionais multidisciplinares de acordo com a necessidade dos territórios de cobertura de cada equipe. |

| | | |
|-------|-------------|---|
| | | <p>Garantir a ampliação de cinco leitos de retaguarda de saúde mental em hospital geral.</p> <p>Garantir ampliação em 10 novas vagas para SRT tipo II.</p> <p>Garantir a manutenção do funcionamento dos 14 Caps existentes no município e avaliar a ampliação através de um Caps ad para o Distrito Norte.</p> <p>Garantir a revitalização dos Centros de Convivência existentes e potencializar suas ações junto as equipes de saúde da família.</p> <p>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.</p> <p>Estimular as ações territoriais dos profissionais da Rede Caps e fortalecer estratégias para garantia do acesso e equidade das ofertas assistenciais.</p> <p>Validar e efetivar implementação de protocolo unificado de acolhimento e avaliação nos quatro Caps ij atuantes no município, garantindo assim integração da rede Caps ij, parametrização assistencial e desburocratização do acesso dos usuários.</p> <p>Garantir início do processo de informatização da rede Caps e rede Ceco.</p> <p>Implementar os três novos indicadores propostos para a Matriz da Saúde Mental, em complemento aos dois já existentes.</p> |
| 1RDQA | 1,51 / 1,53 | <p>O indicador de cobertura se mantém em 1,51 pois o processo de transformação do CAPS AD Sudoeste em CAPS AD III (24 horas) resta inconcluso. O processo de habilitação de novos serviços (novos projetos) em saúde mental por parte do MS (SAIPS) se manteve suspenso o ano todo e, desta forma, o CAPS AD Sudoeste segue, em regime de exceção no município, sem habilitação. Os outros 13 CAPS de diversas modalidades e portes no município estão habilitados e seguem operantes. Não houve, portanto, redução de oferta.</p> <p>Seguiram-se, neste quadrimestre, as tratativas para ampliação do funcionamento deste mesmo CAPS AD Sudoeste para 24h, garantindo assim composição desejada de quatro CAPS AD III no município e todos os dez CAPS voltados para a assistência à população adulta funcionando 24h. Concluído o dimensionamento necessário de equipe multiprofissional e áreas meio, em conformidade com as diretrizes técnicas do MS e ajustado ao processo de trabalho dos outros três CAPS AD III operantes em Campinas, considerando o desejável número de oito leitos noite com ocupação média superior a 80%. Iniciou-se, através de chamamento de concurso público, a ampliação do quadro de técnicos de enfermagem. Resta pendente neste novo dimensionamento de equipe a ampliação do número de enfermeiros e existe previsão de novo concurso público no segundo semestre de 2023.</p> <p>Houve avanço na perspectiva de expansão da rede de SRT tipo II 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 no segundo quadrimestre através da mudança de uma das SRT vinculadas ao CAPS Integração e consequente ampliação de 9 vagas. Para além desta revisão descrita acima e em consideração aos desafios prementes relacionados à desinstitucionalização, incluiu-se, também na perspectiva de ampliação das vagas de SRT, a indicação de um nova unidade tipo II com 10 vagas a ser aberta no Distrito de Sousas, potencialmente executada através do convênio com o SSCF a partir do segundo semestre de 2023.</p> |
| 2RDQA | 1,51 / 1,53 | <p>O indicador de cobertura se mantém em 1,51, pois o processo de transformação do CAPS AD Sudoeste em CAPS AD III (24 horas) resta inconcluso. Houve reabertura do SAIPS para inclusão de propostas afins e, em consideração a esta mudança, desencadeou-se tratativas com a DRS objetivando habilitação da unidade. A visita técnica dos profissionais da DRS na unidade está prevista para 29/09/2023. Os outros 13 CAPS de diversas modalidades e portes no município estão habilitados e seguem operantes. Não houve, portanto, redução de oferta.</p> <p>Seguiram-se, neste quadrimestre, as tratativas para ampliação do funcionamento deste mesmo CAPS AD Sudoeste para 24h, garantindo assim composição desejada de quatro CAPS AD III no município e todos os dez CAPS voltados para a assistência à população adulta funcionando 24h. Parte-se do dimensionamento necessário de equipe</p> |

| | | |
|-------|--|---|
| | | <p>multiprofissional e áreas meio, em conformidade com as diretrizes técnicas do MS e ajustado ao processo de trabalho dos outros três CAPS AD III operantes em Campinas, considerando o desejável número de oito leitos noite com ocupação média superior a 80%. Concluiu-se neste quadrimestre, através de chamamento de concurso público, a ampliação do quadro de técnicos de enfermagem. Resta pendente neste novo dimensionamento de equipe a ampliação do número de enfermeiros e existe previsão de novo concurso público no segundo semestre de 2023.</p> <p>Houve avanço concreto na expansão da oferta na rede de SRT tipo II através da revisão da proporcionalidade de vagas entre as de tipos I e as de tipo II, e estruturada sua execução através do convênio com a instituição SSCF no segundo quadrimestre através da conversão de tipologia de uma das SRT vinculadas ao CAPS Integração e conseqüente ampliação de 10 vagas para usuários com menor coeficiente de autonomia. Para além da revisão descrita acima e em consideração aos desafios prementes relacionados à desinstitucionalização, definiu-se, também na perspectiva de ampliação das vagas de SRT, a abertura de uma nova unidade tipo II com 10 vagas a ser aberta no Distrito de Sosas, executada através do convênio com o SSCF, a partir de setembro ou outubro/23.</p> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 1,98 | 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.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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 2,78 | <p>Ajustado dados do RDQA3 por tratar-se de um indicador cumulativo e ter sido ajustado dados do RDQA2 pela CSAPTA passando de 0,98 para 1,21.</p> <p>Mantida participação na reunião de acompanhamento dos convênios;</p> <p>Realizada reunião entre CRR e CRI para alinhamento de fluxos de solicitações para confecção de órteses de mão e demais OPM;</p> <p>Participação em reunião com ADACAMP, a pedido da DRS 7, para reconhecimento do serviço e do convênio estabelecido com a Secretaria Estadual de Saúde, identificação de demandas trazidas pela instituição, apresentação do modelo municipal de Rede de cuidados para autismo e proposição de estratégias de viabilidade para articulação de serviços;</p> <p>Participação nas reuniões de Acompanhamento de Convênio dos Convênios da Reabilitação (APAE, APASCAMP, Casa da Criança Paralítica, Fundação Síndrome de Down, Pestalozzi);</p> <p>Implantação do e-Sus na Policlínica 2, com treinamento para a equipe e acompanhamento do processo de implantação na unidade;</p> <p>Revisão de CNES e FPO das Policlínicas 2 e 3, considerando a transferência das especialidades entre as policlínicas, com base na linha de cuidado;</p> <p>Emissão de ordem de serviço definindo o número de consultas por hora para os profissionais médicos que atuam nos ambulatórios e centros de referência visando a adequação de oferta de consultas e exames;</p> <p>Emissão de ordem de serviço estabelecendo que o enfermeiro na Atenção Primária a Saúde e Atenção Secundária poderá solicitar exame de Raio X de tórax para investigação de tuberculose pulmonar;</p> <p>Revisão do Fluxo para dispensação e aplicação de Toxina Botulínica;</p> <p>Revisão do Protocolo de Planejamento Familiar - Fluxograma - Esterilização Cirúrgica (Laqueadura Tubária ou Vasectomia);</p> <p>Revisão do protocolo de oftalmologia;</p> <p>Revisão do protocolo de eletroneuromiografia;</p> <p>Elaboração do protocolo de neuropediatria;</p> <p>Elaboração do protocolo de gastroenterologia;</p> <p>Elaboração do Protocolo de Vigilância e Rastreamento do Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária, a partir de Grupo Técnico de profissionais da rede SUS Campinas;</p> <p>Matriciamento realizado pela equipe do AME/DRS7 para a rede municipal de Campinas com o objetivo de redução de perda primária e absenteísmo, com a participação de coordenadores das unidades básicas de saúde e mais um profissional da equipe das respectivas unidades;</p> <p>Realizada visita ao PRATEA (Programa de Atendimento ao Autista), da UNICAMP, com vistas ao estabelecimento de parceria para capacitação e treinamento de profissionais de CAPSi para cuidado de autistas;</p> <p>Discussão junto a Escola de Governo (EGDS), em parceria com CETS, da viabilidade de oferecimento de capacitação em libras para servidores dos serviços da rede SUS Campinas;</p> <p>Início da implantação de projeto de modernização tecnológica da área da saúde voltado à telemedicina e integração da rede assistencial no município de Campinas;</p> <p>Aditamento de 25% do contrato com a Medical Center para realização de exames de ultrassonografia;</p> <p>Instalação de equipamentos de ultrassonografia na Policlínica 3 (5 equipamentos) e Policlínica 2 (1 equipamento);</p> <p>Instalação de equipamentos de ecocardiograma na Policlínica 3 (1 equipamento);</p> <p>Demanda reprimida para ecocardiograma na Policlínica 3 equacionada com a instalação do equipamento e organização do processo de trabalho;</p> <p>Implantação parcial da linha de cuidado às pessoas portadoras de estomias;</p> <p>Participação na Reunião de Coordenadores do Distrito de Saúde Leste para discussão sobre fluxos aos serviços de reabilitação da Rede SUS Campinas;</p> <p>Participação na RAIS do Distrito Noroeste para discussão sobre fluxos aos serviços de reabilitação da Rede SUS Campinas e propostas de organização do trabalho do fisioterapeuta da APS;</p> <p>Discussão com coordenadores distritais sobre organização do cuidado fonoaudiológico na APS;</p> <p>Curso capacitação em estomias para as enfermeiras da policlínica 3;</p> <p>Participação no Seminário de Saúde Auditiva da PUC;</p> |

| | | |
|-------|-------------|---|
| | | <p>Realizado Seminário de Integração dos Serviços da Linha de Cuidado de Saúde Mental na Infância, entre serviços próprios e conveniados;</p> <p>Projeto Outubro Brilhante, com oferta de 583 vagas para consultas (adultos e crianças) e com oferta dos óculos gratuitamente, em parceria com clínicas particulares do município;</p> <p>Matriciamento realizado pela equipe da oftalmologia da Policlínica 2 em duas unidades de saúde, com demanda reprimida alta. Após análise dos encaminhamentos, com reclassificação de risco, pacientes portadores de diabetes, foram agendados como prioridade;</p> <p>Realizada análise de absenteísmo em oftalmologia do Projeto Outubro Brilhante.</p> <p>Redução da demanda reprimida em 38,4%, no ano de 2022, para a especialidade oftalmologia, dadas as ações que foram desenvolvidas na Secretaria de Saúde;</p> <p>Capacitação dos professores da rede municipal de ensino para realização do teste de acuidade visual para triagem das crianças nas escolas, com gravação de material para ser reproduzido;</p> <p>Realização de atividade educativa no largo do Rosário para prevenção de cegueira e doenças oftalmológicas, com a participação de professores, alunos e residentes de várias Instituições do município (PUC, Fundação Penido Burnier e São Leopoldo Mandic);</p> <p>Processo de implantação do complexo regulador para a média complexidade em andamento, com definição de cotas para as unidades, definição da especialidade de acordo com os tipos de agenda (centralizada, regulada ou descentralizada) considerando demanda reprimida e número de vagas;</p> <p>Início da discussão junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso da transição de ofertas de reabilitação do SOL para SIRESP;</p> <p>Análise de dados nas especialidades com maior demanda reprimida, verificando oferta, demanda, tempo de espera e número de solicitações mensais para ajuste de oferta;</p> <p>Análise do aproveitamento de consultas e exames disponibilizados pelo AME Campinas para a rede municipal, com atenção especial ao absenteísmo e bolsão de vagas;</p> <p>Iniciado a análise para dimensionamento do Centro de Referência IST;</p> <p>Realizado estudo de dimensionamento de equipe do CRR, com vistas a atender demanda do COREN e da viabilidade de organização do CER tipo II;</p> <p>Realizado estudo de demanda para fisioterapia motora adulto do Centro de Saúde União de Bairros, em conjunto com apoio distrital e representante da equipe;</p> <p>Iniciado processo de transição do CRR para CER tipo II, modalidade física e intelectual. Criado Grupo Conductor deste processo, com participação de representantes do Departamento de Saúde e do Distrito de Saúde Leste;</p> <p>Realizado primeiro contato com representante do projeto Trem na Dor, uma proposta de parceria para capacitação de equipes da APS na abordagem de pacientes com dores crônicas, através da medicina do estilo de vida;</p> <p>Iniciada participação no GT Cidade Amiga do Autista, grupo com vistas a compreender as ações desenvolvidas pelas secretarias municipais voltadas para este público, auxiliando no processo de informação para a municipalidade.</p> |
| 1RDQA | 0,43 / 2,78 | <p>Fonte: DATASUS/SIA PASP2201 a 2303 e SIH RDSP2201 a 2303.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA.</p> <p>Primeiramente os dados referem-se até a competência março de 2023, podendo acontecer alterações quando atualizados.</p> <p>Comentários:</p> <p>Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.</p> <p>Houve discreta melhora no resultado do indicador de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade em relação ao indicador no primeiro quadrimestre de 2022 (0,42), lembrando que este é anual.</p> <p>Considerações e Recomendações:</p> <p>Mantida participação na reunião de acompanhamento dos convênios.</p> <p>Finalizada a implantação do e-Sus na Policlínica 2, com treinamento para a equipe e acompanhamento do processo de implantação na unidade.</p> <p>Organização das agendas dos profissionais que atuam nos ambulatórios e centros de referência visando a adequação de oferta de consultas e exames conforme ordem de serviço para os profissionais médicos - 3 consultas por hora.</p> <p>Matriciamento realizado pela equipe da oftalmologia da Policlínica 2, com análise dos</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>encaminhamentos, reclassificação de risco, e os pacientes portadores de diabetes, foram agendados como prioridade.</p> <p>Matriciamento realizado pela equipe do AME/DRS7 na Unidade de Saúde São Bernardo.</p> <p>Realizada visita a Associação dos Pacientes portadores de estomias.</p> <p>Implantação parcial da linha de cuidado às pessoas portadoras de estomias.</p> <p>Iniciada a análise da demanda para cirurgia bariátrica para reorganização de fluxos.;</p> <p>Definição e implantação de fluxo para a Policlínica 2 dos casos suspeitos de esporotricose.</p> <p>Contrato com a Laboratório CAEC vigente para realização de exames laboratoriais (curvas glicêmicas e insulinêmicas) e espermograma, inclusive pós vasectomia.</p> <p>Finalizada a instalação do mamógrafo na Policlínica 3, com início de agendamento de exames de para mamografia para a rede.</p> <p>Início da implantação de projeto de modernização tecnológica da área da saúde voltado à telemedicina e integração da rede assistencial no município de Campinas, com cardiologia e endocrinologia nas Policlínicas 3 e 2, respectivamente.</p> <p>Processo de implantação do complexo regulador para a média complexidade em andamento, com definição de cotas para as unidades, definição da especialidade de acordo com os tipos de agenda (centralizada, regulada ou descentralizada) considerando demanda reprimida e número de vagas.</p> <p>Iniciada a oferta das agendas através do Sistema SIRESP/CROSS para a maioria dos serviços conveniados e a Policlínica 3.</p> <p>Análise de dados nas especialidades com maior demanda reprimida, verificando oferta, demanda, tempo de espera e número de solicitações mensais para ajuste de oferta.</p> <p>Análise do aproveitamento de consultas e exames disponibilizados pelo AME Campinas para a rede municipal, com atenção especial ao absenteísmo e bolsão de vagas.</p> <p>Área técnica de reabilitação</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Participação da construção das Diretrizes Técnicas para aditivo de Convênio com Fundação Síndrome de Down (reabilitação intelectual) e renovação dos Termos de Convenio com APASCAMP (reabilitação auditiva) e APAE (reabilitação intelectual). ✓ -Participação em reuniões do Grupo Condutor para implantação do CER II no CRR. ✓ Participação nas reuniões do Grupo de Trabalho Cidade Amiga do Autista. ✓ -Discussão junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso da transição sobre ofertas da Pestalozzi. ✓ Participação de reuniões no CRR com Colegiado Gestor e Conselho Local de Saúde sobre o processo de transição do CRR para funcionamento como CER tipo II. ✓ Participação da Pré Conferência Municipal de Saúde/etapa Distrito Noroeste e Conferência Municipal de Saúde. ✓ Lançamento do Protocolo de Vigilância e Rastreio do Desenvolvimento Infantil. ✓ Realizado estudo de demanda para fisioterapia motora adulto do Centro de Saúde Santo Antônio, em conjunto com apoio distrital, coordenação de serviço e representante da equipe. ✓ Participação em reunião da Rede da Criança do Distrito Sul, a respeito das ofertas dos convênios de reabilitação. ✓ Discussão sobre o projeto em parceria com ONG Trem na Dor para dores crônicas. ✓ Discussão sobre demandas de fisioterapia da APS e organização de rede em reunião com coordenadores distritais, com a proposta de criação de grupo de trabalho sequencial ao da organização da linha de cuidado em saúde auditiva e linguagem na APS. |
|--|--|---|

| | | |
|-------|-------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Participação em reuniões com Casa da Criança Parálitica sobre pedido de apoio para habilitação da Oficina Ortopédica / CER. ✓ -Participação em reuniões da Câmara Técnica de Especialidades e Saúde da criança. ✓ -Início do contrato para fornecimento de próteses de membros inferiores e superiores. ✓ Participação em reuniões de acompanhamento de convênios da área de reabilitação. ✓ -Realização de estudo de demanda de casos para Avaliação Neuropsicológica inseridos no CDR/SIRESP. ✓ Participação em reunião das áreas técnicas de saúde mental, reabilitação e atenção primária com CREFITO, sobre operacionalização do Termo de Cooperação Técnica Mútua e Gratuita estabelecido entre PMC e CREFITO. ✓ Participação em reunião do Conselho Distrital de Saúde Norte sobre os convênios da área de reabilitação. ✓ Com a suspensão do Convênio com APASCAMP foram desencadeadas ações para continuidade da assistência aos usuários acompanhados pela entidade (transferência de agendas para a POLICLÍNICA II, organização de agendas, fluxos, acolhimento de prontuários). |
| 2RDQA | 1,21 / 2,78 | <p>Ajustado dados do RDQA1 pela DERAC/CDAC passando de 0,43 para 0,69.</p> <p>Dados cumulativos.</p> <p>Fonte: DATASUS/SIA PASP2201 a 2304 e SIH RDSP2201 a 2307. DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS/Campinas/DERAC/CDAC.</p> <p>Primeiramente os dados referem-se até a competência julho de 2023, podendo acontecer alterações quando atualizados</p> <p>Considerações e Recomendações:</p> <p>Mantida participação na reunião de acompanhamento dos convênios.</p> <p>Organização das agendas dos profissionais que atuam nos ambulatórios e centros de referência visando a adequação de oferta de consultas e exames conforme ordem de serviço para os profissionais médicos - 3 consultas por hora.</p> <p>Matriciamento realizado pela equipe da oftalmologia da Policlínica 2, com análise dos encaminhamentos, reclassificação de risco, e os pacientes portadores de diabetes, foram agendados como prioridade.</p> <p>Matriciamento realizado pela equipe do AME/DRS7 na Unidade de Saúde São Bernardo.</p> <p>As policlínicas iniciaram a utilização da plataforma da saúde digital para oferta de teleinterconsulta e teleconsulta (cardiologia).</p> <p>Organização e reunião com instituições de saúde para estabelecer linha do cuidado ao paciente portador de estomia.</p> <p>Realizada visita à Associação dos Pacientes portadores de estomias com representantes de instituições hospitalares.</p> <p>Implantação parcial da linha de cuidado às pessoas portadoras de estomias.</p> <p>Iniciado agendamento de exames de mamografia para a rede.</p> <p>Continuidade do processo de implantação do complexo regulador para a média complexidade em andamento, com definição de cotas para as unidades, definição da especialidade de acordo com os tipos de agenda (centralizada, regulada ou descentralizada) considerando demanda reprimida e número de vagas.</p> |

| | | |
|-------|--|--|
| | | <p>Elaboração dos protocolos de proctologia e colonoscopia e implantação.</p> <p>Revisão dos protocolos de neurologia adulto e endoscopia.</p> <p>Análise de dados nas especialidades com maior demanda reprimida, verificando oferta, demanda, tempo de espera e número de solicitações mensais para ajuste de oferta.</p> <p>Análise do aproveitamento de consultas e exames disponibilizados pelo AME Campinas para a rede municipal, com atenção especial ao absenteísmo e bolsão de vagas.</p> <p>Descrição das ações da área técnica de reabilitação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ participação em reuniões de acompanhamento dos convênios da área de Reabilitação (APAE, Casa da Criança Paralítica, Fundação Síndrome de Down e Pestalozzi); ✓ visita técnica ao CER Tucuruvi/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; ✓ realizado estudo de custo dos processos licitatórios de órteses, próteses e meios assistivos de locomoção; ✓ participação em reuniões do grupo condutor do Projeto de Educação Permanente para qualificar assistência através da implementação das linhas de cuidado diabético e hipertenso (EP CCNT); ✓ inserção no grupo condutor do Projeto EP CCNT do Distrito Noroeste; ✓ participação em reunião com IOU/FASCAMP, com vistas a ampliação de oferta de procedimentos em saúde auditiva; ✓ participação em reuniões do Grupo Condutor para implantação do CER II no CRR; ✓ continuação da organização de ações para continuidade da assistência aos usuários acompanhados pela APASCAMP (transferência de usuários para Policlínica II, inserção no SIRESP de encaminhamentos para subespecialidades); ✓ disparado processo licitatório para aquisição de meios assistivos de locomoção (muletas, bengalas) e almofadas de ar; ✓ participação em reunião intersetorial do Distrito Noroeste, para discussão de caso de família de pessoas com deficiência; ✓ participação em reuniões do Núcleo de Articulação da Atenção Primária/DS; ✓ elaborada proposta, em conjunto com Núcleo de Tecnologia em Saúde/DS, de kit de itens de consumo para atividades corporais na Atenção Primária; ✓ participação em reunião da RAIS Noroeste para discussão de fluxos para pessoas com TEA e deficiência intelectual; ✓ realizada articulação e planejamento de reunião com fisioterapeutas da APS para acolhimento e articulação. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

As ações referentes a aquisições, construções, etc, atinentes a gestão de recursos foram transportadas para o eixo de Gestão Administrativa.

