



2º RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA) 2017

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Dados da identificação

*UF	*Município	
SP	CAMPINAS	
*Ano a que se refere o relatório de gestão	*Quadrimestre a que se refere o relatório	
2017	1º/2017 (janeiro - abril)	2º/2017 (maio - agosto)
		3º/2017 (setembro - dezembro)

Secretaria de Saúde

*Razão Social da Secretaria de Saúde:	*CNPJ:	*Endereço da secretaria de saúde (logradouro nº):	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE	51.885.242/0001-40	Av. Anchieta, nº 200, 11º andar - Paço Municipal -	
*CEP:	*Telefone:	*Fax:	*E-mail:
13015-904	(19) 2116-0290	(19) 2116-0180	saude.gabinete@campinas.sp.gov.br
*Site da Secretaria (URL se houver):			
www.campinas.sp.gov.br/saude			

Secretário(a) de Saúde que Elaborou o Relatório

*Nome:	*Data da posse:
Carmino Antonio de Souza	11/01/2013

Plano de saúde

*O Estado/Município tem plano de saúde?	*Período a que se refere o plano:	*status:
<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	2014 2017	<input checked="" type="radio"/> Aprovado <input type="radio"/> Em análise
*Data da entrega no Conselho de Saúde:		
30/03/2014		

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em cumprimento ao disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012, vem apresentar e encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde o Relatório Anual de Gestão do ano de 2015 (RAG 2015) e a Programação Anual de Saúde de 2016 (PAS 2016), bem como requerer sua apreciação em reunião do Pleno deste Conselho.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Vale destacar que a gestão pública da saúde é um enorme desafio em todos os países do mundo, mesmo em países desenvolvidos, e particularmente é um desafio maior em um país de mais de 200 milhões de habitantes, cuja opção constitucional foi pela universalidade e gratuidade das ações em saúde.

No município de Campinas, com população estimada de 1.135.623 habitantes (Ano 2015), polo regional e referência para mais de 3,0 milhões de pessoas, o desafio de garantir acesso e integralidade da atenção, demanda uma responsabilidade grande pela complexidade da realização de todas as ações para o pleno funcionamento deste sistema.

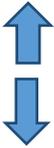
Outro grande desafio é compatibilizar todas as nossas ações tendo a atenção básica ordenadora do sistema e coordenadora da atenção, demandando cada vez mais, o aprimoramento dos profissionais e de habilidades gestoras.

DADOS DEMOGRÁFICOS

Os dados demográficos ainda são referentes ao ano de 2016 porque o IBGE atualizou em meados de setembro, não tendo tempo hábil para procedermos todas as atualizações populacionais. Isto será devidamente atualizado para o 3º RDQA.

Campinas é um Município com mais de 1 milhão de habitantes, sendo polo em região metropolitana com mais de 3 milhões de habitantes. Possui população predominantemente adulta (61%), em processo acelerado de inversão da pirâmide populacional ao analisarmos os últimos 20 anos, com 12% da população acima de sessenta anos (terceira idade).

No ano de 2015 foi realizado um grande estudo de atualização da população com base nas metodologias propostas pela Fundação SEADE. Os dados do ano 2000 foram obtidos do IBGE (Censo Demográfico 2000. Base de Informações por Setor Censitário. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2002) e desagregados segundo áreas de abrangência dos Distritos e Centros de Saúde. As estimativas intercensitárias para Campinas foram fornecidas pelo SEADE. As taxas de

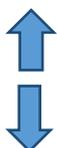
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



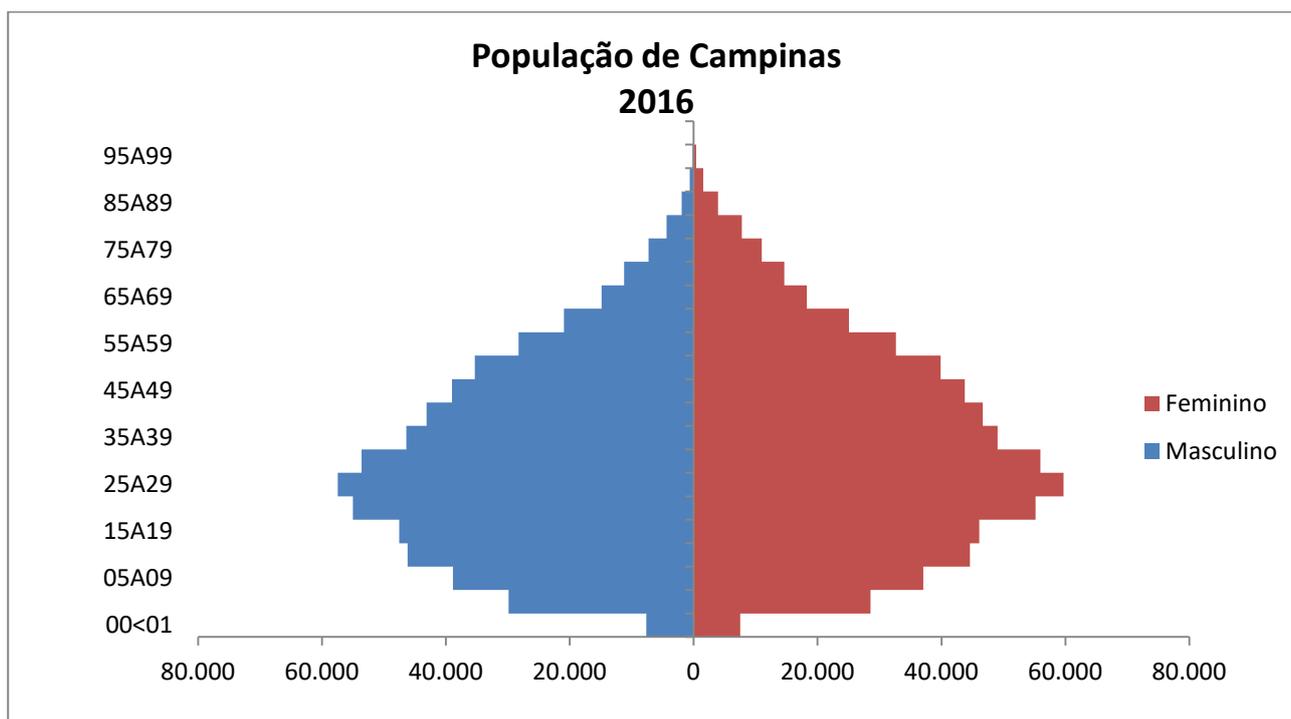
crescimento e os totais populacionais para os Distritos e Centros de Saúde foram calculadas através da metodologia AiBi. A essas estimativas foram aplicadas a distribuição por faixa etária e sexo dos dados do Censo 2000. O sistema AiBi integra o aplicativo PeqAr, produto do IBGE em parceria com a OPAS e o FNUAP, e se constitui numa ferramenta amigável para projeções e estimativas populacionais para pequenas áreas, com base em uma área maior, sobretudo em nível municipal. Ao final deste estudo de atualização de estimativa populacional em 2015, têm-se 1.134.546 população total. Este dado populacional foi utilizado para cálculo dos indicadores de saúde.

Faixa Etária IBGE	Masculino	Feminino	Total
00<01	7665	7524	15189
01A04	29851	28573	58424
05A09	38867	37059	75926
10A14	46157	44568	90725
15A19	47541	46078	93619
20A24	54996	55186	110182
25A29	57461	59712	117173
30A34	53621	55970	109591
35A39	46401	49070	95471
40A44	43135	46688	89823
45A49	38988	43786	82774
50A54	35339	39847	75186
55A59	28274	32650	60924
60A64	20942	25080	46022
65A69	14858	18240	33098
70A74	11216	14654	25870
75A79	7282	10999	18281
80A84	4389	7774	12163
85A89	1919	3929	5848
90A94	658	1548	2206
95A99	150	405	555
100E+	36	77	113
Total	589746	629417	1.219.163

OBS.:

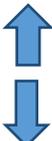


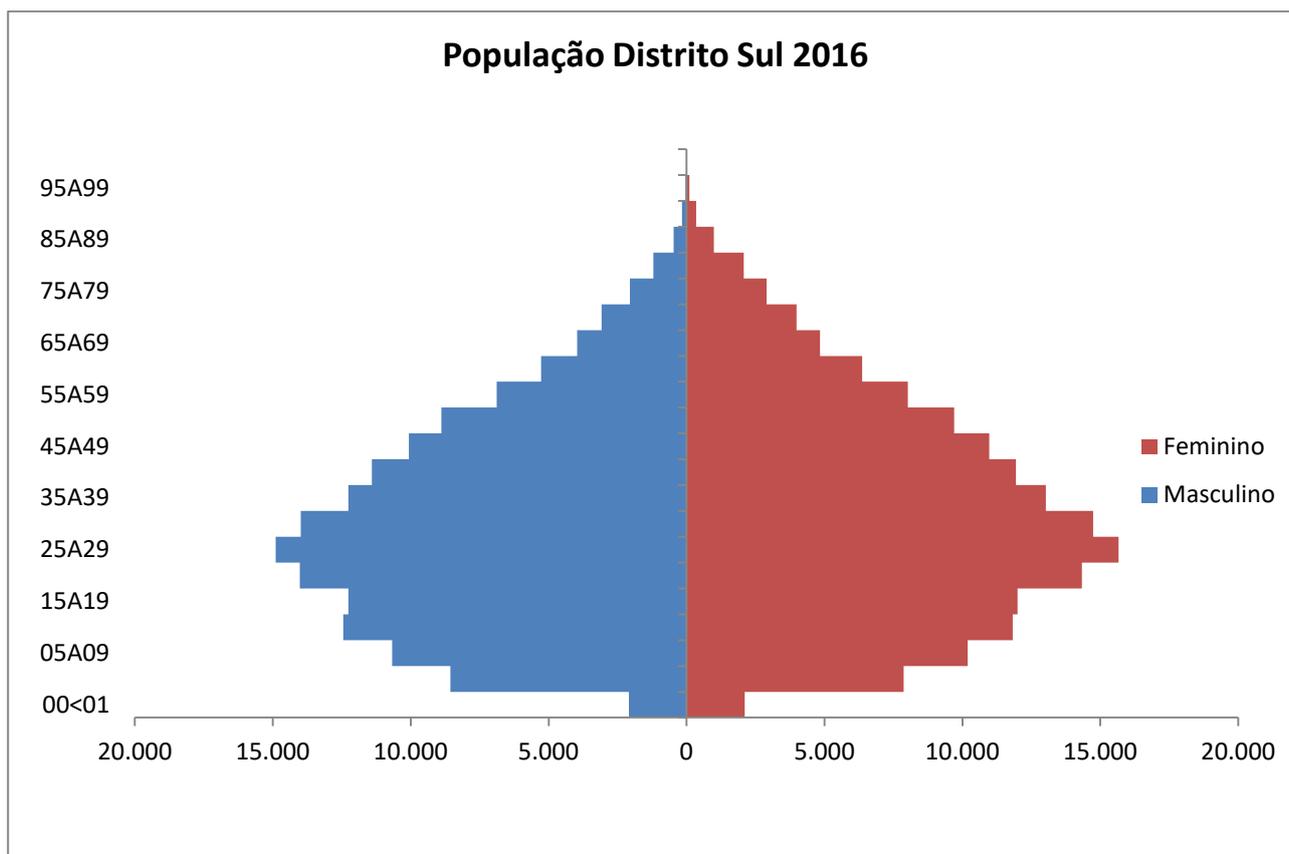
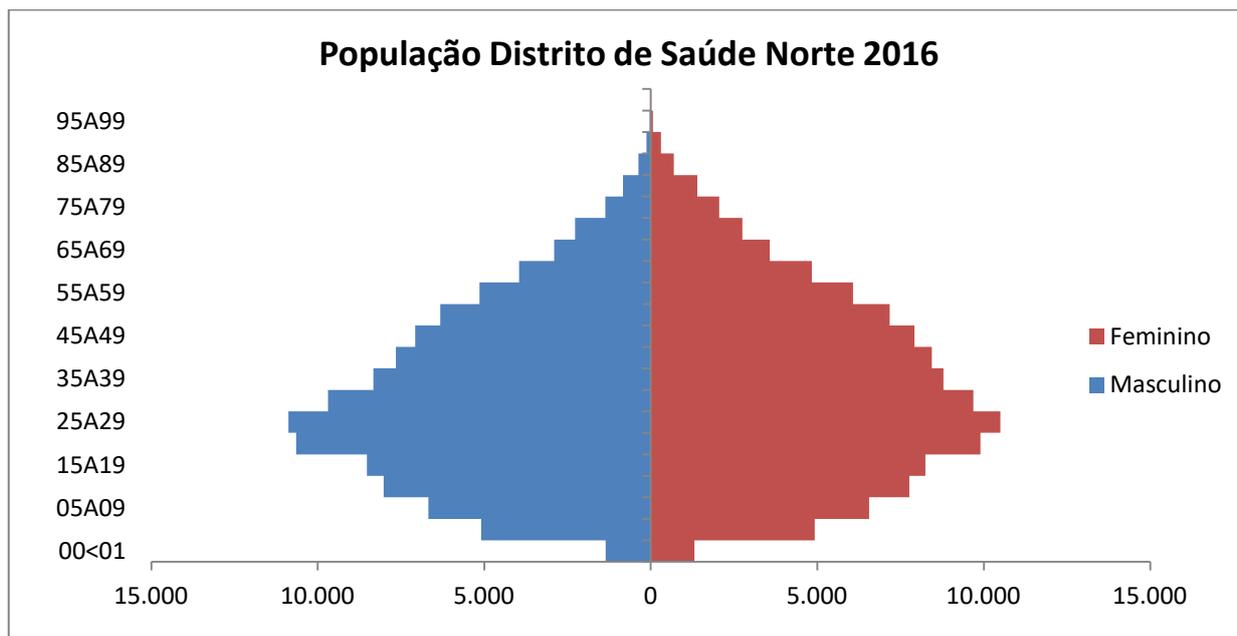
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



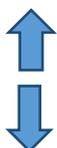
Fonte: Coordenadoria de Informação e Informática/SMS-Campinas. Os dados do ano 2000 foram obtidos do IBGE (Censo Demográfico 2000, Base de Informações por Setor Censitário, Resultados do Universo, Rio de Janeiro, 2002). Os dados de 2010 foram obtidos do IBGE (Censo Demográfico 2010, Base de Informações por Setor Censitário).

Distribuição da população por faixa etária e sexo nos Distritos de Saúde

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



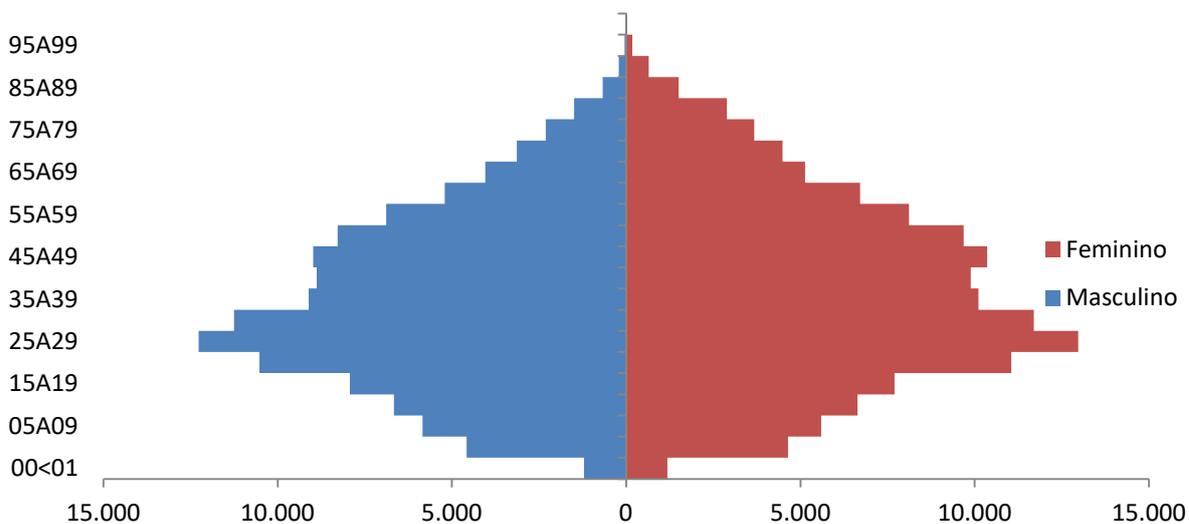
OBS.:



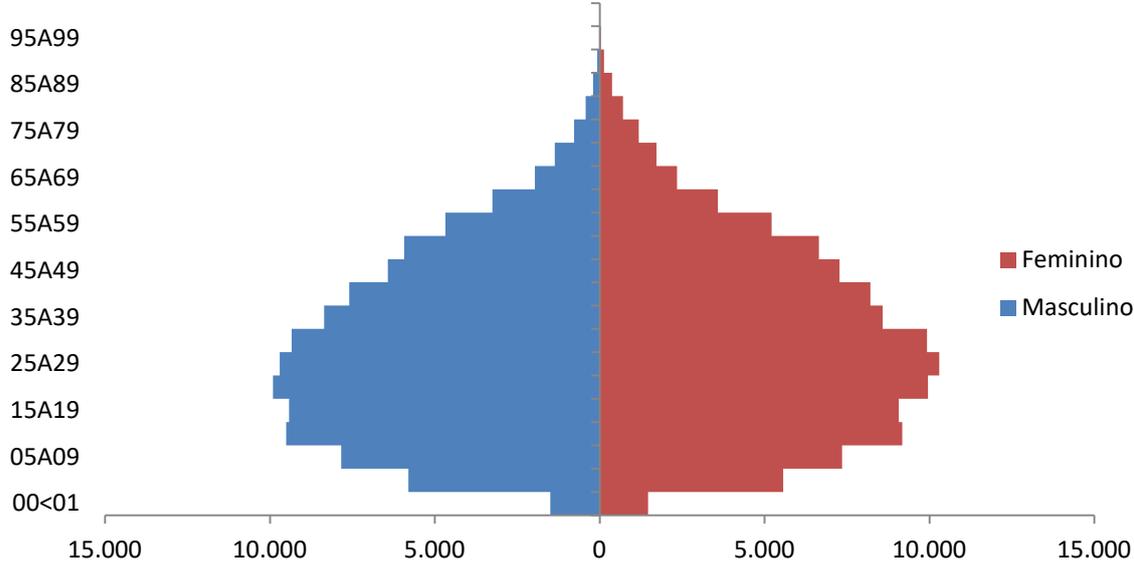
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



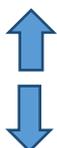
População Distrito Saúde Leste 2016



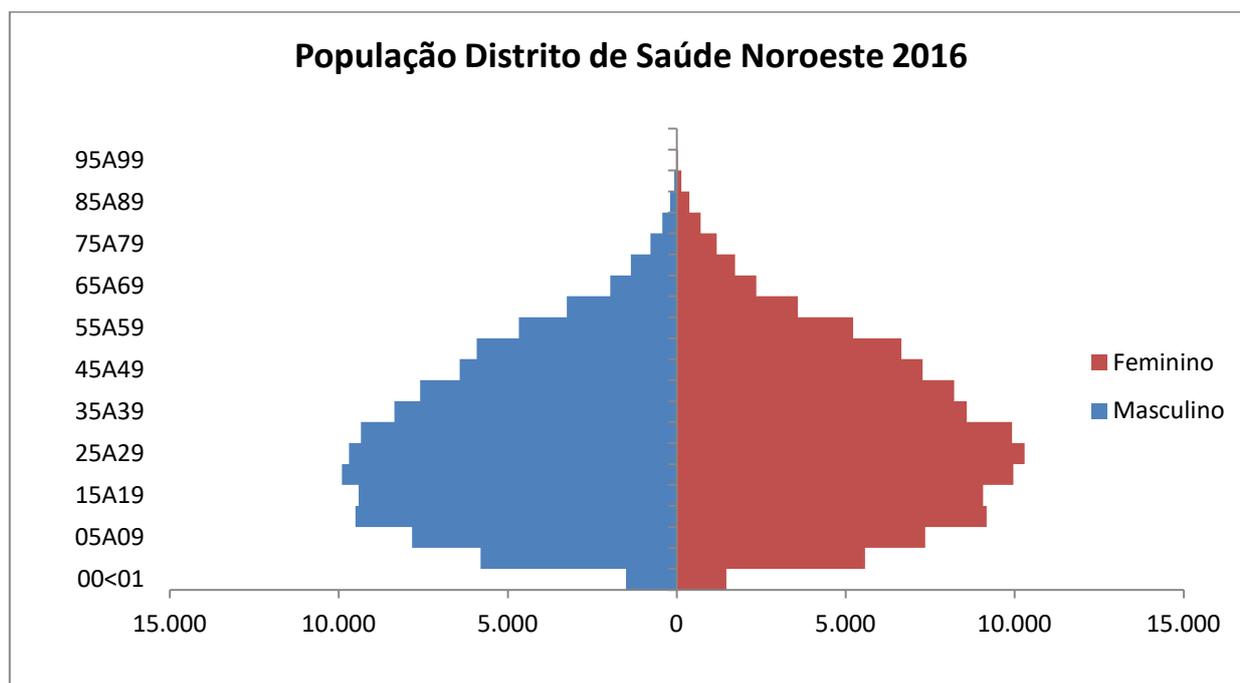
População Distrito de Saúde Sudoeste 2016



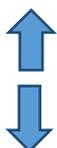
OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



A distribuição por faixa etária demonstra que os Distritos Sudoeste e Noroeste possuem uma -maior proporção de crianças e adolescentes em sua pirâmide populacional correspondendo, respectivamente 31,33% e 31,54%, quando comparado a outros Distritos. O Distrito Sul se destaca com 62,29 % de população adulta (20 a 59 anos), seguido do Distrito Norte com 60,94% e Sudoeste com 59,83%. O Distrito Leste apresenta a maior população idosa do Município com 13,30% com 60 e mais anos e seguido do Distrito Norte com 12,51%.