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 | 8,83 | 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 |

Resultados, Análises e Considerações da Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-------------|--|
| PAS23 | 7,57 | 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. 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. Implementar o processo de informatização das Unidades de Saúde, implantação do prontuário eletrônico único e compartilhado pela APS e AS com laudos online. 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. Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção. Efetivar a regulação das ações e serviços de oncologia, visando oferecer assistência efetiva e em tempo oportuno à população. Ampliar a Unidade de Quimioterapia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. -PMG. |
| 1RDQA | 1,73 / 7,57 | Fonte: DATASUS/SIA PASP2201 a 2303 e SIH RDSP2201 a 2303.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA. Primeiramente os dados referem-se até a competência março de 2023, podendo acontecer alterações quando atualizados. Comentários: Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos. Houve queda no resultado do indicador de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade em relação ao indicador no primeiro quadrimestre de 2022 (2,05), |

| | | |
|-------|-------------|---|
| | | <p>lembrando que este é anual.</p> <p>Considerações e Recomendações:</p> <p>Mantida participação na reunião de acompanhamento dos convênios.</p> <p>Análise de dados nas especialidades com maior demanda reprimida, verificando oferta, demanda, tempo de espera e número de solicitações mensais para ajuste de oferta.</p> <p>Análise do aproveitamento de consultas e exames disponibilizados pelo AME Campinas para a rede municipal, com atenção especial ao absenteísmo e bolsão de vagas.</p> <p>As policlínicas continuam no processo de matriciamento, com oferta sistematizada para toda a rede e divulgadas com antecedência, para ampliar a participação dos profissionais.</p> <p>Matriciamento realizado pela equipe do AME/DRS7 para a unidade São Bernardo.</p> <p>Matriciamento realizado pela equipe da oftalmologia da Policlínica 2. Após análise dos encaminhamentos e reclassificação de risco, pacientes portadores de diabetes foram agendados como prioridade.</p> <p>Implantação parcial da linha de cuidado às pessoas portadoras de estomias.</p> <p>Continuidade da implantação de projeto de modernização tecnológica da área da saúde voltado à telemedicina e integração da rede assistencial no município de Campinas - Saúde Digital.</p> <p>Acompanhamento da oferta de consultas (de 1ª vez) e exames das policlínicas 2 e 3.</p> <p>Processo de implantação do complexo regulador para a média complexidade em andamento, com inclusão da maioria das agendas de consulta de 1ª vez no SIRESP/CROSS com definição de cotas para as unidades e definição da especialidade de acordo com os tipos de agenda (centralizada, regulada ou descentralizada) considerando demanda reprimida e número de vagas.</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>Foi mantido o agendamento de coleta de exames especiais, regulados pela equipe da CSRA de Campinas.</p> <p>Iniciada a análise da demanda para cirurgia bariátrica para reorganização de fluxos.</p> <p>Realizada reforma parcial do CRIST.</p> |
| 2RDQA | 5,72 / 7,57 | <p>Ajustado dados do RDQA1 pela DERAC/CDAC passando de 1,73 para 3,18.</p> <p>Dados cumulativos.</p> <p>Fonte: DATASUS/SIA PASP2201 a 2307. DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS/Campinas/DERAC/CDAC.</p> <p>Primeiramente os dados referem-se até a competência julho de 2023, podendo acontecer alterações quando atualizados</p> <p>Considerações e Recomendações:</p> <p>Mantida participação na reunião de acompanhamento dos convênios.</p> <p>Análise de dados nas especialidades com maior demanda reprimida, verificando oferta, demanda, tempo de espera e número de solicitações mensais para ajuste de oferta.</p> <p>Análise do aproveitamento de consultas e exames disponibilizados pelo AME Campinas para</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>a rede municipal, com atenção especial ao absenteísmo e bolsão de vagas.</p> <p>As policlínicas iniciaram a teleinterconsulta na plataforma saúde digital e a teleconsulta na cardiologia.</p> <p>Matriciamento realizado pela equipe do AME/DRS7 para a unidade São Bernardo.</p> <p>Matriciamento realizado pela equipe da oftalmologia da Policlínica 2. Após análise dos encaminhamentos e reclassificação de risco, pacientes portadores de diabetes foram agendados como prioridade.</p> <p>Implantação parcial da linha de cuidado às pessoas portadoras de estomias.</p> <p>Continuidade da implantação de projeto de modernização tecnológica da área da saúde voltado à telemedicina e integração da rede assistencial no município de Campinas - Saúde Digital.</p> <p>Acompanhamento da oferta de consultas (de 1ª vez) e exames das policlínicas 2 e 3.</p> <p>Continuidade do processo de implantação do complexo regulador para a média complexidade em andamento, com inclusão da maioria das agendas de consulta de 1ª vez no SIRESP/CROSS com definição de cotas para as unidades e definição da especialidade de acordo com os tipos de agenda (centralizada, regulada ou descentralizada) considerando demanda reprimida e número de vagas.</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>Foi mantido o agendamento de coleta de exames especiais, regulados pela equipe da CSRA de Campinas.</p> <p>Descrição das ações da área técnica de reabilitação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ participação em reuniões de acompanhamento dos convênios da área de Reabilitação (APAE, Casa da Criança Paralítica, Fundação Síndrome de Down e Pestalozzi); ✓ visita técnica ao CER Tucuruvi/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; ✓ realizado estudo de custo dos processos licitatórios de órteses, próteses e meios assistivos de locomoção; ✓ participação em reuniões do grupo condutor do Projeto de Educação Permanente para qualificar assistência através da implementação das linhas de cuidado diabético e hipertenso (EP CCNT); ✓ inserção no grupo condutor do Projeto EP CCNT do Distrito Noroeste; ✓ participação em reunião com IOU/FASCAMP, com vistas a ampliação de oferta de procedimentos em saúde auditiva; ✓ participação em reuniões do Grupo Condutor para implantação do CER II no CRR; ✓ continuação da organização de ações para continuidade da assistência aos usuários acompanhados pela APASCAMP (transferência de usuários para Policlínica II, inserção no SIRESP de encaminhamentos para subespecialidades); ✓ disparado processo licitatório para aquisição de meios assistivos de locomoção (muletas, bengalas) e almofadas de ar; ✓ participação em reunião intersetorial do Distrito Noroeste, para discussão de caso de família de pessoas com deficiência; ✓ participação em reuniões do Núcleo de Articulação da Atenção Primária/DS; ✓ elaborada proposta, em conjunto com Núcleo de Tecnologia em Saúde/DS, de kit de itens de consumo para atividades corporais na Atenção Primária; |
|--|--|--|

| | | |
|-------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ participação em reunião da RAIS Noroeste para discussão de fluxos para pessoas com TEA e deficiência intelectual; ✓ realizada articulação e planejamento de reunião com fisioterapeutas da APS para acolhimento e articulação. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

As ações referentes a aquisições, construções, etc, atinentes a gestão de recursos foram transportadas para o eixo de Gestão Administrativa.

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 | 3,02 | 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 |

Resultados, Análises e Considerações da Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-------------|---|
| PAS23 | 3,05 | 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. Monitorar os casos de indicação cirúrgica, acompanhar as filas. Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde. Formular protocolos de acesso aos serviços conveniados visando otimizar a capacidade instalada. 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 agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida e exigem tratamento imediato - PMG. |
| 1RDQA | 0,79 / 3,05 | Fonte: DATASUS/SIH RDSP2201 a 2303.DBC Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA. |

| | | |
|-------|----------------|---|
| | | <p>Primeiramente os dados referem-se até a competência março de 2023, podendo acontecer alterações quando atualizados.</p> <p>Comentários:</p> <p>Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.</p> <p>Houve melhora no resultado do indicador de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, lembrando que este é anual, em relação ao indicador no primeiro quadrimestre de 2022 (0,71).</p> <p>Recomendações: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarizar os protocolos clínicos.</p> <p>Ampliar 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, realizando matriciamento, inclusive com o Projeto de Saúde Digital.</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 | 1,86 / 3,05 | <p>Ajustado dados do RDQA1 pela DERAC/CDAC passando de 0,79 para 1,06.</p> <p>Dados cumulativos.</p> <p>Fonte: DATASUS/SIH RDSP2201 a 2307.DBC Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS/ DERAC/CDAC.</p> <p>Comentários:</p> <p>Indicador de avaliação anual.</p> <p>Houve melhora no resultado do indicador de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, lembrando que este é anual, em relação ao mesmo período de 2022 (1,73).</p> <p>Recomendações: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarizar os protocolos clínicos.</p> <p>Ampliar 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, realizando matriciamento, inclusive com o Projeto de Saúde Digital.</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> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

As ações referentes a aquisições, construções, etc, atinentes a gestão de recursos foram transportadas para o eixo de Gestão Administrativa.

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 | 3,14 | 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 DEVISA |

Resultados, Análises e Considerações da Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|----------------|---|
| PAS23 | 3,70 | 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. 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. Criar rotina de avaliação das Taxas de Mortalidade Hospitalar dos Hospitais conveniados do SUS Campinas e propor atividades para a redução onde couber. Realizar contratualização de metas de priorização e continuidade de ações programáticas para otimizar ao máximo as capacidades instaladas dos serviços próprios e dos conveniados. |
| 1RDQA | 0,81 / 3,70 | Fonte: DATASUS/SIH RDSP2201 a 2303.DBC Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA. Primeiramente os dados referem-se até a competência março de 2023, podendo acontecer alterações quando atualizados. Comentários: Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos. Houve melhora no resultado do indicador de internações clínico-cirúrgicas de alta |

| | | |
|-------|-------------|--|
| | | <p>complexidade após a retomada dos atendimentos com o arrefecimento da pandemia pela COVID-19 que desviou os leitos das suas funções, ocorrendo uma melhora do indicador em relação ao primeiro quadrimestre de 2022 (0,75).</p> <p>Recomendações:</p> <p>Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarizar os 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 | 1,85 / 3,70 | <p>Ajustado dados do RDQA1 pela DERAC/CDAC passando de 0,81 para 1,07.</p> <p>Dados cumulativos.</p> <p>Fonte: DATASUS/SIH RDSP2201 a 2307.DBC Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS/DERAC/CDAC.</p> <p>Comentários:</p> <p>Indicador de avaliação anual.</p> <p>Houve melhora no resultado do indicador de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade após a retomada dos atendimentos com o arrefecimento da pandemia pela COVID-19 que desviou os leitos das suas funções, ocorrendo uma melhora do indicador em relação ao segundo quadrimestre de 2022 (1,73).</p> <p>Recomendações:</p> <p>Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarizar os 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> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|---|---------------------------------|--|--|------------|--|-----------|---|----|---|----|---|----|---|----|---|---|--|---|--|-----------|---|---------------|--|---------------|
| PAS23 | 65,00% | <p>Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito a despeito dos resultados alcançados. Manter 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").</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1RDQA | 57,28% / 65,00% | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Causa de óbito CID 10 V01 - X59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período</td> <td>103</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local</td> <td>04</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>44</td> </tr> <tr> <td>Porcentagem de acesso hospitalar</td> <td>57,28%</td> </tr> <tr> <td>Porcentagem em local não hospitalar</td> <td>42,72%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Comentários: indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.</p> <p>Comparando com o resultado do primeiro quadrimestre de 2022 (59,38%) e do ano de 2022 (65,37%), observa-se uma piora do encaminhamento dos pacientes graves aos hospitais. Houve um aumento no número de ocorrências em relação ao primeiro quadrimestre de 2022, quando foram 96, das quais 57 em hospitais (59,38%). Neste período estamos em plena atividade presencial, com aumento de pessoas em trânsito.</p> <p>Recomendações: Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito a despeito dos resultados alcançados.</p> <p>Manter 100% do município com cobertura do SAMU.</p> | 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 | 103 | Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital | 59 | Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde | 05 | Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio | 15 | Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública | 20 | Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local | 04 | 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 | 44 | Porcentagem de acesso hospitalar | 57,28% | Porcentagem em local não hospitalar | 42,72% |
| 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 | 103 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital | 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Porcentagem de acesso hospitalar | 57,28% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Porcentagem em local não hospitalar | 42,72% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | <p>Aprimorar o serviço de Motolância.</p> <p>Aprimorar a linha de cuidado do trauma nos serviços de pronto atendimento fixo e nos serviços de referência.</p> <p>Monitorar plano de contingência para atendimento de múltiplas vítimas no pronto atendimento fixo e nos serviços de referência.</p> <p>Manter e incrementar as ações intersetoriais de prevenção junto à Secretaria de Educação (PARTY) e EMDEC (“Maio Amarelo”).</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---|--|--|--|------------|--|------------|---|----|---|----|---|----|---|----|---|---|--|---|--|-----------|---|---------------|--|---------------|
| 2RDQA | 67,91% / 65,0% | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Causa de óbito CID 10 V01 - X59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período</td> <td>215</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td> <td>146</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local</td> <td>05</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>69</td> </tr> <tr> <td>Porcentagem de acesso hospitalar</td> <td>67,91%</td> </tr> <tr> <td>Porcentagem em local não hospitalar</td> <td>32,09%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Comentários: indicador de avaliação anual. Dados cumulativos.</p> <p>Comparando com o resultado com o mesmo período de 2022 (63,93%), observa-se uma melhora (67,91%) do encaminhamento dos pacientes graves aos hospitais.</p> <p>Neste período estamos em plena atividade presencial, com aumento de pessoas em trânsito.</p> <p>Recomendações: Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito a despeito dos resultados alcançados.</p> <p>Manter 100% do município com cobertura do SAMU.</p> <p>Aprimorar o serviço de Motolância.</p> <p>Aprimorar a linha de cuidado do trauma nos serviços de pronto atendimento fixo e nos serviços de referência.</p> <p>Monitorar plano de contingência para atendimento de múltiplas vítimas no pronto atendimento fixo e nos serviços de referência.</p> <p>Manter e incrementar as ações intersetoriais de prevenção junto à Secretaria de Educação (PARTY) e EMDEC (“Maio Amarelo”).</p> <p>Criação e implementação do Plano de Segurança Viária de Campinas.</p> | 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 | 215 | Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital | 146 | Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde | 07 | Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio | 24 | Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública | 33 | Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local | 05 | 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 | 69 | Porcentagem de acesso hospitalar | 67,91% | Porcentagem em local não hospitalar | 32,09% |
| 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 | 215 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital | 146 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública | 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 69 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Porcentagem de acesso hospitalar | 67,91% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Porcentagem em local não hospitalar | 32,09% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-------|--|--|
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

Aumentar o acompanhamento da condicionalidade dos beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2,5

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% | 64% | 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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|--------------|---|
| PAS23 | 53,00% | Manter as participações nas ações Intersetoriais, principalmente com os serviços de Assistência Social e Educação, a fim de garantir o acompanhamento dos beneficiários (DS) 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/CII) Garantir participação das equipes de Saúde da Família nas reuniões Intersetoriais nos territórios (UBS/Distritos de Saúde/DS) Estimular o acompanhamento das condicionalidades da Saúde no Programa Bolsa Família, com a perspectiva de mudanças no PBF, como a reinserção de condicionalidades de saúde - ex: caderneta de vacinação atualizada (DS). |
| 1RDQA | 36,33% / 53% | A primeira vigência do Programa Bolsa Família fica em vigor no período de janeiro a julho, sendo o dado apresentado a taxa de beneficiários acompanhados até 15 de maio de 2023. <u>Considerações:</u> O PBF é dividido em duas vigências anuais, sendo a primeira de janeiro a julho e a segunda vigência de agosto a dezembro. A Câmara Técnica da Criança e Adolescente realiza o acompanhamento periódico das condicionalidades da Saúde dentro de cada vigência, inferindo quais Centros de Saúde estão realizando, de forma a cumprir a meta de acompanhamento, a inserção dos dados |

| | | referentes aos beneficiários de suas áreas de abrangência. Na Câmara Técnica são analisados os dados para ações locais e intersetoriais, visando a realização das condicionalidades. | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--------------|--|----------|---|---------------------------------|---|---|---------------------------------|---|-------|----|----------|--------|--------|--------|--------|
| 2RDQA | 64,70% / 53% | <p>A primeira vigência do Programa Bolsa Família - Consolidado dos dados de Saúde - aborda o período de janeiro a julho de 2023.</p> <p>O percentual de cobertura de beneficiários acompanhados no Município de Campinas foi de 64,70%, valor que reflete o empenho da rede básica de saúde de Campinas na realização das ações dentro do Programa Bolsa Família, com maior organização e estruturação das equipes.</p> <hr/> <p>MS/SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde Bolsa Família Vigência: 1º/2023 Tipo do relatório: Consolidado de cobertura das condicionalidades de saúde Público visualizado: Geral Tipo de filtro: Por município</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Vigência</th> <th>Estado</th> <th>Município</th> <th>IBGE</th> <th>Qtd. beneficiários a serem acompanhados</th> <th>Qtd. beneficiários acompanhados</th> <th>Perc. cobertura de beneficiários acompanhados (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12023</td> <td>SP</td> <td>CAMPINAS</td> <td>350950</td> <td>93.938</td> <td>60.782</td> <td>64,70%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Dados atualizados em: 18/08/2023 Relatório gerado em: 13-09-2023 às 10:26:42</p> <p>Observação: É de fundamental importância a manutenção das ações e a observação de que a cobertura de acompanhamento de crianças deverá ser monitorada pelas equipes.</p> <p>A Câmara Técnica da Criança e Adolescente realiza o acompanhamento periódico das condicionalidades da Saúde dentro de cada vigência, inferindo quais Centros de Saúde estão realizando, de forma a cumprir a meta de acompanhamento, a inserção dos dados referentes aos beneficiários de suas áreas de abrangência. Na Câmara Técnica são analisados os dados para ações locais e intersetoriais, visando a realização das condicionalidades.</p> | Vigência | Estado | Município | IBGE | Qtd. beneficiários a serem acompanhados | Qtd. beneficiários acompanhados | Perc. cobertura de beneficiários acompanhados (%) | 12023 | SP | CAMPINAS | 350950 | 93.938 | 60.782 | 64,70% |
| Vigência | Estado | Município | IBGE | Qtd. beneficiários a serem acompanhados | Qtd. beneficiários acompanhados | Perc. cobertura de beneficiários acompanhados (%) | | | | | | | | | | |
| 12023 | SP | CAMPINAS | 350950 | 93.938 | 60.782 | 64,70% | | | | | | | | | | |
| 3RDQA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAS24 | | | | | | | | | | | | | | | | |

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% | 11,16% | 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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|----------------|--|
| PAS23 | 8,0% | Ampliar ações de promoção e prevenção à saúde Bucal. Priorizar acesso à população de maior risco e vulnerabilidade. 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. Promover acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade. Fomentar acolhimento humanizado (a 100%) da demanda espontânea em tempo integral de funcionamento da unidade. Discutir a proposta de Implantação de referência em odontopediatria para os Distritos. Discutir a proposta da implantação de referência em atendimento a pacientes com necessidades especiais para os Distritos que não possuam CEO implantados. Implantar referência própria em radiologia para os Distritos Norte, Leste e Sul, qualificar as referências em radiologia existentes e manter as parcerias existentes em radiografias panorâmicas da PUC de Campinas. 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. |
| 1RDQA | 11,73% / 8,00% | Foram realizados 48793 procedimentos clínicos (preventivos e curativos) e 5722 exodontias no período de janeiro a abril de 2023. Observa-se que o indicador tem se apresentado com uma estabilidade, indicando que as extrações ainda estão sendo realizadas na rotina das unidades de saúde provavelmente em decorrência do período pandêmico onde o atendimento odontológico eletivo foi comprometido seja por medidas de contingência da transmissão, seja por opção dos munícipes que decidiram por um maior resguardo no período. É muito comum, em odontologia, que a necessidade de tratamento represada se converta em procedimentos menos conservadores, como a exodontia e a pandemia foi, sem dúvidas, um período relativamente longo de represamento dos tratamentos odontológicos. |
| 2RDQA | 11,71% / 8,00% | Foram realizados 105207 procedimentos clínicos (preventivos e curativos) e 12324 exodontias no período de janeiro a agosto de 2023. O presente indicador continua estável, mantendo a tendência da indicação de extrações dentárias. Provavelmente, esse fato ainda seja um reflexo do represamento dos tratamentos odontológicos durante o período em que as medidas de contingência da transmissão da pandemia foram aplicadas e também por opção de alguns munícipes que optaram por um maior resguardo no período. É muito comum, em odontologia, que a necessidade de tratamento represada se converta em procedimentos menos conservadores, como a exodontia e a pandemia |

| | | |
|-------|--|---|
| | | foi, sem dúvidas, um período relativamente longo de represamento dos tratamentos odontológicos. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 77,61 | 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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 40,00% | Manter ações de Educação Permanente em Saúde Integrativa: Lian Gong, fitoterapia, auriculoterapia, microssistemas de acupuntura, Caminhada, Chikung, Tai Chi Chuan, Do-In e Meditação; 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; 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; Manter rodas de Terapia Comunitária Integrativa nas Unidades Básicas de Saúde; Em conjunto com o CETS, oferecer curso de formação de Terapia Comunitária Integrativa para multiplicação desta modalidade nas UBS; Manter a parceria com a Fundação Movimento para formação de instrutores de Movimento Vital Expressivo; |

| | | |
|-------|-----------------|---|
| | | <p>Manter convênio com farmácia de manipulação de medicamentos homeopáticos visando ofertar estes medicamentos a rede pública de Campinas.</p> <p>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.</p> <p>Ampliar e fortalecer o Programa Farmácias Vivas nos serviços de saúde, por meio de fusão com o Projeto de Hortas Educativas da Saúde, originários de emenda impositiva.</p> <p>Implantar políticas públicas, ações e atividades para os grupos marginalizados socialmente com a participação dos seus representantes em todos os serviços de saúde.</p> <p>Estimular e capacitar profissionais de saúde para as práticas de promoção da saúde de base territorial e comunitária, bem como para práticas intersetoriais.</p> <p>Implantar atividades e ações de estímulo à atividade física em todos os Centros de Saúde.</p> <p>Ofertar o Curso de Acupuntura para Médicos da Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina a partir de maio de 2023, com 50 vagas para residentes, preceptores, tutores e médicos da ESF.</p> |
| 1RDQA | 62,12% / 40,00% | <p>Competência de abril 2023</p> <p>UBS - 66</p> <p>Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três tipos de práticas do programa da saúde integrativa - 41</p> <p>Memória de Cálculo: 41/66 X 100</p> <p>Fonte: DGDO/CSI - Informações registradas em procedimentos via PEC e ficha CDS, procedimentos registrados em temas para saúde e práticas em saúde na ficha de atividade coletiva e registros na racionalidade dos atendimentos. Dados extraídos em 15/05/23.</p> <p>As PIC vêm em crescente atuação na Atenção Básica e em outros pontos de atenção, principalmente como o fortalecimento das linhas de cuidado, tanto dos grupos prioritários, como o voltado às pessoas com condições crônicas, visando promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.</p> <p>Com o aumento das ofertas pelas equipes de saúde, por meio da capacitação dos profissionais em PICS, concomitante com as parcerias intersetoriais, temos 41 dos 66 Centros de Saúde que ofereceram ao menos 3 tipos diferentes de práticas integrativas de janeiro a abril de 2023.</p> <p>Todavia, permite-nos observar a importância dos registros das atividades coletivas no PEC e-SUS, pois apesar de todas as unidades ofertarem o cuidado, não compõem o indicador, que requer ao menos 3 PICS.</p> |
| 2RDQA | 76,12% / 40,00% | <p>Competência de agosto 2023</p> <p>UBS - 67</p> <p>Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três tipos de práticas do programa da saúde integrativa - 51</p> <p>Memória de Cálculo: 51/67 X 100</p> <p>Fonte: Informações registradas em procedimentos via PEC e ficha CDS, procedimentos registrados em temas para saúde e práticas em saúde na ficha de atividade coletiva e registros na racionalidade dos atendimentos. Dados extraídos em 18/09/23 - PEC-eSUS.</p> <p>A meta atingida expressa que as PICS estão em ascensão nas unidades de saúde da Atenção Primária. Permanecemos com a capacitação da rede em Terapia Comunitária e divulgação de ofertas de cursos gratuitos pela UNASUS com enfoque na temática. O fortalecimento da Linha de Cuidado voltado às Condições Crônicas, por meio da Educação Permanente em Saúde têm fomentado e evidenciado a importância das PICS, como estratégia de um cuidado integral e humanizado, fortalecendo tanto a Política Nacional da Humanização como a Política das PICS.</p> <p>As PICS têm conquistado um espaço de destaque nas atividades coletivas, apresentando um aumento significativo a cada ano nas unidades de saúde. Houve implantação de Farmácias Vivas (FV) neste período, e retomada de outras FV nas unidades de saúde. Nas ações intersetoriais realizadas nos territórios, a prática de Movimento Vital Expressivo</p> |

| | | |
|-------|--|---|
| | | (MVE), Liang Gong, Auriculoterapia, Fitoterapia, e outras atividades relacionados à saúde (Cessação do Tabagismo) tem composto o cardápio de oferta à população, como estratégia de divulgação das PICS ofertadas no município, além do incentivo a atividade física e alimentação saudável como foco na promoção da saúde e prevenção de doenças. Como exemplo de projeto intersecretarias, temos o projeto Cities Changing Diabetes, renomeado em Campinas como Projetos Passos para uma Vida Melhor com o intuito de promover saúde, no incentivo a alimentação saudável, atividade física, cultura e lazer, visando diminuir a curva de ascensão do diabetes na população. Vale ressaltar que, a capacitação no manejo do PEC e-SUS tem contribuído para uma qualificação do registro da PICS, evidenciando o trabalho das equipes de saúde na oferta deste cuidado. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 88% | 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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 90% | <p>Garantir junto aos Departamentos e Secretarias envolvidas o suprimento dos recursos necessários à prestação dos serviços farmacêuticos de forma qualificada, dentre outros: medicamentos, recursos humanos, sistemas informatizados e equipamentos de informática e demais materiais de expediente;</p> <p>Garantir que todas as Unidades de Saúde que tenham farmacêutico, integrem este profissional nas ações essenciais (Consulta Farmacêutica e Visita Domiciliar) de saúde da ESF e em pelo menos uma ação complementar (Atendimento Compartilhado, Matriciamento, Grupos Terapêuticos, Atividades de Educação em Saúde e Participação em Reunião de Equipe de Referência), desenvolvendo-se assim o Cuidado Farmacêutico. Em relação às ações de Cuidado Farmacêutico, trabalhar em ações de educação continuada em relação ao tema, mantendo o Fórum bimestral do Cuidado Farmacêutico e construir novo método de avaliação dos indicadores, incluindo módulo do Cuidado Farmacêutico no Portal de Serviços de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas e garantir que os farmacêuticos registrem sua produção no e-SUS;</p> <p>Garantir que os Agente de Apoio - Farmácia integrem-se as ações essenciais da ESF e que atuem em no mínimo, uma ação de saúde (Visita Domiciliar, Grupos Terapêuticos, Atividades de Educação em Saúde e Participação em Reunião de equipe de Referência), em 100% das Unidades de Saúde e fazer capacitação para garantir o registro dessas ações no e-SUS;</p> <p>Manter manutenção contínua dos Sistemas Informatizados GEMM e SIG2M;</p> <p>Manter reuniões mensais de acompanhamento do sistema informatizado GEMM;</p> <p>Manter o projeto de implantação do Business Intelligence (BI) pela CII;</p> <p>Desenvolver um novo sistema de controle de estoque para o almoxarifado da Saúde;</p> <p>Garantir pela Secretaria Municipal de Recursos Humanos a contratação de profissionais Farmacêuticos aprovados no concurso público para as farmácias do município;</p> <p>Garantir pela Secretaria Municipal de Recursos Humanos a realização de concurso público para o cargo de Agente de Apoio Farmácia para as farmácias do município, a fim de garantir abertura das farmácias durante todo período de funcionamento das Unidades;</p> <p>Fazer ações de educação em saúde em relação ao tema do uso racional de medicamentos;</p> <p>Garantir as reuniões das equipes das farmácias em relação à Assistência Farmacêutica (AF) a nível Distrital, visando qualificar e planejar as ações da AF no SUS Campinas.</p> |
| 1RDQA | 90% / 90% | <p>Meta atingida. Média de 90,13% dos medicamentos padronizados disponíveis no quadrimestre.</p> <p>Atualmente contamos com 35 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 76% das Unidades, conforme dados do eSUS-AB.</p> <p>Atualmente contamos com Agente de Apoio à Saúde Farmácia em todas Unidades de Saúde e as ações de saúde integradas às Equipes de Saúde da Família também estão sendo realizadas por esses profissionais.</p> |
| 2RDQA | 92% / 90% | <p>Meta atingida. Média de 92% dos medicamentos padronizados disponíveis no quadrimestre.</p> <p>Atualmente contamos com 39 farmacêuticos atuando em Unidades de Saúde nas equipes multiprofissionais (eMulti), sendo que as ações essenciais e complementares integradas às Equipes de Saúde da Família estão sendo desenvolvidas em 81% das Unidades, conforme dados do eSUS-AB.</p> <p>Atualmente contamos com Agente de Apoio à Saúde Farmácia em todas Unidades de Saúde e as ações de saúde integradas às Equipes de Saúde da Família também estão sendo realizadas por esses profissionais.</p> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 24,78% | 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 todos 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 Linha 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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 20,02% | <p>Implantar o Protocolo de DCNT e Risco Cardiovascular proposto pelo MS em todos as unidades de saúde.</p> <p>Organizar os processos de trabalho da ESF em consonância com as necessidades de saúde da população adstrita.</p> <p>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).</p> <p>Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento de hipertensos e diabéticos nas UBS.</p> <p>Aumentar o percentual de pacientes com cadastro de hipertensos e diabéticos, com grau de risco / vulnerabilidade e mantê-los atualizados.</p> <p>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.</p> <p>Cadastrar os pacientes "acamados" ou com grau de limitação em domicílio (UBS/ SAD).</p> <p>Ampliar as práticas integrativas.</p> <p>Qualificar processos regulatórios de acesso (serviços especializados e de referência; alta qualificada / ICSAP; acompanhamento compartilhado; matriciamento).</p> <p>Articular os diversos pontos de atenção das Linha do Cuidado, visando à integralidade da assistência.</p> <p>Analisar as necessidades de saúde (Parâmetros SUS) e a oferta de serviços, em tempo oportuno.</p> <p>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.</p> <p>Reorganizar as linhas de cuidado aos usuários com condições crônicas em todos os pontos de atenção da rede, com uso de instrumentos e dispositivos de integração.</p> <p>Fortalecer as linhas de cuidados às pessoas com condições crônicas, fundamentado no "Manual de Cuidados para as Condições Crônicas" (com foco no autocuidado apoiado, consultas motivacionais, grupos, estratificação de risco cardiovascular e atendimento do paciente pela equipe - com atenção interprofissional centrada na pessoa), por meio de um processo de Educação Permanente prevista para início em 14/02/23 e término em dezembro 2023, em todos os distritos de saúde.</p> |

| | | |
|-------|-----------------|--|
| | | <p>Organizar os processos de trabalho da ESF em consonância com as necessidades de saúde da população adstrita.</p> <p>Implementar ações que fortaleçam o rastreamento, monitoramento e acompanhamento dos grupos de risco (atentando para os extremos de idade) como por exemplo, o uso de tecnologias de informática, tais como o teleatendimento, teleconsulta, sistemas de informações.</p> <p>Fomentar ações intersetoriais, visando promoção, prevenção e proteção à saúde em todo ciclo vital.</p> <p>Fomentar a análise do "itinerário terapêutico" percorrido pelos usuários que foram internadas por ICSAP em cada distrito de saúde.</p> |
| 1RDQA | 24,37% / 20,22% | <p>Método de Cálculo:</p> <p>Numerador: Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período dividido por Denominador: Total de internações clínicas, em determinado local e período multiplicado por 100.</p> <p>Fonte: DATASUS/SIH RDSP2201 a 2303. DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DEAR/CSAPTA.</p> <p>Total de internações por causas sensíveis a AB = 1.387</p> <p>Total de internações clínicas = 5.692</p> <p>O percentual atingido no primeiro quadrimestre de 2023 foi de 24,37%, estando aquém à meta proposta do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de 20,22%.</p> <p>O grupo de causas com maior incidência de internação são as Doenças pulmonares, destacando-se bronquites e asma, as Doenças cardiovasculares, com maior incidência em ICC e ITU. Percebe-se a importância de fortalecimento das equipes da AB, com o foco na linha cuidado das CCNT como ações voltadas a Educação Permanente em Saúde (EPS). No mês de abril, houve Capacitação em Doenças Crônicas Respiratórias, com foco em Asma e DPOC com participação de 110 pessoas, compostas pelas eSF, eNASF e residências médicas e multiprofissionais. Finalizamos em maio de 2023 mês, a 1ª fase do Curso de Facilitação em EPS, voltado ao cuidado às pessoas com condições crônicas. A Saúde Digital vem como importante estratégia para implementar ações que fortaleçam o rastreamento, monitoramento e acompanhamento dos grupos de risco.</p> |
| 2RDQA | 24,41% / 20,22% | <p>Ajustado dados do 1RDQA pela CDAC/DERAC passando de 24,37% para 24,82%. Ficou em 24,82% no 1º quadrimestre de 2023.</p> <p>Método de Cálculo:</p> <p>Numerador: Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período dividido por Denominador: Total de internações clínicas, em determinado local e período multiplicado por 100. Dados cumulativos.</p> <p>Fonte: DATASUS/SIH RDSP2201 a 2303. DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/CDAC/DERAC</p> <p>Total de internações por causas sensíveis a AB = 3.365</p> <p>Total de internações clínicas = 13.783</p> <p>O percentual atingido no segundo quadrimestre de 2023 foi de 24,41%, estando aquém à meta proposta do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de 20,22%, entretanto com discreta melhora em relação ao primeiro quadrimestre. O grupo de causas com maior incidência de internação são as doenças pulmonares, destacando-se as bronquites. Houve uma diminuição nas internações por asma 313 para 164 internações (↓47,60%). O dado mostra a importância da capacitação sobre a temática, com participação</p> |

| | | |
|-------|--|---|
| | | dos principais atores envolvidos nesta Linha de Cuidado tanto na AP (Atenção Primária), AS (Atenção Secundária) e Assistência Farmacêutica, ocorrida no quadrimestre, com foco na qualificação da assistência. As doenças imunopreveníveis tiveram diminuição nas causas de internações, 58 para 33 internações (↓43,10%), resultado do trabalho das equipes de saúde e vigilância, com ofertas de vacinas em todas as unidades, campanhas em equipamentos sociais do território, e ofertas destes insumos em diversas ações intersetoriais voltadas à prevenção de doenças. Nas Doenças cardiovasculares, a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) aparece como primeira causa de internação neste indicador, mesmo com diminuição de 293 para 199 internações (↓32,08%), reforçando a importância do fortalecimento desta linha de cuidado. Hipertensão, angina e diabetes reduziram discretamente o número de internações. Destaca-se um aumento de internações por epilepsia, 40 para 55 internações em relação ao quadrimestre anterior, evidenciando a importância de fortalecimento desta linha de cuidado na AP. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 100% | Desenvolver instrumento de monitoramento dos casos de saúde mental acompanhados na APS. 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). Realizar uma ou mais ação formativa em Saúde Mental para Rede de Assistência em Saúde bianual. Garantir a gestão compartilhada e participação social em todos os serviços especializados em Saúde Mental. |

| | | |
|-------|-------------|--|
| | | 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. Efetivar implementação de novo indicador associado, a saber, "Efetividade do Matriciamento ofertado pelos Caps na APS", fornecendo assim novas métricas sobre o alcance deste dispositivo. |
| 1RDQA | 100% / 100% | Realizado o matriciamento regular pelos serviços especializados em saúde mental para a atenção primária por 100% dos 14 CAPS, considerando diferentes modalidades e portes, do município. Alguns matriciamentos seguem de forma online (telematriciamento) em função da boa adaptação e vantajosidade do modelo em algumas situações. Os matriciamentos presenciais seguem acontecendo e voltaram a se constituir enquanto arranjo ordenador do cuidado. Retomada na totalidade de atividades grupais em serviços especializados e equipes NASF e avaliações e atendimentos compartilhados entre CAPS e NASF/ESF, inclusive através de visitas domiciliares, a partir da lógica do matriciamento. |
| 2RDQA | 100% / 100% | Realizado o matriciamento regular pelos serviços especializados em saúde mental para a atenção primária por 100% dos 14 CAPS, considerando diferentes modalidades e portes, do município. Alguns matriciamentos seguem de forma online (telematriciamento) em função da boa adaptação e vantajosidade do modelo em algumas situações. Os matriciamentos presenciais seguem acontecendo e voltaram a se constituir enquanto arranjo ordenador do cuidado. Retomada na totalidade de atividades grupais em serviços especializados e equipes multi e avaliações e atendimentos compartilhados entre CAPS e eMulti/eSF, inclusive através de visitas domiciliares, a partir da lógica do matriciamento. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

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 | 305,71 | 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 todos 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 ambulatórios 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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 269,13 | <p>Implantar o Protocolo de DCNT e Risco Cardiovascular proposto pelo MS em todas as unidades de saúde.</p> <p>Aumentar o percentual de pacientes com cadastro de pacientes crônicos e acamados com classificação de risco e vulnerabilidade, considerando outros agravos crônicos de relevância para o território (UBS), para que a meta possa ser atingida.</p> <p>Aumentar as ações de promoção e prevenção em todas as UBS, voltadas para as práticas corporais, alimentação saudável e cuidados em saúde bucal.</p> <p>Estimular a criação do Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e fortalecer os existentes nas UBS para apoiar a gestão dos PTS dos casos de maior vulnerabilidade e gravidade.</p> <p>Realizar campanhas sobre a importância de hábitos de vida saudável e seus impactos na saúde por meio de ações intersetoriais.</p> <p>Monitorar as redes de cardiologia e de doenças crônicas.</p> <p>Implementar rastreamento para detecção precoce de câncer mais prevalentes na população feminina e masculina.</p> <p>Estimular a utilização dos espaços públicos e praças esportivas.</p> <p>Fortalecer o programa para tratamento do tabagismo.</p> <p>Ampliar o número de unidades credenciadas para ofertar tratamento para tabagismo em Campinas.</p> <p>Ampliar o número de grupos de tratamento de tabagismo.</p> <p>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.</p> <p>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 ao cuidado.</p> <p>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 ambulatórios dos hospitais.</p> <p>Garantir um serviço de urgência e emergência de referência por distrito.</p> <p>Reorganizar as linhas de cuidado aos usuários com condições crônicas em todos os pontos de atenção da rede, com uso de instrumentos e dispositivos de integração.</p> <p>Reavaliar a linha de cuidado às pessoas com doenças neoplásicas, com avaliação da demanda versus oferta, em todos pontos de atenção, visando universalidade, equidade e integralidade do cuidado.</p> <p>Fortalecer as linhas de cuidados às pessoas com condições crônicas, fundamentado no “Manual de Cuidados para as Condições Crônicas” (com foco no autocuidado apoiado, consultas motivacionais, grupos, estratificação de risco cardiovascular e atendimento do paciente pela equipe - com atenção interprofissional centrada na pessoa), por meio de um processo de Educação Permanente prevista para início em 14/02/23 e término em dezembro 2023, em todos os distritos de saúde.</p> <p>Implementar ações que fortaleçam o rastreamento, monitoramento e acompanhamento dos grupos de risco, como por exemplo, o uso de tecnologias de informática, tais como o teleatendimento e a teleconsulta.</p> |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|--|-----|---------|----|---------|-----|---------|----|-------|------|--|-----|---------|----|---|
| | | <p>Ampliar as unidades credenciadas para o manejo ao combate ao tabagismo no município, por meio de capacitações virtuais do programa de tabagismo de acordo com o preconizado pelo PNCT (Programa Nacional de Controle de Tabagismo).</p> <p>Permanecer na crescente ampliação ao uso de PICS pelas equipes de saúde e projetos intersetoriais como: Projeto Cities Changing Diabetes como foco na promoção à saúde por meio de alimentação saudável e incentivo a atividade física, Farmácia Viva e Horta da Educativa Saúde. Estimular a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem, por meio de estratégias de acesso e acolhimento a este público, visando mudanças de hábitos de vida, comportamentais e autocuidado, considerando que, evidencia-se maior taxa de morte precoce por CC em homens comparado às mulheres.</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| 1RDQA | <p>95,07 / 269,13</p> <table border="1"> <tr> <td>C00-C97</td> <td>242</td> </tr> <tr> <td>E10-E14</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>I00-I99</td> <td>259</td> </tr> <tr> <td>J30-J98</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>566</td> </tr> </table> | C00-C97 | 242 | E10-E14 | 32 | I00-I99 | 259 | J30-J98 | 33 | Total | 566 | <p>ADULTO/IDOSO:</p> <p>Meta 2022 = 269,13 (cumulativo no ano, indicador de base anual)</p> <p>Numerador: 566 X 100 mil habitantes (Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 09/05/23, sujeitos à revisão.)</p> <p>Denominador: 595.343 - Projeção Populacional 2021 por faixa etária - DGDO/CSI.</p> <p>De acordo com a apuração dos dados referentes aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2022, colhidos no TABNET no dia 15/05/2023, houve 566 óbitos por CCNT (242 de C00 a C97, 32 de E 10 a E14, 259 de I00 a I99 e 33 de J30 a J98 - vide tabela ao lado) na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo-se a taxa de mortalidade prematura de 95,07/100 mil habitantes.</p> <p>Em comparação com o primeiro quadrimestre do ano anterior, observa-se diminuição no número de óbitos para todos os grupos de patologias crônicas analisadas, exceto C00 a C97, fenômeno que pode ser consequência da retomada das linhas de cuidado e reorganização dos processos de trabalho das unidades básicas de saúde.</p> <p>Ha um importante investimento na Saúde Digital, ampliando acesso das pessoas com condições crônicas, por meio do atendimento remoto, favorecimento a longitudinalidade do cuidado em diversos pontos da rede de atenção.</p> <p>A Educação Permanente em saúde, com a EPCCNT com finalização da 1ª. Fase em 18 de maio, fortalece a gestão e instrumentaliza a equipe no cuidado em todo ciclo vital.</p> | | | | |
| C00-C97 | 242 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E10-E14 | 32 | | | | | | | | | | | | | | | |
| I00-I99 | 259 | | | | | | | | | | | | | | | |
| J30-J98 | 33 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 566 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2RDQA | <p>198,88 / 269,13</p> <p>Dados acumulados</p> <table border="1"> <tr> <td>C00-C97</td> <td>484</td> </tr> <tr> <td>E10-E14</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>I00-I99</td> <td>554</td> </tr> <tr> <td>J30-J98</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1184</td> </tr> </table> <p>Maio a Agosto 103,81</p> <table border="1"> <tr> <td>C00-C97</td> <td>242</td> </tr> <tr> <td>E10-E14</td> <td>34</td> </tr> </table> | C00-C97 | 484 | E10-E14 | 66 | I00-I99 | 554 | J30-J98 | 80 | Total | 1184 | C00-C97 | 242 | E10-E14 | 34 | <p>Método do cálculo:</p> <p>Numerador: 1184 X 100 mil habitantes (Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 05/09/23, sujeitos à revisão.)</p> <p>Denominador: 595.343 - Projeção Populacional 2021 por faixa etária - DGDO/CSI.</p> <p>De acordo com a apuração dos dados referentes aos meses de maio, junho, julho e agosto, colhidos no TABNET no dia 25/09/2023, houve 618 óbitos por CCNT (242 de C00 a C97, 34 de E 10 a E14, 295 de I00 a I99 e 47 de J30 a J98 - vide tabela ao lado) na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo-se a taxa de mortalidade prematura de 103,81/100 mil habitantes no quadrimestre e 198,88 no ano.</p> <p>Em comparação com o primeiro quadrimestre do ano anterior, observa-se manutenção no número de óbitos C00 a C97, houve retomada das linhas de cuidado com reorganização de seu fluxo na rede. Entretanto, nas demais patologias percebe-se um aumento no número de óbitos, principalmente relacionado às doenças respiratórias com aumento de 42,42%, sendo a bronquite a principal causa internações sensíveis à Atenção Primária. Evidencia-se a</p> |
| C00-C97 | 484 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E10-E14 | 66 | | | | | | | | | | | | | | | |
| I00-I99 | 554 | | | | | | | | | | | | | | | |
| J30-J98 | 80 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 1184 | | | | | | | | | | | | | | | |
| C00-C97 | 242 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E10-E14 | 34 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-------|---------|-----|---|
| | I00-I99 | 295 | importância do fomento desta linha de cuidado, visando qualificação nos pontos de atenção à saúde. |
| | J30-J98 | 47 | |
| | Total | 618 | |
| | | | A Saúde Digital vem como proposta de ampliar o acesso das pessoas aos serviços de saúde por meio do atendimento remoto, nos diversos pontos de atenção, favorecendo a longitudinalidade do cuidado. |
| 3RDQA | | | |
| RAG | | | |
| PAS24 | | | |

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 | 12,01 | 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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-------------------|---|
| PAS23 | 12,11% | Reavaliar protocolos de assistência junto a área hospitalar. Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP. Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo. |
| 1RDQA | 7,88% / 12,11% | Fonte: DATASUS/SIH RDSP2201 a 2303.DBC Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA. Primeiramente os dados referem-se até a competência março de 2023, podendo acontecer alterações quando atualizados. Comentários: Indicador de avaliação anual. Dados cumulativos. Em relação aos óbitos por IAM, houve uma melhora em relação ao mesmo período de 2022 (14,63%). Podemos explicar esta melhora pela oferta de matriciamento da cardiologia, em nossas UBS e retomada do atendimento dos casos crônicos mais graves. Recomendações: 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. |

| | | |
|-------|-------------------|--|
| 2RDQA | 8,87% / 12,11% | <p>Ajustado dados do RDQA1 pela DERAC/CDAC passando de 7,88 para 8,59.</p> <p>Dados cumulativos.</p> <p>Fonte: DATASUS/SIH RDSP2201 a 2307.DBC Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS/ DERAC/CDAC.</p> <p>Somente segundo quadrimestre 9,26%</p> <p>Comentários:</p> <p>Indicador de avaliação anual.</p> <p>Em relação aos óbitos por IAM, houve uma melhora quando comparado ao mesmo período de 2022 (13,97%). 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> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

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 | 0,29 | 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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|-------|--|------|---------|---------------------------|------|---------|--|------|---------|-------------------------------------|-----|---------|----------------------------------|---|
| PAS23 | 0,37 | <p>Apoiar estratégias para ampliação do acesso à coleta de papanicolau através de programa de rastreamento organizado.</p> <p>Realizar capacitação/educação continuada para médicos da saúde da família e equipe de enfermagem para aumentar a coleta qualificada das citologias oncóticas.</p> <p>Incentivar os mutirões de coleta da Papanicolau nas Unidades Básicas.</p> <p>Implementar estratégias de captação de mulheres para realização do exame.</p> <p>Analisar estratégias para gestão da população alvo efetivando a busca ativa para realização do rastreamento organizado.</p> <p>Desenvolver um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o aprazamento e detectar as faltas.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1RDQA | 0,06 / 0,37 | <p>Este é um indicador de avaliação anual.</p> <p>No primeiro quadrimestre de 2023 foram realizados 6760 exames. Houve uma redução de 1372 exames realizados em relação aos dados apresentados no mesmo período de 2022, porém a base de dados apresentada neste momento se refere até março/23 e será ajustada no próximo RDQA.</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 oncóticas. • 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 aprazamento e detectar as faltas. <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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 2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td>6760</td> </tr> <tr> <td>2090236</td> <td>Fundação Pio XII Barretos</td> <td>5476</td> </tr> <tr> <td>2079798</td> <td>Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas</td> <td>1084</td> </tr> <tr> <td>2082128</td> <td>Hospital e Maternidade Celso Pierro</td> <td>183</td> </tr> <tr> <td>2069601</td> <td>Fundação Oncocentro De São Paulo</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária | | | | | 1º Quadrimestre 2023 | Total | | 6760 | 2090236 | Fundação Pio XII Barretos | 5476 | 2079798 | Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas | 1084 | 2082128 | Hospital e Maternidade Celso Pierro | 183 | 2069601 | Fundação Oncocentro De São Paulo | 0 |
| Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1º Quadrimestre 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | 6760 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2090236 | Fundação Pio XII Barretos | 5476 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2079798 | Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas | 1084 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2082128 | Hospital e Maternidade Celso Pierro | 183 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2069601 | Fundação Oncocentro De São Paulo | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | Fonte: | 2022621 Maternidade de Campinas | | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|---|--|---------|-------|--|--|--|--|--|---------------------------|-------|--|--------|-----------------------------------|--|--------|--|--|-------|---|--|-----|--|--|----|---------------------------------|--|----|--------|--|---|--|---------|--|-----------|--|-------|
| | | | Demografia: Estimativas populacionais IBGE | 353.861 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Indicador | | 0,057 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATASUS/SIA PASP 2201 a 2303.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DEAR/CSAPTA. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2RDQA | 0,15 / 0,37 | <p>Ajustado dados do RDQA1 pela DERAC/CDAC passando de 0,06 para 0,084.</p> <p>Este é um indicador de avaliação anual, no primeiro e segundo quadrimestres de 2023 foram realizados 17.179 exames. Com a correção do RDQA1 pela DERAC/CDAC a redução no primeiro quadrimestre não foi de 1372 exames e sim de 560 exames realizados em relação aos dados apresentados no mesmo período de 2022. Houve uma redução no total de 4.122 exames considerando os dois primeiros quadrimestres comparado com o mesmo período de 2022, porém a base de dados apresentada neste momento se refere até julho/23 e será ajustada no próximo RDQA.</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 oncóticas. • 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 de 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 aprazamento 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 e 2º Quadrimestre 2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td>17.179</td> </tr> <tr> <td>2090236 Fundação Pio XII Barretos</td> <td></td> <td>14.295</td> </tr> <tr> <td>2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas</td> <td></td> <td>2.214</td> </tr> <tr> <td>2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro</td> <td></td> <td>619</td> </tr> <tr> <td>2069601 Fundação Oncocentro De São Paulo</td> <td></td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2022621 Maternidade de Campinas</td> <td></td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Demografia: Estimativas populacionais IBGE</td> <td>353.861</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicador</td> <td></td> <td>0,146</td> </tr> </tbody> </table> | | | | Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária | | | | | 1º e 2º Quadrimestre 2023 | Total | | 17.179 | 2090236 Fundação Pio XII Barretos | | 14.295 | 2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas | | 2.214 | 2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro | | 619 | 2069601 Fundação Oncocentro De São Paulo | | 10 | 2022621 Maternidade de Campinas | | 36 | Outros | | 5 | Demografia: Estimativas populacionais IBGE | 353.861 | | Indicador | | 0,146 |
| Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1º e 2º Quadrimestre 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | 17.179 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2090236 Fundação Pio XII Barretos | | 14.295 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas | | 2.214 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro | | 619 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2069601 Fundação Oncocentro De São Paulo | | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2022621 Maternidade de Campinas | | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outros | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Demografia: Estimativas populacionais IBGE | 353.861 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicador | | 0,146 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-------|--|---|
| | | DATASUS/SIA PASP2201 a 2307.DBC Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021 Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

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 | 0,25 | 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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-------------|---|
| PAS23 | 0,31 | 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 2 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. Desenvolver um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o aprazamento e detectar as faltas (já solicitado, aguardando o desenvolvimento) Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados Incentivar utilização do Programa Mulheres de Peito. Iniciar realização de mamografia na Policlínica 3. |
| 1RDQA | 0,05 / 0,31 | Nota: Indicador de avaliação anual. Foram realizados 3015 exames de mamografia de rastreamento na faixa etária entre 50 e |

69 anos. Houve um decréscimo de 1062 exames realizados em relação aos dados apresentados no mesmo período de 2022, porém a base de dados apresentada neste momento se refere até março/23 e será ajustada no próximo RDQA.

Atualmente Campinas conta com uma unidade móvel, a outra está em manutenção desde março/22, diminuindo a nossa oferta de exames. Porém iniciamos este ano a realização de exames na Policlínica III.

Para alcançar a meta temos como estratégias:

- 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 aprazamento e detectar as faltas.
- Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados.
- Incentivar utilização do Programa Mulheres de Peito.