População por Distrito Resid e Faixa Etária IBGE					
	Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
00 A 19	26,55%	28,25%	20,43%	31,33%	31,54%
20 A 59	60,94%	62,29%	53,25%	59,83%	56,81%
60 E +	12,51%	11,88%	13,30%	8,54%	9,45%

Fonte: Coordenadoria de Informação e Informática/SMS-Campinas. Os dados do ano 2000 foram obtidos do IBGE (Censo Demográfico 2000. Base de Informações por Setor Censitário. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2002). Os dados de 2010 foram obtidos do IBGE (Censo Demográfico 2010, Base de Informações por Setor Censitário).

Esta distribuição demonstra a necessidade de organização de serviços que atendam as especificidades de cada Distrito de Saúde, com enfoques diversos a cada faixa etária. Vale destacar que as ações de saúde voltadas ao binômio mãe-filho são imprescindíveis os Distritos Noroeste e Sudoeste, assim como a garantia de acesso a esta população nos distritos Sul e Norte. O Distrito sul se destaca por uma população ativa, que está no mercado de trabalho, exigindo, portanto, ações que garantam a saúde dos trabalhadores. Os Distritos Leste e Norte devem ter a garantia do acesso voltada as DCNT, presentes em grande parcela da população com 60 e + anos, assim como organização de ações e serviços que garantam uma melhor qualidade de vida aos idosos.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



DADOS DE MORTALIDADE POR CAUSAS

CAUSAS (CAP. CID X) DE OBITOS DE RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2016

Causa (Cap CID10)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	262	257	230	240	256	269	261
II. Neoplasias (tumores)	1236	1223	1239	1318	1365	1282	1343
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	23	36	21	15	27	21	31
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	265	269	244	233	272	238	233
V. Transtornos mentais e comportamentais	75	78	29	15	16	17	15
VI. Doenças do sistema nervoso	183	194	207	219	303	285	305
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	2	0	0	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1847	1883	1968	1969	1915	1900	1971
X. Doenças do aparelho respiratório	950	1043	1032	1041	1063	1026	1005
XI. Doenças do aparelho digestivo	372	373	362	374	378	333	392
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	29	36	26	20	27	32	47
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	24	32	32	45	29	49	54
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	180	193	209	212	270	264	284
XV. Gravidez parto e puerpério	2	6	7	8	8	4	5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	83	68	81	69	65	62	63
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	58	52	49	52	47	58	47
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	111	121	122	110	104	52	95
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	565	560	535	538	531	510	514
TOTAL	6265	6424	6393	6480	6676	6402	6666

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 03/02/2017, sujeitos à revisão.

AS PRINCIPAIS CAUSAS (CAP. CID X) DE OBITOS DE RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2016

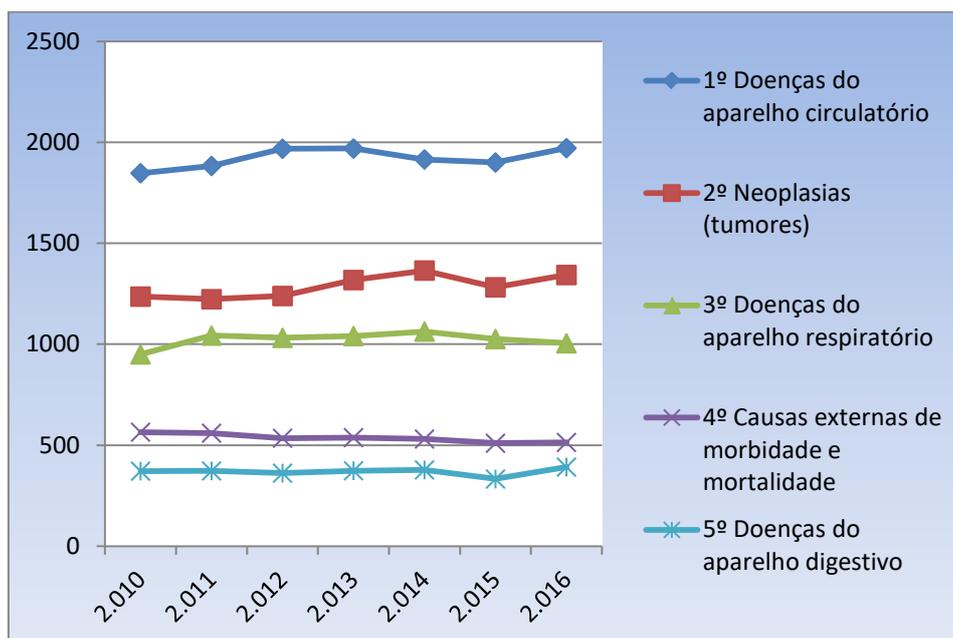
Causa (Cap CID10)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1º Doenças do aparelho circulatório	1847	1883	1968	1969	1915	1900	1971
2º Neoplasias (tumores)	1236	1223	1239	1318	1365	1282	1343
3º Doenças do aparelho respiratório	950	1043	1032	1041	1063	1026	1005
4º Causas externas de morbidade e mortalidade	565	560	535	538	531	510	514
5º Doenças do aparelho digestivo	372	373	362	374	378	333	392

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 03/02/2017, sujeitos à revisão.

OBS.:

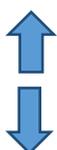


a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



As cinco principais causas de mortalidade vêm se mantendo ao longo de 2010 a 2016 e mostram o perfil de uma cidade metropolitana industrializada que sofre com os desafios da modernidade e com uma taxa de envelhecimento importante caracterizada pela prevalência das doenças do aparelho circulatório e neoplasias, onde a prevenção está associada a mudança de hábitos: alcoolismo, inatividade, tabagismo, má alimentação dentre outras. Campinas acompanha o quadro nacional nas duas primeiras causas, porém exprime precocemente uma tendência nacional que é a inversão nas causas externas de morbidade e mortalidade fruto da melhoria das condições sociais em relação a doenças do aparelho respiratório.

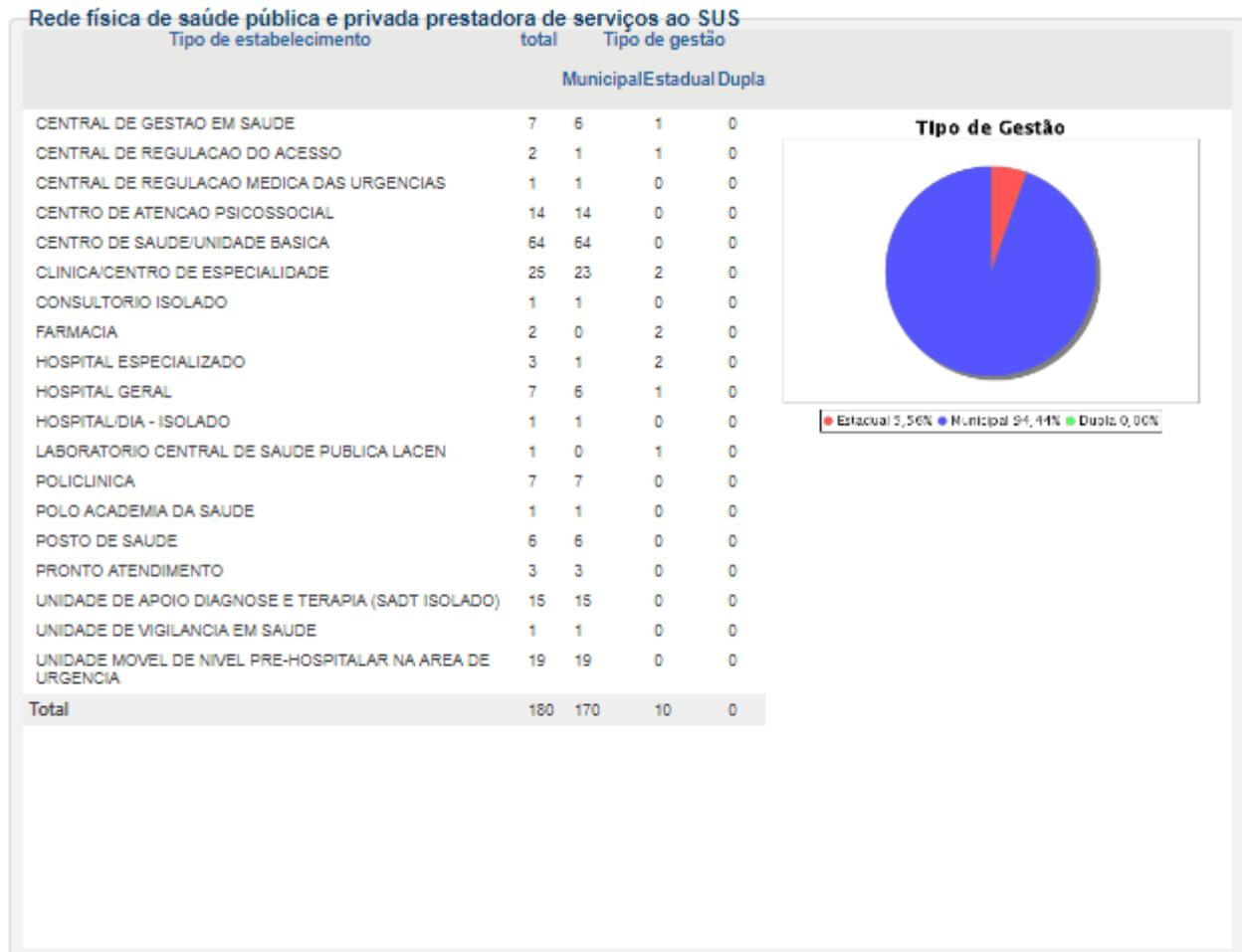
OBS.:



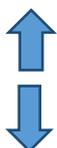
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



DADOS DA REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS EM CAMPINAS



OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



DADOS EXTRAÍDOS DOS RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIA (SAI) E DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR (SIH) DO DATASUS

Produção da Atenção Básica

Complexidade: Atenção Básica

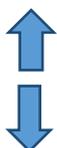
Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais Qtd. aprovada
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	90.456,00
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	129.986,00
03 Procedimentos clínicos	388.765,00
04 Procedimentos cirúrgicos	22.544,00
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	0,00
06 Medicamentos	0,00
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0,00
08 Ações complementares da atenção à saúde	2.333,00
Total	634.084,00

Produção de Urgência e Emergência por Grupo de Procedimentos

Caráter de atendimento: Urgência

Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais		Sistema de Informações Hospitalares	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado	AIH Pagas	Valor total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	0,00	0,00	0,00	0,00
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	2.905,00	113.980,55	7,00	4.148,83
03 Procedimentos clínicos	134,00	1.270,98	5.492,00	6.857.543,50
04 Procedimentos cirúrgicos	276,00	8.221,62	2.881,00	6.859.865,15
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	0,00	0,00	6,00	11.535,00
06 Medicamentos	0,00	0,00	0,00	0,00
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0,00	0,00	0,00	0,00
08 Ações complementares da atenção à saúde	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	3.315,00	123.473,15	8.386,00	13.733.092,48

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Produção de Atenção Psicossocial por Forma de Organização

Forma organização: 030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial, 030317 Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais

Forma organização	Sistema de Informações Ambulatoriais		Sistema de Informações Hospitalares	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado	AIH Pagas	Valor total
030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial	79.275,00	130.033,21	0,00	0,00
030317 Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	0,00	0,00	87,00	31.601,84

Produção da Assistência Farmacêutica

Subgrupo proced: 0804 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado

Produção da Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar por Grupo de Procedimentos

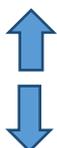
Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais		Sistema de Informações Hospitalares	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado	AIH Pagas	Valor total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	2.638,00	7.075,88	0,00	0,00
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.255.550,00	10.089.703,80	22,00	9.700,06
03 Procedimentos clínicos	907.817,00	9.837.239,43	5.673,00	6.969.100,52
04 Procedimentos cirúrgicos	7.657,00	1.192.031,20	6.497,00	11.294.949,06
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	18,00	2.210,00	10,00	18.874,30
06 Medicamentos	0,00	0,00	0,00	0,00
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0,00	0,00	0,00	0,00
08 Ações complementares da atenção à saúde	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	2.173.680,00	21.128.260,31	12.202,00	18.292.623,94

Produção de Vigilância em Saúde por Grupo de Procedimentos

Financiamento: Vigilância em Saúde

Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	783,00	0,00
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	494,00	0,00
03 Procedimentos clínicos	0,00	0,00
04 Procedimentos cirúrgicos	0,00	0,00
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	0,00	0,00
06 Medicamentos	0,00	0,00
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0,00	0,00
08 Ações complementares da atenção à saúde	0,00	0,00
Total	1.277,00	0,00

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2017

Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.

Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem à ampliação de acesso a atenção básica

Indicador 1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

Relevância do Indicador: Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais. Ou seja: serve para avaliar a efetividade da Atenção primária, mas também pode ser utilizado para avaliação da atenção especializada ambulatorial, da regulação das internações e da gestão hospitalar.

Meta: Aumentar em 1,47 % por ano a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, a partir de 2014. **PS. Meta revista conforme a mudança de cálculo de cobertura do Ministério da Saúde que considera uma equipe para 3.450 pop.**

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS EM CAMPINAS								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
População	1.080.999	1.090.386	1.098.630	1.144.862	1.154.617	1.135.623	1.173.370	1.173.370
Nº ESF	102	97	98	106	166	171	163	163
Cobertura	32,55%	30,69%	30,77%	31,94%	49,60%	51,95%	47,93%	47,93%

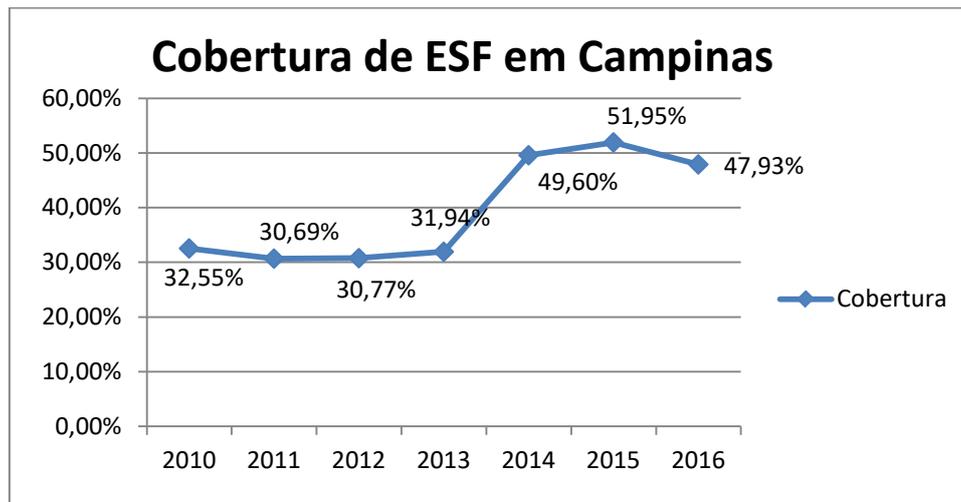
Fonte: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/>

Obs.: Esta série histórica foi recalculada conforme parâmetro da Portaria nº 2.027, 25.08.2011 MS

OBS.:



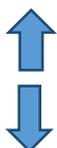
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta para 2017: 58,0%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	47,93%	<p>Competência: Abril de 2017 ESF – 77 + ESB I – 65 + ESB II – 8 + ESF 4 – 4 + ESF Trans – 9: 163 OBS: *não consideradas as equipes de EACS e EAB, que são 20 na competência abril/2017. Memória de Cálculo: $(163 \text{ EPSF} \times 3.450) / 1.173.370 \text{ Hab} \times 100 = 47,93\%$* 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>Considerações:</p> <p>A cobertura de PSF tende a se recuperar a medida que o Ministério da Saúde vem repondo os médicos do Programa Mais Médicos que estão tendo seu “contrato” de 3 anos vencido, ou que abandonaram o programa ou, ainda, que tiveram afastamento por inadequação ao trabalho. Houve também decréscimo de 733 para 729 no total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde. Foi publicado e encontra-se em execução com êxito a implantação com manual, cartões de banco e instruções, do Decreto Municipal nº 19.165 de 03 de junho de 2016 que “Dispõe sobre a regulamentação da utilização de recursos provenientes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) do Ministério da Saúde e dá outras providências”. A Portaria MS nº 1.658/2016, que institucionaliza o 3º ciclo PMAQ, e recontractualiza com Campinas 45 ESF com SB e 30 ESF sem SB do 2º ciclo PMAQ, e habilita 32 ESF com SB e 35 ESF sem SB, elevando de 75 equipes no 2º para um total 142 no 3º ciclo do PMAQ em Campinas, está em execução. A quase totalidade destas 142 ESF homologadas já cumpriu o componente de auto avaliação, com formulação de matriz de intervenção, através de apoio distrital. Está previsto, pelo MS, que o componente do PMAQ de</p>

OBS.:

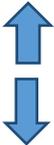


a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		Avaliação Externa das ESF ocorrerá a partir de setembro/2017. A SMS também está desenvolvendo processo revisão do modelo de atenção da APS em Campinas, com maior aproximação do previsto pelo Ministério de Saúde, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
2º Quadrimestre	40,87%	<p>Competência: Agosto de 2017 ESF - 65 + ESB I - 57 + ESB II - 5 + ESF 4 - 3 + ESF Trans - 9: 139 OBS: *não consideradas as equipes de EACS e EAB, que são 30 na competência agosto/2017. Memória de Cálculo: $(139 \text{ EPSF} \times 3.450) / 1.173.370 \text{ Hab} \times 100 = 40,87\%$* 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>Considerações:</p> <p>A cobertura de PSF tendeu a queda à medida que o Ministério da Saúde não vem repondo a tempo os médicos do Programa Mais Médicos que estão tendo seu “contrato”, de 3 anos, vencido, ou que abandonaram o programa ou, ainda, que tiveram afastamento por inadequação ao trabalho. Houve também decréscimo de 729 para 720 no total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde.</p> <p>Até a presente competência a avaliação externa do PMAQ não ocorreu, sem previsão de data.</p> <p>A totalidade das 142 ESF homologadas cumpriu o componente de autoavaliação, o mesmo podendo-se dizer das equipes de gestão central e distritais, com formulação de matriz de intervenção.</p> <p>O processo de revisão do modelo de atenção da APS em Campinas, com maior aproximação do previsto pelo Ministério de Saúde, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) será revisto à luz da nova PNAB, recém-publicada, segundo Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, que deverá facilitar a reabilitação de equipes.</p>

Indicador 2. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica – ICSAB

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



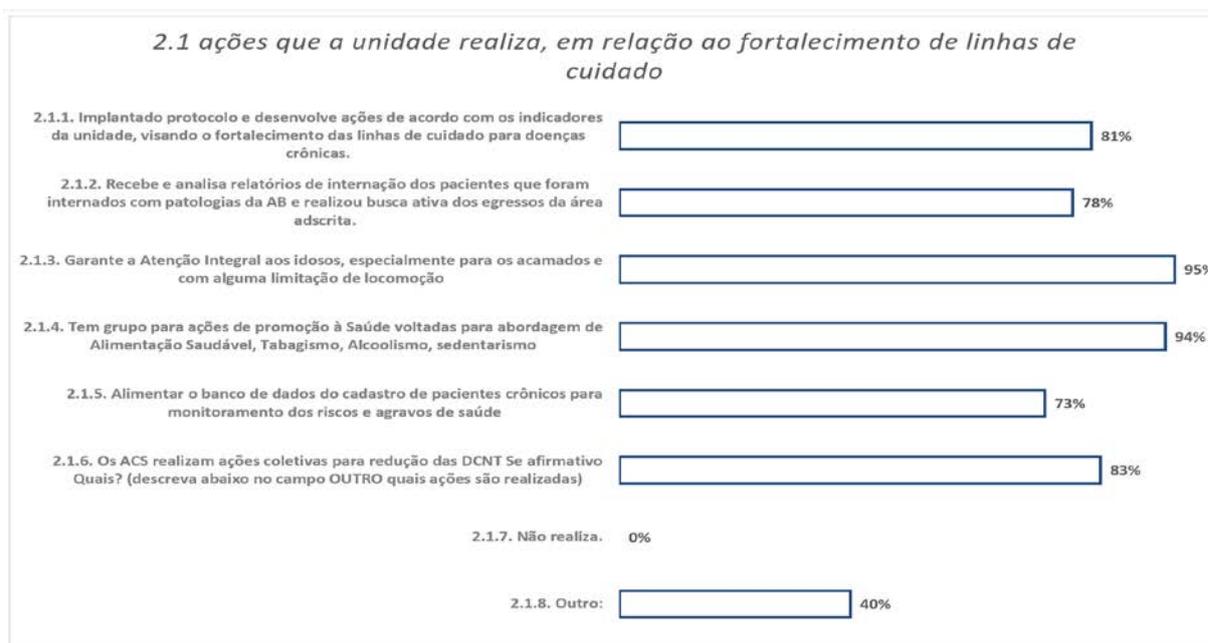
Relevância do Indicador: Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais.