Fonte:

| Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos | | |
|--|---------|----------------------|
| | | 1º Quadrimestre 2023 |
| Total | | 3015 |
| 9462023 Hospital de Amor Campinas | | 2030 |
| 2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro | | 646 |
| 7669496 DMF Radiologia | | 20 |
| 2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari | | 10 |
| 2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas | | 139 |
| 404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas | | 85 |
| Outros | | 85 |
| Demografia: Estimativas populacionais IBGE | 116.165 | |
| Indicador | | 0,052 |

DATASUS/SIA PASP 2201 a 2303.DBC. Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021. Dados reprocessados na SMS Campinas/DEAR/CSAPTA.

2RDQA

0,15 /
0,31

Ajustado dados do RDQA1 pela DERAC/CDAC passando de 0,05 para 0,091
Nota: Indicador de avaliação anual.

Foram realizados 8526 exames de mamografia de rastreamento na faixa etária entre 50 e 69 anos. Houve um decréscimo de 157 exames realizados em relação aos dados apresentados no mesmo período de 2022, porém a base de dados apresentada neste momento se refere até julho/23 e será ajustada no próximo RDQA.

Atualmente Campinas conta somente com uma unidade móvel, diminuindo a nossa oferta de exames. Porém iniciamos este ano a realização de exames na Policlínica III.

Para alcançar a meta temos como estratégias:

- 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 aprazamento e detectar as faltas.
- Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados.
- Incentivar utilização do Programa Mulheres de Peito.

| Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos | | |
|--|---------|----------------------------|
| | | 1º e 2º Quadrimestres 2023 |
| Total | | 8.526 |
| 9462023 Hospital de Amor Campinas | | 5.131 |
| 2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro | | 2.445 |
| 7669496 DMF Radiologia | | 44 |
| 2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari | | 27 |
| 2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas | | 349 |
| 404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas | | 85 |
| Outros | | 445 |
| Demografia: Estimativas populacionais IBGE | 116.165 | |

| | | | | | |
|--|--|-----------|--|-------|--|
| | | Indicador | | 0,147 | |
| Fonte: DATASUS/SIA PASP2201 a 2307.DBC Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021 Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC | | | | | |
| 3RDQA | | | | | |
| RAG | | | | | |
| PAS24 | | | | | |

Observações

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 | 0,22 | 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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 0,31 | 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 2 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. Desenvolver um Sistema de Informação que possibilite identificar a população alvo, realizar o aprazamento e detectar as faltas (já solicitado, aguardando o desenvolvimento) Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados |

| | | Incentivar utilização do Programa Mulheres de Peito. Iniciar realização de mamografia na Policlínica 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---|--|--|----------------------|-------|--|------|-----------------------------------|--|------|---|--|-----|------------------------|--|----|---|--|----|--|--|-----|---|--|-----|--------|--|-----|--|---------|--|-----------|--|-------|
| 1RDQA | 0,05 / 0,31 | <p>Nota: Indicador de avaliação anual.</p> <p>Foram realizados 4685 exames de mamografia de rastreamento na faixa etária entre 40 e 69 anos. Houve um decréscimo de 1547 exames realizados em relação aos dados apresentados no mesmo período de 2022, porém a base de dados apresentada neste momento se refere até março/23 e será ajustada no próximo RDQA.</p> <p>Atualmente Campinas conta com uma unidade móvel, a outra está em manutenção desde março/22, diminuindo a nossa oferta de exames. Porém este ano iniciamos a realização de exames na Policlínica III.</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 aprazamento e detectar as faltas. • Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados. <p>Fonte:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos</th> <th>1º Quadrimestre 2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td>4685</td> </tr> <tr> <td>9462023 Hospital de Amor Campinas</td> <td></td> <td>3294</td> </tr> <tr> <td>2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro</td> <td></td> <td>926</td> </tr> <tr> <td>7669496 DMF Radiologia</td> <td></td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari</td> <td></td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas</td> <td></td> <td>197</td> </tr> <tr> <td>404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas</td> <td></td> <td>104</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td></td> <td>114</td> </tr> <tr> <td>Demografia: Estimativas populacionais IBGE</td> <td>206.859</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicador</td> <td></td> <td>0,045</td> </tr> </tbody> </table> <p>DATASUS/SIA PASP 2201 a 2303.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 2023 | Total | | 4685 | 9462023 Hospital de Amor Campinas | | 3294 | 2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro | | 926 | 7669496 DMF Radiologia | | 33 | 2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari | | 17 | 2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas | | 197 | 404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas | | 104 | Outros | | 114 | Demografia: Estimativas populacionais IBGE | 206.859 | | Indicador | | 0,045 |
| Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos | | 1º Quadrimestre 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | 4685 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9462023 Hospital de Amor Campinas | | 3294 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro | | 926 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7669496 DMF Radiologia | | 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari | | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas | | 197 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas | | 104 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outros | | 114 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Demografia: Estimativas populacionais IBGE | 206.859 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicador | | 0,045 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 2RDQA | 0,13 / 0,31 | <p>Ajustado dados do RDQA1 pela DERAC/CDAC passando de 0,045 para 0,080.</p> <p>Nota: Indicador de avaliação anual.</p> <p>Foram realizados 13.211 exames de mamografia de rastreamento na faixa etária entre 40 e 69 anos. Houve um decréscimo de 378 exames realizados em relação aos dados apresentados no mesmo período de 2022, porém a base de dados apresentada neste momento se refere até julho/23 e será ajustada no próximo RDQA.</p> <p>Atualmente Campinas conta somente com uma unidade móvel, diminuindo a nossa oferta de exames. Porém este ano iniciamos a realização de exames na Policlínica III.</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 aprazamento e detectar as faltas. • Agilizar consulta de retorno dos resultados dos exames alterados. <table border="1" data-bbox="485 1088 1385 2029"> <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 e 2º Quadrimestres 2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td>13.211</td> </tr> <tr> <td>9462023 Hospital de Amor Campinas</td> <td></td> <td>8.356</td> </tr> <tr> <td>2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro</td> <td></td> <td>3.598</td> </tr> <tr> <td>7669496 DMF Radiologia</td> <td></td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari</td> <td></td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas</td> <td></td> <td>467</td> </tr> <tr> <td>404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas</td> <td></td> <td>104</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td></td> <td>570</td> </tr> <tr> <td>Demografia: Estimativas populacionais IBGE</td> <td>206.859</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicador</td> <td></td> <td>0,128</td> </tr> </tbody> </table> | Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos | | | | | 1º e 2º Quadrimestres 2023 | Total | | 13.211 | 9462023 Hospital de Amor Campinas | | 8.356 | 2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro | | 3.598 | 7669496 DMF Radiologia | | 75 | 2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari | | 41 | 2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas | | 467 | 404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas | | 104 | Outros | | 570 | Demografia: Estimativas populacionais IBGE | 206.859 | | Indicador | | 0,128 |
|--|----------------|---|--|--|--|--|--|-------------------------------|-------|--|--------|-----------------------------------|--|-------|---|--|-------|------------------------|--|----|---|--|----|--|--|-----|---|--|-----|--------|--|-----|--|---------|--|-----------|--|-------|
| Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1º e 2º Quadrimestres 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | 13.211 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9462023 Hospital de Amor Campinas | | 8.356 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2082128 Hospital e Maternidade Celso Pierro | | 3.598 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7669496 DMF Radiologia | | 75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2023474 Hospital Municipal Walter Ferrari | | 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2079798 Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas | | 467 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 404853 AME Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas | | 104 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outros | | 570 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Demografia: Estimativas populacionais IBGE | 206.859 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicador | | 0,128 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-------|--|--|
| | | Fonte: DATASUS/SIA PASP2201 a 2307.DBC Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021 Dados reprocessados na SMS Campinas/DERAC/CDAC |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

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% | 81,64% | 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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------------|---|
| PAS23 | 80,00% | 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. |
| 1RDQA | 80,91% / 80,00% | 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 78,07%, um aumento discreto em relação ao primeiro de quadrimestre de 2022. |

Temos como objetivos para a melhora desse indicador:

- 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.
- Estruturar uma sala de situação por distrito cuidando de toda a linha materno infantil - rever processos de trabalho, acesso, controle de faltosos, sensibilização, tratamento, educação continuada
- Realizar visitas semanais às gestantes e binômio pelos ACS da 36ª semana de gestação até 2ª semana de vida do RN

A diferença observada entre o número de nascidos vivos (4096) apresentado e o número de nascidos vivos de mulheres residentes em Campinas (4206) se deve ao fato dos 110 partos ocorridos fora de Campinas não terem dados sobre o número de consultas realizadas por categoria de convênio.

| Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|
| Jan-abril/2023 | | | |
| Nº de consultas de pré-natal | SUS | Convênio | Total |
| Nenhuma | 16 | 5 | 21 |
| 1-3 consultas | 124 | 29 | 153 |
| 4-6 consultas | 361 | 198 | 559 |
| 7e+ consultas | 1930 | 1384 | 3314 |
| Ignorado+não informado | 41 | 8 | 49 |
| Total | 2472 | 1624 | 4096 |
| Perc. 7e+ consultas | 78,07% | 85,22% | 80,91% |

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em **09/05/2023**, sujeitos à revisão.

2RDQA

81,66% /
80,00%

A meta nesse quadrimestre foi atingida avaliando esse indicador no âmbito geral. Quando analisamos separadamente SUS e convênio verificamos que no SUS não alcançamos, mas estamos muito próximos da meta, atingindo 79,43%, com um aumento em relação ao primeiro de quadrimestre de 2023.

Temos como objetivos para a melhora desse indicador:

- 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 E-MULTI para matriciamento, educação continuada e atendimento compartilhado de casos, bem como o profissional especialista atender os casos que necessitam.

| | | <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Estruturar uma sala de situação por distrito cuidando de toda a linha materno infantil - rever processos de trabalho, acesso, controle de faltosos, sensibilização, tratamento, educação continuada • Realizar visitas semanais às gestantes e binômio pelos ACS da 36ª semana de gestação até 2ª semana de vida do RN <p>A diferença observada entre o número de nascidos vivos (8032) apresentado e o número de nascidos vivos de mulheres residentes em Campinas (8246) se deve ao fato dos 214 partos ocorridos fora de Campinas não terem dados sobre o número de consultas realizadas por categoria de convênio.</p> <table border="1" data-bbox="469 703 1425 1173"> <thead> <tr> <th colspan="4">Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos Jan-agosto/2023</th> </tr> <tr> <th>Nº de consultas de pré-natal</th> <th>SUS</th> <th>Convênio</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma</td> <td>37</td> <td>7</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>1-3 consultas</td> <td>222</td> <td>53</td> <td>275</td> </tr> <tr> <td>4-6 consultas</td> <td>673</td> <td>399</td> <td>1072</td> </tr> <tr> <td>7e+ consultas</td> <td>3858</td> <td>2701</td> <td>6559</td> </tr> <tr> <td>Ignorado+não informado</td> <td>67</td> <td>15</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>4857</td> <td>3175</td> <td>8032</td> </tr> <tr> <td>Perc. 7e+ consultas</td> <td>79,43%</td> <td>85,07%</td> <td>81,66%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 05/09/2023, sujeitos à revisão.</p> | Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos Jan-agosto/2023 | | | | Nº de consultas de pré-natal | SUS | Convênio | Total | Nenhuma | 37 | 7 | 44 | 1-3 consultas | 222 | 53 | 275 | 4-6 consultas | 673 | 399 | 1072 | 7e+ consultas | 3858 | 2701 | 6559 | Ignorado+não informado | 67 | 15 | 82 | Total | 4857 | 3175 | 8032 | Perc. 7e+ consultas | 79,43% | 85,07% | 81,66% |
|--|---------------|--|--|--|--|--|------------------------------|-----|----------|-------|---------|----|---|----|---------------|-----|----|-----|---------------|-----|-----|------|---------------|------|------|------|------------------------|----|----|----|--------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos Jan-agosto/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de consultas de pré-natal | SUS | Convênio | Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 37 | 7 | 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1-3 consultas | 222 | 53 | 275 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4-6 consultas | 673 | 399 | 1072 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7e+ consultas | 3858 | 2701 | 6559 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ignorado+não informado | 67 | 15 | 82 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 4857 | 3175 | 8032 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perc. 7e+ consultas | 79,43% | 85,07% | 81,66% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3RDQA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAS24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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% | 6,82% | 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 êndase 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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|------------------|---|
| PAS23 | 7,20% | <p>Reduzir em 0,1 ponto percentual a cada ano a proporção de gravidez na adolescência para atingir 7% ao final dos quatro anos.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Padronizar o uso de contraceptivo de longa duração – Dispositivo Intrauterino e Implante Subdérmico de Etonogestrel.</p> <p>Incentivar estratégias de aproximação com essa população com ações extramuros.</p> <p>Fomentar ações de EP para os profissionais dos Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica.</p> <p>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.</p> |
| 1RDQA | 6,85% / 7,20% | <p>Durante o primeiro quadrimestre de 2023, esse indicador teve uma redução em comparação com o mesmo período do ano anterior, atingindo a meta proposta para o ano de 2023.</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.</p> <p>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. • Padronização do uso de contraceptivo de longa duração - Dispositivo Intrauterino e Implante Subdérmico de Etonogestrel para as adolescentes em geral. • 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. |

| | | | Faixa etária da Mãe | 1º Quadrimestre/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------|----|--------------|-----|--------------|------|-----------|------|--------------|-------------|--------------------|-----|-----------------------|--------------|
| | | | 10 a 14 anos | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 15 a 19 anos | 275 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 20 a 34 anos | 2966 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | > 35 anos | 952 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Total | 4206 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Total 10 a 19 anos | 288 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | % Adolescentes | 6,85% | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 09/05/2023 , sujeitos à revisão. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2RDQA | 6,74% / 7,20% | <p>Neste segundo quadrimestre o indicador manteve-se dentro da meta, abaixo do limite estipulado para o ano de 2023 e com redução no percentual, quando comparado com o mesmo período do ano anterior e com o primeiro quadrimestre deste ano. Isto reflete uma melhora nos índices de gestação na adolescência no município.</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.</p> <p>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. • Padronização do uso de contraceptivo de longa duração - Dispositivo Intrauterino e Implante Subdérmico de Etonogestrel para as adolescentes em geral. • 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 border="1"> <thead> <tr> <th>Faixa etária da Mãe</th> <th>1º e 2º Quadrimestre/2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 a 14 anos</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>15 a 19 anos</td> <td>535</td> </tr> <tr> <td>20 a 34 anos</td> <td>5811</td> </tr> <tr> <td>> 35 anos</td> <td>1879</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>8246</td> </tr> <tr> <td>Total 10 a 19 anos</td> <td>556</td> </tr> <tr> <td>% Adolescentes</td> <td>6,74%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 05/09/2023, sujeitos à revisão.</p> | | | Faixa etária da Mãe | 1º e 2º Quadrimestre/2023 | 10 a 14 anos | 21 | 15 a 19 anos | 535 | 20 a 34 anos | 5811 | > 35 anos | 1879 | Total | 8246 | Total 10 a 19 anos | 556 | % Adolescentes | 6,74% |
| Faixa etária da Mãe | 1º e 2º Quadrimestre/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 a 14 anos | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 a 19 anos | 535 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 a 34 anos | 5811 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| > 35 anos | 1879 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 8246 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total 10 a 19 anos | 556 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % Adolescentes | 6,74% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3RDQA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAS24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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% | 14% | 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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------------|--|
| PAS23 | 30% | Garantir a capacitação e atualização dos profissionais das eSF na Atenção Básica, para melhorar a qualidade das ações e a alimentação do sistema de informação da Atenção Básica. (DS) 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) Buscar ativamente os recém-nascidos identificados pela Equipe de Saúde da Família na Atenção Primária, afim de garantir vinculação, dentro da Linha do Cuidado Materno Infantil. (DS) Garantir a capacitação e atualização dos profissionais das equipes NASF na Atenção Básica, para melhorar a qualidade das ações e a alimentação do sistema de informação da Atenção Básica. (DS). 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. |
| 1RDQA | 11,84% / 30,00% | Numerador 498 (Dado fornecido pela CSI, referente aos atendimentos do 3º ao 7º dia de vida nas UBS por profissionais médicos e não médicos). Denominador 4206 (Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática - DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 15/05/23 , sujeitos à revisão). Foram realizados 73 atendimentos nas Unidades Básicas (UBS) do Distrito Leste, 100 atendimentos nas UBS do Distrito Sul, 95 atendimentos nas UBS do Distrito Noroeste, 103 atendimentos nas UBS do Distrito Sudoeste e 127 atendimentos nas UBS do Distrito Norte. O Tema tem sido debatido com os Coordenadores, apoiadores distritais e coordenadores locais, com esperada articulação para as Equipes de Saúde da Família. |

| | | |
|-------|-----------------|--|
| | | <p>Fazendo um recorte, através de dados do Tabnet - nascidos vivos 1º quadrimestre 2023 pelo SUS - Sistema Único de Saúde (2.472), a porcentagem de atendimento na primeira semana de vida é de 20,15 %.</p> <p>Ações:</p> <p>Os dados tabelados pela CSI 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>Orientação às equipes de vincular a orientação a respeito da importância do atendimento ao Binômio Mãe-Bebê ao pré-natal, durante toda a realização deste.</p> <p>Orientação às equipes de 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> <p>Iniciar a capacitação das equipes para o atendimento ao binômio mãe-bebê através da plataforma Saúde Digital Campinas.</p> |
| 2RDQA | 11,73% / 30,00% | <p>ERRATA: Em nova análise do banco de dados, a partir da extração dos dados pelo Departamento de Saúde para o cálculo desse indicador, os dados do 1º RDQA passaram a 10,20% (atendimentos totais) e 17,50% (atendimentos SUS) de atendimentos do binômio mãe-bebê até o 7º dia de vida.</p> <p>Numerador: 967 (Dado fornecido pelo Departamento de Saúde, referente aos atendimentos do 3º ao 7º dia de vida nas UBS por profissionais das equipes de saúde)</p> <p>Denominador: 8246 (Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 05/09/2023, sujeitos à revisão.</p> <p>Fazendo um recorte, através de dados do Tabnet - nascidos vivos de janeiro a agosto 2023 pelo SUS - Sistema Único de Saúde (4.857), a porcentagem de atendimento na primeira semana de vida é de 19,91%.</p> <p>Constata-se um aumento de 101 atendimentos do RN na primeira semana de vida quando comparados o 1º e 2º quadrimestres de 2023.</p> <p>Observamos atendimentos por profissionais das equipes multiprofissionais, além de médicos e enfermeiros, a saber: fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, prática que vai de encontro ao modelo preconizado pelo Município de Campinas, de Estratégia de Saúde da Família.</p> <p>Com a implementação do atendimento virtual ao binômio mãe-bebê através da plataforma Saúde Digital Campinas, pretende-se avançar no atendimento de usuários com dificuldade de comparecimento na UBS dentro do prazo preconizado pelo indicador, pelos mais diversos motivos, gerando mais um modo de acesso, estratificação de risco e criação de vínculo entre o usuário e a equipe de saúde.</p> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 37,99% | 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 a um 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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------------|---|
| PAS23 | 39,00% | 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. |
| 1RDQA | 37,18% / 39,00% | A meta para o ano de 2023 não 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. Temos como objetivo para a melhora desse indicador: <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. A diferença observada entre o número de nascidos vivos (4096) apresentado e o número |

de nascidos vivos de mulheres residentes em Campinas (4206) se deve ao fato dos 110 partos ocorridos fora de Campinas não terem dados sobre o tipo de parto diferenciado por convênio/particular ou SUS.

| Percentual de nascidos vivos por tipo de parto jan-abril/2023 | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Tipo de Parto | SUS | Convênio | Total |
| Vaginal | 1114 | 409 | 1523 |
| Cesariana | 1354 | 1212 | 2566 |
| Não informado | 4 | 3 | 7 |
| Total | 2472 | 1624 | 4096 |
| Percentual Parto Vaginal | 45,06% | 25,18% | 37,18% |
| Percentual Parto Cesariana | 54,77% | 74,63% | 62,65% |
| Percentual de partos por tipo de sistema de saúde | 60,35% | 39,65% | 100% |

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEvisa - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 09/05/2023, sujeitos à revisão.

2RDQA

37,05% /
39,00%

A meta para o ano de 2023 não 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, e teve aumento em relação ao quadrimestre anterior, 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.

Temos como objetivo para a melhora desse indicador:

- 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.

A diferença observada entre o número de nascidos vivos (8032) apresentado e o número de nascidos vivos de mulheres residentes em Campinas (8246) se deve ao fato dos 214 partos ocorridos fora de Campinas não terem dados sobre o tipo de parto diferenciado por convênio/particular ou SUS.

| Percentual de nascidos vivos por tipo de parto jan-agosto/2023 | | | |
|---|------|----------|-------|
| Tipo de Parto | SUS | Convênio | Total |
| Vaginal | 2210 | 766 | 2976 |
| Cesariana | 2638 | 2406 | 5044 |
| Não informado/Ignorado | 9 | 3 | 12 |

| | | | | | |
|--|--|---|--------|--------|---------|
| | | Total | 4857 | 3175 | 8032 |
| | | Percentual Parto Vaginal | 45,50% | 24,13% | 37,05% |
| | | Percentual Parto Cesariana | 54,31% | 75,78% | 62,80% |
| | | Percentual de partos por tipo de sistema de saúde | 60,47% | 39,53% | 100,00% |
| Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE). DEVISA - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 05/09/2023 , sujeitos à revisão. | | | | | |
| 3RDQA | | | | | |
| RAG | | | | | |
| PAS24 | | | | | |

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 | 10,12 | 9,99 | 9,99 | 9,99 |

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/DEVISA. Atualizados em 14/02/2023, 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 a 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

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

| | | |
|-------|--------------|--|
| PAS23 | 9,99 | <p>Promoção integral à saúde da Mulher, incluindo planejamento reprodutivo.</p> <p>Garantir acesso oportuno ao atendimento das intercorrências do período gravídico, com reconhecimento adequado das situações de risco à saúde.</p> <p>Garantir acesso ao pré-natal de Alto Risco e recursos tecnológicos assistenciais para o binômio mãe/bebê em tempo oportuno, conforme necessidade.</p> <p>Estabelecer vinculação da gestante a uma unidade de referência para o parto.</p> <p>Estimular o Aleitamento Materno e o acompanhamento precoce na Unidade Básica de Saúde (vinculando a uma Equipe de Saúde da Família).</p> <p>Manter as investigações e análises dos Óbitos no Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.</p> <p>Capacitar os profissionais de saúde para investigação de casos em todas as Unidades de Saúde.</p> <p>Manter todas as unidades de saúde com representação e participação assídua e efetiva nas reuniões dos Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal dos distritos.</p> <p>Promover discussões periódicas a partir dos dados e avaliações sobre o tema, buscando a melhoria da assistência à saúde da mulher/criança e indicando políticas públicas que impactem na mortalidade infantil.</p> <p>Realizar seminários periódicos para discussão da mortalidade infantil.</p> <p>Fortalecer as ações de promoção ao Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável em todos os serviços, em especial nas Unidades Básicas de Saúde e Maternidades.</p> <p>Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar e Saudável.</p> <p>Desenvolver estratégias, em todos os serviços, para prevenção, diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno, da Infecção do Trato Urinário (ITU), com monitoramento de cura das gestantes.</p> <p>Desenvolver estratégias para ampliar o número de binômios mãe-bebê com atendimento na Atenção Primária entre o 3º e 7º dia de vida do recém-nascido.</p> <p>Através das avaliações do Comitê de Morte Materna e Infantil e Fetal indicar ações educativas, assistenciais e de gestão capazes de melhorar a atenção à gestante, ao parto, puerpério e aos cuidados na primeira infância, bem como apoiar para ampliar as discussões intersetoriais diretamente envolvidas com a mortalidade infantil.</p> |
| 1RDQA | 11,41 / 9,99 | <p>Numerador: 48 / Denominador: 4.206 Fonte: SIM/SINASC.</p> <p>Neste primeiro quadrimestre ocorreu aumento na taxa de mortalidade infantil quando comparamos com o mesmo período do ano de 2022. Em número absoluto tivemos 13 óbitos a mais neste primeiro quadrimestre.</p> <p>Todos os 48 óbitos apontados foram em menores de 01 ano de idade, sendo 34 óbitos com menos de 28 dias de vida, dos quais 09 óbitos com idade menor a 24h de vida.</p> <p>Mantém-se observação que nosso município é referência regional para gestações de risco. O investimento na viabilidade das gestações de risco, com nascidos vivos prematuros extremos vem sendo uma realidade em ascendência. 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 | 8,37 / 9,99 | <p>Numerador: 69 / Denominador: 8246 Fonte: SIM/SINASC.</p> <p>Neste segundo quadrimestre ocorreu diminuição na taxa de mortalidade infantil quando comparamos com o primeiro quadrimestre do ano de 2023.</p> <p>Em número absoluto ocorreram 21 óbitos no 2º quadrimestre deste ano, que representa uma diminuição de 56,25% comparado ao quadrimestre anterior.</p> <p>Houve queda também quando comparamos o número de óbitos dos dois</p> |

| | | |
|-------|--|--|
| | | <p>quadrimestres deste ano com o ano anterior (queda de 16,87).</p> <p>Dos 69 óbitos em menores de 1 ano, 46 foram de menores de 28 dias (mortalidade neonatal: 5,58/1000 NV) e 23 óbitos são de 28 dias a 1 ano (mortalidade pós-neonatal: 2,79/1000 NV). A maior concentração dos óbitos está em casos que ocorrem em NV com menos de 7 dias de vida, com 34 casos (mortalidade neonatal precoce: 4,12/1000 NV).</p> <p>Dentre os 69 óbitos, 19 apresentavam algum tipo de má formação congênita (27,54%), 4 óbitos foram devido a causas externas (5,80%).</p> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 100% | 100% | 86,52% | 95% | 95% | 95% |

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas e Comitê de Mortalidade Materna /DEVISA. Dados atualizados em 14/02/2023 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.xvi.