Ou seja: serve para avaliar a efetividade da Atenção primária, mas também pode ser utilizado para avaliação da atenção especializada ambulatorial, da regulação das internações e da gestão hospitalar. Por isso além do cálculo do indicador 02 por residentes em Campinas desagregamos as informações por ocorrência e prestador (indicador 02')o que facilita monitoramento e intervenção por prestador. Acrescentamos ainda a informação de que a ausência de relatório do Serviço de Saúde Cândido Ferreira deve-se ao fato que não teve internações selecionadas para o cálculo desse indicador, conforme o Caderno de Diretrizes, seja para o numerador ou denominador.

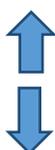
PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA

Ano	2008'	2009'	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'
ICSAP	18,83	20,1	20,71	18,45	19,14	20,53	23,62	24,7	23,4	23,2

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 16.07DPC. Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC



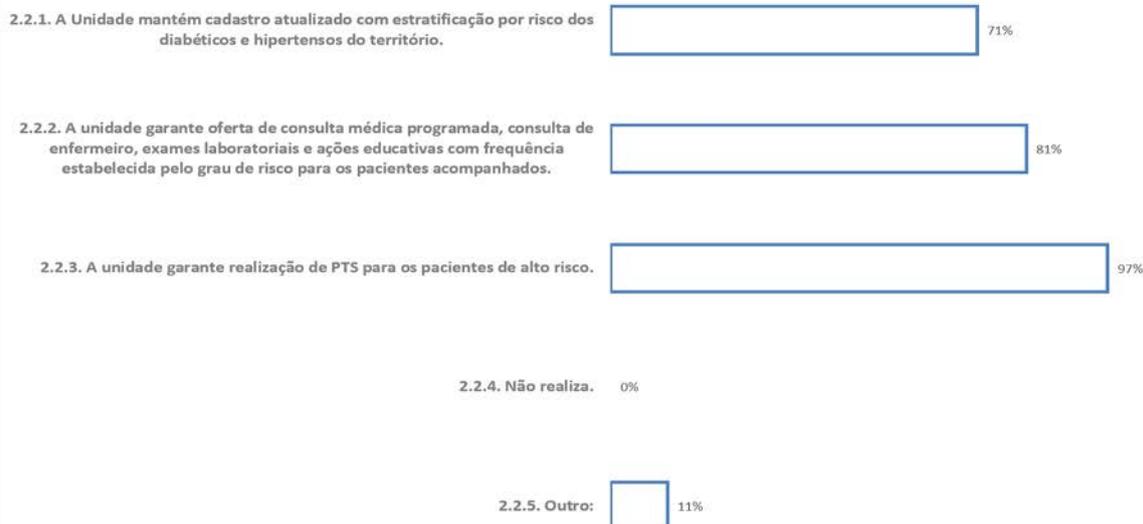
OBS.:



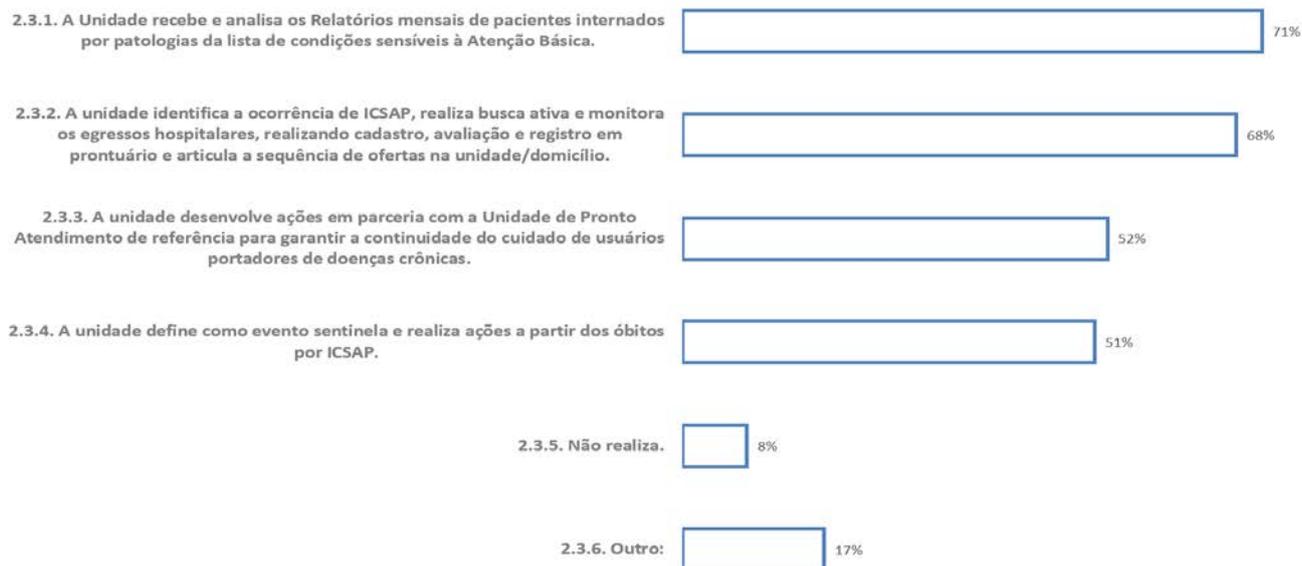
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



2.2 ações que a unidade realiza, em relação a Avaliação de Riscos e Vulnerabilidade:



2.3 ações que a unidade realiza, em relação as Estratégias utilizadas pela unidade



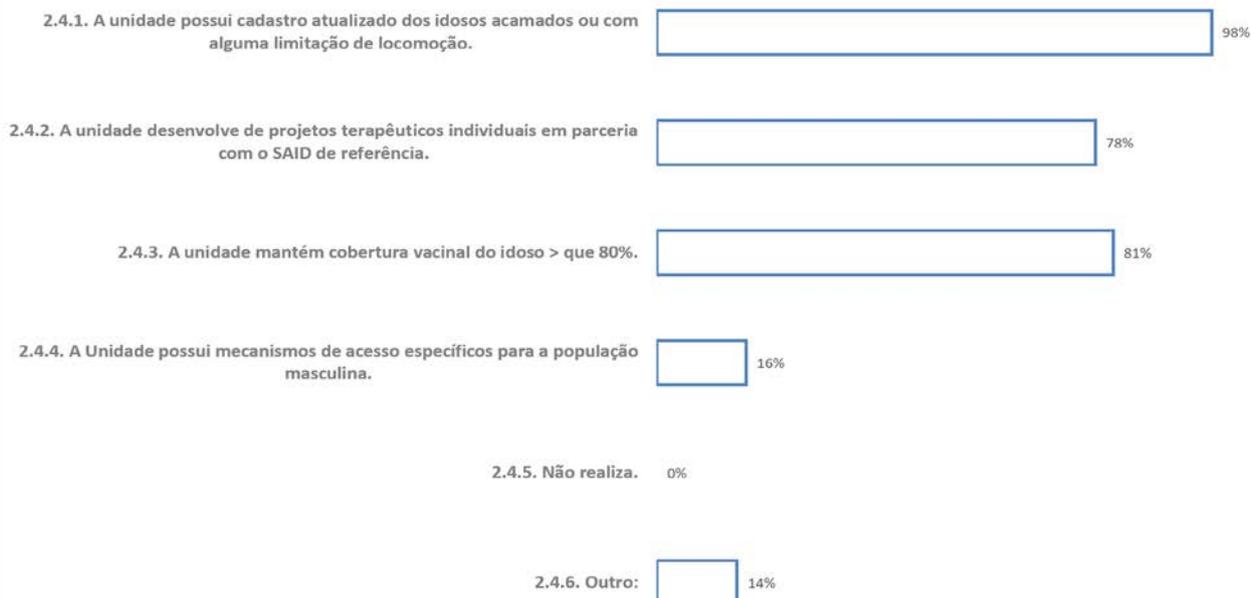
OBS.:



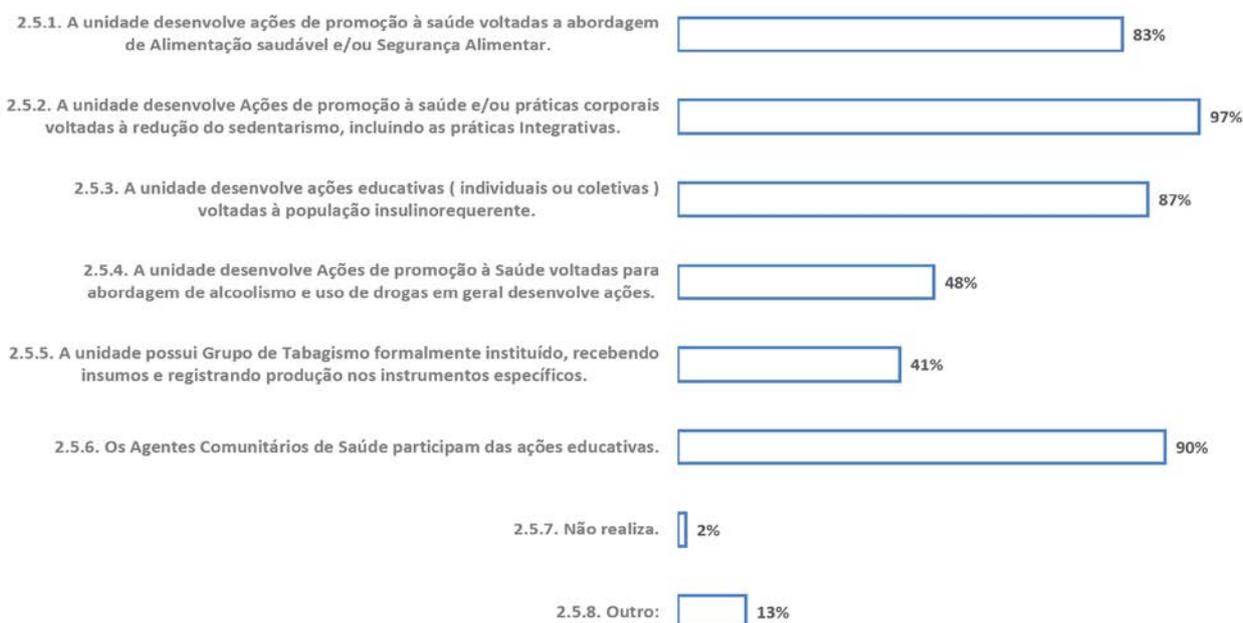
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



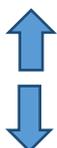
2.4 ações que a unidade realiza, em relação as Estratégias utilizadas pela unidade



2.5 ações que a unidade realiza, em relação as Estratégias utilizadas pela unidade



OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



INDICADOR 2 - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DE RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS																
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	36	58	42	136	52	38	48	138	65	73	35	173	34	27	61	
2 GEI e complic	84	70	72	226	87	44	74	205	117	79	78	274	41	28	69	
3 Anemia	3	7	6	16	1	3	6	10	1	8	5	14	6	4	10	
4 Def nutric	13	16	6	35	13	7	13	33	19	19	5	43	27	12	39	
5 Infec O N G	17	17	18	52	26	17	15	58	16	17	16	49	19	15	34	
6 Pneumonias bac	103	275	265	643	194	254	187	635	175	253	125	553	125	127	252	
7 Asma	77	147	105	329	177	222	150	549	75	152	139	366	135	155	290	
8 Bronquites	72	192	118	382	117	289	143	549	85	304	131	520	123	229	352	
9 Hipertensão	30	26	44	100	49	57	45	151	64	85	84	233	47	40	87	
10 Angina	132	175	128	435	134	136	166	436	158	138	116	412	136	93	229	
11 ICC	152	209	265	626	220	251	216	687	205	244	186	635	193	193	386	
12 Diabetes	67	88	81	236	105	90	103	298	89	100	94	283	81	58	139	
13 Epilepsias	60	91	68	219	60	66	63	189	75	69	56	200	50	36	86	
14 ITU	315	268	310	893	365	371	349	1.085	311	257	282	850	308	226	534	
15 Infec pele e TSC	182	144	186	512	199	161	127	487	175	180	147	502	146	91	237	
16 D infl pelv F	14	14	12	40	14	11	17	42	28	24	18	70	14	17	31	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	1	3	2	1	3	
Total ICSAP	1.357	1.797	1.726	4.880	1.813	2.017	1.726	5.556	1.658	2.004	1.518	5.180	1.487	1.352	2.839	
Total Geral	6.853	7.742	7.605	22.200	7.616	7.839	7.038	22.493	6.907	8.467	6.793	22.167	6.639	5.597	12.236	

ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,53%	0,75%	0,55%	0,61%	0,68%	0,48%	0,68%	0,61%	0,94%	0,86%	0,52%	0,78%	0,51%	0,48%	0,50%	
2 GEI e complic	1,23%	0,90%	0,95%	1,02%	1,14%	0,56%	1,05%	0,91%	1,69%	0,93%	1,15%	1,24%	0,62%	0,50%	0,56%	
3 Anemia	0,04%	0,09%	0,08%	0,07%	0,01%	0,04%	0,09%	0,04%	0,01%	0,09%	0,07%	0,06%	0,09%	0,07%	0,08%	
4 Def nutric	0,19%	0,21%	0,08%	0,16%	0,17%	0,09%	0,18%	0,15%	0,28%	0,22%	0,07%	0,19%	0,41%	0,21%	0,32%	
5 Infec O N G	0,25%	0,22%	0,24%	0,23%	0,34%	0,22%	0,21%	0,26%	0,23%	0,20%	0,24%	0,22%	0,29%	0,27%	0,28%	
6 Pneumonias bac	1,50%	3,55%	3,48%	2,90%	2,55%	3,24%	2,66%	2,82%	2,53%	2,99%	1,84%	2,49%	1,88%	2,27%	2,06%	
7 Asma	1,12%	1,90%	1,38%	1,48%	2,32%	2,83%	2,13%	2,44%	1,09%	1,80%	2,05%	1,65%	2,03%	2,77%	2,37%	
8 Bronquites	1,05%	2,48%	1,55%	1,72%	1,54%	3,69%	2,03%	2,44%	1,23%	3,59%	1,93%	2,35%	1,85%	4,09%	2,88%	
9 Hipertensão	0,44%	0,34%	0,58%	0,45%	0,64%	0,73%	0,64%	0,67%	0,93%	1,00%	1,24%	1,05%	0,71%	0,71%	0,71%	
10 Angina	1,93%	2,26%	1,68%	1,96%	1,76%	1,73%	2,36%	1,94%	2,29%	1,63%	1,71%	1,86%	2,05%	1,66%	1,87%	
11 ICC	2,22%	2,70%	3,48%	2,82%	2,89%	3,20%	3,07%	3,05%	2,97%	2,88%	2,74%	2,86%	2,91%	3,45%	3,15%	
12 Diabetes	0,98%	1,14%	1,07%	1,06%	1,38%	1,15%	1,46%	1,32%	1,29%	1,18%	1,38%	1,28%	1,22%	1,04%	1,14%	
13 Epilepsias	0,88%	1,18%	0,89%	0,99%	0,79%	0,84%	0,90%	0,84%	1,09%	0,81%	0,82%	0,90%	0,75%	0,64%	0,70%	
14 ITU	4,60%	3,46%	4,08%	4,02%	4,79%	4,73%	4,96%	4,82%	4,50%	3,04%	4,15%	3,83%	4,64%	4,04%	4,36%	
15 Infec pele e TSC	2,66%	1,86%	2,45%	2,31%	2,61%	2,05%	1,80%	2,17%	2,53%	2,13%	2,16%	2,26%	2,20%	1,63%	1,94%	
16 D infl pelv F	0,20%	0,18%	0,16%	0,18%	0,18%	0,14%	0,24%	0,19%	0,41%	0,28%	0,26%	0,32%	0,21%	0,30%	0,25%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%	0,02%	0,00%	0,02%	0,01%	0,01%	0,03%	0,02%	0,02%	
Total ICSAP	19,80%	23,21%	22,70%	21,98%	23,81%	25,73%	24,52%	24,70%	24,00%	23,67%	22,35%	23,37%	22,40%	24,16%	23,20%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS																
2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO E SANTA CASA DE CAMPINAS																
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0	3	5	8	5	1	0	6	1	0	1	2	2	2	4	
2 GEI e complic	2	19	1	22	2	3	4	9	1	1	2	4	2	0	2	
3 Anemia	0	0	1	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	
4 Def nutric	0	1	0	1	1	0	1	2	0	1	1	2	2	1	3	
5 Infec O N G	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
6 Pneumonias bac	1	12	21	34	12	3	8	23	13	1	0	14	0	2	2	
7 Asma	0	2	3	5	0	1	0	1	0	1	2	3	1	1	2	
8 Bronquites	0	6	6	12	2	1	0	3	0	1	8	9	1	3	4	
9 Hipertensão	0	1	2	3	0	1	1	2	0	2	1	3	0	0	0	
10 Angina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11 ICC	1	13	14	28	9	17	4	30	8	8	9	25	1	5	6	
12 Diabetes	0	5	4	9	3	1	2	6	2	5	5	12	2	5	7	
13 Epilepsias	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
14 ITU	13	58	68	139	68	70	50	188	46	26	49	121	52	40	92	
15 Infec pele e TSC	6	26	33	65	41	24	20	85	24	12	21	57	27	11	38	
16 D infl pelv F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ICSAP	23	149	159	331	144	122	91	357	95	58	99	252	92	70	162	
Total geral	48	346	311	705	293	285	204	782	185	189	289	663	269	208	477	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,00%	0,87%	1,61%	1,13%	1,71%	0,35%	0,00%	0,77%	0,54%	0,00%	0,35%	0,30%	0,74%	0,96%	0,84%	
2 GEI e complic	4,17%	5,49%	0,32%	3,12%	0,68%	1,05%	1,96%	1,15%	0,54%	0,53%	0,69%	0,60%	0,74%	0,00%	0,42%	
3 Anemia	0,00%	0,00%	0,32%	0,14%	0,34%	0,00%	0,49%	0,26%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
4 Def nutric	0,00%	0,29%	0,00%	0,14%	0,34%	0,00%	0,49%	0,26%	0,00%	0,53%	0,35%	0,30%	0,74%	0,48%	0,63%	
5 Infec O N G	0,00%	0,58%	0,00%	0,28%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,37%	0,00%	0,21%	
6 Pneumonias bac	2,08%	3,47%	6,75%	4,82%	4,10%	1,05%	3,92%	2,94%	7,03%	0,53%	0,00%	2,11%	0,00%	0,96%	0,42%	
7 Asma	0,00%	0,58%	0,96%	0,71%	0,00%	0,35%	0,00%	0,13%	0,00%	0,53%	0,69%	0,45%	0,37%	0,48%	0,42%	
8 Bronquites	0,00%	1,73%	1,93%	1,70%	0,68%	0,35%	0,00%	0,38%	0,00%	0,53%	2,77%	1,36%	0,37%	1,44%	0,84%	
9 Hipertensão	0,00%	0,29%	0,64%	0,43%	0,00%	0,35%	0,49%	0,26%	0,00%	1,06%	0,35%	0,45%	0,00%	0,00%	0,00%	
10 Angina	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
11 ICC	2,08%	3,76%	4,50%	3,97%	3,07%	5,96%	1,96%	3,84%	4,32%	4,23%	3,11%	3,77%	0,37%	2,40%	1,26%	
12 Diabetes	0,00%	1,45%	1,29%	1,28%	1,02%	0,35%	0,98%	0,77%	1,08%	2,65%	1,73%	1,81%	0,74%	2,40%	1,47%	
13 Epilepsias	0,00%	0,29%	0,32%	0,28%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,37%	0,00%	0,21%	
14 ITU	27,08%	16,76%	21,86%	19,72%	23,21%	24,56%	24,51%	24,04%	24,86%	13,76%	16,96%	18,25%	19,33%	19,23%	19,29%	
15 Infec pele e TSC	12,50%	7,51%	10,61%	9,22%	13,99%	8,42%	9,80%	10,87%	12,97%	6,35%	7,27%	8,60%	10,04%	5,29%	7,97%	
16 D infl pelv F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	47,92%	43,06%	51,13%	46,95%	49,15%	42,81%	44,61%	45,65%	51,35%	30,69%	34,26%	38,01%	34,20%	33,65%	33,96%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS																
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS																
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0	0	3	3	10	7	8	25	15	18	5	38	6	5	11	
2 GEI e complic	0	0	1	1	1	1	32	34	37	34	32	103	0	1	1	
3 Anemia	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4 Def nutric	0	0	0	0	2	3	7	12	10	8	4	22	11	13	24	
5 Infec O N G	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6 Pneumonias bac	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7 Asma	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	
8 Bronquites	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	0	2	1	0	1	
9 Hipertensão	0	0	2	2	6	3	8	17	10	11	9	30	4	2	6	
10 Angina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11 ICC	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
12 Diabetes	0	2	1	3	2	7	13	22	7	17	9	33	6	5	11	
13 Epilepsias	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	
14 ITU	6	8	8	22	18	44	24	86	6	0	7	13	23	20	43	
15 Infec pele e TSC	0	1	3	4	2	1	3	6	4	7	2	13	1	0	1	
16 D infl pelv F	2	1	2	5	0	0	8	8	8	2	7	17	3	3	6	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	1	3	2	1	3	
Total ICSAP	8	13	21	42	42	68	109	219	99	102	78	279	58	50	108	
Total geral	500	487	506	1.493	501	508	497	1.506	467	536	478	1.481	622	408	1.030	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,00%	0,00%	0,59%	0,20%	2,00%	1,38%	1,61%	1,66%	3,21%	3,36%	1,05%	2,57%	0,96%	1,23%	1,07%	
2 GEI e complic	0,00%	0,00%	0,20%	0,07%	0,20%	0,20%	6,44%	2,26%	7,92%	6,34%	6,69%	6,95%	0,00%	0,25%	0,10%	
3 Anemia	0,00%	0,21%	0,00%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
4 Def nutric	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%	0,59%	1,41%	0,80%	2,14%	1,49%	0,84%	1,49%	1,77%	3,19%	2,33%	
5 Infec O N G	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
6 Pneumonias bac	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
7 Asma	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,07%	0,00%	0,00%	0,21%	0,07%	0,16%	0,00%	0,10%	
8 Bronquites	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,20%	0,13%	0,00%	0,37%	0,00%	0,14%	0,16%	0,00%	0,10%	
9 Hipertensão	0,00%	0,00%	0,40%	0,13%	1,20%	0,59%	1,61%	1,13%	2,14%	2,05%	1,88%	2,03%	0,64%	0,49%	0,58%	
10 Angina	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
11 ICC	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
12 Diabetes	0,00%	0,41%	0,20%	0,20%	0,40%	1,38%	2,62%	1,46%	1,50%	3,17%	1,88%	2,23%	0,96%	1,23%	1,07%	
13 Epilepsias	0,00%	0,00%	0,20%	0,07%	0,00%	0,00%	0,20%	0,07%	0,43%	0,19%	0,21%	0,27%	0,00%	0,00%	0,00%	
14 ITU	1,20%	1,64%	1,58%	1,47%	3,59%	8,66%	4,83%	5,71%	1,28%	0,00%	1,46%	0,88%	3,70%	4,90%	4,17%	
15 Infec pele e TSC	0,00%	0,21%	0,59%	0,27%	0,40%	0,20%	0,60%	0,40%	0,86%	1,31%	0,42%	0,88%	0,16%	0,00%	0,10%	
16 D infl pelv F	0,40%	0,21%	0,40%	0,33%	0,00%	0,00%	1,61%	0,53%	1,71%	0,37%	1,46%	1,15%	0,48%	0,74%	0,58%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,80%	0,27%	0,00%	0,37%	0,21%	0,20%	0,32%	0,25%	0,29%	
Total ICSAP	1,60%	2,67%	4,15%	2,81%	8,38%	13,39%	21,93%	14,54%	21,20%	19,03%	16,32%	18,84%	9,32%	12,25%	10,49%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS																
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA																
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	1	4	1	6	1	0	0	1	2	1	1	4	1	1	2	
2 GEI e complic	4	4	2	10	1	1	2	4	0	1	0	1	2	0	2	
3 Anemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4 Def nutric	2	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
5 Infec O N G	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	1	0	1	
6 Pneumonias bac	8	33	29	70	35	14	13	62	7	19	10	36	13	8	21	
7 Asma	0	4	2	6	1	0	2	3	1	4	5	10	2	1	3	
8 Bronquites	2	1	0	3	0	0	1	1	0	2	4	6	3	1	4	
9 Hipertensão	0	0	1	1	1	1	0	2	0	1	1	2	0	3	3	
10 Angina	0	0	0	0	3	0	2	5	0	1	0	1	0	0	0	
11 ICC	3	7	19	29	7	10	13	30	12	14	13	39	24	17	41	
12 Diabetes	0	5	3	8	0	3	1	4	1	1	3	5	2	1	3	
13 Epilepsias	2	3	5	10	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	
14 ITU	39	44	38	121	26	27	48	101	43	28	38	109	47	19	66	
15 Infec pele e TSC	13	7	20	40	13	13	26	52	25	19	14	58	26	12	38	
16 D infl pelv F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ICSAP	74	112	120	306	88	71	110	269	91	92	89	272	121	63	184	
Total geral	177	243	269	689	222	211	293	726	225	238	208	671	258	181	439	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,56%	1,65%	0,37%	0,87%	0,45%	0,00%	0,00%	0,14%	0,89%	0,42%	0,48%	0,60%	0,39%	0,55%	0,46%	
2 GEI e complic	2,26%	1,65%	0,74%	1,45%	0,45%	0,47%	0,68%	0,55%	0,00%	0,42%	0,00%	0,15%	0,78%	0,00%	0,46%	
3 Anemia	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
4 Def nutric	1,13%	0,00%	0,00%	0,29%	0,00%	0,47%	0,00%	0,14%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
5 Infec O N G	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,47%	0,34%	0,28%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,39%	0,00%	0,23%	
6 Pneumonias bac	4,52%	13,58%	10,78%	10,16%	15,77%	6,64%	4,44%	8,54%	3,11%	7,98%	4,81%	5,37%	5,04%	4,42%	4,78%	
7 Asma	0,00%	1,65%	0,74%	0,87%	0,45%	0,00%	0,68%	0,41%	0,44%	1,68%	2,40%	1,49%	0,78%	0,55%	0,68%	
8 Bronquites	1,13%	0,41%	0,00%	0,44%	0,00%	0,00%	0,34%	0,14%	0,00%	0,84%	1,92%	0,89%	1,16%	0,55%	0,91%	
9 Hipertensão	0,00%	0,00%	0,37%	0,15%	0,45%	0,47%	0,00%	0,28%	0,00%	0,42%	0,48%	0,30%	0,00%	1,66%	0,68%	
10 Angina	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,35%	0,00%	0,68%	0,69%	0,00%	0,42%	0,00%	0,15%	0,00%	0,00%	0,00%	
11 ICC	1,69%	2,88%	7,06%	4,21%	3,15%	4,74%	4,44%	4,13%	5,33%	5,88%	6,25%	5,81%	9,30%	9,39%	9,34%	
12 Diabetes	0,00%	2,06%	1,12%	1,16%	0,00%	1,42%	0,34%	0,55%	0,44%	0,42%	1,44%	0,75%	0,78%	0,55%	0,68%	
13 Epilepsias	1,13%	1,23%	1,86%	1,45%	0,00%	0,00%	0,34%	0,14%	0,00%	0,42%	0,00%	0,15%	0,00%	0,00%	0,00%	
14 ITU	22,03%	18,11%	14,13%	17,56%	11,71%	12,80%	16,38%	13,91%	19,11%	11,76%	18,27%	16,24%	18,22%	10,50%	15,03%	
15 Infec pele e TSC	7,34%	2,88%	7,43%	5,81%	5,86%	6,16%	8,87%	7,16%	11,11%	7,98%	6,73%	8,64%	10,08%	6,63%	8,66%	
16 D infl pelv F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	41,81%	46,09%	44,61%	44,41%	39,64%	33,65%	37,54%	37,05%	40,44%	38,66%	42,79%	40,54%	46,90%	34,81%	41,91%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS																
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI																
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	2	2	5	9	6	2	9	17	9	10	6	25	5	5	10	
2 GEI e complic	18	7	17	42	27	12	8	47	29	14	11	54	8	6	14	
3 Anemia	0	1	1	2	0	0	2	2	0	1	2	3	3	3	6	
4 Def nutric	0	3	0	3	0	0	1	1	4	6	0	10	9	1	10	
5 Infec O N G	4	2	8	14	14	4	5	23	0	5	3	8	2	1	3	
6 Pneumonias bac	9	7	7	23	9	40	45	94	42	93	44	179	56	71	127	
7 Asma	8	25	15	48	56	51	36	143	19	52	53	124	46	54	100	
8 Bronquites	12	40	5	57	25	42	12	79	14	66	27	107	30	68	98	
9 Hipertensão	7	8	12	27	9	15	7	31	5	17	21	43	18	15	33	
10 Angina	29	47	34	110	32	22	28	82	34	35	29	98	26	29	55	
11 ICC	32	49	55	136	62	67	46	175	48	66	40	154	46	38	84	
12 Diabetes	14	16	11	41	30	27	30	87	30	17	23	70	18	16	34	
13 Epilepsias	9	13	9	31	21	18	14	53	25	13	18	56	12	9	21	
14 ITU	78	61	80	219	87	57	88	232	84	80	53	217	45	59	104	
15 Infec pele e TSC	35	15	32	82	38	25	27	90	26	42	43	111	26	27	53	
16 D infl pelv F	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	2	1	3	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ICSAP	257	296	291	844	416	382	359	1.157	370	517	374	1.261	352	403	755	
Total geral	1.122	1.308	1.376	3.806	1.642	1.565	1.531	4.738	1.539	2.033	1.372	4.944	1.317	1.362	2.679	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,18%	0,15%	0,36%	0,24%	0,37%	0,13%	0,59%	0,36%	0,58%	0,49%	0,44%	0,51%	0,38%	0,37%	0,37%	
2 GEI e complic	1,60%	0,54%	1,24%	1,10%	1,64%	0,77%	0,52%	0,99%	1,88%	0,69%	0,80%	1,09%	0,61%	0,44%	0,52%	
3 Anemia	0,00%	0,08%	0,07%	0,05%	0,00%	0,00%	0,13%	0,04%	0,00%	0,05%	0,15%	0,06%	0,23%	0,22%	0,22%	
4 Def nutric	0,00%	0,23%	0,00%	0,08%	0,00%	0,00%	0,07%	0,02%	0,26%	0,30%	0,00%	0,20%	0,68%	0,07%	0,37%	
5 Infec O N G	0,36%	0,15%	0,58%	0,37%	0,85%	0,26%	0,33%	0,49%	0,00%	0,25%	0,22%	0,16%	0,15%	0,07%	0,11%	
6 Pneumonias bac	0,80%	0,54%	0,51%	0,60%	0,55%	2,56%	2,94%	1,98%	2,73%	4,57%	3,21%	3,62%	4,25%	5,21%	4,74%	
7 Asma	0,71%	1,91%	1,09%	1,26%	3,41%	3,26%	2,35%	3,02%	1,23%	2,56%	3,86%	2,51%	3,49%	3,96%	3,73%	
8 Bronquites	1,07%	3,06%	0,36%	1,50%	1,52%	2,68%	0,78%	1,67%	0,91%	3,25%	1,97%	2,16%	2,28%	4,99%	3,66%	
9 Hipertensão	0,62%	0,61%	0,87%	0,71%	0,55%	0,96%	0,46%	0,65%	0,32%	0,84%	1,53%	0,87%	1,37%	1,10%	1,23%	
10 Angina	2,58%	3,59%	2,47%	2,89%	1,95%	1,41%	1,83%	1,73%	2,21%	1,72%	2,11%	1,98%	1,97%	2,13%	2,05%	
11 ICC	2,85%	3,75%	4,00%	3,57%	3,78%	4,28%	3,00%	3,69%	3,12%	3,25%	2,92%	3,11%	3,49%	2,79%	3,14%	
12 Diabetes	1,25%	1,22%	0,80%	1,08%	1,83%	1,73%	1,96%	1,84%	1,95%	0,84%	1,68%	1,42%	1,37%	1,17%	1,27%	
13 Epilepsias	0,80%	0,99%	0,65%	0,81%	1,28%	1,15%	0,91%	1,12%	1,62%	0,64%	1,31%	1,13%	0,91%	0,66%	0,78%	
14 ITU	6,95%	4,66%	5,81%	5,75%	5,30%	3,64%	5,75%	4,90%	5,46%	3,94%	3,86%	4,39%	3,42%	4,33%	3,88%	
15 Infec pele e TSC	3,12%	1,15%	2,33%	2,15%	2,31%	1,60%	1,76%	1,90%	1,69%	2,07%	3,13%	2,25%	1,97%	1,98%	1,98%	
16 D infl pelv F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,02%	0,06%	0,00%	0,07%	0,04%	0,15%	0,07%	0,11%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	22,91%	22,63%	21,15%	22,18%	25,33%	24,41%	23,45%	24,42%	24,04%	25,43%	27,26%	25,51%	26,73%	29,59%	28,18%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS																
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO																
ICSAP	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	Indicador	Tendência
	2014	2014	2014		2014	2015	2015		2015	2015	2016		2016	2016		
1 D evit p imun	15	23	12	50	17	16	19	52	18	20	11	49	7	6	13	
2 GEI e complic	12	10	7	29	12	6	5	23	19	10	15	44	7	4	11	
3 Anemia	0	0	0	0	1	1	2	4	1	1	1	3	0	1	1	
4 Def nutric	0	0	2	2	1	0	0	1	0	2	0	2	3	2	5	
5 Infec O N G	3	4	0	7	2	2	1	5	4	3	2	9	5	6	11	
6 Pneumonias bac	20	38	30	88	19	29	36	84	23	41	14	78	19	17	36	
7 Asma	23	32	33	88	20	69	47	136	20	51	18	89	20	16	36	
8 Bronquites	15	41	58	114	24	68	52	144	16	51	14	81	27	23	50	
9 Hipertensão	3	9	8	20	4	5	4	13	7	6	3	16	10	7	17	
10 Angina	50	64	43	157	48	60	81	189	64	70	40	174	57	35	92	
11 ICC	52	55	68	175	60	61	91	212	84	110	70	264	70	60	130	
12 Diabetes	16	22	28	66	35	22	16	73	21	22	18	61	14	10	24	
13 Epilepsias	20	35	25	80	13	23	27	63	26	28	14	68	12	11	23	
14 ITU	72	40	51	163	74	70	68	212	68	85	55	208	44	33	77	
15 Infec pele e TSC	39	29	29	97	44	36	33	113	43	59	27	129	20	8	28	
16 D infl pelv F	5	5	7	17	9	5	4	18	10	16	8	34	2	2	4	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	
Total ICSAP	345	407	401	1.153	383	473	486	1.342	424	576	310	1.310	317	241	558	
Total geral	1.345	1.413	1.460	4.218	1.424	1.536	1.708	4.668	1.588	2.363	1.417	5.368	1.366	1.053	2.419	
ICSAP	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	Indicador	Tendência
	2014	2014	2014		2014	2015	2015		2015	2015	2016		2016	2016		
1 D evit p imun	1,12%	1,63%	0,82%	1,19%	1,19%	1,04%	1,11%	1,11%	1,13%	0,85%	0,78%	0,91%	0,51%	0,57%	0,54%	
2 GEI e complic	0,89%	0,71%	0,48%	0,69%	0,84%	0,39%	0,29%	0,49%	1,20%	0,42%	1,06%	0,82%	0,51%	0,38%	0,45%	
3 Anemia	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,07%	0,12%	0,09%	0,06%	0,04%	0,07%	0,06%	0,00%	0,09%	0,04%	
4 Def nutric	0,00%	0,00%	0,14%	0,05%	0,07%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,08%	0,00%	0,04%	0,22%	0,19%	0,21%	
5 Infec O N G	0,22%	0,28%	0,00%	0,17%	0,14%	0,13%	0,06%	0,11%	0,25%	0,13%	0,14%	0,17%	0,37%	0,57%	0,45%	
6 Pneumonias bac	1,49%	2,69%	2,05%	2,09%	1,33%	1,89%	2,11%	1,80%	1,45%	1,74%	0,99%	1,45%	1,39%	1,61%	1,49%	
7 Asma	1,71%	2,26%	2,26%	2,09%	1,40%	4,49%	2,75%	2,91%	1,26%	2,16%	1,27%	1,66%	1,46%	1,52%	1,49%	
8 Bronquites	1,12%	2,90%	3,97%	2,70%	1,69%	4,43%	3,04%	3,08%	1,01%	2,16%	0,99%	1,51%	1,98%	2,18%	2,07%	
9 Hipertensão	0,22%	0,64%	0,55%	0,47%	0,28%	0,33%	0,23%	0,28%	0,44%	0,25%	0,21%	0,30%	0,73%	0,66%	0,70%	
10 Angina	3,72%	4,53%	2,95%	3,72%	3,37%	3,91%	4,74%	4,05%	4,03%	2,96%	2,82%	3,24%	4,17%	3,32%	3,80%	
11 ICC	3,87%	3,89%	4,66%	4,15%	4,21%	3,97%	5,33%	4,54%	5,29%	4,66%	4,94%	4,92%	5,12%	5,70%	5,37%	
12 Diabetes	1,19%	1,56%	1,92%	1,56%	2,46%	1,43%	0,94%	1,56%	1,32%	0,93%	1,27%	1,14%	1,02%	0,95%	0,99%	
13 Epilepsias	1,49%	2,48%	1,71%	1,90%	0,91%	1,50%	1,58%	1,35%	1,64%	1,18%	0,99%	1,27%	0,88%	1,04%	0,95%	
14 ITU	5,35%	2,83%	3,49%	3,86%	5,20%	4,56%	3,98%	4,54%	4,28%	3,60%	3,88%	3,87%	3,22%	3,13%	3,18%	
15 Infec pele e TSC	2,90%	2,05%	1,99%	2,30%	3,09%	2,34%	1,93%	2,42%	2,71%	2,50%	1,91%	2,40%	1,46%	0,76%	1,16%	
16 D infl pelv F	0,37%	0,35%	0,48%	0,40%	0,63%	0,33%	0,23%	0,39%	0,63%	0,68%	0,56%	0,63%	0,15%	0,19%	0,17%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	25,65%	28,80%	27,47%	27,34%	26,90%	30,79%	28,45%	28,75%	26,70%	24,38%	21,88%	24,40%	23,21%	22,89%	23,07%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS																
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS																
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	2	7	4	13	2	7	5	14	8	10	4	22	4	4	8	
2 GEI e complic	12	7	9	28	7	2	15	24	10	6	7	23	4	2	6	
3 Anemia	1	1	2	4	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	1	
4 Def nutric	0	4	1	5	2	3	1	6	0	2	0	2	1	1	2	
5 Infec O N G	1	3	3	7	5	6	4	15	7	2	3	12	6	3	9	
6 Pneumonias bac	34	133	129	296	81	105	70	256	67	57	21	145	15	16	31	
7 Asma	32	56	42	130	76	77	51	204	25	30	51	106	32	50	82	
8 Bronquites	34	90	44	168	56	146	76	278	51	164	65	280	52	126	178	
9 Hipertensão	7	9	4	20	10	25	10	45	18	14	13	45	5	7	12	
10 Angina	10	15	10	35	11	12	10	33	24	13	16	53	15	13	28	
11 ICC	26	24	37	87	23	30	32	85	22	20	25	67	26	27	53	
12 Diabetes	14	18	6	38	19	9	24	52	18	16	17	51	19	9	28	
13 Epilepsias	11	9	6	26	9	10	8	27	7	14	8	29	11	5	16	
14 ITU	21	16	17	54	25	26	45	96	41	28	55	124	42	30	72	
15 Infec pele e TSC	16	8	13	37	25	19	12	56	28	16	19	63	19	10	29	
16 D infl pelv F	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	2	0	0	0	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ICSAP	221	400	327	948	351	478	363	1.192	326	394	306	1.026	252	303	555	
Total geral	1.244	1.487	1.257	3.988	1.388	1.534	1.427	4.349	1.420	1.544	1.383	4.347	1.347	1.078	2.425	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,16%	0,47%	0,32%	0,33%	0,14%	0,46%	0,35%	0,32%	0,56%	0,65%	0,29%	0,51%	0,30%	0,37%	0,33%	
2 GEI e complic	0,96%	0,47%	0,72%	0,70%	0,50%	0,13%	1,05%	0,55%	0,70%	0,39%	0,51%	0,53%	0,30%	0,19%	0,25%	
3 Anemia	0,08%	0,07%	0,16%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	0,00%	0,05%	0,07%	0,00%	0,04%	
4 Def nutric	0,00%	0,27%	0,08%	0,13%	0,14%	0,20%	0,07%	0,14%	0,00%	0,13%	0,00%	0,05%	0,07%	0,09%	0,08%	
5 Infec O N G	0,08%	0,20%	0,24%	0,18%	0,36%	0,39%	0,28%	0,34%	0,49%	0,13%	0,22%	0,28%	0,45%	0,28%	0,37%	
6 Pneumonias bac	2,73%	8,94%	10,26%	7,42%	5,84%	6,84%	4,91%	5,89%	4,72%	3,69%	1,52%	3,34%	1,11%	1,48%	1,28%	
7 Asma	2,57%	3,77%	3,34%	3,26%	5,48%	5,02%	3,57%	4,69%	1,76%	1,94%	3,69%	2,44%	2,38%	4,64%	3,38%	
8 Bronquites	2,73%	6,05%	3,50%	4,21%	4,03%	9,52%	5,33%	6,39%	3,59%	10,62%	4,70%	6,44%	3,86%	11,69%	7,34%	
9 Hipertensão	0,56%	0,61%	0,32%	0,50%	0,72%	1,63%	0,70%	1,03%	1,27%	0,91%	0,94%	1,04%	0,37%	0,65%	0,49%	
10 Angina	0,80%	1,01%	0,80%	0,88%	0,79%	0,78%	0,70%	0,76%	1,69%	0,84%	1,16%	1,22%	1,11%	1,21%	1,15%	
11 ICC	2,09%	1,61%	2,94%	2,18%	1,66%	1,96%	2,24%	1,95%	1,55%	1,30%	1,81%	1,54%	1,93%	2,50%	2,19%	
12 Diabetes	1,13%	1,21%	0,48%	0,95%	1,37%	0,59%	1,68%	1,20%	1,27%	1,04%	1,23%	1,17%	1,41%	0,83%	1,15%	
13 Epilepsias	0,88%	0,61%	0,48%	0,65%	0,65%	0,65%	0,56%	0,62%	0,49%	0,91%	0,58%	0,67%	0,82%	0,46%	0,66%	
14 ITU	1,69%	1,08%	1,35%	1,35%	1,80%	1,69%	3,15%	2,21%	2,89%	1,81%	3,98%	2,85%	3,12%	2,78%	2,97%	
15 Infec pele e TSC	1,29%	0,54%	1,03%	0,93%	1,80%	1,24%	0,84%	1,02%	1,97%	1,04%	1,37%	1,45%	1,41%	0,93%	1,20%	
16 D infl pelv F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,14%	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	17,77%	26,90%	26,01%	23,77%	25,29%	31,16%	25,44%	27,41%	22,96%	25,52%	22,13%	23,60%	18,71%	28,11%	22,89%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta para 2017: 21,04%