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 95% | <p>Capacitar os profissionais dos Centros de Saúde para a investigação dos óbitos, com a discussão dos casos sentinelas.</p> <p>Garantir os momentos de discussões locais e distritais com as eSF e eNASF.</p> <p>Manter vigilância e as ações do Comitê de Mortalidade Materno Infantil e Fetal, com as demandas afim de garantir a qualificação do pré-natal, parto e 1ª. Infância.</p> <p>Implementar todos os componentes da rede Materno Infantil (RAMI)/ Rede Cegonha, tendo como finalidade a prevenção da ocorrência do evento morte infantil e fetal.</p> <p>Socializar os relatórios dos Comitês de Mortalidade Materno Infantil e Fetal com as equipes das Unidades, e disparar ações qualificadoras para a vinculação ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura.</p> |

| | | |
|-------|---|--|
| | | <p>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 Saúde Complementar saudável junto às eSF e eNASF.</p> <p>Realizar capacitações para os profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos.</p> <p>Reforçar a importância da participação da gestão distrital (apoio) nas reuniões do Comitê e com isto possibilitar correção oportuna das ações assistenciais necessárias</p> <p>Reforçar a participação dos representantes das UBSs e demais serviços para que o processo de investigação-avaliação-ação seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias.</p> <p>Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós investigação.</p> |
| 1RDQA | <p>Infantil: 28/48 = 58,33%</p> <p>Fetal 22/34 = 64,71%</p> <p>Total 50/82 60,98%</p> | <p>Óbitos infantis - 1 avaliação está em atraso e 19 ainda estão no prazo para avaliação.</p> <p>Óbitos fetais - 1 avaliação está em atraso e 11 ainda estão no prazo para avaliação.</p> <p>O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito</p> <p>Em relação ao 1º RDQA de 2022, observa-se um aumento expressivo dos óbitos investigados (47,37% para 60,98%), dado que reflete diretamente na assistência dentro do Município, visto que pontos vulneráveis identificados dentro do processo de trabalho assistencial, nos casos investigados, tanto a nível hospitalar, ambulatorial e na Atenção Primária à Saúde estão sendo reencaminhados aos serviços identificados para atuarem como eventos sentinela, impactando na melhora nas conduções e ofertas em saúde.</p> <p>As taxas apresentaram aumento tanto para os óbitos neonatais quanto para os pós-neonatais, quando comparadas com o ano de 2022. Na análise inicial dos casos observou-se que as principais causas de mortes evitáveis são aquelas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação com os seguintes fatores determinantes: falta de adesão de gestantes vulneráveis, fragilidade na avaliação de risco e diagnóstico precoce, condução de patologias e suas complicações (principalmente hipertensão e sífilis) e vigilância às faltosas e gestantes de risco.</p> <p>Nos óbitos pós-neonatal chama atenção os 3 óbitos classificados por causas externas (riscos acidentais à respiração) e reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas à ações adequadas de atenção à saúde.</p> <p>A vulnerabilidade social se mostra um fator importante nas mortes evitáveis quando analisamos do ponto de vista de adesão e seguimento ao pré-natal e orientações para cuidados com o RN (educação em saúde).</p> <p>Propostas do Comitê:</p> <p>Realizar capacitações para os profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos.</p> <p>Reforçar a importância da participação da gestão distrital (apoio) nas reuniões do Comitê que funciona como um observatório da assistência na linha materno-infantil e, com isto, possibilita diagnosticar falhas de assistência e possibilita a correção oportuna das ações assistenciais necessárias.</p> <p>Reforçar a participação dos representantes das UBSs e demais serviços para que o processo de investigação-avaliação-ação seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias.</p> <p>Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós-investigação.</p> |
| 2RDQA | <p>Infantil: 58/69 - 84,06%</p> <p>Fetal 39/65 -</p> | <p>Óbitos infantis - 1 avaliação está em atraso e 10 ainda estão no prazo para avaliação.</p> <p>Óbitos fetais - 5 avaliações estão em atraso e 21 ainda estão no prazo para avaliação. (O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito)</p> <p>Na análise dos casos observou-se as mesmas causas de mortes evitáveis do primeiro quadrimestre que são aquelas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação com</p> |

| | |
|-------------------------|--|
| 60,00% | os seguintes fatores determinantes: falta de adesão de gestantes vulneráveis, fragilidade na avaliação de risco e diagnóstico precoce, condução de patologias e suas complicações (principalmente hipertensão e sífilis) e vigilância às faltosas e gestantes de risco nos serviços. |
| Total: 97/134 | |
| 72,39% | Nos óbitos pós-neonatal chama atenção os 3 óbitos classificados por causas externas (riscos acidentais à respiração) e reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde. |
| | A vulnerabilidade social se mostra um fator muito importante nas mortes evitáveis quando analisamos do ponto de vista de adesão, seguimento e condução do pré-natal e orientações para cuidados com o RN (educação em saúde). |
| | Propostas do Comitê: |
| | Manter as avaliações dos processos e fluxos de trabalho junto aos profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos. |
| | Reforçar a ação da gestão distrital (apoio) nas reuniões do Comitê que funciona como um observatório da assistência na linha materno-infantil e com isto possibilita diagnosticar falhas de assistência e possibilita a correção oportuna das ações assistenciais necessárias. Reforçar a participação dos representantes das UBSs e demais serviços para que o processo de investigação-avaliação-ação seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias. Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós-investigação. |
| 3RDQA | |
| RAG | |
| PAS24 | |

Meta 1.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 de Morte Materna

Série Histórica e Meta Planejada

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

Fonte: SIM e SINASC - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/DEVISA. Atualizados em 14/02/2023, sujeitos à revisão.

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

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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|--|--|
| PAS23 | Manter até 40,00 / 100.000 nascidos vivos e que a média dos 4 anos não ultrapasse 35 mortes / 100.000 nascidos vivos | <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 a 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. Articular a Rede Cegonha no Município de Campinas e os Comitês de Mortalidade Infantil e Materna 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). Realizar capacitações para os profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos. Reforçar a importância da participação da gestão distrital (apoio) nas reuniões do Comitê e com isto possibilitar correção oportuna das ações assistenciais necessárias. |

| | | |
|-------|--------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a participação dos representantes das UBSs e demais serviços para que o processo de investigação-avaliação-ação seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias. • Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós investigação. |
| 1RDQA | 23,77 /40,00 | <p>Numerador: 1 / Denominador: 4.206. Fonte: SIM/SINASC.</p> <p>Tivemos ocorrência de um óbito materno. Pela avaliação do Comitê Municipal de Investigação de Morte Materna, Infantil e Fetal este é um óbito obstétrico direto evitável.</p> <p>Numerador: 1 / Denominador: 4206. 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). • Realizar capacitações para os profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos. • Reforçar a importância da participação da gestão distrital (apoio) nas reuniões do Comitê e com isto possibilitar correção oportuna das ações assistenciais necessárias. • Reforçar a participação dos representantes das UBSs e demais serviços para que o processo de investigação-avaliação-ação seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias. • Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós investigação. |

| | | |
|-------|-------------|--|
| 2RDQA | 24,25/40,00 | <p>Numerador: 2 / Denominador: 8246. Fonte: SIM/SINASC.</p> <p>Tivemos ocorrência de um óbito materno neste quadrimestre. Pela avaliação do Comitê Municipal de Investigação de Morte Materna, Infantil e Fetal, este óbito foi classificado como evitável obstétrico indireto.</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). • Realizar capacitações para os profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos. • Reforçar a importância da participação da gestão distrital (apoio) nas reuniões do Comitê e com isto possibilitar correção oportuna das ações assistenciais necessárias. • Reforçar a participação dos representantes das UBSs e demais serviços para que o processo de investigação-avaliação-ação seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias. • Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós investigação. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 99,6% | 100% | 92% | 90,6% | 90% | 90% | 90% |

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/DEVISA. Dados atualizados em 14/02/2023, 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 Meta1.ii.1.xviii.

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------------|---|
| PAS23 | 90,0 % | Manter e aprimorar o processo de investigação e avaliação dos comitês distritais. Participar ativamente do Comitê Regional da RMC. Apoiar os comitês de Investigação distrital com a realização de reuniões periódicas para discussão dos casos investigados; realizar capacitações temáticas e discussão em rede. Capacitar os 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. |
| 1RDQA | 67,01% / 90,00% | Numerador: 65/ Denominador: 97. Fonte: SIM Web. Dois casos estão com a avaliação atrasada e 30 casos estão dentro do prazo para avaliação de óbitos que é de até 120 dias a partir da data do óbito. 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. A avaliação do óbito em mulher em idade fértil também gera a correção dos dados epidemiológicos da mortalidade materna. As principais causas de morte das MIF foram: causas externas (26,80%); neoplasias (25,77%) e doenças cardiovasculares (11,34%). Todas as outras causas somam 36,09%. Temos como objetivo para a melhora desse indicador: <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. |

| | | |
|-------|-----------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • 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 | 77,89% / 90,00% | <p>Numerador: 155/ Denominador: 199. Fonte: SIM Web.</p> <p>Três casos estão com a avaliação atrasadas e 41 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 para identificação de óbitos maternos tardios (de 43 dias até 365 dias) que muitas vezes podem estar relacionados à assistência pré-natal e principalmente puerpério das quais se pode 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>As principais causas de morte das MIF foram: causas externas (21,1%); neoplasias (24,6%) e doenças cardiovasculares (15,5%).</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. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 14/02/2023, sujeitos à revisão.

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

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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-------------|--|
| PAS23 | 100% | <p>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.</p> <p>Implementar todos os componentes da Rede Cegonha em todos os níveis de cuidado, tendo como finalidade a prevenção da ocorrência do evento morte materna.</p> <p>Utilizar os relatórios dos Comitês de Mortalidade como disparadores de ações qualificadoras dos técnicos da SMS na atenção ao pré-natal, parto e puerpério.</p> <p>Realizar capacitações para os profissionais da assistência e das vigilâncias regionais para qualificar as investigações e fechamentos dos casos respeitando os prazos estabelecidos.</p> <p>Reforçar a importância da participação da gestão distrital (apoio) nas reuniões do Comitê e com isto possibilitar correção oportuna das ações assistenciais necessárias.</p> <p>Reforçar a participação dos representantes das UBSs e demais serviços para que o processo de investigação-avaliação-ação seja capilarizado nas equipes e gere as adequações necessárias.</p> <p>Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós investigação.</p> <p>Manter as devolutivas para os estabelecimentos hospitalares com as recomendações pós investigação.</p> |
| 1RDQA | 100% / 100% | <p>Tivemos ocorrência de um óbito materno. Ocorreu durante o procedimento de curetagem uterina após aborto de gestação anembrionada. Pelo laudo do SVO a provável causa de morte foi anafilaxia. Pela avaliação do comitê do Comitê este é um óbito obstétrico direto evitável.</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 | 100% / 100% | <p>Tivemos ocorrência de dois óbitos maternos até o final do 2º quadrimestre. O primeiro pela avaliação do Comitê é um óbito obstétrico direto evitável. O segundo pela avaliação do Comitê é um óbito obstétrico indireto evitável.</p> <p>Reforçamos que é importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter os processos de trabalho dos Comitês de Investigação de óbitos. |

| | | |
|-------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • 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. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 71 | 109 | 44 | 35 | 28 |

| ANO | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Sífilis Gestantes | 272 | 318 | 327 | 359 | 351 | 99 | 289 | 307 | 457 |
| Sífilis congênita | 72 | 83 | 84 | 66 | 47 | 35 | 69 | 71 | 109 |
| Taxa de detecção de sífilis gestante | 17,0 | 19,6 | 21,4 | 23,3 | 24,9 | 22,9 | 23 | 25,1 | 36,14 |
| Coefficiente de incidência sífilis congênita | 4,3 | 5,1 | 5,6 | 4,7 | 3,1 | 4,4 | 4,8 | 5,2 | 8,6 |

Fonte: SINAN/TABNET/DEVISA - Atualizado até 01/09/2023. *Taxa de detecção de sífilis em gestante e coeficiente de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo ano de diagnóstico.

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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 70 | <p>Para 2023 foi proposta a repactuação da meta deste indicador, considerando a ampliação dos casos de sífilis congênita em 2022 e as novas estratégias implementadas e/ou em implantação para diminuição de novos casos.</p> <p>Sistematizar a realização dos exames de sífilis para todas as gestantes, no 1º. E 3º. Trimestres da gestação (testes laboratoriais) e 24ª. E 34ª. Semanas de gestação (testes rápidos). Linha de Cuidado Materno Infantil.</p> <p>Tratar todas as gestantes com sífilis em tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina.</p> <p>Tratar os parceiros sexuais das gestantes com sífilis.</p> <p>Realizar capacitações/ Educação Continuada e atualizações constantes para as equipes assistenciais quanto ao diagnóstico precoce e tratamento da gestante com sífilis e tratamento de seu parceiro, no manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.</p> <p>Monitorar o acompanhamento de todas as gestantes e parceiros com sífilis.</p> <p>Monitorar a rotina de consultas, retornos e exames no pré-natal, estimulando o início no 1º. Trimestre, intensificando a busca de faltosos.</p> <p>Monitorar as ações de qualificação da assistência ao parto e nascimento, com triagem sorológica e acompanhamento do recém-nascido no serviço de referência.</p> <p>Instituir fluxo de informação DS/DEVISA sobre notificações e acompanhamento dos casos.</p> <p>Ampliar e incentivar o uso de preservativo e outros métodos anticoncepcionais.</p> <p>Estabelecer fluxo de coleta de liquor dos lactentes com diagnóstico de sífilis congênita conforme estabelecido em Nota Técnica vigente.</p> <p>Implantar planilha compartilhada semanalmente através da plataforma "COLABORA" com as VISA regionais dos casos de sífilis em gestante para a qualificação dos dados em tempo oportuno.</p> <p>Disponibilizar o acesso ao LIGA- SISTEMA INFOLab para as VISA Regionais como mais uma fonte de informação e busca ativa de casos através de exames, e dessa forma ser possível identificar novos casos de sífilis em gestante precocemente.</p> <p>Compartilhar e instituir as propostas implantadas nas UBS do Distrito Norte (mudanças dos processos de trabalho, planilhas de acompanhamento de gestantes e gestantes com sífilis, otimização dos testes rápidos para sífilis/HIV nas UBS) como diretriz da Secretaria Municipal de Saúde.</p> |
| 1RDQA | 44 / 44 | <p>No período avaliado, houve 176 notificações de casos de sífilis congênita, sendo que 132 casos foram descartados.</p> <p>Dos casos confirmados, 9 casos são de aborto, 3 casos natimorto e 32 de sífilis congênita recente.</p> <p>Foram realizadas capacitações com as equipes assistenciais pelas VISA Regionais referente à condução dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita, além da realização de capacitação em nível regional.</p> <p>O Distrito Norte, em parceria com o DEVISA, implementou em setembro/2022 a sala de situação onde vem discutindo a abordagem da sífilis desde o início das atividades.</p> <p>Os cinco distritos de Saúde iniciaram salas de situação para discussão de estratégias de enfrentamento da sífilis gestacional.</p> <p>O município também vem se empenhando para a certificação de eliminação da sífilis congênita, conforme o Programa do Ministério da Saúde.</p> <p>Em uma parceria Departamento de Saúde e Departamento de Vigilância em Saúde foi construído Plano de ação da Linha de Cuidado Materno Infantil, onde foram estabelecidos estratégias, prazos e responsáveis pelas ações referentes ao enfrentamento da sífilis gestacional e sífilis da população em geral, determinantes para a diminuição dos casos de sífilis congênita.</p> <p>O CVAD e VISA Regionais avaliam semanalmente os casos de sífilis em gestantes notificados pelos serviços de saúde a fim de se qualificar e reavaliar em tempo oportuno a indicação correta do tratamento da gestante e do parceiro, para a mitigação e redução dos casos de sífilis congênita.</p> <p>Embora o indicador ainda seja muito preocupante, observa-se como possível resultado dos esforços a elevação da taxa de detecção de sífilis em gestante, a maior de toda a série</p> |

| | | |
|-------|--------|--|
| | | <p>histórica, demonstrando maior captação de gestantes com sífilis, o que aumenta a chance de tratar adequadamente a gestante e seu(s) parceiro(s), com o objetivo de evitar a sífilis congênita.</p> <p>Foi elaborada e está em fase de implementação uma planilha compartilhada entre DEVISA, DS, Distritos de Saúde e Unidades Básicas de Saúde, através da plataforma “COLABORA” referente aos casos de crianças com diagnóstico de sífilis congênita ou criança exposta à sífilis, para acompanhamento da linha de cuidado assistencial, conforme Protocolo de Seguimento Clínico da Sífilis Congênita (site PMC).</p> |
| 2RDQA | 80 /44 | <p>No período avaliado (janeiro a agosto 2023) houve 311 notificações de casos de sífilis congênita, sendo que 231 casos foram descartados.</p> <p>Dos 80 casos confirmados, 18 casos são de abortos, 4 casos de natimortos e 58 casos de sífilis congênita recente.</p> <p>Em uma parceria Departamento de Saúde (Área da Criança e Adolescente) e Departamento de Vigilância em Saúde foi construído Plano de ação da Linha de Cuidado Materno Infantil, onde foram estabelecidos estratégias, prazos e responsáveis pelas ações referentes ao enfrentamento da sífilis gestacional e sífilis da população em geral, determinantes para a diminuição dos casos de sífilis congênita, como a implantação de planilha para o acompanhamento / monitoramento assistencial das crianças com sífilis congênita e criança exposta a sífilis, a fim de garantir que o protocolo assistencial seja aplicado (avaliação clínica/laboratorial/consultas com especialistas conforme a NOTA INFORMATIVA Nº 002/2022/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP).</p> <p>A Sala de Situação nos distritos de saúde mantém uma agenda de reuniões para a avaliação das ações implementadas, com foco na prevenção/tratamento adequado para a gestante com sífilis e seu parceiro.</p> <p>O CVADT e VISA Regionais mantém a rotina de avaliação semanal dos casos de sífilis em gestantes notificados pelos serviços de saúde, a fim de qualificar e reavaliar em tempo oportuno a indicação correta do tratamento da gestante e do parceiro, para a mitigação e redução dos casos de sífilis congênita.</p> <p>Como rotina, todos os casos de sífilis congênita são investigados pelas VISA Regionais e UBS, avaliando toda a linha do cuidado, as perdas de oportunidade e realizando as intervenções quando necessárias.</p> <p>Em reunião com a Maternidade de Campinas, foi pactuado a mudança de conduta de testagem em gestantes e puérperas no momento do parto, sendo instituído a realização de teste treponêmico (Teste rápido, fornecido pelo Ministérios da Saúde), e a depender do resultado positivo, seguir com o processamento de exame VDRL (conforme Nota Técnica construída pelo DEVISA).</p> <p>Há também que se pautar a infrequência do insumo para a realização do VDRL durante o período; foram realizadas discussões com o Laboratório Municipal sobre a padronização da metodologia, visto que o resultado do exame é humano/dependente, e o impacto da falta do insumo na assistência ao pré-natal.</p> <p>Além dessas ações, a fim de mitigar as principais situações da ocorrência da sífilis congênita, e entendendo ser um evento sentinela, foi implantado uma planilha de investigação dos casos, que será atualizada pelas VISA Regionais, após a discussão dos casos com as unidades básicas e no comitê materno/infantil distrital.</p> <p>Apesar do indicador manter-se acima da meta estipulada, em números absolutos, no segundo quadrimestre houve uma menor ocorrência de sífilis congênita, 36 casos no 2º quadrimestre e 44 casos no 1º quadrimestre de 2023.</p> |

| | | |
|-------|--|---|
| | | Observação: faz-se necessária avaliação da linha de cuidado anterior ao nascimento da criança com sífilis congênita e exposta à sífilis, no intuito de refinar prováveis falhas, atuando com tratativas específicas para saneamento das mesmas. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 2,27 | 2,51 | 2,00 | 2,00 | 2,00 |

Fonte: CSAPTA/DATASUS - Dados atualizados até 27/09/2023. Os dados fornecidos pelo DATASUS, correspondem até julho/2023.

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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-------------|---|
| PAS23 | 2,00 | 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). Tratar todas as gestantes com sífilis no tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina. Tratar as parcerias sexuais das gestantes com sífilis. Garantir a aquisição de penicilina benzatina para o tratamento da gestante com sífilis. Garantir os exames de sorologia de sífilis para gestantes. Manter disponível teste rápido para sífilis em todos os serviços de saúde. Realizar capacitações e atualizações constantes das equipes assistenciais quanto ao manejo do Teste Rápido; aconselhamento do paciente; interpretação dos resultados laboratoriais, diagnóstico e tratamento precoce da gestante com sífilis e tratamento de seu parceiro. Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis. |
| 1RDQA | 3,64 / 2,00 | No primeiro quadrimestre ocorreram 1833 partos no município de Campinas, foram realizados 2160 testes de sífilis em gestantes, segundo registros no eSUS. O Laboratório Municipal de Campinas informou 4508 testes de sífilis em gestantes. Dados parciais devido à não contabilização total do número de partos no período. Nota: Indicador de avaliação anual. |

| | | |
|-------|--------------------|---|
| | | <p>Total de partos de janeiro a março de 2023: 1833</p> <p>Total de testes rápidos em gestantes de janeiro a abril de 2023: 2160</p> <p>Total de exames de sorologia realizados em gestantes pelo laboratório municipal de janeiro a abril realizados: 4508</p> <p>Total de exames realizados: 6668</p> <p>Fonte:</p> <p>Numerador: Dados enviados pela CSI/SMS e Laboratório Municipal de Campinas.</p> <p>Denominador: Os dados estão disponíveis no TABNET.DATASUS até março/2023.</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 | 3,43 / 2,00 | <p>A meta foi atingida.</p> <p>Nota: Indicador de avaliação anual</p> <p>Durante o primeiro e segundo quadrimestres de 2023 ocorreram 3740 partos no SUS, e foram realizados 12.811 exames de sífilis em gestantes. Desse quantitativo, 8.937 exames realizados no Laboratório Municipal 3.874 registros no e-SUS AB</p> <p>Total de partos de janeiro a agosto de 2023: 3.740</p> <p>Total de testes rápidos em gestantes de janeiro a agosto de 2023: 3.874</p> <p>Total de exames de sorologia realizados em gestantes pelo laboratório municipal de janeiro a agosto de 2023: 8.937</p> <p>Total de exames realizados: 12.811</p> <p>Fonte:</p> <p>Numerador: Dados enviados pela CSI/SMS e Laboratório Municipal de Campinas.</p> <p>Denominador: Os dados estão disponíveis no TABNET.DATASUS até julho/2023.</p> <p>As ações de sensibilização quanto ao diagnóstico oportuno da sífilis na gestação continuam, associadas às outras ações apresentadas no indicador anterior. Observa-se que o município mantém a tendência crescente de testagens, as equipes tem sido provocadas a compreender através de eventos sentinelas e discussões acerca da linha do cuidado da gestante e criança, os motivos porque este indicador, ainda que oportuno, não reflita positivamente na diminuição dos casos de sífilis congênita.</p> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 89.24% | 80% | 80% | 80% |

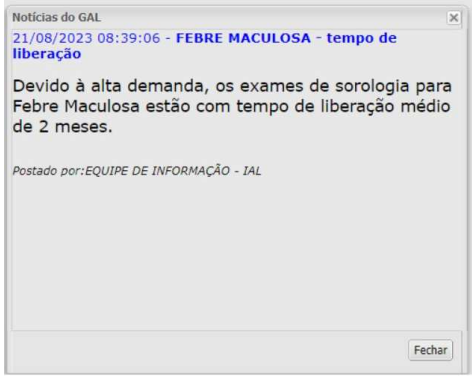
Fonte: SINAN-DEVISA – Dados atualizados em 12/09/2023.

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 Meta1.iii.1.i.