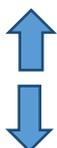
Indicador de avaliação Anual - Resultado Ano 2017	Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre 22,12%	Memória de cálculo: total de internações sensíveis à Atenção Básica (Numerador = 1087 / denominador – total de internações = 4914) * 100 Considerações e Recomendações: <ul style="list-style-type: none"> 78% das UBS recebem relatórios de altas hospitalares em tempo de estabelecer projeto terapêutico do paciente egresso por condições sensíveis à Atenção Básica. Deste percentual 77% das unidades, que recebem relatório de alta, monitoram estes egressos.

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	<ul style="list-style-type: none">• Ações de parcerias entre à Unidade de Pronto Atendimento de Referência e a UBS, para garantir a continuidade do cuidado de usuários portadores de doenças crônicas, representam 56%.• Os indicadores de números de internações por ITU diminuiu no 1º Quadrimestre de 2017 em relação ao 3º Quadrimestre de 2016, porém ainda não temos os números finais consolidados. Recomenda-se realizar uma ação de capacitação em tratamento de ITU para continuar diminuindo este indicador que afeta a proporção das internações por condições sensíveis à Atenção Básica.• Concluindo, podemos constatar uma redução no indicador do 1º Quadrimestre de 2017 em relação ao realizado de 2016 que foi de 23,36%. A recomendação é que se devem intensificar as ações descritas acima, para atingir a meta este ano.
<p>Acumulado 1º e 2º Quadrimestres 23,20% (dados parciais)</p>	<p>Memória de cálculo: total de internações sensíveis à Atenção Básica (Numerador = 1352 / denominador – total de internações = 5597) * 100</p> <p>Os indicadores CAC hoje do 1º Quad trazem um número mais atualizado e, portanto, deveríamos considerar também após o 2º Quad o indicador acumulado do ano para que possamos analisar de forma mais realista e podermos fazer as devidas considerações e recomendações.</p> <p>Considerações e Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none">• O percentual aumentou do 1º Quad (22,40% atualizado) para o 2º Quad (24,16% parcial) devido ao período do ano e sazonalidade de temperaturas baixas que propiciam o aumento das doenças respiratórias tais como pneumonia, asma e bronquite. Este número tende a cair nos próximos meses. Como recomendação fica a intensificação da vacinação contra a influenza, assim como não iniciar a campanha um mês antes do período crítico.• Aumento nas internações por ICC de 2,91 para 3,45, também é observado neste Quadrimestre, que pode estar relacionado às comorbidades e complicações por patologias respiratórias em cardiopatas crônicos até então estáveis e passam a ser acometidos por quadro respiratórios agudos.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 3. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

Meta: Aumentar em 5,5% em 4 anos.

Relevância do Indicador: O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde) no que se refere às condicionalidades de saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para sua inclusão social.

COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONANTES DE SAÚDE DO PROGRAMA DE BOLSA FAMÍLIA

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cob. Bolsa Família	89,66	49,99	29,91	41,71	53,18	34,62	40,17	44,74	39,53	35,5	40,4	50,17

Fonte: DRS 7e DS - SMS

Meta para 2016: 50,0%

Resultados	Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0,00 Considerações: o fechamento da 1ª vigência é dia 30 de junho. Recomendações: a proposta é de apropriação e envolvimento das Unidades e com a implantação do E-Sus que o processo seja mais agil.
2º Quadrimestre	48,34% Considerações: mesmo com melhora parcial do indicador, temos algumas UBS que ainda não atingiram a meta proposta do município. Recomendações: rever o processo de trabalho, com convocações e acompanhamentos das famílias; como o PBF é intersetorial, as famílias de maior vulnerabilidade são em comum. A proposta é que os acompanhamentos das condicionalidades sejam de conhecimento das eSF, com isso poderemos acompanhá-las.

Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Meta Municipal 1.a – Proporção de unidades básicas com ações de territorialização, promoção da saúde e Intersetorialidade.

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100% Todas as unidades informaram possuir ações de territorialização e promoção da saúde e Intersetorialidade. Está sendo desenvolvido processo de revisão do modelo de atenção da APS em Campinas, com maior aproximação do previsto pelo Ministério de Saúde, na Política

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



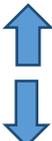
		<p>Nacional de Atenção Básica (PNAB), com perspectivas de ampliação e qualificação das ações de Territorialização, Promoção de Saúde e Intersetorialidade. Considerando a necessidade de ações de prevenção das infecções respiratórias sazonais de outono e inverno, também foram realizadas reuniões intersetoriais com dirigentes dos equipamentos de educação infantil de todo o município e estão previstas reuniões com equipamentos da Secretaria de Assistência Social.</p> <p>*Obs: O Ambulatório do CEASA é o único serviço que não realiza ações territoriais em virtude da própria missão do serviço, pois não é Centro de Saúde.</p>
2º Quadrimestre	100%	<p>Todas as unidades informaram possuir ações de territorialização e promoção da saúde e Intersetorialidade. Continua sendo desenvolvido processo de revisão do modelo de atenção da APS em Campinas, com perspectivas de ampliação e qualificação destas ações.</p> <p>A intensificação das ações do NAAP (Núcleo de Articulação da Atenção Secundária) vem propiciando melhor organização das ofertas descentralizadas de Planejamento Familiar, cuidados pré e pós-natal onde se inclui o melhor controle da sífilis gestacional e congênita.</p> <p>Prevê-se para 2017 / 2018 o início da implantação do Protocolo de Atenção Básica: O Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas, desenvolvido pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUSI), do Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) do Hospital Sírio Libanês (HSL) em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB) / Ministério da Saúde.</p> <p>Estas iniciativas fortalecem as de ações de territorialização, promoção da saúde e Intersetorialidade.</p> <p>*Obs: A equipe do Ambulatório do CEASA foi relocada para o Centro de Saúde de Barão Geraldo, não sendo uma unidade de serviço da SMS.</p>

Indicador 4. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal

Relevância do indicador: Mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população. A partir de 2015 aumentar em 0,8% ao ano até 41,4 em 2017.

COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL												
Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção	37,19	37,8	41,02	42,42	41,46	42,51	38,4	38,69	37,43	39,12	42,13	39,38

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	39,62%	A meta para o quadrimestre foi atingida e o total de equipes cadastradas junto ao Ministério da Saúde, chegou em abril de 2017 a 73 equipes cadastradas. Existe solicitação do DS junto ao DGETES / Secretaria de RH para realização de concurso público para os cargos de Cirurgiões Dentistas, TSBs e ASBs visando suprir as vagas existentes e aumentar cobertura.
2º Quadrimestre	33,5%	A meta para o quadrimestre não foi atingida e o total de equipes cadastradas junto ao Ministério da Saúde, chegou em Julho de 2017 a 127 equipes cadastradas e o cálculo foi alterado para estabelecer a cobertura, levando-se em conta somente as horas dos Dentistas de 36 hs semanais. Existe solicitação do DS junto ao DGTES e Secretaria de RH para realização de concurso público para os cargos de Cirurgiões Dentistas, TSBs e ASBs visando suprir as vagas existentes e aumentar cobertura.

Indicador 5. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

Relevância do Indicador: A Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (código SIA-SUS 01.01.02.003-1) é descrita como “escovação dental com ou sem evidenciação de placas bacterianas. Realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Ação registrada por usuário por mês, independente da frequência com que é realizada (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano) ou da frequência com que o usuário participou da ação”.

Meta: Aumentar para 0,20% a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada para o ano de 2014 e a seguir, incremento de 0,5% ao ano nos três anos seguintes.

MÉDIA DE AÇÃO COLETIVA DENTAL SUPERVISIONADA EM CAMPINAS											
Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ação coletiva escovação	0,13	0,3	0,16	0,19	0,25	0,18	0,19	0,33	0,75	0,58	0,55

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

Meta 2017: 0,65

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0,12	A meta do quadrimestre não foi atingida; para atingir a meta no quadrimestre deveriam ter sido realizados 29.524 escovações e foram realizados 16.579; os procedimentos de escovação supervisionada tenderão a

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar

a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		crescer devido ao calendário escolar e realização dos planejamentos nas unidades, os insumos estão devidamente regularizados, persiste ainda perdas de informação e produtividade devido ao sistema em vigor.
2º Quadrimestre	0,39	A meta do quadrimestre foi atingida, pois foram realizados 53.905 procedimentos, e a meta era 29.524 escovações no quadrimestre. O Departamento Administrativo mantém processos regulares de Registro de Preço para creme dental e escova de dente, além de outros insumos, e são distribuídos às UBS para utilização em campanhas educativas.

Indicador 6. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Relevância do Indicador: Para que possamos compreender melhor este indicador, ele está relacionado com o acesso à assistência odontológica, ao cuidado odontológico e implantação de uma estratégia de promoção e prevenção à saúde bucal, antecipação ao dano para as populações vulneráveis, intensificação de métodos de prevenção junto à comunidade na transversalidade da saúde bucal, no fluxo dos encaminhamentos para especialidades, em destaque para a endodontia.

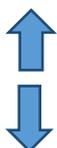
Para uma análise mais adequada do indicador é importante que seja considerada a faixa etária das exodontias de dentes permanentes, quanto mais jovens perdendo dentes, mais negativo será o indicador, em comparação com uma população com perdas dentárias acima dos 60 anos de idade.

Meta 2013: 13,67 Reduzir em 30% em quatro anos o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos, (meta de 9,57% em 2017) fator de redução anual de 8,53%.

PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS - 2000 a 2014																	
Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prop. Exod	8,05	7,46	8,38	8,14	9,29	10,7	10,7	9,98	9,47	9,26	8,7	9,23	14,4	9,37	8,09	8,04	7,94

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

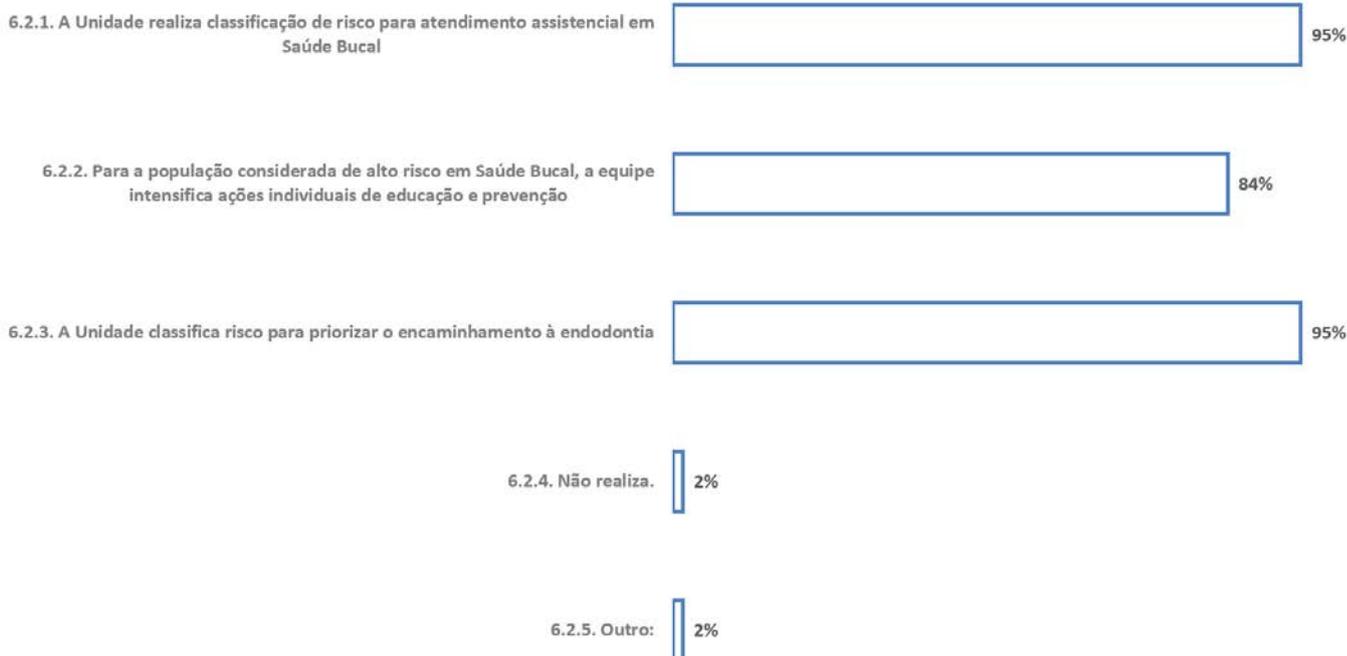
OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



6.2 ações que a unidade realiza, em relação à endodontia:

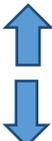


Meta 2017: Manter 8,5 %

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	9,06%	A meta prevista para o quadrimestre não foi atingida, considerando a meta 8,5 , porém se considerarmos o fator de redução estipulada em 2013 em 30 % até 2017 , ela foi atingida. Deverão ser priorizados implantações de CEOs e as ações desencadeadas para atingir as metas deverão prosseguir de maneira contínua no 2º quadrimestre.
2º Quadrimestre	8,16%	A meta prevista para o quadrimestre não foi atingida, considerando a meta 8,5%, porém se considerarmos o fator de redução estipulada em 2013 em 30 % até 2017, ela foi atingida. Deverão ser priorizadas implantações de CEOs e as ações desencadeadas para atingir as metas deverão prosseguir de maneira contínua no 2º quadrimestre de 2017.

Indicador 7. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade

Relevância do Indicador: Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS.

Meta 2013: 2,21 Aumentar em 3,79% ao ano o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente. (Manter 1,58 em 2013 e alcançar 1,64 em 2014).

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE									
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proc. Amb. Média Compl.	1,52	1,96	2,23	2,1	1,71	2,21	2,24	2,21	3,93
Fonte: DRS 7 e SIA									

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 07: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente: físico produzido por Forma de Organização																
Forma de Organização	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
020101 Coleta de material por meio de punção/biópsia	99	28	44	171	38	61	34	133	62	92	110	264	104	86	190	
020203 Exames sorológicos e imunológicos	1.668	1.417	1.346	4.431	1.316	1.660	1.849	4.825	1.754	1.995	1.861	5.610	1.911	1.754	3.665	
020301 Exames citopatológicos	66	76	111	253	74	77	105	256	122	90	75	287	88	70	158	
020302 Exames anatomopatológicos	64	63	55	182	72	127	94	293	93	96	50	239	83	76	159	
020501 Ultra-sonografias do sistema circulatório (qualquer região anatômica)	3.338	4.183	3.789	11.310	3.653	4.060	3.315	11.028	3.462	3.736	3.834	11.032	4.463	3.918	8.381	
040503 Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	237	296	350	883	296	334	292	922	252	279	211	742	297	296	593	
040505 Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino	1.106	1.060	1.475	3.641	1.234	1.406	1.326	3.966	1.526	1.595	1.265	4.386	1.561	1.068	2.629	
040904 Bolsa escrotal, testículos e cordão espermático	179	197	180	556	255	204	176	635	181	223	223	627	250	97	347	
040905 Pênis	113	124	141	378	116	106	139	361	120	551	1.064	1.735	1.022	808	1.830	
050601 Acompanhamento de paciente no pré e pós-transplante	868	862	896	2.626	892	988	881	2.761	888	5.187	8.345	14.420	9.400	7.994	17.394	
Total	7.738	8.306	8.387	24.431	7.946	9.023	8.211	25.180	8.460	13.844	17.038	39.342	19.179	16.167	35.346	

Fonte: DATASUS/SIA PASP1401 a 1607 e SIH RDSP1401 a 1607.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Indicador 07: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente: Procedimentos por 100 habitantes															
Forma de Organização	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017
020101 Coleta de material por meio de punção/biópsia	0,009	0,002	0,004	0,015	0,003	0,005	0,003	0,012	0,005	0,008	0,009	0,022	0,009	0,007	0,016
020203 Exames sorológicos e imunológicos	0,148	0,126	0,120	0,394	0,116	0,146	0,163	0,425	0,149	0,170	0,159	0,478	0,162	0,148	0,310
020301 Exames citopatológicos	0,006	0,007	0,010	0,023	0,007	0,007	0,009	0,023	0,010	0,008	0,006	0,024	0,007	0,006	0,013
020302 Exames anatomopatológicos	0,006	0,006	0,005	0,016	0,006	0,011	0,008	0,026	0,008	0,008	0,004	0,020	0,007	0,006	0,013
020501 Ultra-sonografias do sistema circulatório (qualquer região anatômica)	0,297	0,372	0,337	1,006	0,322	0,358	0,292	0,971	0,295	0,318	0,327	0,940	0,377	0,331	0,709
040503 Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	0,021	0,026	0,031	0,079	0,026	0,029	0,026	0,081	0,021	0,024	0,018	0,063	0,025	0,025	0,050
040505 Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino	0,098	0,094	0,131	0,324	0,109	0,124	0,117	0,349	0,130	0,136	0,108	0,374	0,132	0,090	0,222
040904 Bolsa escrotal, testículos e cordão espermático	0,016	0,018	0,016	0,049	0,022	0,018	0,015	0,056	0,015	0,019	0,019	0,053	0,021	0,008	0,029
040905 Pênis	0,010	0,011	0,013	0,034	0,010	0,009	0,012	0,032	0,010	0,047	0,091	0,148	0,086	0,068	0,155
050601 Acompanhamento de paciente no pré e pós-transplante	0,077	0,077	0,080	0,234	0,079	0,087	0,078	0,243	0,076	0,442	0,711	1,229	0,795	0,676	1,471
Total	0,688	0,739	0,746	2,173	0,700	0,795	0,723	2,217	0,721	1,180	1,452	3,353	1,622	1,367	2,989

Fonte: DATASUS/SIA PASP1401 a 1607 e SIH RDSP1401 a 1607.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU:	1.124.291	1.135.623	1.173.370	1.182.429
--	-----------	-----------	-----------	-----------

Meta 2017:2,33



Avaliação Anual – 2017	Considerações/Recomendações
Este indicador é de avaliação anual	1. Em maio/2017, houve o atendimento da Clínica OneSight no município de Campinas em parceria com a Fundação/Instituto Penido Burnier e Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Foram realizadas mais de 3400 consultas oftalmológicas, com 88,9% de prescrição de óculos; mais de 3000 óculos confeccionados para os pacientes atendidos pela clínica.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



<p>Acumulado 1º e 2º Quadrimestres 2º Quadrimestre 2,989</p>	<p>2. A partir de junho/2017, a oferta de exames laboratoriais - curvas glicêmicas, espermograma e cultura de secreção uretral, contratados pelo processo licitatório nº 15/10/1730 (Empenho nº E00942/2017) foram disponibilizados no Sistema SOL, com redução do tempo de espera para realização destes exames.</p> <p>3. Estruturado o Grupo de Trabalho de Acesso à Atenção Especializada (GTAAE), que apresenta como principais objetivos: mapear a situação das especialidades Ortopedia, Reumatologia e Dermatologia; revisar os protocolos de acesso destas especialidades; propor estratégias que ampliem e qualifiquem articulação e integração do cuidado entre a Atenção Primária e Atenção Especializada.</p> <p>4. Realizada revisão do protocolo de prescrição e impresso de solicitação do medicamento clopidogrel.</p> <p>5. Com a mudança do CS Faria Lima (atual CS São Bernardo) para novo prédio, houve a incorporação das especialidades do CEO do Distrito de Saúde (DS) Sul à Policlínica 3 e possibilitou a reestruturação dos espaços da Policlínica 3.</p> <p>6. A partir de agosto/2017, iniciou o funcionamento das 2 (duas) unidades móveis (carretas) de mamografia do Hospital de Amor (Hospital do Câncer de Barretos - Unidade Campinas), com oferta de 40 exames por dia, disponibilizados para agendamento pelo Sistema SOL.</p> <p>7. Houve ampliação da oferta de matriciamento pela Policlínica 2 nas especialidades de: Dermatologia, Endocrinologia Adulto e Infantil, Pneumologia Adulto, Otorrinolaringologia, Reumatologia e Oftalmologia.</p> <p>8. Elaborado e pactuado o protocolo de encaminhamento ao Planejamento Familiar para esterilização definitiva - revisão do fluxo, impressos e orientações às Unidades de Saúde, visando ampliar/agilizar o acesso ao método contraceptivo definitivo (vasectomia e laqueadura).</p> <p>9. Foi revisado o fluxo de atendimento de oftalmologia pelos técnicos do DGDO (gestão de convênios e da CAC) e do Departamento de Saúde (Área de Especialidades, Policlínica 2, apoiador do DS Sul).</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Definir em cada Distrito a equipe responsável pela qualificação dos encaminhamentos, gestão do acesso e uso racional de recursos especializados.</p> <p>b) Ampliar as ações de apoio matricial, em parceria com a equipe das Unidades de Referência próprias e conveniadas, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos, atuar de acordo com os critérios de risco/vulnerabilidade e utilizar racionalmente os recursos disponíveis. Bem como ampliar a divulgação e acesso aos protocolos existentes.</p> <p>c) Efetivar encontros para discussão sobre as ações de matriciamento, visando avaliar o processo atualmente em execução e pactuar novas práticas que</p>
---	---

OBS.:



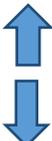
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	<p>possibilitem maior integração e corresponsabilização, entre Atenção Primária e Atenção Especializada, no cuidado ao usuário.</p> <p>d) Ampliar o processo de descentralização das ações do Planejamento Familiar para a Atenção Primária, em conjunto com a equipe da Policlínica 3, apoio dos Distritos de Saúde e técnicos da Área da Mulher, Criança e Adolescentes do Departamento de Saúde.</p> <p>e) Implantar o fluxo de atendimento de oftalmologia, conforme pactuação entre os técnicos do DGDO (gestão de convênios e da CAC) e do Departamento de Saúde (Área de Especialidades, Policlínica 2, apoiador do DS Sul).</p> <p>f) Com a reestruturação dos espaços da Policlínica 3, a proposta é ampliar a oferta de procedimentos do CEO do DS Sul e remanejar alguns ambulatorios da Policlínica 2. Porém, há necessidade de reforma predial dos espaços a serem ocupados.</p> <p>g) Efetivar locação de prédio para transferência do atendimento da Policlínica 2;</p> <p>h) Efetivar contratos de manutenção ou locação de equipamentos para as Policlínicas, bem como plano de reforma predial.</p> <p>i) Aplicar o questionário para pesquisa de satisfação dos usuários nas Policlínicas, em parceria com os usuários do Conselho Local das Policlínicas.</p> <p>j) Monitorar a parametrização dos exames laboratoriais.</p> <p>l) Analisar as necessidades de saúde / Parâmetros SUS (portaria GM/MS nº 1631 de 01/outubro/2015) e a oferta de ações e serviços, visando assegurar o acesso em tempo oportuno e o cuidado integral à saúde;</p> <p>m) Reformular convênios em conformidade com capacidade instalada e habilitações junto ao Ministério da Saúde, visando garantir a oferta de serviços conforme Portaria de Contratualização nº 3410/2014.</p> <p>n) Negociar a implantação da coleta de citologia oncótica nas unidades móveis (carretas) do Hospital do Amor, em parceria com o Hospital do Câncer de Barretos.</p> <p>DA/SMS – 2º RDQA: O Termo de Contrato nº o Processo 15/10/17430 foi finalizado e o Contrato com a empresa licitada CAEC encontra-se em vigência.</p>
--	--

Indicador 8. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

Relevância do Indicador: Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações Clínico-cirúrgicas de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico cirúrgica de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de média complexidade de responsabilidade do SUS. Apresentamos o indicador 08 pela população do Município e 08' número absoluto por prestador, por ocorrência no Município, englobando a produção para residentes de outros municípios, porém facilitando a análise e intervenção por prestador.

Meta: Aumentar em 0,7 % ao ano o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.

RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO- CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE									
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Internações Média Compl.	2,7	2,78	2,78	2,8	2,64	2,93	2,86	3,04	2,93

Fonte: DRS 7

Indicador 08: Produção de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente												
Sub-grupo de procedimentos	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Tendência 2014 a 2017
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	4.518	5.566	5.265	5.353	5.915	5.154	4.850	6.236	4.867	4.937	4.267	
0305 Tratamento em nefrologia	224	212	228	303	236	227	279	216	250	196	126	
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	181	162	207	205	199	193	196	190	209	196	138	
0304 Tratamento em oncologia	279	264	330	291	273	316	337	350	291	315	253	
0201 Coleta de material	35	34	23	31	24	26	25	26	21	23	14	
0209 Diagnóstico por endoscopia	0	0	0	1	2	0	6	1	2	1	1	
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	29	58	43	32	53	51	51	37	14	11	14	
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	240	280	256	161	172	312	229	369	202	202	106	
0412 Cirurgia torácica	93	91	113	91	91	95	104	78	94	105	59	
0414 Bucomaxilofacial	15	12	21	18	14	10	8	12	16	14	15	
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	144	134	138	151	132	139	125	152	117	110	81	
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	294	222	220	202	194	202	191	180	173	228	179	
0411 Cirurgia obstétrica	259	301	313	288	232	313	271	304	325	330	223	
0410 Cirurgia de mama	96	116	124	120	122	125	105	123	106	103	81	
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	1.009	907	1.066	1.029	923	958	930	1.080	942	1.018	751	
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1.183	1.112	1.424	1.215	1.154	1.276	1.232	1.117	1.136	1.147	870	
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	218	221	281	308	320	397	249	313	364	449	342	
0413 Cirurgia reparadora	45	49	41	49	52	43	43	62	49	51	35	
0415 Outras cirurgias	476	483	547	524	529	453	491	563	460	439	387	
0405 Cirurgia do aparelho da visão	48	53	85	124	96	74	48	89	78	72	73	
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	1.169	1.129	1.251	1.185	1.141	1.129	1.041	1.178	1.192	1.260	771	
Total	10.555	11.406	11.976	11.681	11.874	11.493	10.811	12.676	10.908	11.207	8.786	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU:	1.124.291			1.135.623			1.173.370			1.182.429	
	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)
Indicador 08: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente por 100 hab	0,94	1,01	1,07	1,03	1,05	1,01	0,92	1,08	0,93	0,95	0,74
Total ano	3,02			3,09			2,93			1,69	

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 08': Produção de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade selecionadas por prestador													
Sub-grupo de procedimentos	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Tendência 2014 a 2017	
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	778	925	993	917	928	904	817	936	968	1.056	686		
2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO E SANTA CASA DE CAMPINAS	44	340	301	283	119	197	179	186	275	264	204		
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	167	235	254	216	93	287	220	233	203	258	180		
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	4.946	4.752	5.514	4.641	2.859	4.837	4.976	5.667	5.206	5.160	4.396		
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	504	465	465	494	248	550	505	470	441	427	349		
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	2.353	2.566	2.511	2.453	1.235	2.563	2.562	2.591	2.516	2.420	1.735		
2081946 CASA DE SAUDE CAMPINAS	264	218	273	278	137	13	0	0	0	0	0		
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	2.800	2.747	2.940	2.780	1.375	2.940	2.764	3.916	2.600	2.634	1.959		
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	227	273	232	258	142	204	200	225	235	258	203		
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	2.437	2.658	2.996	3.412	1.648	3.502	3.052	3.512	3.175	3.607	3.230		
Total	14.520	15.179	16.479	15.732	8.331	15.997	15.275	13.401	15.619	16.084	12.942		

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC
Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015
Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta 2017:3,06

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
<p>Este indicador é de Avaliação anual</p> <p>Acumulado 1º e 2º Quadrimestres 2º Quadrimestre 1,69</p>	<p>Recomendações:</p> <p>a) Elaborar protocolos entre atenção básica, especializada e atenção hospitalar, para qualificar as filas de indicação cirúrgica, com inclusão da classificação de risco, no Plano de ação de 2016 do DS, foi priorizada a qualificação destas filas através GT de Acesso.</p> <p>b) Monitorar os casos de indicação cirúrgica.</p> <p>c) Rever quantitativo cirúrgico pactuado com a rede hospitalar em consonância com a demanda qualificada e indicadores de atenção à saúde.</p> <p>d) Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso de acesso garantindo a realização do procedimento de média e alta complexidade junto à rede municipal e serviços conveniados.</p> <p>e) Formular protocolos de acesso aos serviços conveniados pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso, visando otimizar a capacidade instalada.</p>

Indicador 9. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade

Relevância do Indicador: Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de alta complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidiar processos de planejamento,

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de alta complexidade de responsabilidade do SUS.

Aumentar 5,59% ao ano o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente.

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prop. Amb. Alta Compl.	5,76	6,81	7,07	7,87	7,77	8,05	8,08	6,02	5,27

Fonte: DATASUS SIA/RDSP1401 a 1612DPC. / Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC

Produção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade para população residente

Forma Organ.[2008+]	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Tendência 2014 a 2017
020101 Coleta de material por meio de punção/biópsia	529	473	519	508	624	473	443	560	543	752	457	
020203 Exames sorológicos e imunológicos	8.286	8.986	7.989	8.004	7.890	5.583	4.294	4.008	3.736	3.547	2.655	
020406 Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores	1.679	1.337	1.575	1.650	1.689	1.525	1.433	1.536	1.604	1.620	998	
020501 Ultra-sonografias do sistema circulatório (qualquer segmento)	24	25	28	19	34	42	31	44	35	26	28	
020601 Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral	2.987	2.388	2.435	2.963	3.313	2.745	3.501	3.094	3.665	2.945	1.869	
020602 Tomografia do torax e membros superiores	1.129	910	835	997	1.249	979	1.422	1.394	1.338	1.273	1.112	
020603 Tomografia do abdomen, pelve e membros inferiores	2.454	1.949	1.814	2.544	3.004	2.467	3.223	2.958	2.860	2.885	2.275	
020701 RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral	1.130	938	930	1.209	1.634	1.421	1.435	1.132	1.994	2.122	1.387	
020702 RM do torax e membros superiores	14	4	8	9	25	52	29	23	36	57	48	
020703 RM do abdomen, pelve e membros inferiores	166	163	202	183	314	248	261	261	295	336	307	
020801 Aparelho cardiovascular	1.213	924	1.206	1.146	1.374	1.239	783	1.478	1.258	980	928	
020802 Aparelho digestivo	13	7	4	12	5	1	5	2	1	2	2	
020803 Aparelho endócrino	63	49	61	53	60	81	62	91	67	58	58	
020804 Aparelho geniturinário	98	118	126	106	164	137	85	162	123	144	105	
020805 Aparelho esquelético	380	315	395	384	459	410	281	516	400	384	306	
020807 Aparelho respiratório	19	15	15	15	26	15	16	24	24	10	8	
020808 Aparelho hematológico	23	25	22	12	18	23	9	28	17	10	4	
020809 Outros métodos de diagnóstico em medicina nuclear	29	21	34	35	19	27	14	21	13	7	5	
021001 Exames radiológicos de vasos sanguíneos e linfáticos	70	58	75	86	85	82	85	83	81	60	59	
021102 Diagnóstico em cardiologia	349	294	357	400	384	392	351	382	370	327	339	
030111 Atendimento/Acompanhamento queimados	28	14	21	35	24	14	32	22	12	8	8	
030112 Atendimento/acompanhamento de diagnóstico de doenças infecciosas	216	222	224	242	249	260	255	234	252	313	289	
030113 Acompanhamento em outras especialidades	75	95	142	79	83	96	91	81	107	105	64	
030312 Tratamentos por medicina nuclear in vivo	12	9	24	10	11	17	10	17	14	11	12	
030401 Radioterapia	8	0	0	2	0	2	2	2	0	0	0	
030402 Quimioterapia paliativa - adulto	2.153	1.689	1.999	2.223	2.240	2.083	2.252	2.216	2.239	2.218	1.685	
Total	23.147	21.028	21.040	22.926	24.977	20.414	20.405	20.369	21.084	20.200	15.008	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU	1.124.291	1.135.623	1.173.370	1.182.429
---	-----------	-----------	-----------	-----------

	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Tendência 2014 a 2017
Indicador 09: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente por 100 habitantes	2,06	1,87	1,87	2,02	2,20	1,80	1,74	1,74	1,80	1,71	1,27	
Total	5,80			6,02			5,27			2,98		

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 09': Produção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade por prestador												
Hospital SP (CNES)	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Tendência 2014 a 2017
2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO E SANTA CASA DE CAMPINAS	0	0	0	0	0	0	0	0	12	3	4	
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	170	203	95	91	81	49	828	816	1.129	616	501	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	16.761	16.830	16.555	15.253	18.183	16.648	18.483	19.547	19.129	19.314	15.279	
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	1.431	1.509	1.312	1.298	1.432	1.527	1.576	1.644	1.835	1.662	1.468	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	3.788	2.800	2.806	3.313	3.657	3.244	3.033	3.648	3.273	3.112	2.161	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	7.605	5.403	7.826	8.403	8.954	7.990	8.175	8.464	8.716	8.364	6.752	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	2.870	2.393	1.032	2.633	3.293	2.721	1.951	379	1.316	1.913	1.001	
Total	32.625	29.138	29.626	30.991	35.600	32.179	34.046	34.498	35.410	34.984	27.166	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta 2017: 9,99

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
<p>Este indicador é de Avaliação anual</p> <p>Acumulado 1º e 2º Quadrimestres 2º Quadrimestre 2,98</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Processo contínuo de monitoramento das solicitações de exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética, de acordo com o protocolo estabelecido e os critérios de indicação. 2. Implantado o protocolo de indicação e acesso ao exame de Densitometria Óssea. 3. Revisado o fluxo de regulação dos procedimentos de alta complexidade de cardiologia, bem como pactuados os exames necessários para o encaminhamento. 4. A partir de agosto/2017, a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso (CSRA) passou a regular as primeiras consultas de Oncologia Clínica e Hematologia – oncologia, disponibilizadas pelo Ambulatório do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) da PUC Campinas. 5. Efetivado fluxo de regulação dos exames de biópsia guiada por ultrassonografia das Unidades Solicitantes à Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso (CSRA). 6. Dentro da proposta de descentralização das solicitações de procedimentos regulados pelo Sistema CROSS, foram disponibilizados scanners para os Distritos de Saúde e Unidades de Referência. 7. A partir de agosto/2017, iniciou o funcionamento das 2 (duas) unidades móveis (carretas) de mamografia do Hospital de Amor (Hospital do

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Câncer de Barretos - Unidade Campinas), com oferta de 40 exames por dia, disponibilizados para agendamento pelo Sistema SOL.