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|---------------|---|
| PAS23 | 80% | As estratégias e instrumento de monitoramento da oportunidade de encerramento das doenças de notificação compulsória continuarão sendo implementadas em 2023, bem como avaliados necessidades de outros ajustes do instrumento ou processo de trabalho para melhor qualificação da vigilância destes agravos. |
| 1RDQA | 96,22% | No primeiro quadrimestre de 2023 as ações de monitoramento deste indicador pactuadas em 2022 estão sendo consolidadas junto às equipes de vigilância. |
| 2RDQA | 84,66% | No primeiro quadrimestre de 2023 as ações de monitoramento deste indicador pactuadas em 2022 estão sendo consolidadas junto às equipes de vigilância. Este indicador, em especial no segundo período foi bastante impactado pelo número aumentado de notificações de FMB, quando houve um grande aumento no número de notificações devido a sensibilização dos serviços de saúde em decorrência de um surto de FMB ocorrido no município. Parte considerável dos casos ainda estão em investigação devido a capacidade de processamento das amostras pelo laboratório de referência – Instituto Adolfo Lutz, conforme notícia abaixo; o que acarreta que a notificação não seja encerrada no período preconizado. |

| | | |
|-------|--|---|
| | |  |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 45% | 63,64% | 61% | 56% | 51% |

Fonte: SINAN – Atualizado em 13/09/2023.

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 |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 61% | As ações previstas para 2023 são: Ações de capacitação para profissionais de saúde na abordagem do tratamento precoce, que ocorrerá entre os meses de março e abril de 2023; Em fevereiro/2023 foi iniciado o processo de viabilização da aquisição da doxiciclina injetável para os casos suspeitos de FMB internados; Realizar mapeamento de outros serviços e profissionais para os quais as capacitações realizadas não estão alcançando e elaborar estratégias de alcance. Necessário afinar as ações de publicidade. |

| | | |
|-------|-------------|---|
| 1RDQA | 100% | No período analisado foram confirmados dois casos de FMB e ambos evoluíram a óbito. Desde dezembro de 2022 a partir da capacitação sobre manejo das arboviroses realizada pelo DEVISA em parceria com DS a Febre Maculosa tem sido abordada enquanto diagnóstico diferencial e dada sua importância epidemiológica. A capacitação ocorrida em dezembro, continuou acontecendo pelas Visas Regionais em parceria com os Distritos, conceitualmente através do desenvolvimento do estudo de caso, cada Visa/ Distrito realizou ao menos 3 capacitações em seu território trabalhando neste formato às equipes de assistência. Considerando o período sazonal que se inicia entre abril/ maio para FMB, ações de educação em saúde e de comunicação de risco estão em planejamento em todos os territórios, já iniciando a fase de execução; além disso, novas capacitações estão sendo organizadas. Os óbitos por FMB são evitáveis, os que ocorrem são decorrentes da suspeita diagnóstica e/ou introdução do tratamento tardio. |
| 2RDQA | 75% | No período analisado foram confirmados oito casos de FMB, sendo que seis evoluíram a óbito. Durante o segundo quadrimestre e conforme já apontado acima ao fim do primeiro quadrimestre, mais de oitenta ações foram desencadeadas no período anterior, ações de capacitação das equipes assistenciais de toda a rede de assistência à saúde de Campinas (capacitações virtuais realizadas pela equipe central, coletivas de imprensa durante o surto da Fazenda Santa Margarida, capacitações <i>in loco</i> em serviços hospitalares, capacitações regionais às equipes de CS), além de capacitações, ações de educação em saúde e comunicação foram amplamente trabalhados em todos os territórios, investigação de locais de prováveis infecções, pesquisa acarológicas, sinalização de áreas de risco e transmissão, reuniões com gestores de parque público, capacitação de trabalhadores de parque público, criação e divulgação do site FMB/ PMC, painel interativo de monitoramento de FMB. Os óbitos por FMB são evitáveis, os que ocorrem são decorrentes da suspeita diagnóstica e/ou introdução do tratamento tardio. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 50% | 62% | 55% | 60% | 65% |

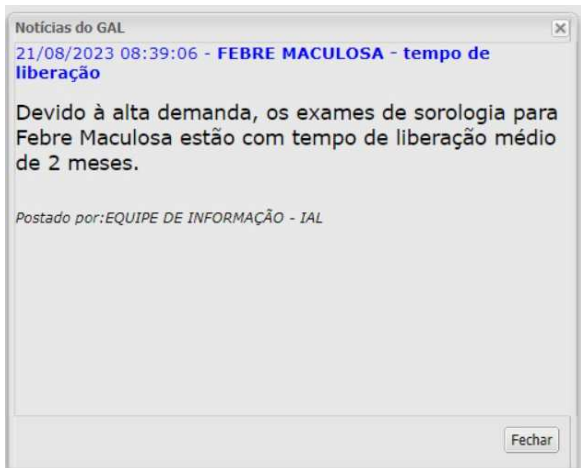
Fonte: SINAN – Dados extraídos em 13/02/2023.

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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|--|---|
| PAS23 | 55% | Aprimoramento dos processos já iniciados em 2022 para melhoria deste indicador. |
| 1RDQA | 41% | No período avaliado foram realizadas 219 notificações para FMB, sendo que destes, 55 casos foram descartados por critério clínico epidemiológico e 75 ainda se encontram em investigação. Foram 89 pacientes com encerramento por critério laboratorial. A análise baseou-se em dados acerca de residentes no município de Campinas. Cabe esclarecer que: o encerramento por critério laboratorial inclui a coleta de 2 amostras biológicas, sendo a segunda em fase mais tardia, já na fase de cura, assim, depende da adesão do paciente a um serviço de saúde e envio ao laboratório de referência – Instituto Adolfo Lutz. |
| 2RDQA | 21,6% Fonte: SINAN 13/09/2023 | No período avaliado foram realizadas 2.356 notificações para FMB, sendo que destas, 730 casos foram descartados por critério clínico epidemiológico e 1.117 ainda se encontram em investigação. Foram 509 pacientes com encerramento por critério laboratorial. A análise baseou-se em dados acerca de residentes no município de Campinas. Destaca-se que: houve um grande aumento no número de notificações devido a sensibilização dos serviços de saúde em decorrência de um surto de FMB ocorrido no município. Além disso, parte considerável dos casos ainda estão em investigação devido a capacidade de processamento das amostras pelo laboratório de referência – Instituto Adolfo Lutz.  |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 0% | 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 Meta1.iii.1.iv.

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-------------|--|
| PAS23 | 80% | O indicador é novo e ainda existem dificuldades operacionais a serem superadas para alcançar adequadamente a mensuração do indicador. |
| 1RDQA | 100% | No período analisado dois locais foram apontados como LPI de casos confirmados; em ambos a pesquisa acarológica foi realizada em tempo oportuno (até 60 dias após a notificação). |
| 2RDQA | 100% | No período analisado três áreas silenciosas foram apontadas como LPI de casos confirmados; em todas a pesquisa acarológica foi realizada em tempo oportuno (até 60 dias após a notificação). |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 25% | 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 fev/2023.

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 |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 75% | <p>A meta anual é de pactuação da CIT.</p> <p>Ações pactuadas em planejamento para melhoria das coberturas vacinais em 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar Educação Permanente - Sistemas de Registros; Elaborar ferramenta para busca ativa (SINASC); Disponibilizar dados para busca ativa nominal (SINASC); Desenvolver e disponibilizar informações para a população sobre calendário vacinal, com linguagem simples nos diversos meios de comunicação existentes; Ampliar para período integral o funcionamento das salas de vacina após avaliação e diagnóstico de possíveis causas de faltosos; Ampliar e propor ações de vacinação nos locais de população circunscrita (empresas, abrigos, ONGs, etc), a fim de ampliar o acesso a vacinação; Realizar capacitação técnica; Produzir junto ao núcleo de comunicação DEVISA, um plano de comunicação da campanha para site vacina, whatsapp, comunicação interna e conteúdos pertinentes; Pactuar com Secretaria de Comunicação/ assessoria de imprensa para ações de publicidade (mobilização e divulgação); Criar estratégias de intervenção a partir dos motivos prevalentes de não vacinação; incluindo um plano de comunicação com núcleo de comunicação DEVISA e colaboração SECOM/ assessoria de imprensa. |
| 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.</p> <p>Foram avaliados os dados referentes do período de 01 de janeiro a 30 de abril de 2023, extraídos do sistema SIPNI WEB em 11/05/2023.</p> <p>Observamos que a migração dos dados para o SIPNI, principalmente em relação ao mês de abril, ainda está em andamento, prejudicando os dados finais do quadrimestre.</p> |

| | | <p>O cruzamento de dados proposto em 2022 continua em operacionalização. Todos os centros de saúde recebem mensalmente a relação nominal de crianças com registros ou esquema vacinal desatualizado para realização da busca ativa. Com essa estratégia, 57% das crianças que tinham registros desatualizados, foram atualizadas e foi reduzido em 13% o número de crianças menores de 2 anos com vacinas em atraso.</p> <table border="1" data-bbox="341 342 1430 490"> <thead> <tr> <th colspan="9">COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - 1º QUADRIMESTRE 2023</th> </tr> <tr> <th>BCG</th> <th>PENTA</th> <th>ROTA</th> <th>VIP</th> <th>PNEUMO</th> <th>MENINGO</th> <th>SCR</th> <th>TETRA / 2ªSCR</th> <th>HEP A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>84,0</td> <td>75,5</td> <td>73,1</td> <td>75,5</td> <td>75,9</td> <td>73,9</td> <td>78,8</td> <td>83,9</td> <td>75,4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: SIPNI Dados atualizados em 11/5/2023</p> <p>As campanhas de vacinação contra Influenza e COVID-19 com a vacina bivalente, além de ações de vacinação em escolas e em outras instituições devido surtos de varicela e caxumba, tem sido grandes oportunidades para atualização do esquema vacinal.</p> <p>Para o decorrer de 2023, serão desenvolvidas ferramentas que estimulem a busca de crianças faltosas à vacinação por meio do SINASC.</p> | COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - 1º QUADRIMESTRE 2023 | | | | | | | | | BCG | PENTA | ROTA | VIP | PNEUMO | MENINGO | SCR | TETRA / 2ªSCR | HEP A | 84,0 | 75,5 | 73,1 | 75,5 | 75,9 | 73,9 | 78,8 | 83,9 | 75,4 |
|---|-------|--|---|--------|---------|------|---------------|-------|--|--|--|-----|-------|------|-----|--------|---------|-----|---------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - 1º QUADRIMESTRE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BCG | PENTA | ROTA | VIP | PNEUMO | MENINGO | SCR | TETRA / 2ªSCR | HEP A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 84,0 | 75,5 | 73,1 | 75,5 | 75,9 | 73,9 | 78,8 | 83,9 | 75,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2RDQA | 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% para cada uma das quatro vacinas selecionadas ao final do ano avaliado.</p> <p>Informamos que no período avaliativo, os dados relacionados à cobertura vacinal não migraram para o sistema oficial do Ministério da Saúde – SIPNI – (devido atualização do sistema pelo governo federal) que foi atualizado até 01/06/2023.</p> <p>Apresentamos para este 2º RDQA, os mesmos dados extraídos do sistema SIPNI WEB em 11/05/2023, com a migração parcial dos dados em relação ao mês de abril.</p> <p>Mantem-se a realização de buscas ativas de crianças com esquema vacinal incompleto, com base nos cruzamentos de dados com as informações contidas no e-SUSAPS.</p> <p>Estão sendo realizadas ações de vacinação extra muro em parceria com shopping, empresas e vários estabelecimentos, visando a ampliação da cobertura vacinal e adequada imunização de das pessoas de todas as faixas etárias.</p> <table border="1" data-bbox="341 1305 1430 1453"> <thead> <tr> <th colspan="9">COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - 1º QUADRIMESTRE 2023</th> </tr> <tr> <th>BCG</th> <th>PENTA</th> <th>ROTA</th> <th>VIP</th> <th>PNEUMO</th> <th>MENINGO</th> <th>SCR</th> <th>TETRA / 2ªSCR</th> <th>HEP A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>84,0</td> <td>75,5</td> <td>73,1</td> <td>75,5</td> <td>75,9</td> <td>73,9</td> <td>78,8</td> <td>83,9</td> <td>75,4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: SIPNI Dados atualizados em 14/9/2023</p> <p>Em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, foi elaborada uma planilha nominal, por escola, de crianças matriculadas no ensino infantil e com isso identificado em quais escolas concentra-se o maior número de crianças faltosas nessa faixa etária. Ao longo do terceiro quadrimestre, as ações de vacinação nas unidades escolares, serão norteadas por essa ferramenta, visando maior eficácia e efetividade.</p> <p>No próximo quadrimestre também acontecerá a campanha de multivacinação, campanha de vacinação contra o HPV, vacinação em terminais de ônibus, entre outras ações extramuros.</p> | COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - 1º QUADRIMESTRE 2023 | | | | | | | | | BCG | PENTA | ROTA | VIP | PNEUMO | MENINGO | SCR | TETRA / 2ªSCR | HEP A | 84,0 | 75,5 | 73,1 | 75,5 | 75,9 | 73,9 | 78,8 | 83,9 | 75,4 |
| COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - 1º QUADRIMESTRE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BCG | PENTA | ROTA | VIP | PNEUMO | MENINGO | SCR | TETRA / 2ªSCR | HEP A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 84,0 | 75,5 | 73,1 | 75,5 | 75,9 | 73,9 | 78,8 | 83,9 | 75,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3RDQA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAS24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observações 1.iii.1.v.

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 | 80,92% | 79,79% | 76,81% | 77,27% | 74,45% | 54,90% | 83,70% | 64,20% | 75,56% | 85% | 85% | 85% |

| PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2010 A 2022 | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ano | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| casos novos | 141 | 144 | 177 | 172 | 173 | 193 | 220 | 198 | 184 | 204 | 135 | 176 | 176 |
| cura | 112 | 117 | 143 | 139 | 140 | 154 | 169 | 153 | 137 | 112 | 113 | 113 | 133 |
| Percentual Cura | 79,66 | 81,35 | 80,79 | 80,81 | 80,92 | 79,79 | 76,81 | 77,27 | 74,45 | 54,90 | 83,70 | 64,20 | 75,56 |

Fonte: SISTEMA TB-WEB – DEVISA. Dados atualizados até 12/09/2023. *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). | Alterada a ação. |
| 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 |
|-------|--------------|---|
| PAS23 | 85% | <ul style="list-style-type: none">• Campanhas de Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios com a parceria do Consultório na Rua;• Aumento de cota de TRM – Teste Rápido Molecular, realizadas pelo Laboratório Municipal nas Campanhas de Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios;• Implantação do instrumento de “Evento Sentinela” para a investigação dos casos de abandono junto as UBS, a partir da identificação das fragilidades na assistência ao paciente com Tuberculose. |
| 1RDQA | 47,20 | O indicador não foi atingido. Foram avaliados 214 casos novos de Tuberculose com confirmação laboratorial, sendo que 101 casos evoluíram para cura e 13 óbitos por |

| | | |
|-------|---------------|---|
| | | <p>Tuberculose. Na coorte avaliada, foram identificados 37 casos de abandono, sendo 3 casos de abandono primário. Há 63 casos ainda em abertos, que ainda estão em tratamento/acompanhamento. 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. A 1º fase da Campanha de busca ativa de casos de pacientes sintomáticos respiratórios para a investigação de Tuberculose foi realizada no mês de abril e a 2º fase será em setembro. Foi realizada pelas VISAs Regionais a capacitação de Tuberculose para as equipes assistenciais das UBS.</p> <p>Com relação ao total de casos diagnosticados no primeiro quadrimestre de 2023, houve um aumento considerável de casos referentes aos anos anteriores, o que pode estar relacionado a maior sensibilização dos profissionais de saúde.</p> <p>Em janeiro de 2023 foi instituída no município a realização do teste IGRA pra o diagnóstico de infecção latente de Tuberculose (realizado pelo Laboratório de AIDS da UNICAMP), considerando o diagnóstico e tratamento da ILTB como uma das principais estratégias de prevenção a Tuberculose no país.</p> |
| 2RDQA | 67,28% | Total de 217 casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, sendo 146 curas, 45 abandonos, 15 óbitos Tb, e 11 casos ainda em tratamento. Apesar da meta ainda não ter sido atingida, houve uma melhora significativa na porcentagem de cura em comparação ao 1º quadrimestre. As Ações de monitoramento dos casos pelas Visas Regionais, bem como as interfaces com as equipes de atenção primária continuam e são frequentemente estimuladas e discutidas novas estratégias através do GT de Doenças Crônicas Transmissíveis. A Estratégia de TDO através da tele saúde está em processo de avaliação para implementação. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 97,34% | 89,05% | 95,17% | 96,3% | 93,65% | 91,25% | 90,74% | 90,30% | 84,58% | 95% | 95% | 95% |

| PROPORÇÃO DE EXAMES ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE | | | | | | | | | |
|---|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | |
| 97,34% | 89,05% | 95,17% | 96,3% | 93,65% | 91,25% | 90,74% | 90,30% | 84,58% | |

Fonte: SISTEMA TB-WEB – DEVISA – atualizado em 12/09/2023.

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 clinico 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 |
|-------|---------------|--|
| PAS23 | 95% | Proposta de parceria com o CR – DST/AIDS de capacitações para as equipes assistenciais sobre a importância do uso de teste rápidos de HIV no momento do diagnóstico da Tuberculose. |
| 1RDQA | 95,32% | Conforme a meta estabelecida, os resultados 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 | 98% | A meta foi alcançada. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 99% | 98% | 98% | 98% |

Fonte: SIM – TABNET - Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/DEVISA. Dados atualizados em fev/2023, 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 |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 98% | A meta anual é pactuada na região de saúde de Campinas. Os dados de mortalidade apresentam uma grande importância, e são a base para construção de inúmeros indicadores usados para planejamento e avaliação dos serviços de saúde. A garantia da qualidade é realizada através de processo contínuo em toda cadeia de geração destes dados, com o controle dos documentos distribuídos as instituições, a codificação e digitação das causas e demais dados, o preenchimento adequado de todas as variáveis, entre outros. Para isto se faz necessário a manutenção do número adequado de técnicos e processo constante de capacitação. |

| | | |
|-------|---------------|--|
| | | <p>Em 2023, continuaremos trabalhando para a correção das causas básicas mal definidas e também daquelas sem validade epidemiológica, através de investigação e reconstrução de causas de óbito. Além da continuidade dos trabalhos dos comitês de análise de óbitos já existentes, planejamos a implementação do Comitê de Investigação de Óbitos Evitáveis e Prematuros, que focará principalmente nos óbitos por doenças crônicas.</p> <p>O processo de capacitação no preenchimento adequado das declarações de óbito que se iniciou em 2022 terá continuação com a meta de realizar a capacitação em todos os principais hospitais do município até o final do ano.</p> <p>Outro fator importante para a qualidade dos dados de mortalidade é a qualificação dos serviços ofertados pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO).</p> |
| 1RDQA | 98,73% | <p>Óbitos com causa definida: 2.572</p> <p>Total de óbitos: 2.605</p> <p>Fonte: SIM base local.</p> <p>Realizada capacitação de qualificação de preenchimento de DO em 5 estabelecimentos hospitalares.</p> |
| 2RDQA | 98,79% | <p>Óbitos com causa definida: 5.452</p> <p>Total de óbitos: 5.519</p> <p>Fonte: SIM base local.</p> <p>Realizada capacitação de qualificação de preenchimento de DO em mais 6 estabelecimentos de saúde neste quadrimestre.</p> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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

Incidência de Câncer em Campinas 2010-2017

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

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

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 |
|-------|-------------------------------------|--|
| PAS23 | Divulgação dos dados de 2018 e 2019 | Manter a qualidade dos dados e nos processos de coleta, codificação, digitação, limpeza dos bancos e fechamento dos dados. Para tanto é necessário a manutenção da equipe de técnicos com processo de qualificação e educação continuada e prover insumos para o trabalho, principalmente de informática e transporte. Continuar os investimentos no sistema informatizado para notificação ativa dos casos incidentes de câncer pelas instituições de diagnóstico e assistência. Divulgar os dados e participar do planejamento das ações em saúde para buscar adequar as ofertas às necessidades de diagnóstico e tratamento das principais neoplasias. Divulgar os dados através dos meios de comunicação para a população, servindo de sensibilização e educação em saúde, com foco no diagnóstico precoce e prevenção da doença, aumentando o conhecimento sobre os fatores de risco e de promoção de hábitos saudáveis. |
| 1RDQA | | Avaliação anual. |
| 2RDQA | | Avaliação anual. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | NOVO | NOVO | NOVO | NOVO | 02 | 04 | 02 | 06 | 03 | 1 | 1 | 1 |

Fonte: DEVISA – atualizado em julho/2023.

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 |
|-------|--|--|
| PAS23 | No mínimo, 01 publicação de análise de situação de saúde produzida e divulgada | Manter o processo de análise de dados e produção de informações através de boletins, relatórios internos, reportagens, artigos e outras formas de divulgação que se mostrarem importantes. Manter os dados no tabnet atualizados periodicamente (bimestralmente). Produzir informações pertinentes a partir dos bancos de dados gerenciados pela Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE) para a gestão utilizar no planejamento, análise da situação ou avaliação de resultados. Instrumentalizar a atenção básica e vigilância em saúde com dados dos territórios. |
| 1RDQA | | Avaliação anual. |
| 2RDQA | | Avaliação anual. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 2 | 1 | 1 | 1 |

Fonte: SINAN- DEVISA – atualizado em 12/09/2023.

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 |
|-------|------------------|--|
| PAS23 | No máximo 1 caso | Em parceria com o DS e CR-DST/AIDS: <ul style="list-style-type: none"> Promover capacitações às equipes assistenciais, fortalecendo e otimizando a realização de teste rápido para IST para toda a população sexualmente ativa que busque atendimento em serviços de saúde do município para diagnóstico e tratamento precoce dos casos; Capacitações referente a assistência a gestante e exames (testes rápidos/sorologias) para IST durante a gestagem, conforme o Protocolo de Pré Natal da Secretaria de Saúde; Facilitar o acesso para as VISAs e serviços de saúde aos resultados de sorologias realizadas pelo Laboratório Municipal. |
| 1RDQA | 0 | Não houve registro de caso de AIDS em crianças menores de 5 anos em 2022 até a presente data. 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, bem como a formação e nomeação de Comitê para as ações e solicitação da certificação ao MS. |
| 2RDQA | 0 | Meta atingida. Não houve registro de caso de AIDS em crianças menores de 5 anos até o mês de agosto. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 28% | 27,90% | 26,50% | 22,11% | 19,90% | 17,91% |

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

Fonte: Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST's e do HIV/AIDS do Ministério da Saúde (MS). Dados atualizados em 13/02/2023 (porém, para o ano de 2022 o sistema do MS estavam atualizados até setembro/2022).

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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 22,11% | Em parceria com o DS e CR-DST/AIDS: <ul style="list-style-type: none"> Promover capacitações às equipes assistenciais, fortalecendo e otimizando a realização de testes rápidos para IST para toda a população sexualmente ativa que busque atendimento em serviços de saúde do município para diagnóstico e tratamento precoce dos casos; Facilitar o acesso para as VISAs e serviços de saúde aos resultados de sorologias realizadas pelo Laboratório Municipal. |
| 1RDQA | | Avaliação anual. Os dados são disponibilizados pelo Ministério da Saude através do site http://indicadoresclinicos.aids.gov.br . Não há dados referente ao ano de 2023 disponibilizado no site até o momento – 12.05.2023 |
| 2RDQA | | Avaliação anual. Os dados são disponibilizados pelo Ministério da Saude através do site http://indicadoresclinicos.aids.gov.br . Não há dados referente ao ano de 2023 disponibilizado no site até o momento – 12.09.2023. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 52.611 | 52.106 | 63.937 | 38.875 | 37.493 | 23.299 | 27.229 | 36.427 | 48.709 | 32947 | 36241 | 39865 |

Fonte: DEVISA-Campinas – atualizado em 13/09/2023.

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 |
|-------|---------------|---|
| PAS23 | 32.947 | A meta previamente planejada para 2023 está mantida, com objetivo de monitorar a estabilidade dos resultados deste indicador, considerando o período pós pandêmico. Em parceria com o DS e CR-DST/AIDS: <ul style="list-style-type: none">Promover capacitações às equipes assistenciais, fortalecendo e otimizando a realização de testes rápidos para IST para toda a população sexualmente ativa que busque atendimento em serviços de saúde do município para diagnóstico e tratamento precoce dos casos;Facilitar o acesso para as VISAs e serviços de saúde aos resultados de sorologias realizadas pelo Laboratório Municipal. |
| 1RDQA | 15.617 | Segundo os dados disponibilizados referentes ao período de 01/01/2022 a 30/04/2022, foram realizados 15.617 testes sorológicos anti-HCV. Pelo Laboratório Municipal, através de relatório extraído do sistema InfoLAB foram identificados 13.433 exames sorológicos anti-HCV realizados, e no E-SUS AB foram 2.184 testes rápidos identificados. |
| 2RDQA | 32.693 | Dados disponibilizados no período de 01/01/2023 a 30/08/2023. Foram realizados 32.693 exames anti-HCV, sendo 27.724 pelo Laboratório Municipal e 4.969 registrados no E-SUS AB (teste rápido). |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

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 | 1.565 | 1.706 | 1.135 | 5.168 | 10.166 | 13.211 | 13.075 | 13444 | 15461 | 17780 |

Fonte: CSAPTA, SIA SUS – dados atualizados em 13/09/2023.