Recomendações:

a) Ampliar a regulação para toda a linha de cuidado da oncologia pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso, para qualificar o acesso, em tempo oportuno, do usuário à atenção especializada.

b) A Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso (CSRA) está ampliando e qualificando a atuação dos processos regulatórios com a ativação do “Módulo Consulta” da plataforma ambulatorial do Sistema CROSS. A partir de outubro/2017, as agendas de consultas de avaliação para cirurgia cardíaca, Oncologia Clínica e Hematologia-Oncologia serão disponibilizadas pelo HMCP/PUC Campinas, através do Sistema CROSS.

c) Finalizado o processo licitatório para aquisição de novo tomógrafo para Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi (CHPEO). Aguarda entrega do equipamento para inclusão da oferta no sistema.

d) Negociar a implantação da coleta de citologia oncótica nas unidades móveis (carretas) do Hospital do Amor, em parceria com o Hospital do Câncer de Barretos.

e) Ampliar as ações de apoio matricial, em parceria com a equipe das Unidades de Referência próprias e conveniadas, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos, atuar de acordo com os critérios de risco/vulnerabilidade e utilizar racionalmente os recursos disponíveis. Bem como ampliar a divulgação e acesso aos protocolos existentes.

f) Efetivar encontros para discussão sobre as ações de matriciamento, visando avaliar o processo atualmente em execução e pactuar novas práticas que possibilitem maior integração e corresponsabilização, entre Atenção Primária e Atenção Especializada, no cuidado ao usuário.

g) Ampliar o acesso ao diagnóstico do Ca de mama, por meio da instalação do mamógrafo digital na Policlínica 3.

h) Efetivar contratos de manutenção ou locação de equipamentos para as Policlínicas, bem como plano de reforma predial.

i) Analisar as necessidades de saúde / Parâmetros SUS (portaria GM/MS nº 1631 de 01/outubro/2015) e a oferta de ações e serviços, visando

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	<p>assegurar o acesso em tempo oportuno e o cuidado integral à saúde.</p> <p>j) Revisar as ações e serviços de Assistência de Alta Complexidade da rede pública de saúde de acordo as diretrizes e os parâmetros do SUS/MS (portaria GM/MS nº 1631 de 01/outubro/2015).</p> <p>l) Reformular convênios em conformidade com capacidade instalada e habilitações junto ao Ministério da Saúde, visando garantir a oferta de serviços conforme Portaria de Contratualização nº 3410/2014.</p>
--	--

Indicador 10. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade

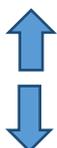
Relevância do Indicador: Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico-cirúrgicas de alta complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de alta complexidade de responsabilidade do SUS. Aumentar em 1,63 % ao ano o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.

RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Internações Alta Compl.	3,46	3,06	3,33	3,85	3,69	4,05	4,06	3,27	3,45

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC / Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente												
Sub-grupo de procedimentos	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Tendência 2014 a 2017
Proced p/ diagnose	18	11	19	14	20	12	19	13	16	15	17	
Int. clínicas	563	531	505	356	173	148	186	189	152	128	90	
Int. Cirúrgicas	903	819	961	931	857	894	944	1.176	1.037	1.008	848	
Transplantes	25	21	25	22	34	20	31	33	33	36	16	
Interc pós transpl	108	97	87	95	75	68	86	67	69	71	57	
Total	1.617	1.479	1.597	1.418	1.159	1.142	1.266	1.478	1.307	1.258	1.028	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU:	1.124.291	1.135.623	1.173.370	1.182.429
--	-----------	-----------	-----------	-----------

	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Tendência 2014 a 2017
Indicador 10: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente (por 1.000 hab)	1,44	1,32	1,42	1,25	1,02	1,01	1,08	1,26	1,11	1,06	0,87	
Total ano	4,17			3,27			3,45			1,93		

Indicador 10' Produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade por prestador												
Hospital SP (CNES)	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Tendência 2014 a 2017
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	2.363	2.252	2.436	1.685	1.444	1.318	1.333	1.498	1.276	1.216	1.169	
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	271	231	179	213	251	306	308	333	295	189	144	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	279	215	284	292	268	303	347	333	336	315	252	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	472	450	497	514	474	460	458	595	573	611	443	
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	50	52	49	43	58	49	48	47	64	64	60	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	15	13	20	11	9	7	13	9	13	17	9	
Total	3.450	3.213	3.465	2.758	2.504	2.443	2.507	2.815	2.557	2.412	2.077	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta 2017: 4,48

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
<p>Este indicador é de Avaliação anual</p> <p>Acumulado 1º e 2º Quadrimestres</p> <p>2º Quadrimestre</p> <p>1,93</p>	<p>Recomendações:</p> <p>Intensificar ações junto a Coordenadoria de Regulação de Acesso para a garantia de acesso para realização do procedimento de média e alta complexidade junto à rede municipal e serviços conveniados.</p> <p>Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos de cirurgias de alta complexidade.</p>

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



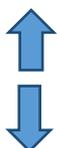
Indicador 11. Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado

Relevância do indicador: Permite monitorar a qualidade da assistência hospitalar prestada à população por meio de mecanismos de gestão e acompanhamento de metas pactuadas. Manter 100% dos serviços hospitalares com contrato de metas firmado.

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Manter processo de contrato de metas para os serviços conveniados ao SUS Municipal (possuem Contratos de Metas).
2º Quadrimestre	100%	Manter processo de contrato de metas para os serviços conveniados ao SUS Municipal (possuem Contratos de Metas).

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



OBRAS PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO À SAÚDE RAG 2016

1. CONSTRUÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (Ação PPA 107)

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 2o Quadrimestre 2017
SUL	CS OZIEL	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Retirado do RDQA2017
SUL	CS SÃO BERNARDO	CONVÊNIO COM INSTITUIÇÃO DE ENSINO				OBRA CONCLUÍDA
SUDOESTE	CS DIC VI	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Empresa contratada para execução da obra começou a trabalhar o terreno.
SUDOESTE	CS SANTOS DUMONT	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Obra em andamento
SUL	CS NOVA AMÉRICA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Em fase de contratação de obra pela SES
SUDOESTE	CS SÃO CRISTÓVÃO (BARRAÇÃO LIAN GONG)	FEDERAL / OGU	200.000,00	233.014,01	433.014,01	Retirado do RDQA2017
NORTE	CS VILLAGE	FEDERAL / SISMOB - EMENDA	773.000,00	727.000,00	1.500.000,00	Projeto sendo elaborado pela SEINFRA
NORTE	CS SAN MARTIN	FEDERAL/CAIXA	500.000,00	497.223,30	997.223,30	Retirado do RDQA2017
SUL	CS SAN DIEGO	FEDERAL/CAIXA	1.000.000,00	399.200,00	1.399.200,00	Retirado do RDQA2017
LESTE	ACADEMIA SOUSAS	FEDERAL/FUNDO - SISMOB *	180.000,00	153.091,00	333.091,00	Retirado do RDQA2017
SUL	CS VILA RICA					Retirado do RDQA2017

DISTRITO	UNIDADE	AÇÃO PPA	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 2o Quadrimestre 2017
NOROESTE	CS BASSOLI	107	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO		-		Indicada no Projeto Saúde em Ação junto ao Governo do Estado com financiamento do BID.
NOROESTE	CS COSMO	107	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO		-		Indicada no Projeto FAR - Minha Casa Minha Visa - CEF
NOROESTE	CS FLORENCE	107	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO	773.000,00	R\$ 1.727.000,00	2.500.000,00	Empresa contratada para execução da obra começou a trabalhar o terreno.
NOROESTE	CS PERSEU	107	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Obra em andamento
NOROESTE	CS SATÉLITE IRIS I	107	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Obra em andamento
NOROESTE	CS SATÉLITE IRIS II	107	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Empresa contratada para execução da obra começou a trabalhar o terreno.
NOROESTE	CS LISA	107	FEDERAL/CAIXA	1.000.000,00	399.200,00	1.399.200,00	Retirado do RDQA2017
NOROESTE	CS LISA	107	FEDERAL / SISMOB - EMENDA	1.000.000,00	399.200,00	773.000,00	Encaminhado para licitar. Retornou para atualizar planilha orçamentária pela SEINFRA. Foi solicitado recurso via Emenda Parlamentar com parecer de mérito favorável, mas não ocorreu o repasse.
NOROESTE	CS CAMPINA GRANDE	107	SISMOB E CONTRAPARTIDA	1.630.524,00		1.630.524,00	Encaminhado para licitar. Retornou para atualizar planilha orçamentária pela SEINFRA.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



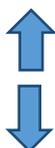
2. REFORMAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (Ação PPA 107)

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 2o Quadrimestre 2017
LESTE	CS 31 DE MARÇO	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Retirado do RDQA2017
LESTE	CS TAQUARAL	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Retirado do RDQA2017
LESTE	CS COSTA E SILVA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
LESTE	CS CONCEIÇÃO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto em fase de conclusão pela empresa Arkhitekton contratada pela SES.
LESTE	CS SÃO QUIRINO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto em fase de conclusão pela empresa Arkhitekton contratada pela SES.
LESTE	CS SOUSAS	FEDERAL/CAIXA	500.000,00	76.000,00	576.000,00	Retirado do RDQA2017
LESTE	CS SOUSAS	FEDERAL/FMS	500.000,00	76.000,00	576.000,00	Projeto em elaboração na SEINFRA sob Prot. 15/10/62183. Solicitado recurso via Emenda Parlamentar, aprovado parecer de mérito, mas ainda não ocorreu o repasse.

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 2o Quadrimestre 2017
NOROESTE	CS FLORESTA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO		-		Projeto concluído.
NOROESTE	CS INTEGRAÇÃO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO		-		Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
NOROESTE	CS IPAUSSURAMA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto em fase de conclusão pela empresa Arkhitekton contratada pela SES.
NOROESTE	CS SANTA ROSA	FEDERAL/FUNDO - SISMOB				Seinfra está elaborando os projetos. Previsão de licitação para 2017.
NOROESTE	CS PQ. ITAJAÍ	FEDERAL/FUNDO - SISMOB *	71.822,07	2.135,01	73.957,08	Retirado do RDQA2017
NOROESTE	CS PQ VALENÇA	PRÓPRIO DO MUNICÍPIO				Retirado do RDQA2017

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 2o Quadrimestre 2017
NORTE	CS SANTA BARBARA	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Retirado do RDQA2017
NORTE	CS BOA VISTA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Em fase de contratação de obra pela SES
NORTE	CS SÃO MARCOS	FEDERAL/CAIXA	R\$ 119.875,21	45.124,79	165.000,00	Retirado do RDQA2017
NORTE	CS CASSIO RAPOSO DO AMARAL	FEDERAL/CAIXA	605.880,00	154.120,00	760.000,00	Obra em andamento pela empresa TESLA
NORTE	CS ROSÁLIA	FEDERAL/FUNDO - SISMOB				Em trâmite para abertura de licitação – Prot. Nº2015/10/38165
NORTE	CS BARÃO GERALDO	PRÓPRIO DO MUNICÍPIO				Retirado do RDQA2017

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



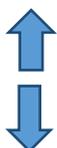
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 2o Quadrimestre 2017
SUDOESTE	C.S. VILA UNIÃO	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Retirado do RDQA2017
SUDOESTE	CS VISTA ALEGRE	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Retirado do RDQA2017
SUDOESTE	CS AEROPORTO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
SUDOESTE	CS SÃO CRISTÓVÃO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Retirado do RDQA2017
SUDOESTE	CS CAPIVARI	FEDERAL/CAIXA	605.180,00	381.052,44	986.232,44	Valor gasto R\$ R\$ 327.448,75. (valor contratado R\$ 986.232,44). Obra paralisada (Contrato vencido). Segundo informação da SMAJ a empresa será penalizada por descumprimento de contrato. SERÁ LICITADO NOVAMENTE
SUDOESTE	CS SANTO ANTÔNIO	FEDERAL/CAIXA -	400.000,00	R\$ 35.000,00 -	435.000,00	CEF solicitou adequações no projeto. A SEINFRA está providenciando para retornar a CEF.
SUDOESTE	CS TANCREDO NEVES	FEDERAL/CAIXA - FEDERAL / FUNDO / SISMOB	500.000,00	406.000,00	906.000,00	Retirado do RDQA2017
SUDOESTE	CS DIC III	FEDERAL/FUNDO - SISMOB	106.936,87	10.051,32	116.988,19	Retirado do RDQA2017

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 2o Quadrimestre 2017
SUL	CS ESMERALDINA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto em fase de conclusão pela empresa Arkhitekton contratada pela SES.
SUL	CS SÃO JOSÉ	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
SUL	CS SANTA ODILA	FEDERAL/CAIXA	257.580,00	629.220,00	886.800,00	A CEF solicitou correções nos projetos e a SEINFRA está em fase de finalização de adequação.
SUL	CS CARVALHO DE MOURA	FEDERAL/FUNDO - SISMOB	70.018,92	10.051,37	80.070,29	Retirado do RDQA2017
SUL	CS VILA IPÊ	FEDERAL/FUNDO - SISMOB				Em trâmite para abertura de licitação – Prot. Nº2015/10/38166.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



3. CONSTRUÇÕES NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Ação PPA 68)

DISTRITO	UNIDADE	AÇÃO PPA	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 2o Quadrimestre 2017
CENTRAL	AME - AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	68	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto concluído. Encaminhado para VISA para análise do LTA. Empresa contratada para obra começou a trabalhar o terreno.
CENTRAL	CR DA MULHER - CRAIM-	68	FEDERAL OGU	3.500.000,00	1.900.000,00	5.400.000,00	A Seinfra está atualizando a planilha orçamentária para fins de licitação da obra. LTA liberado pela VISA.
CENTRAL	JARDIM DOS SENTIDOS	68	RECURSO DE DOACAO				Em trâmite para abertura de licitação – Prot. 2013/10/49454
LESTE	UPA LESTE	68	FEDERAL/FUNDO SISMOB *	4.000.000,00		4.000.000,00	Retirado do RDQA2017
NORTE	UPA METROPOLITANO	68	FEDERAL/CAIXA	5.524.200,00	613.800,00	6.500.000,00	Encaminhado para abertura da licitação da obra.
SUDOESTE	CAPS III	68	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto encaminhado para análise da VISA e emissão do LTA. Empresa contratada para obra já iniciou a preparação do terreno.
SUL	UPA SULESTE	68	FEDERAL/FUNDO	2.700.000,00	3.285.831,71	5.985.831,71	Obra concluída.

4. REFORMAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Ação PPA 107)

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 2o Quadrimestre 2017
NOROESTE	PA CAMPO GRANDE	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Retirado do RDQA2017
NOROESTE	CAPS INFANTIL	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
CENTRAL	CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA SOUSAS	FEDERAL OGU	100.000,00	10.000,00	110.000,00	Retirado do RDQA2017
CENTRAL	HOSP. MARIO GATTI - ONCOLOGIA	FEDERAL OGU	4.892.060,17	575.154,17	5.467.214,34	Aguardando empenho do Ministério para liberação do recurso na CEF. Projeto em adequação por solicitação da CEF
SUL	PA SÃO JOSÉ	FEDERAL/CAIXA	1.102.500,00	457.500,00	1.560.000,00	Retirado do RDQA2017
SUDOESTE	PRONTO SOCORRO OURO VERDE	FEDERAL/FUNDO	R\$ 2.700.000,00 (OBRA) – R\$ 662.130,00 (EQUIP.)		3.362.130,00	Na SEINFRA para atualização da planilha orçamentária e financeira.
NORTE	PRONTO ATENDIMENTO ANCHIETA	PRÓPRIO				Retirado do RDQA2017
DEVISA	CEREST	RECURSO RENAST				Projeto solicitado a SEINFRA

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



1.1 Fonte: Governo Federal – Emenda Parlamentar
Total: 15 propostas – Valor R\$ 4.159.229,00

NºPROPOSTA	NOME PARLAMENTAR	NºEMENDA	VALOR	DESTINAÇÃO	OBJETO
36000.1159042/01-700	ODORICO MONTEIRO	37360007	R\$ 500.000,00	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	CUSTEIO
913704/17-001	PAULO TEIXEIRA	25340019	R\$ 250.000,00	AE - SAÚDE MENTAL	EQUIP E MAT. PERMANENTE
1170-04	ORLANDO SILVA	37370014	R\$ 299.500,00	ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PA CAMPO GRANDE, PA SÃO JOSÉ E PA ANCHIETA	EQUIP E MAT. PERMANENTE
1177-12	VALMIR PRASCIDELLI	37730003	R\$ 249.999,00	ATENÇÃO ESPECIALIZADA - POLICLÍNICA I, POLICLÍNICA II E POLICLÍNICA III	EQUIP E MAT. PERMANENTE
1177-03	CARLOS ZARATINI	25200001	R\$ 200.000,00	ATENÇÃO BÁSICA - CS DIC I, DIC III, FARIA LIMA, SANTA ODILA, SÃO DOMINGOS E SÃO VICENTE	EQUIP E MAT. PERMANENTE
1177-11	VICENTINHO	19970016	R\$ 123.410,00	ATENÇÃO BÁSICA	EQUIP E MAT. PERMANENTE
1170-02	CARLOS SAMPAIO	15270004	R\$ 400.000,00	ATENÇÃO BÁSICA - UNIDADES DO DISTRITO NORTE	EQUIP E MAT. PERMANENTE
1177-05	CARLOS SAMPAIO	15270004	R\$ 400.000,00	ATENÇÃO BÁSICA - CS TANCREDO, ITAJAÍ, PEDRO AQUINO E SANTO ANTONIO	EQUIP E MAT. PERMANENTE

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

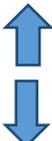


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



1177-15	IVAN VALENTE	32280001	R\$ 676.000,00	ATENÇÃO BÁSICA - CS BARÃO GERALDO, DIC III, FARIA LIMA, JD. CONCEIÇÃO, JD. FLORENCE, JD. SÃO MARCOS, JOAQUIM EGÍDIO, LISA, OZIEL, PEDRO AQUINO E SANTA LUCIA	VEÍCULOS
1177-06	IVAN VALENTE	32280001	R\$ 24.000,00	ATENÇÃO BÁSICA - CS TAQUARAL	EQUIP. E MAT. PERMANENTE
1177-16	CARLOS SAMPAIO	15270022	R\$ 230.000,00	ATENÇÃO BÁSICA - CS BOA ESPERANÇA, CARLOS GOMES, CAMPINAS GRANDE, CENTRO, JOAQUIM, LISA, ITAJAÍ, VALENÇA, SOUSAS E 31 DE MARÇO	EQUIP. E MAT. PERMANENTE
1177-17	CARLOS SAMPAIO	15270022	R\$ 570.000,00	TRANSPORTE SANITÁRIO	VEÍCULO VAN TRANSPORTE DE PASSAGEIROS
1177-13	KEIKO OTA	28050004	R\$ 100.000,00	ATENÇÃO BÁSICA - CS CAPIVARI, SANTA LUCIA, SANTO ANTONIO, UNIÃO DOS BAIROS E VISTA ALEGRE	EQUIP E MAT. PERMANENTE
1177-19	VICENTINHO	19970016	R\$ 126.570,00	ATENÇÃO BÁSICA - CS DIC III, PQ. VALENÇA, SAN MARTIN E VILA UNIÃO	EQUIP. E MAT. PERMANENTE
1177-20	CARLOS SAMPAIO	15270022	R\$ 9.750,00		EQUIP. E MAT. PERMANENTE

2 - Encaminhamento para execução de recursos repassados:
Total: 15 propostas – R\$ 7.919.840,00

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Proposta	Objeto	Setor	Valor	Protocolo Encam. Execução
Proposta: 1140-09	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	UBS	R\$ 285.760,00	16/10/00137
PROPOSTA 1140-13	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA, MOBILIÁRIO, EQUIP. MÉDICOS E VEÍCULOS	UBS	R\$ 499.800,00	Protocolos: 16/10/10994 (equip. eletro/eletrônicos) - 16/10/10993 (Móveis escrit.) - 16/10/10992 (Equip. informática) - 16/10/10991 (Equip. médicos) - 16/10/10990 (Veículos) - 16/10/10989 (Móveis Hosp.)
PROPOSTA 1140-15	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA, MOBILIÁRIO, EQUIP. MÉDICOS E VEÍCULOS	UBS	R\$ 444.820,00	Protocolos: nº 16/10/10988 (equip. médicos) - 16/10/10987 (Veículos) - 16/10/10986 (Móveis de Escritório) - 16/10/10985 (Móveis Hospitalares) - 16/10/10984 (Equip. Informática) - 16/10/10983 (Equip. Eletro Eletrônicos)
PROPOSTA 1150-01	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS	POLI II	R\$ 395.500,00	16/10/44505
PROPOSTA 1150-03	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS	UBS	R\$ 600.000,00	16/10/44504
PROPOSTA 1150-18	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS	UBS	R\$ 225.600,00	16/10/44506
PROPOSTA 1150-22	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE VIDEO LAPAROSCOPIA, MESA DE MAIO E APARELHO DE ANESTESIA PARA MÁRIO GATTI	MÁRIO GATTI	R\$ 320.560,00	16/10/26400
PROPOSTA 1160-02	VEÍCULO AMBULÂNCIA	SAMU	R\$ 900.000,00	SEI: PMC.2017.00020086-06
PROPOSTA 1160-03	AQUISIÇÃO DE MÓVEIS E EQUIPAMENTOS	UBS	R\$ 1.398.700,00	17/10/13363 - SEI: PMC.2017.0002115-21 / PMC.2017.00021060-12 / PMC.2017.00017839-24
PROPOSTA 1160-05	VEÍCULO AMBULÂNCIA	SAMU	R\$ 360.000,00	SEI: PMC.2017.00020086-06
PROPOSTA 1160-06	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS	UBS	R\$ 201.600,00	17/10/13362 - SEI: PMC.2017.0002115-21 / PMC.2017.00021060-12 / PMC.2017.00017839-24
PROPOSTA 1160-07	AQUISIÇÃO DE MÓVEIS E EQUIPAMENTOS	POLI I	R\$ 39.870,00	16/10/44507
PROPOSTA 1160-09	AQUISIÇÃO DE MÓVEIS E EQUIPAMENTOS	CAPS INFANTO	R\$ 49.730,00	17/10/13364 - SEI: PMC.2017.00021126-83 / PMC.2017.00021123-31 / PMC.2017.00021122-50 / PMC.2017.00021072-56 / PMC.2017.00021060-

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		RODA VIVA		12
PROPOSTA 1160-10	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS	UBS	R\$ 2.150.000,00	SEI: PMC.2017.00017839-24
PROPOSTA 1160-11	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS	UBS	R\$ 48.000,00	SEI: PMC 2017.00025535-40

3 - Projeto Saúde em Ação:

- Iniciado obras CS Perseu, CS Satélite Iris I, CS Santos Dumont, CS Satélite Iris II, CS DIC VI, CS Florence, CAPS III e AME.
- Análise e revisão das plantas das Unidades Jardim Conceição, Jardim São Quirino, Jardim Ipaussurama, Jardim São Cristovão, Aeroporto, Costa e Silva e Esmeraldina.
- Elaboração e encaminhamento das documentações solicitadas pelo Projeto, das autorizações da CPFL e SANASA, para obras de reforma.
- Encaminhado documentação para inclusão no projeto do CS Bassoli.
- Elaborado em conjunto com Departamento Administrativo documentos para protocolo na Vigilância Sanitária do Laudo Técnico de Vigilância (LTA) do CAPS, AME, Jd. Conceição, Esmeraldina, Aeroporto, Costa e Silva, São Quirino e Ipaussurama.