*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 |
|-------|---------------|---|
| PAS23 | 13.444 | Em parceria com o DS e CR-DST/AIDS: <ul style="list-style-type: none"> Promover capacitações às equipes assistenciais, fortalecendo e otimizando a realização de testes rápidos para IST para toda a população sexualmente ativa que busque atendimento em serviços de saúde do município para diagnóstico e tratamento precoce dos casos; Facilitar o acesso para as VISAs e serviços de saúde aos resultados de sorologias realizadas pelo Laboratório Municipal. |
| 1RDQA | 13.555 | Segundo os dados disponibilizados referentes aos registros do e-SUS no período de 01/01/2023 a 30/04/2023, foram realizados 1.808 testes rápidos HIV. Pelo LMC foram informados 11.747 testes sorológicos HIV realizados no período de 01/01/2023 a 31/04/2023, totalizando 13.555 exames realizados. |
| 2RDQA | 29.184 | A meta foi atingida. Dados disponibilizados ao período de 01/01/2023 a 30/08/2023 foram realizados 29.184 exames anti-HCV, sendo 25.202 pelo Laboratório Municipal e 3.982 registrados no E-SUS AB (teste rápido). |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

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 | 95,91% | 89,58% | 81,39% | 75% | 83,33% | 57,14% | 100% | 84,61% | 45,5% | 88% | 90% | 90% |

Fonte: SINAN NET – dados extraídos em 12/09/2023. *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 biopsia 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 |
|-------|---------------|---|
| PAS23 | 88% | A meta deste indicador foi ajustada com o parâmetro mínimo de referência, considerando as ações planejadas para este ano. <ul style="list-style-type: none">Promover capacitação para as equipes de VISAs e equipes assistenciais referente a suspeição, diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase;Sensibilizar as equipes assistenciais sobre a importância da avaliação dos contatos dos casos de hanseníase para o diagnóstico e tratamento precoce da doença. |
| 1RDQA | 43% | Em 2021 foram diagnosticados 11 casos MB, sendo 4 curas, 1 abandono, 6 casos com tratamento prorrogado por 24 meses, com previsão de término de tratamento em 2023. Em 2022 com relação aos casos de PB, foram diagnosticados 3 casos, sendo 2 curas e 1 caso com mudança de esquema terapêutico ainda em tratamento. Dessa forma temos um total de 14 casos, sendo 6 curas, 1 abandono, e 4 casos ainda em tratamento. Está em planejamento nova capacitação das equipes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento, além de avaliação de contatos. |
| 2RDQA | 78,57% | Em 2021 foram diagnosticados 16 casos MB, sendo 8 curas, 1 abandono, 1 óbito, 5 casos com tratamento prorrogado por 24 meses, com previsão de término de tratamento em 2023. Em 2022 com relação aos casos de PB, foram diagnosticados 3 casos, com 3 curas. |

| | | |
|-------|--|---|
| | | Para a realização do cálculo do indicador, foram excluídos o total de 5 casos com tratamento prorrogado por 24 meses, por não ser possível avaliar o desfecho final do caso. Numerador=11; Denominador=11+3. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 82,57% | 83,09% | 92,31% | 97,22% | 94% | 86,7% | 39% | 60% | 43% | 80% | 80% | 80% |

Fonte: SINAN-NET – atualizado em 12/09/2023.

*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 |
|-------|------------|---|
| PAS23 | 80% | A meta é de pactuação tripartite. • Promover capacitação para as equipes de VISAs e equipes assistenciais referente a suspeição, diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase; • Capacitar e sensibilizar as equipes assistenciais sobre a importância da avaliação dos contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase para o diagnóstico e tratamento precoce da doença, através da realização de exames dermatológicos, e realização da BCG conforme o Protocolo. |
| 1RDQA | 70% | Em 2023 até o momento foram notificados 10 casos de Hanseníase. Esses 10 casos possuem 10 contatos identificados, e 7 destes contatos foram investigados até o momento. Este indicador passou a ter monitoramento sistemático junto às equipes. Há o pleito de capacitação a um profissional da assistência no Hospital Lauro de Souza (referência) para ser matriciador junto às equipes de assistência e apoio às equipes de vigilância. |
| 2RDQA | 59% | Há 29 casos com diagnóstico em 2023, com 66 contatos registrados, com 30 examinados. O fortalecimento do GT de Doenças Crônicas Transmissíveis tem instrumentalizado as equipes de Visas para o monitoramento do agravo, com impacto no indicador. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 0,35 | 0,30 | 0,30 | 0,30 |

Fonte: SINAN-DEVISA – atualizado em 12/09/2023.

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. | Não houve necessidade de implementação |
| 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 |
|-------|-------------------------|--|
| PAS23 | 0,30/1.000 casos | Pactuada continuidade da capacitação de manejo clínico dos pacientes com suspeita de dengue numa abordagem de estudo de caso nos níveis regionais, todas as Visas em parceria com os Distritos de Saúde concluirão esta capacitação até primeira quinzena de março/2023; Realizar mapeamento de outros serviços e profissionais para os quais as capacitações realizadas não estão alcançando e elaborar estratégias de alcance. |
| 1RDQA | 0,17 | Até 30/04/2023, foi registrado um óbito no município e um total de 5.857 casos confirmados. Desde dezembro de 2022 a partir da capacitação sobre manejo das arboviroses realizada pelo DEVISA em parceria com DS, as Visas Regionais em parceria com os Distritos, continuaram a desenvolver as capacitações em nível regional, conceitualmente através do desenvolvimento do estudo de caso, cada Visa/ Distrito realizou ao menos 3 capacitações em seu território trabalhando neste formato às equipes de assistência. Protocolos de organização de fluxo de assistência foram passarm por revisão e ampla divulgação e discussão junto às equipes. |
| 2RDQA | 0,21/1.000 casos | Até 30/08/2023, foram registrados 2 óbitos por Dengue em residentes do município e um total de 9.740 casos confirmados. Desde janeiro de 2023, foram realizadas mais de 100 |

| | | |
|-------|--|--|
| | | atividades de educação em saúde relacionadas às arboviroses no município, desde capacitações com profissionais de saúde até atividades educativas em escolas e espaços públicos de alta circulação de pessoas. Protocolos de organização de fluxo de assistência passaram por revisão e ampla divulgação e discussão junto às equipes. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 3,1 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |

Fonte: SESSP/CCD/CVE - Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue – 12/09/2023.

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 DGTES |
| 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 |
|-------|-------------|--|
| PAS23 | 4 ciclos | A meta anual é de pactuação estadual e federal. Para o alcance da meta pactuada para 2023, propõem-se as seguintes ações: mutirão de controle de criadouros nas áreas em que o monitoramento e situação epidemiológica indicarem necessidade, revisão de cadastro de imóveis no sisaweb; ações intersetoriais via comitê de enfrentamento das Arboviroses, capacitações regionais por estudo de caso utilizando metodologia participativa. |
| 1RDQA | 1,28 | Foram visitados 435.120 imóveis no município até 30/04/2023. Um ciclo de visitas completo corresponde a 80% dos imóveis cadastrados no município – total de imóveis cadastrados: 422.064 80% desse número 337.651 . |
| 2RDQA | 2,39 | Foram visitados 809.102 imóveis no município até 30/08/2023. Um ciclo de visitas completo corresponde a 80% dos imóveis cadastrados no município – total de imóveis cadastrados: 422.611 e 80% desse número 338.088 . As visitas aos imóveis são direcionadas através de análise de situação epidemiológica e de saúde dos territórios. |
| 3RDQA | | |

| | | |
|-------|--|--|
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 93,5% | 80% | 80% | 80% |

Fonte: SISAGUA. *Esta série histórica tem como denominador a meta da Diretriz Nacional para Campinas. Atualizado em fev/2023.

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 |
|-------|--|---|
| PAS23 | Colif. totais = 100% Turbidez = 100% Cloro Residual Combinado = 100% | Para o ano de 2023, a Diretriz Estadual pactuada pelo GVS XVIII/ IAL Campinas prevê o atendimento da meta de 100% da Diretriz Nacional, totalizando em 708 análises de coliformes totais, cloro residual combinado e turbidez, que corresponderão a 100% pelo cálculo da média ponderada. Em decorrência do Programa de Vigilância de Água para Consumo Humano (Proágua) depender do aporte laboratorial do nível estadual para a realização das |

| | | |
|-------|---|---|
| | Total acumulado = 708 análises de coliformes totais, cloro residual combinado e turbidez | análises da qualidade de água para consumo humano, o município de Campinas tem como meta sempre atender 100% da Diretriz Estadual. |
| 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= 236 análises de coliformes totais, cloro residual combinado e turbidez, correspondentes a 33,33% da diretriz nacional.</p> | <p>No quadrimestre, foram realizadas 236 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 236 análises em campo de cloro residual combinado em ações de rotina (1.iii.1.xix.1; 1.iii.1.xix.2; 1.iii.1.xix.3), que correspondem a 100% da meta pactuada para o período.</p> <p>Foram 236 coletas de rotina, sendo que a distribuição ocorreu da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visa Norte coletou 40 amostras das 40 ofertas de rotina; • Visa Leste coletou 40 amostras das 40 ofertas de rotina; • Visa Sul coletou 40 amostras das 40 ofertas de rotina; • Visa Noroeste coletou 36 amostras das 36 ofertas de rotina; • Visa Sudoeste coletou 40 amostras das 40 ofertas de rotina; • Equipe central CVSTDA coletou 40 amostras das 40 ofertas de rotina. <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 os parâmetros em desconformidade 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>Para a operacionalização das coletas, as fichas foram inseridas no Sistema de Informações Laboratoriais – GAL/Ambiental e seus resultados avaliados neste próprio sistema (1.iii.1.xix.6), já que desde 01/01/23 a integração entre GAL e Sisagua está temporariamente indisponível, sendo orientado pela Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo (CVS) / GVS XVII Campinas que não haja inserção manual de dados pelos municípios até pleno reestabelecimento das funcionalidades do SISAGUA, ponderando viés de duplicidade e possíveis erros de digitação (1.iii.1.xix.4; 1.iii.1.xix.5).</p> <p>Quanto à 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 e os serviços efetuam devolutiva dos laudos de qualidade de água para consumo humano aos locais contemplados na coleta (1.iii.1.xix.6; 1.iii.1.xix.7).</p> |
| 2RDQA | <p>Colif. Totais (CT) = 101,3% (239) das amostras para o período</p> <p>Cloro Residual Livre (CRL) ou Combinado</p> | <p>No quadrimestre, foram realizadas 239 análises dos parâmetros coliformes totais e cloro residual livre ou combinado, bem como 238 análises de turbidez (1.iii.1.xix.1; 1.iii.1.xix.2; 1.iii.1.xix.3), que correspondem a 101,3% e 100,9% da meta pactuada para o período.</p> <p>Das 236 coletas de rotina, a distribuição ocorreu da seguinte forma:</p> |

| | | |
|-------|--|--|
| | <p>(CRC) = 101,3% (239) das amostras para o período</p> <p>Turbidez (T) = 100,9% (238) das amostras para o período</p> <p>Total acumulado CT e CRC/ CRL= 475 análises de coliformes totais e cloro residual livre ou combinado, correspondentes a 67,1% da diretriz nacional.</p> <p>Total acumulado T = 474 análises de turbidez, correspondentes a 67,0% da diretriz nacional.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Visa Norte coletou 38 amostras das 38 ofertas de rotina; • Visa Leste coletou 38 amostras das 38 ofertas de rotina; • Visa Sul coletou 38 amostras das 38 ofertas de rotina; • Visa Noroeste coletou 34 amostras das 34 ofertas de rotina; • Visa Sudoeste coletou 38 amostras das 38 ofertas de rotina; • Equipe central CVSTDA coletou 50 amostras das 50 ofertas de rotina. <p>Complementarmente, das coletas de investigação de surto de gastroenterite com suspeita de veiculação hídrica, foram realizadas 03 análises de coliformes totais e cloro residual livre, assim como 02 análises de turbidez pela Visa Norte.</p> <p>De maneira geral, os resultados das análises de água de rotina 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 os parâmetros em desconformidade 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>Para a operacionalização das coletas, as fichas foram inseridas no Sistema de Informações Laboratoriais – GAL/Ambiental e seus resultados avaliados neste próprio sistema (1.iii.1.xix.6), já que desde 01/01/23 a integração entre GAL e Sisagua está temporariamente indisponível, sendo orientado pela Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo (CVS) / GVS XVII Campinas que não haja inserção manual de dados pelos municípios até pleno reestabelecimento das funcionalidades do SISAGUA, ponderando viés de duplicidade e possíveis erros de digitação (1.iii.1.xix.4; 1.iii.1.xix.5).</p> <p>Quanto à 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 e os serviços efetuam devolutiva dos laudos de qualidade de água para consumo humano aos locais contemplados na coleta (1.iii.1.xix.6; 1.iii.1.xix.7).</p> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 (nº absoluto) | 1.126 | 805 | 771 | 768 | 800 | 664 | 233 | 316 | 1.201 | 282 | 310 | 341 |

Fonte: SINAN – atualizado em 08/05/2023.

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 |
|-------|------------------|--|
| PAS23 | 385 notificações | A meta foi ajustada, considerando as ações planejadas. A meta para 2023 é aumentar em 10% em relação ao que foi a meta do ano de 2022, considerando que o número de notificações aumentou em 2022 devido a uma ação específica junto às unidades de urgência e emergência, ainda não se constituindo como ação sedimentada no cotidiano dos serviços. |
| 1RDQA | 419 | <p><u>Comentários:</u> Meta 2023: (Meta 2022) + 10% = 1.321 (aproximadamente 440 agravos/quadrimestre) Até o momento foram notificados 419 agravos, o que demonstra que a meta para o quadrimestre não foi cumprida, no entanto temos fichas que ainda não foram digitadas no SINAN.</p> <p><u>Recomendações:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Ampliar a articulação entre a equipe técnica do CEREST com a Atenção Primária e Secundária, a partir das discussões e andamento do Curso de Atualização em saúde do Trabalhador, para sensibilizar sobre a necessidade de se notificar os agravos de ST. <p>Manter acompanhamento e devolutiva sobre a comunicação de Acidentes de Trabalho (RAAT) atendidos na urgência e emergência, qualificando as informações para posterior digitação no SINAN.</p> |
| 2RDQA | 996 | <p>Meta cumprida</p> <p><u>Comentários:</u> Meta 2023: (Meta 2022) + 10% = 1.321 (aproximadamente 440 agravos/quadrimestre) Até o momento foram notificados 996 agravos, o que demonstra que a meta para o quadrimestre foi cumprida.</p> <p><u>Recomendações:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Ampliar a articulação entre a equipe técnica do CEREST com a Atenção Primária e Secundária, a partir das discussões e andamento do Curso de Atualização em saúde do Trabalhador, para sensibilizar sobre a necessidade de se notificar os agravos de ST. <p>Manter acompanhamento e devolutiva sobre a comunicação de Acidentes de Trabalho (RAAT) atendidos na urgência e emergência, qualificando as informações para posterior digitação no SINAN.</p> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 90% | 100% | 100% | 100% |

Fonte: SINAN – atualizado em 08/05/2023.

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 |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 100% | A meta deve ser mantida |
| 1RDQA | 100% | <p><u>Comentários:</u> <u>Meta 2023:</u> Investigar 100% dos Acidentes de Trabalho com óbito que são notificados ou comunicados. Os AT fatais foram investigados, três (3) em Campinas e um (1) em outro município da área de abrangência, ação feita com a vigilância municipal local.</p> <p><u>Recomendações:</u> 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, Polícia Militar e Sindicatos/ Associações de trabalhadores para que possamos agilizar os meios de comunicação entre os órgãos e evitar que qualquer AT (Fatal) deixe de ser notificado e investigado.</p> |
| 2RDQA | 100% | <p>Meta cumprida.</p> <p><u>Comentários:</u> <u>Meta 2023:</u> Investigar 100% dos Acidentes de Trabalho com óbito que são notificados ou comunicados. Os 06 AT típicos fatais foram investigados.</p> <p><u>Recomendações:</u> 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, Polícia Militar e Sindicatos/ Associações de trabalhadores para que possamos agilizar os meios de comunicação entre os órgãos e evitar que qualquer AT (Fatal) deixe de ser notificado e investigado.</p> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 60,9% | 55% | 60% | 65% |

Fonte: SINAN - Atualizado em 08/05/2023.

*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 |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 55% | Aumentar em 5% a investigação dos acidentes graves notificados |
| 1RDQA | 100% | Meta 2023: Investigar 55% dos Acidentes de Trabalho (AT) graves que são notificados ou comunicados. Ocorreram 10 (dez) AT típico grave, sendo que todos foram investigados. Recomendações: Manter equipe qualificada para a investigação dos Acidentes de Trabalho e fortalecimento do fluxo de trabalho entre área de vigilância e informação. |
| 2RDQA | 55% | Meta cumprida. Meta 2023: Investigar 55% dos Acidentes de Trabalho (AT) graves que são notificados ou comunicados. Ocorreram 43 AT típico grave, sendo que 24 foram investigados. Recomendações: Manter equipe qualificada para a investigação dos Acidentes de Trabalho e fortalecimento do fluxo de trabalho entre área de vigilância e informação. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | NOVO | NOVO | NOVO | NOVO | 59 | 1.204 | 0 | 43 | 261 | 150,00 | 150,00 | 150,00 |

Fonte: CEREST – dados atualizados até 15/05/2023.

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 e DA 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 |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 150 | A meta foi ajustada para 2023, considerando as ações programadas. Aumentado para 150 pessoas capacitadas ao ano. |
| 1RDQA | 229 | Meta 2023: Ações de Educação em Saúde do Trabalhador para 100 pessoas (aproximadamente 34 pessoas/quadrimestre). Capacitações realizadas: Aula Distúrbio de Voz relacionada ao trabalho on line. Palestras sobre Saúde do Trabalhador – Abril Verde – para alunos de cursos técnicos do Ceprocamp. Recomendações: manter agenda de educação em saúde do trabalhador de acordo com temas relevantes para alunos das escolas técnicas de Campinas. |
| 2RDQA | 484 | Meta cumprida. Meta 2023: Ações de Educação em Saúde do Trabalhador para 100 pessoas (aproximadamente 34 pessoas/quadrimestre). Capacitações realizadas: Orientações previdenciárias Capacitações de ST nos Centros de Saúde Capacitações de ST em Visa Municipal (município da área de abrangência). |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 95,14% | 98% | 98% | 98% |

Fonte: SINAN - Atualizado em 08/05/2023.

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 |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 98% | Manter a meta. |
| 1RDQA | 98% | Comentários: Meta 2023: Conseguir o preenchimento do campo “ocupação” em pelo menos 98% das notificações de agravos relacionados ao trabalho. 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, bem como planejar as ações de VISAT com foco nos grupos de ocupação mais prevalentes e orientar/sensibilizar para melhorias dos processos e ambientes de trabalho. |
| 2RDQA | 96,60% | Meta não cumprida. Comentários: Meta 2023: Conseguir o preenchimento do campo “ocupação” em pelo menos 98% das notificações de agravos relacionados ao trabalho. O preenchimento do campo ocupação é avaliado em três agravos, sendo eles: acidente de trabalho, acidente de trabalho com material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho. No campo ocupação são excluídos os: não informados, não classificados e ignorados. 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, bem como planejar as ações de VISAT com foco nos grupos de ocupação mais prevalentes e orientar/sensibilizar para melhorias dos processos e ambientes de trabalho. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 08/05/2023.

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 |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 100% | Manter a meta |
| 1RDQA | 100% | Comentários: Meta 2023: 100% dos municípios notificarem ao menos 1 dos agravos de ST no Sinan. Os 8 municípios 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 | 100% | Meta cumprida. Comentários: Meta 2023: 100% dos municípios notificarem ao menos 1 dos agravos de ST no Sinan. Os 8 municípios 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. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 agosto/2023.

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 |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 100% | A meta deve ser mantida, pois se trata de serviço de alto risco de morte, que trabalha com pacientes fragilizados e requer a manutenção da qualidade em diversos procedimentos continuamente. |
| 1RDQA | 50% | De 12 serviços, 6 foram inspecionados no 1º Quadrimestre. |
| 2RDQA | 90% | De 11 serviços, 10 estabelecimentos inspecionados, sendo 6 no 1º quadrimestre e 4 no 2º quadrimestre. Houve o encerramento de atividades (fechamento) do estabelecimento de razão social Davita Serviços de Nefrologia Cambuí Ltda, passando de 12 estabelecimentos para 11 estabelecimentos em atividade no município. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 100% | A meta deve ser mantida, pois se trata de serviço de alto risco de morte, que trabalha com pacientes fragilizados e requer a manutenção da qualidade em diversos procedimentos continuamente. |
| 1RDQA | 16% | De 19 serviços, 3 foram inspecionados no 1º Quadrimestre. Houve inspeção em novo serviço instalado no município do estabelecimento Hospital São Luiz. Em 2022 eram 18 serviços. |
| 2RDQA | 42% | Dos 19 serviços, 5 foram inspecionados no 2º quadrimestre, totalizando 8 estabelecimentos inspecionados somando com o 1º quadrimestre. Até o final de 2023 temos programado a realização de inspeção nos outros serviços de hemoterapia do município de Campinas. |

| | | |
|-------|--|---|
| | | Considerando que houve uma aposentadoria e um pedido de exoneração na equipe, houve dilatação na realização das inspeções que estavam programadas para o 2º quadrimestre. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 81% | 100% | 100% | 100% |

Fonte: DEVISA/CVS - atualizado em agosto/2023.

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 |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 100% | A meta deve ser mantida considerando o alto risco à saúde que tais estabelecimentos representam, pela quantidade e complexidade dos procedimentos realizados. |
| 1RDQA | 43% | De 23 hospitais gerais, 10 foram inspecionados no 1º Quadrimestre. No ano passado, o número total de hospitais era de 21 estabelecimentos. O Metropolitano foi substituído pelo Mário Gattinho em fevereiro. Houve solicitação de licença inicial para nova unidade, para o Hospital São Luiz e solicitação de ampliação para atividade hospitalar para a unidade II do Hospital Samaritano. |
| 2RDQA | 69,56% | Dos 23 hospitais gerais, 6 foram inspecionados no 2º quadrimestre, totalizando 16 hospitais gerais inspecionados somando com o 1º quadrimestre. Cabe ressaltar, que após a redução da equipe técnica e a incidência de surto em unidades hospitalares no município, o que ocasionou um direcionamento maior da equipe diante do risco sanitário, houve um impacto significativo na programação anual de inspeções em unidades hospitalares, devido a capacidade instalada do setor. Além dos hospitais gerais, temos 14 hospitais-dia no município, com programação anual de inspeções. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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/CFA 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 | 11 | 11 | 11 | 11 |

Fonte: DEVISA/CVS - INDICADOR incluído em 2022.

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 |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 11 | Essa meta deve ser mantida, uma vez que como há priorização de atividades de alto risco, tal meta obriga o serviço de Vigilância a também avaliação das atividades de médio risco para planejar ações, dentre elas as educativas. |
| 1RDQA | 05 | Foram realizadas 05 ações educativas para estabelecimentos de Alimentos; outros segmentos de interesse à saúde da CVS estão com programação educativa nos próximos quadrimestres. Para serviços relacionados a saúde ocorreram no 1º quadrimestre 7 atividades educativas, sendo 2 para serviços de saúde (1 Capacitação para Farmacêuticos de Centro de Saúde sobre o medicamento Talidomida; 1 ação educativa para Núcleos de Segurança do Paciente – NSP dos hospitais) . |
| 2RDQA | 06 | Para Serviços de Interesse à Saúde foram realizadas 2 atividades educativas sobre Estética, atingindo várias atividades: consultórios de profissionais de saúde (enfermeiro, farmacêutico, biomédico, esteticista, dentista). Foram realizadas 04 ações educativas para estabelecimentos de alimentos para os segmentos de Mercados, Padarias, Restaurantes e Bares/Lanchonetes. Para o setor de serviços de saúde ocorreram 3 ações educativas: 1ª e 2ª reunião com caráter educativo do Comitê Municipal dos Núcleos de Segurança do Paciente e 1 reunião extraordinária com os hospitais (Núcleos de Segurança, CCIH e Compras) sobre cuidados para compra de produtos isentos de registro na Anvisa. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações 3.i.1.i.

*Os Serviços de Interesse para a Saúde são atividades que englobam serviços de assistência ao cidadão, fora do contexto hospitalar ou clínico, que possam alterar ou influenciar o seu estado de saúde.

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 |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 50% | A meta deve ser mantida, pois se tratam de estabelecimentos de alto risco, que fabricam saneantes e cosméticos em grande quantidade, atingindo um número grande de usuários, dentro e fora do município de Campinas. |
| 1RDQA | 33% | Há 6 empresas fabricantes de saneantes e cosméticos. Dessas, 2 foram inspecionadas no primeiro quadrimestre. Saneantes - Numerador: 1 / Denominador: 2 (1 empresa com licença inicial em andamento, 1 empresa com renovação em andamento, 3 empresas com evidências de funcionamento sem licença sanitária, as medidas sanitárias já foram tomadas, o denominador poderá ser alterado para o próximo quadrimestre caso as empresas se regularizem). Cosméticos - Numerador: 1 / Denominador: 4 (2 empresas com licença vigente, 1 empresa inspecionada, interditada e com licença cancelada, 1 empresa com licença inicial em andamento). |
| 2RDQA | 50% | Há 4 empresas fabricantes de saneantes e cosméticos. Dessas, 2 foram inspecionadas no segundo quadrimestre. Saneantes - Numerador: 1 / Denominador: 1 (A empresa que estava com licença inicial em andamento no primeiro quadrimestre teve a solicitação indeferida, a empresa que estava com a renovação em andamento foi deferida. As outras empresas que estavam com evidências de funcionamento não entraram com a regularização, continuam sem licença e interditadas) Cosméticos - Numerador: 1 / Denominador: 3 |

| | | |
|-------|--|--|
| | | (2 empresas com licença vigente, a licença inicial que estava em andamento no primeiro quadrimestre teve a solicitação indeferida, 1 empresa com licença inicial em andamento, esta última se trata da empresa interdita com a licença cancelada no primeiro quadrimestre) Há empresas interditas e sem Licença Sanitária, os denominadores podem mudar para o próximo quadrimestre caso alguma empresa decida regularizar-se ou licenças em andamento sejam indeferidas. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 | 20 | 19,00 | 19,00 | 19,00 |

Fonte: DEVISA/CVS – indicador incluído em 2022.

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 | Inspeccionar as indústrias para regularização ou contenção do risco. | DEVISA |

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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 19 | As metas planejadas deverão ser cumpridas para os anos seguintes. |
| 1RDQA | 10 | + 50% da meta anual, já alcançada no primeiro quadrimestre. |
| 2RDQA | 19 | Meta anual cumprida neste quadrimestre. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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/2023.

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 |
|-------|-----------|---|
| PAS23 | 100% | Essa meta deve ser mantida por se tratar de empresas de alto risco para os trabalhadores, população do entorno e usuários, uma vez que devem garantir a esterilização de materiais que serão utilizados por serviços de saúde em procedimentos e cirurgias. |
| 1RDQA | 0% | Numerador: 0 / Denominador: 2 Conforme cronograma do setor, as 2 empresas serão inspecionadas nos próximos quadrimestres. |
| 2RDQA | 50% | Numerador: 1 / Denominador: 2 Conforme cronograma do setor, a segunda empresa será inspecionada no próximo quadrimestre. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Inclusão de indicadores na PAS/2023, decorrente da Portaria GM/MS nº 4.153, de 28/11/2022

Incorporados ao PMS 2022-2025 no DIGISUS a partir do ano 2023

Meta 1.iii.1.xxxiii.

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

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

1.iii.1.xxxiii. Número de análises efetuadas no âmbito do Programa Monitora Alimentos Resistência aos antimicrobianos (AMR).

Avaliação: **Anual**

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

Fonte: DEVISA

Série Histórica e Meta Planejada

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

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

| | | |
|---|--|--------|
| 1 | Monitorar o Programa Monitora Alimentos Resistência aos antimicrobianos (AMR). | DEVISA |
|---|--|--------|

Resultados, Análises e Considerações

| Doc | Resultados | Análise e Considerações |
|-------|------------|------------------------------|
| 1RDQA | N/A | Indicador de Avaliação Anual |
| 2RDQA | N/A | Indicador de Avaliação Anual |
| 3RDQA | N/A | Programado para 2023 |
| RAG | N/A | Programado para 2023 |
| PAS23 | N/A | Programado para 2023 |
| 1RDQA | N/A | Indicador de Avaliação Anual |
| 2RDQA | N/A | Indicador de Avaliação Anual |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Meta 1.iii.1.xxxiv.

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

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

1.iii.1.xxxiv. Proporção de profissionais das Coordenadorias de Vigilância Sanitária e de Fiscalização de Alimentos capacitados nos temas relacionados ao Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) programadas para o ano.

Avaliação: Anual

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

Série Histórica e Meta Planejada

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

Ações Municipais e Monitoramento - DEPARTAMENTOS E NÚCLEOS

| | | |
|---|---|--------|
| 1 | Planejar quais temas de SGQ serão abordados em cada oficina no ano | DEVISA |
| 2 | Organizar cronograma das oficinas sobre SGQ do ano | DEVISA |
| 3 | Realizar as oficinas sobre SGQ planejadas para o ano | DEVISA |
| 4 | Avaliar percentual de profissionais participantes e capacitados nos temas abordados | DEVISA |
| 5 | Definir estratégia para capacitar os profissionais que não participaram das oficinas e para os que não obtiveram nota de aprovação acima de 80% | DEVISA |

Resultados, Análises e Considerações

| Doc | Resultados | Análise e Considerações |
|-------|------------|------------------------------|
| 1RDQA | N/A | Indicador de Avaliação Anual |
| 2RDQA | N/A | Indicador de Avaliação Anual |
| 3RDQA | N/A | Programado para 2023 |
| RAG | N/A | Programado para 2023 |
| PAS23 | N/A | Programado para 2023 |
| 1RDQA | N/A | Indicador de Avaliação Anual |
| 2RDQA | N/A | Indicador de Avaliação Anual |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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

Diretriz 2.i.

Objetivo 2.i.1.

Meta 2.i.1.i

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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|--|
| 1RDQA | 50% | Os instrumentos de gestão PMS 2022-2025, PAS 2022 e o arcabouço 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 | 50% | Os instrumentos de gestão PMS 2022-2025, PAS 2022 e a estrutura do 2º RDQA 2022 foram inseridos no DIGISUS em tempo hábil. Os instrumentos de gestão anteriores aguardam o parecer do Conselho Municipal de Saúde. |
| 3RDQA | 50% | Os instrumentos de gestão PMS 2022-2025, PAS 2022 e a estrutura do 3º RDQA 2022 foram inseridos no DIGISUS em tempo hábil. Os instrumentos de gestão anteriores aguardam o parecer do Conselho Municipal de Saúde. |
| RAG | 50% | Meta não atingida. Instrumentos do DIGISUS disponibilizados ao CMS porém aguardam parecer do mesmo. |
| PAS23 | 100% | Capacitar o CMS a utilizar o sistema e monitorar o DIGISUS. |
| 1RDQA | 50% | Meta não atingida. Instrumentos do DIGISUS disponibilizados ao CMS porém aguardam parecer do mesmo. |
| 2RDQA | 50% | Meta não atingida. Instrumentos do DIGISUS disponibilizados ao CMS porém aguardam parecer do mesmo. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|--|
| 1RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 2RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 3RDQA | 93% | <p>Numerador: número serviços de saúde que foram campo de prática = 78 Denominador - total de unidades de saúde = 84 Foram campos de prática para estágios de cursos técnicos de curso de graduação e pós-graduação= 78 serviços, sendo 66 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 08 serviços de especialidades e SAD, 04 serviços de saúde mental (CAPS) . Fonte: Planilha de Estágios monitoradas pelo CETS – 1º e 2º semestre/2022</p> <p>Não foram campos de práticas 05 serviços porque até o momento não apresentam condições para receber estagiários, e/ou equipe em recomposição; 01 UBS que a equipe está realocada em outras unidades, aguardando novo espaço físico. Porém estamos organizando a área de ensino para que todos os serviços sejam cenários de prática.</p> <p>Para que estas ações se realizassem durante o período ocorreram 77 fóruns de avaliação e pactuação, sendo 14 com Curso Técnico de Enfermagem, 29 com Cursos de Graduação, 18 com Programas de Residência Médica (incluindo o Programa Mais Médico Campineiro), 10 com Programas de Residências Multiprofissionais, e 06 reuniões da Comissão Integração Ensino Serviço (CETS, apoiadores distritais e DGDO).</p> <p>Além disso, o CETS realizou 06 encontros do Módulo Teórico dos Residentes Multiprofissionais e 05 apresentações do SUS Campinas para alunos graduação, antes de iniciarem as atividades de estágio.</p> |

| | | |
|-------|-----|--|
| RAG | 93% | Para que estas ações se realizassem durante o período ocorreram 77 fóruns de avaliação e pactuação, sendo 14 com Curso Técnico de Enfermagem , 29 com Cursos de Graduação, 18 com Programas de Residência Médica (incluindo o Programa mais Médicos Campineiro), 10 com Programas de Residências Multiprofissionais, e 06 reuniões da Comissão Integração Ensino Serviço (CETS, apoiadores distritais e DGDO). Além disso, o CETS realizou 06 encontros do Módulo Teórico dos Residentes Multiprofissionais e 05 apresentações do SUS Campinas para alunos graduação, antes de iniciarem as atividades de estágio. |
| PAS23 | 95% | Meta Mantida. |
| 1RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 2RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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 da rede. | CETS |

Resultados, Análises e Considerações da Meta

| | | |
|-------|-----------|---|
| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
| 1RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 2RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 3RDQA | 97,8% | Numerador = quantidade gestores participantes em curso de formação = 87. Denominador = total de gestores dos serviços = 89. Para este denominador inclui os gestores dos serviços ao qual o curso foi destinado (66 CS, 02 policlinicas, 03 CR, 02 SAD, 03 CAPS, 02 CECO, 02 CEO, 01 laboratorio, SAEC, Disque saúde, 05 VISA e Coordenadoria de Vigilância de agravos e doenças). O Programa de Capacitação e Desenvolvimento Gerencial foi realizado pelo Departamento de Saúde , Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde / CETS. O público foram gestores dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde (total de 89), além deste participaram alguns apoiadores dos distritos de saúde e profissionais das unidades de saúde que atuam na cogestão e/ou com perfil para gestão, totalizando 149 profissionais. |

| | | |
|-------|-------|---|
| | | Os participantes foram divididos em 04 turmas para os módulos conceituais de gestão, atenção e ensino com 08 encontros para cada turma em cada um deste módulos. Para os módulos de Planejamento Estratégico e Educação Permanente em Saúde (EPS), os participantes foram divididos em 08 turmas com 09 encontros para cada turma em cada um dos dois módulos. O CETS foi responsável pelo Módulo Educação Permanente Saúde (EPS), e foram realizados um total de 70 encontros do módulo. Além disso foram realizados 18 encontros de planejamento dos encontros e 09 encontros de balizamento com os facilitadores do módulo. Do total de 89 gestores ao qual se destinava o curso, apenas 02 não conseguiram concluir o curso devido a atividades inerentes ao cargo, o que impossibilitaram a presença nos encontros. |
| RAG | 97,8% | A capacitação qualificou a atuação dos gestores, conforme objetivo do curso. A proposta é realizar capacitação para gestores novos que não participaram nesta capacitação, mantendo a qualificação dos gestores. |
| PAS23 | 100% | Meta Mantida. |
| 1RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 2RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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% | 95% | 95% | 95% |

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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|--|
| 1RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 2RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 3RDQA | 93% | Numerador: total de estudantes que realizaram estágios nos serviços = 8900 Denominador: Total geral de estudantes = 9600 Entre os estágios pactuados para 9600 estudantes, houve declínio por parte das instituições de ensino e apenas 8900 estudantes realizaram estágios nos serviços. O total de alunos que realizaram atividades de ensino aprendizagem nas unidades de saúde, foi um total de 8900 estudantes, sendo dos cursos de graduação e técnico de enfermagem, residentes médicos e multiprofissionais. O CETS realizou também um estágio de vivência introdutório aos estágios no SUS para os residentes multiprofissionais da SMS e HMMG, que iniciaram o programa de residência em 2022, com a participação de |

| | | |
|-------|-----|---|
| | | 72 residentes; e uma atividade de acolhimento e apresentação do SUS Campinas para os residentes do Programa Mais Médico Campineiro. |
| RAG | 93% | A meta não foi atingida porque as instituições de ensino declinaram de estágios que haviam sido pacutados. |
| PAS23 | 95% | Meta reajustada considerando os fatores externos relativos as entidades parceiras. |

Meta 2.ii.4.ii.

100% dos estágios realizados nas unidades avaliados até 2025

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

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 Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| 1RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 2RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 3RDQA | 100% | Os fóruns de avaliação são realizados com os apoiadores distritais, gestores e profissionais dos serviços, envolvidos com as atividades de ensino serviço e das instituições de ensino os coordenadores e docentes dos cursos. Ocorreram 77 fóruns de avaliação, sendo 14 com Curso Técnico de Enfermagem, 29 com Cursos de Graduação, 18 com Programas de Residência Médica (incluindo o Programa mais Médicos Campineiro), 10 com Programas de Residências Multiprofissionais, e 06 reuniões da Comissão Integração Ensino Serviço (CETS, apoiadores distritais e DGDO). |
| RAG | 100% | Durante este período tivemos varias mudanças de gestores nos serviços assim como gestores novos no SUS Campinas, que não tem apropriação das ações esperadas no ensino serviço, sendo assim a avaliação dos estágios ficaram prejudicadas. Ações para qualificar o processo de avaliação: disponibilização do instrumento de avaliação em formato eletrônico; Qualificar os gestores e pelo mais um profissional por serviço oferecendo a capacitação em articuladres do ensino serviço; Realizar 05 Oficinas Distritais de Integração Ensino Serviço Comunidade, envolvendo coordenadores e um trabalhador das unidades de saúde e equipes distritais. |
| PAS | 100% | Meta mantida. |
| 1RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 2RDQA | N/A | Indicador de avaliação anual. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

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.1.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% | 24,7% | 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 |

Resultados, Análises e Considerações da Meta 3.i.1.i.

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|---|
| 1RDQA | 19% | Apresentação e dados diretamente no DIGISUS e anexos. |
| 2RDQA | 23,11% | Apresentação e dados diretamente no DIGISUS e anexos. |
| 3RDQA | 24,70% | Apresentação e dados diretamente no DIGISUS e anexos. |
| RAG | 24,70% | Apresentação e dados diretamente no DIGISUS e anexos |
| PAS23 | 17% | Mínimo estabelecido pela Lei municipal. |
| 1RDQA | 20,58 | Apresentação e dados diretamente no DIGISUS e anexos. |
| 2RDQA | 25,01% | Apresentação e dados diretamente no DIGISUS e anexos. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações 3.i.1.i.

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.i.2.i.6 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.i.2.i.7 | Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes (Plano de Metas do Governo - PMG). | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Nova</td> <td>CS Sirius/Cosmos (PMG) (Emenda Fed - Zaratini + TAC + Cp)</td> </tr> <tr> <td>Nova</td> <td>CS Souza 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> </tbody> </table> | Nova | CS Sirius/Cosmos (PMG) (Emenda Fed - Zaratini + TAC + Cp) | Nova | CS Souza 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 DGDO DA |
| Nova | CS Sirius/Cosmos (PMG) (Emenda Fed - Zaratini + TAC + Cp) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nova | CS Souza 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.i.2.i.8 | Garantir um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por distrito (PMG): | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Nova</td> <td>CEO Norte (PMG)</td> </tr> <tr> <td>Nova</td> <td>CEO Sul (PMG)</td> </tr> <tr> <td>Nova</td> <td>CEO Leste (PMG)</td> </tr> <tr> <td>Reforma/Amp</td> <td>CEO Noroeste (PMG)</td> </tr> </tbody> </table> | Nova | CEO Norte (PMG) | Nova | CEO Sul (PMG) | Nova | CEO Leste (PMG) | Reforma/Amp | CEO Noroeste (PMG) | DS DGDO DA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nova | CEO Norte (PMG) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nova | CEO Sul (PMG) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nova | CEO Leste (PMG) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reforma/Amp | CEO Noroeste (PMG) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|------------|---|------------------|
| 3.i.2.i.9 | Construir o CRAIM Instituto da Mulher espaço dedicado ao cuidado com as mulheres (PMG). | DS DGDO DA |
| 3.i.2.i.10 | 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 agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida e exigem tratamento imediato - PMG. | RMG |
| 3.i.2.i.11 | Ampliar a Unidade de Quimioterapia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. -PMG | RMG |

Resultados, Análises e Considerações da Meta

| Doc | Resultado | Análise e Considerações |
|-------|-----------|--|
| PAS23 | 80% | Mantida meta |
| 1RDQA | 85% | <p>Resultado – 85%:</p> <p>Neste quadrimestre (janeiro a abril) 85% dos processos de aquisições foram finalizados em menos de 8 meses. O cálculo foi realizado considerando a última versão de termo de referência/projeto básico encaminhado a este Departamento, isto é, a versão que originou e baseou a contratação e a data de finalização do processo. Os processos encaminhados ao Departamento Administrativo visam em sua maioria atender toda a Rede Municipal de Saúde, isto é, atenção básica, especializada, Departamento de Vigilância em Saúde, desta forma, o cálculo supra citado foi realizado utilizando todos os processos recebidos.</p> <p>O Departamento Administrativo está atuando visando a reestruturação e modernização do Almoxarifado da Saúde, através da busca de um novo imóvel que atendam as exigências da Vigilância Sanitária, Conselho de Farmácia e demais órgãos fiscalizadores, bem como na contratação de empresa especializada na logística de armazenamento e distribuição de medicamentos, insumos de saúde e bens permanentes visando atender as necessidades da Rede Municipal de Saúde e agilizar a distribuição junto as nossas Unidades.</p> <p>Encontram-se vigentes contratos de manutenção predial que visam atender todos os Distritos, sendo que a manutenção está ocorrendo nas Unidades de Saúde em conformidade com as prioridades estabelecidas em conjunto pelos Distritos e pela Coordenadoria de Engenharia, Manutenção e Transporte.</p> <p>Também encontram-se vigentes diversos contratos que visam a aquisição e manutenção de equipamentos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.</p> |
| 2RDQA | 85,5% | <p>Resultado – 85,5%:</p> <p>Neste quadrimestre (maio a agosto) 85,5% dos processos de aquisições foram finalizados em menos de 8 meses. O cálculo foi realizado considerando a última versão de termo de referência/projeto básico encaminhado a este Departamento, isto é, a versão que originou e baseou a contratação e a data de finalização do processo. Os processos encaminhados ao Departamento Administrativo visam em sua maioria atender toda a Rede Municipal de Saúde, isto é, atenção básica, especializada, Departamento de Vigilância em Saúde, desta forma, o cálculo supra citado foi realizado utilizando todos os processos recebidos.</p> <p>O Departamento Administrativo está atuando visando a reestruturação e modernização do Almoxarifado da Saúde, através da busca de um novo imóvel que atendam as exigências da Vigilância Sanitária, Conselho de Farmácia e demais órgãos fiscalizadores, bem como na contratação de empresa especializada na logística de armazenamento e distribuição de medicamentos, insumos de saúde e bens permanentes visando atender as necessidades da Rede Municipal de Saúde e agilizar a distribuição junto as nossas Unidades.</p> <p>Encontram-se vigentes contratos de manutenção predial que visam atender todos os Distritos, sendo que a manutenção está ocorrendo nas Unidades de Saúde em conformidade com as prioridades estabelecidas em conjunto pelos Distritos e pela Coordenadoria de Engenharia, Manutenção e Transporte.</p> <p>Também encontram-se vigentes diversos contratos que visam a aquisição e manutenção de equipamentos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.</p> |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |

Observações

Referência: Janeiro a Dezembro de 2022

Meta 3.i.3.ii.

Informatizar toda a rede assistencial implantando PEC nas 67 UBS.

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

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 a Telesaúde 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

| Doc | Resultado | Análise e Considerações | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|-----------|-------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 1RDQA | 91,04% | <p>Identificada a necessidade de mapeamento dos processos de trabalho e dos recursos necessários visando à interoperabilidade entre os diversos sistemas utilizados.</p> <p>A informatização, aquisição e implantação de redes lógicas e computadores, dar-se-á de duas formas: Continuidade do projeto de informatização das Unidades Básicas de Saúde.</p> <p>Ações previstas: Mapeamento dos processos de trabalho e identificação dos recursos necessários para a interoperabilidade dos sistemas.</p> <p>Produto: Informatização da rede de saúde (computadores, sala de vacina, E-SUS, SIGA, processo regulatório, de auditoria e pagamento).</p> <p>Considerando o Centro de Saúde Boa Esperança</p> <table border="1"><thead><tr><th>Indicador</th><th>2º Quadrim.</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas</td><td>$\frac{61}{67} \times 100 = 91,04$</td></tr><tr><td>2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados</td><td>$\frac{90}{121} \times 100 = 75,00$</td></tr><tr><td>3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas</td><td>$\frac{62}{67} \times 100 = 92,54$</td></tr><tr><td>4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas</td><td>$\frac{107}{121} \times 100 = 88,43$</td></tr></tbody></table> <p>Unidades totalmente informatizadas: CAPS AD Sudoeste, CAPS IJ Travessia, CS 31 de Março, CS Aeroporto, CS Anchieta, CS Aurélia, CS Barão Geraldo, CS Boa Esperança, CS Boa Vista, CS Campina Grande, CS Campo Belo, CS Capivari, CS Campo Belo, CS Carlos Gomes, CS Carvalho de Moura, CS Cássio Raposo do Amaral, CS Centro, CS Conceição, CS Costa e Silva, CS DIC I, CS DIC III, CS DIC VI, CS Esmeraldina, CS Eulina, CS Florence, CS Floresta, CS Integração, CS Ipaussurama, CS Itajaí, CS Joaquim Egídio, CS Nova América, CS Orozimbo Maia, CS Oziel, CS Pedro de Aquino, CS Perseu, CS Rossin, CS Rosália, CS San Diego, CS San Martin, CS Santa Barbara, CS Santa Mônica, CS Santa Odila, CS Santa Rosa, CS Santo Antônio, CS Santos Dumont, CS São Cristovão, CS São Domingos, CS São José, CS São Marcos, CS São Quirino, CS São Vicente, CS Satélite Iris I, CS Sousas, CS Tancredo Neves, CS Taquaral, CS União dos Bairros, CS Vicente Pisani Neto, CS Vila Rica, CS Vila União, CS Village, CS Vista Alegre, Laboratório Municipal, Policlínica I, Policlínica II, Unidade de Vigilância Zoonoses, VISA Leste, VISA Noroeste, VISA Norte, VISA Sudoeste e VISA Sul.</p> | Indicador | 2º Quadrim. | 1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas | $\frac{61}{67} \times 100 = 91,04$ | 2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados | $\frac{90}{121} \times 100 = 75,00$ | 3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas | $\frac{62}{67} \times 100 = 92,54$ | 4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas | $\frac{107}{121} \times 100 = 88,43$ |
| Indicador | 2º Quadrim. | | | | | | | | | | | |
| 1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas | $\frac{61}{67} \times 100 = 91,04$ | | | | | | | | | | | |
| 2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados | $\frac{90}{121} \times 100 = 75,00$ | | | | | | | | | | | |
| 3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas | $\frac{62}{67} \times 100 = 92,54$ | | | | | | | | | | | |
| 4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas | $\frac{107}{121} \times 100 = 88,43$ | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-------|--------|--|
| | | Unidades totalmente cabeadas: CS Fernanda, CS Figueira, CS Paranapanema, CS Vila Ipê. |
| 2RDQA | 91,04% | Situação inalterada. |
| 3RDQA | 91,04% | Situação inalterada. |
| RAG | 91,04% | Foram adquiridos 345 computadores em 2022, sendo 315 através do protocolo PMC.2021.00053660-90 por pregão eletrônico e 30 computadores adquiridos por TAC para o Centro de Saúde Barão Geraldo. O pregão eletrônico ocorreu em 09/06/2022, sendo homologado em 05/09/2022. Os computadores foram entregues no Almoxarifado em 20/10/2022, sendo disponibilizados para as unidades retirarem a partir de 22/11/2022. Todos os computadores foram retirados até 13/12/2022, mas a implantação do Prontuário Eletrônico ocorreu em Janeiro/2023. Com isso, o primeiro RDQA de 2023 já teremos uma grande diferença de quantidades de unidades informatizadas. |
| PAS23 | 100% | Meta mantida. |
| 1RDQA | 100% | Todas as UBS com PEC eSUSAB instalado e em produção. Ainda temos algumas expansões em salas de algumas unidades pendentes de cabeamento de rede para otimização do sistema. |
| 2RDQA | 100% | Todas as UBS com PEC eSUSAB instalado e em produção. |
| 3RDQA | | |
| RAG | | |
| PAS24 | | |