4 - Elaboração em conjunto VISA -

- Discussões da planta do projeto padrão das unidades básicas de saúde;
- Elaboração com orientações sobre fluxos e memorial de atividades;
- Orientação para elaboração do memorial de atividades e fluxos do Centro de Referência a Saúde da Mulher;

5 - Resposta as prorrogações de convênios e reformulação de Plano de Trabalho:

- Convênio 2855/2006 – Equipamentos e Mobiliário para Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi;
- Convênio 1642/2006 – Reforma do Pronto Socorro do Hospital Ouro Verde 1ª e 2ª diligencia

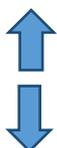
6- Prestação de Contas

- Encaminhado documentação em parceria com Fundo Municipal de Saúde da prestação de Contas da primeira parcela do Convênio Suleste nº Convênio nº2953/06 - Constr. PS Suleste.

7 - Regularização de terrenos em parceria com a Diretoria de Convênios

- **Terrenos regularizados:** CS Nova América, CS Pq. Floresta, CS São José, CS Integração, CS Esmeraldina, CS Boa Vista, CS Carvalho de Moura e CS Santa Barbara.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



- **Monitoramento prioritário dos processos de regularização dos terrenos:** CS Boa Vista, CS Nova America, CS Esmeraldina, CS São Cristóvão, CS Aeroporto, AME, Caps III, CS Santa Odila, CS São Quirino, CS Conceição e CS Capivari.

8 – Total de processos recebidos, analisados e respondidos que passaram pelo Núcleo de Convênios Governamentais: 198

9 – Monitoramento de execução dos itens vinculados a repasses do Governo Federal e projetos junto ao Governo do Estado e Contra Partidas de Empreendimento Imobiliário monitorados pelo Núcleo.

1. Obras: Total = 38

- **14 oriundos do Governo Federal** (PS Ouro Verde, PA Suleste, PS Metropolitano, CRAIM, CS Santa Odila, CS Capivari, CS Santo Antonio, Onco Mario Gatti, CS Vila Ipê, CS Rosália, CS Santa Rosa, CS Village, CS Campina Grande e CS Lisa).
- **22 vinculados ao projeto Saúde em Ação /BID** junto ao Governo do Estado (CAPS III, CAPS Infantil, CS DIC VI, CS Santos Dumont, CS Satélite Iris I, CS Satélite Iris II, CS Boa Vista, CS Nova América, CS Perseu L. Barros, CS Florence, CS Bassoli, CS Esmeraldina, CS São Cristóvão CS São Quirino, CS Conceição, CS Costa e Silva, CS Aeroporto, CS Esmeraldina, CS São José, CS Ipaussurama, CS Integração, CS Floresta e AME).
- **01 Recurso de Doação** (Jardim dos Sentidos)
- **01 Contrapartida de Empreendimento Imobiliário** (CS Santa Barbara).

10. Equipamentose Materiais Permanentes em Execução = 32 Propostas e convênios.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo 2.1- Implementação da Rede de Atenção a Urgência e emergência

Todos os serviços conveniados ao SUS Municipal possuem Contratos de Metas. Todos os leitos conveniados estão sob regulação da Central Municipal de Regulação e após as 22 horas estão sob a Regulação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo.

Indicador 12. Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

Relevância do indicador: Possibilita o acompanhamento e o monitoramento da ampliação do uso do SISNOV para atender à legislação e garantir a atenção e a proteção às pessoas em situação de risco. Permite melhor magnitude deste grave problema de saúde pública. Mede a sensibilidade da rede de atenção à saúde às notificações de violência. Permite acompanhar a adesão da unidade de saúde à notificação.

Meta: 8 serviços de urgência com notificação de violências implantada e notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.

Meta para 2016: 7 PS/PA E 64 UBS

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100% dos PA e PS 60% das UBS	Após a apresentação do Boletim n 10 do SISNOV com as notificações apresentadas por distritos de saúde, algumas UBS, refizeram o treinamento dos profissionais e iniciaram as notificações. Atualmente realizamos o monitoramento das novas notificações e capacitando em serviço nos eventos sentinelas. Iniciamos a 2 turma do Curso Impactos das violências nas famílias, aumentamos o número de vagas para 50, e foram inscritos pediatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos das UBS e dos NASF. O alerta SISNOV foi ampliado para a educação e assistência social completando a rede de cuidado e organizando a linha de cuidado das vítimas adolescentes e crianças.
2º Quadrimestre	Meta cumprida, 100% dos PA e PS	O crescimento das notificações e a melhoria da qualidade no atendimento nas UBS foram percebidos ao longo do quadrimestre após definição da organização do procedimento Operacional Padrão para o atendimento de violência sexual de crianças e adolescentes notificadas e que fazem parte do

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



60% das UBS atendendo e notificando	<p>ALERTA SISNOV.</p> <p>Um GT com profissionais das VISAS, apoio dos distritos e das secretarias parceiras está agilizando o acompanhamento dessas vítimas e possibilitando maior eficácia no tratamento da prevenção às DST/AIDS e acompanhamento de saúde mental das mesmas e de suas famílias.</p> <p>No Boletim SISNOV número 11 que será lançado em novembro temos os dados do primeiro semestre de 2017 mostrando que a perspectiva é que em 2017 tenhamos 100% UBS notificando.</p> <p>Os PS e PA mantêm o número crescente de atendimento e notificação.</p> <p>PA/PS atendimentos /notificações das violências em 2016 e no 1 semestre de 2017</p> <p>2016 – 730 casos</p> <p>2017 – primeiro semestre – 436 tendência de crescimento</p> <p>UBS crescimento bem visível.</p> <p>2016 – 233 casos</p> <p>2017 - primeiro semestre - 157 casos</p>
--	---

Indicador 13. Proporção de acesso hospitalar por acidente

Relevância do indicador: Avalia a suficiência e eficiência da atenção prestada à vítima antes e após chegada ao hospital auxiliando na avaliação, planejamento e adequada estruturação da rede de atenção à urgência e emergência.

Meta 2013: 58,49 % Ampliar em 1,25% ao ano o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas, para atingir 61,47% ao final de quatro anos.

PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE									
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº ÓBITOS POR ACID. EM HOSPITAL	233	201	208	238	189	205	172	160	45
Nº TOTAL DE ÓBITOS POR ACIDENTE	303	281	312	246	295	276	276	245	59
% DE ACESSO	76,89	71,53	66,66	68,78	64,06	62,31	62,31	65,3	61,86

Fonte: SIM – CII, DGDO - SMS

Meta para 2017: 61,47%

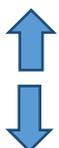
Resultados	Considerações/Recomendações											
1º Quadrimestre	64,62 %	<table border="1"> <tr> <td>Causa de óbito CID 10 V01 - X59</td> <td>RDQA 1</td> </tr> <tr> <td>Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período</td> <td style="text-align: center;">65</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td> <td style="text-align: center;">42</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> </table>	Causa de óbito CID 10 V01 - X59	RDQA 1	Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	65	Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	42	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	0	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	6
Causa de óbito CID 10 V01 - X59		RDQA 1										
Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período		65										
Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital		42										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde		0										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	6											

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	14
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	3
		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
		Resultado = Proporção de acesso hospitalar	64,62%
		Considerações: A maioria dos pacientes que evoluíram a óbito tiveram atendimento hospitalar (64,62%). O restante 35,38%, na sua maioria (21%), forma vítimas de acidentes graves em via pública, provavelmente evoluindo a óbito no local.	
2º Quadrimestre	59,48 %	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	116
		Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	69
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	2
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	5
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	38
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	2
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	0
		Total de óbito em local não hospitalar	47
		Porcentagem de acesso hospitalar	59,48%
		Porcentagem em local não hospitalar	40,52%
		Considerações: A maioria dos pacientes que evoluíram a óbito teve atendimento hospitalar (59,48%). O restante 40,52%, na sua maioria (32,76%), foram vítimas de acidentes graves em via pública, provavelmente evoluindo a óbito no local. Observamos um aumento de óbitos em via pública e devemos reforçar as medidas de prevenção de acidentes de trânsito.	

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção do SUS

Indicador 14. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

Relevância do Indicador: Avalia o acompanhamento das condições associadas ao IAM pela Atenção Básica, como a hipertensão arterial e a disseminação e utilização da linha de cuidado do IAM pelos serviços de Saúde.

Apresentamos o indicador 14 por município de residência e 14' por ocorrência em Campinas, englobando a produção para residentes de outros municípios, porém facilitando a análise e intervenção por prestador.

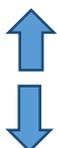
PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção	15,69	14,96	11,35	15,77	15,45		13,76	15,63	13,01

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC.

Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Internações SUS por IAM ocorridas em Campinas, por Hospital																		
Hospital SP (CNES)	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	Indicador	Tendência		
	2014	2014	2014		2015	2015	2015		2015	2015	2015		2016	2016			2016	2016
2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO E SANTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BEN	0	1	2	3	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0	2	0	2	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP	70	56	87	213	62	93	66	221	101	82	95	278	106	78	184			
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATT	20	38	31	89	21	31	26	78	25	25	23	73	18	11	29			
2081946 CASA DE SAUDE CAMPINAS	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIER	63	59	58	180	73	58	54	185	61	69	49	179	64	62	126			
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDI	17	34	20	71	32	32	59	123	52	43	57	152	61	35	96			
Total	170	188	199	557	188	214	205	607	240	220	224	684	251	187	438			

Óbitos por IAM em internações SUS ocorridas em Campinas, por hospital																		
Hospital SP (CNES)	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	Indicador	Tendência		
	2014	2014	2014		2015	2015	2015		2015	2015	2015		2016	2016			2016	2016
2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO E SANTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BEN	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP	6	5	9	20	5	13	6	24	10	11	14	35	10	7	17			
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATT	10	13	9	32	8	9	11	28	8	5	7	20	4	4	8			
2081946 CASA DE SAUDE CAMPINAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIER	5	8	1	14	6	4	10	20	4	10	7	21	6	9	15			
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDI	2	1	2	5	6	4	7	17	3	6	4	13	4	4	8			
Total	23	27	22	72	25	30	34	89	25	32	32	89	24	24	48			

Indicador 14: Proporção de óbitos nas internações SUS por infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorridas em Campinas, por hospital																		
Hospital SP (CNES)	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	Indicador	Tendência		
	2014	2014	2014		2015	2015	2015		2015	2015	2015		2016	2016			2016	2016
2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO E SANTA																0,00%	0,00%	
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BEN		0,00%	50,00%	33,33%					0,00%	0,00%		0,00%	0,00%		0,00%			
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP	8,57%	8,93%	10,34%	9,39%	8,06%	13,98%	9,09%	10,86%	9,90%	13,41%	14,74%	12,59%	9,43%	8,97%	9,24%			
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATT	50,00%	34,21%	29,03%	35,96%	38,10%	29,03%	42,31%	35,90%	32,00%	20,00%	30,43%	27,40%	22,22%	36,36%	27,59%			
2081946 CASA DE SAUDE CAMPINAS			0,00%	0,00%														
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIER	7,94%	13,56%	1,72%	7,78%	8,22%	6,90%	18,52%	10,81%	6,56%	14,49%	14,29%	11,73%	9,38%	14,52%	11,90%			
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDI	11,76%	2,94%	10,00%	7,04%	18,75%	12,50%	11,86%	13,82%	5,77%	13,95%	7,02%	8,55%	6,56%	11,43%	8,33%			
Total	13,53%	14,36%	11,06%	12,93%	13,30%	14,02%	16,59%	14,66%	10,42%	14,55%	14,29%	13,01%	9,56%	12,83%	10,96%			

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta para 2017: 12,74%

AVALIAÇÃO ANUAL-ANO 2017	Considerações/Recomendações
Este indicador é de avaliação anual	CONSIDERAÇÕES: Por tratar-se de indicador anual, pode ocorrer alteração em virtude de informações analisadas <i>a posteriori</i> . O prazo de encerramento do

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Acumulado 1º e 2º Quadrimestres 2º Quadrimestre 10,96	RDQA e das competências tem descompasso. Recomendações: a) Reavaliar protocolos de assistência junto a área hospitalar e readequar oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP. b) Dialogar para implementar a Rede de IAM em Campinas e Região, com um grupo técnico para aprofundar o conhecimento das medidas de prevenção e tratamento referentes ao infarto (intra e extra- hospitalar).
---	---

Indicador 15. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Relevância do Indicador: Analisa as variações geográficas e temporais da mortalidade das internações de menores de 15 anos de idade, com o uso de UTI, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Aponta a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção hospitalar nas unidades de terapia intensiva, neonatal e infantil. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação da atenção hospitalar nas unidades de terapia intensiva, neonatal e infantil.

Local	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Tendência	Incremento 2008- 2012	Incremento anual
..... 35072 Campinas	10,44	9,48	8,05	7,79	7,44	8,26	8,5		0,45	0,1125
350950 Campinas	9,97	8,43	7,73	7,33	6,29	7,59	6,77		-0,96	-0,24
..... 35074 Oeste VII	7,22	8,08	8,43	10,47	8,62	9,61	6,45		-1,98	-0,495
Estado SP	12,8	12,5	11,07	11,39	10,34	9,77	9,67		-1,4	-0,35

A análise demonstra que cerca de 90% é em UTI neonatal, sensível ao pré-natal alto risco, parto na maternidade de referência. Fatores relacionados: Reprodução assistida, internações longas, implicação: redução mais lenta da mortalidade.

Meta 2013: 6,52 Reduzir em 0,25 ao ano os óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva, visando alcançar a meta de 5,77 em quatro anos.

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Indicador 15: Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)																
Internações em menores de 15 anos em UTI	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2014	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2015	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2016	1º Quad	2º Quad	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
	2014	2014	2014		2015	2015	2015		2016	2016	2016		2017	2º Quad 2017 (Parcial)		
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	118	152	124	394	139	161	113	413	102	181	121	404	154	125	279	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	245	241	227	713	222	257	206	685	254	244	281	779	282	253	535	
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	47	59	58	164	64	64	74	202	56	60	64	180	61	54	115	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	52	80	80	212	87	55	66	208	79	79	58	216	81	52	133	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	81	111	133	325	124	120	126	370	120	171	146	437	150	107	257	
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	3	4	10	17	5	8	1	14	5	7	1	13	0	2	2	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	39	75	61	175	53	89	61	203	50	77	47	174	65	95	160	
Total	585	722	693	2.000	694	754	647	2.095	666	819	718	2.203	793	688	1.481	

Óbitos em menores de 15 anos em UTI	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2014	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2015	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2016	1º Quad	2º Quad	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
	2014	2014	2014		2015	2015	2015		2016	2016	2016		2017	2º Quad 2017 (Parcial)		
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	12	10	4	26	9	6	9	24	7	9	7	23	9	3	12	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	20	24	15	59	13	9	13	35	20	20	12	52	16	20	36	
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	3	7	6	16	9	7	5	21	4	5	5	14	5	6	11	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	2	2	5	9	4	2	3	9	4	2	4	10	1	1	2	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	9	4	8	21	5	10	7	22	10	11	4	25	8	8	16	
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	1	2	2	5	3	1	2	6	0	6	1	7	2	2	4	
Total	47	49	40	136	43	35	39	117	45	39	33	117	41	40	81	

Proporção de óbitos em residentes menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

Hospital SP (CNES)	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2014	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2015	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2016	1º Quad	2º Quad	Indicador 2017
	2014	2014	2014		2015	2015	2015		2016	2016	2016		2017	2º Quad 2017 (Parcial)	
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	10,17%	6,58%	3,23%	6,60%	6,47%	3,73%	7,96%	5,81%	6,86%	4,97%	5,79%	5,69%	5,84%	2,40%	4,30%
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	8,16%	9,96%	6,61%	8,27%	5,86%	3,50%	6,31%	5,11%	7,87%	8,20%	4,27%	6,68%	5,67%	7,91%	6,73%
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	6,38%	11,86%	10,34%	9,76%	14,06%	10,94%	6,76%	10,40%	7,14%	8,33%	7,81%	7,78%	8,20%	11,11%	9,57%
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	3,85%	2,50%	6,25%	4,25%	4,60%	3,64%	4,55%	4,33%	5,06%	2,53%	6,90%	4,63%	1,23%	1,92%	1,50%
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	11,11%	3,60%	6,02%	6,46%	4,03%	8,33%	5,56%	5,95%	8,33%	6,43%	2,74%	5,72%	5,33%	7,48%	6,23%
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		0,00%	0,00%
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	2,56%	2,67%	3,28%	2,86%	5,66%	1,12%	3,28%	2,96%	0,00%	7,79%	2,13%	4,02%	3,08%	2,11%	2,50%
Total	8,03%	6,79%	5,77%	6,80%	6,20%	4,64%	6,03%	5,58%	6,76%	4,76%	4,60%	5,31%	5,17%	5,81%	5,47%

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta para 2017: 5,77

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	5,48%	Recomendações: Visto que a maior parte dos óbitos se dá no primeiro ano de vida, sugerimos desencadeamento de ações de qualificação da assistência materno infantil.
2º Quadrimestre	5,81%	Indicador apresenta tendência de aumento, neste quadrimestre. Mantidas as recomendações.

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 16-Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

Relevância do Indicador: Monitorar o acesso da população aos primeiros atendimentos nos casos de urgência e emergências, aprimorando os esforços no sentido de reduzir as complicações decorrentes de eventos e favorecendo a regulação da assistência nos pontos de atenção.

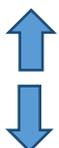
Manter 100%, inclusive durante todo o período do plano.

Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Considerações: O SAMU faz regulação dos casos pré hospitalares e as internações são reguladas pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso e, após as 22 horas, estão sob a Regulação da Coordenadoria de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo - CROSS).
2º Quadrimestre	100%	Considerações: Mantidas.



OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de Mama e do Colo de Útero

Indicador 18. Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos

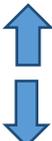
Relevância do indicador: Avaliar o acesso a exames preventivos para câncer de colo de útero na população feminina na faixa etária 25 a 64 anos.

Ampliação em 2% ao ano cobertura de exame citológico nas mulheres de 25 a 64 anos, para atingir 0,49 ao final dos quatro anos.

RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS									
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção	0,59	0,59	0,54	0,52	0,45	0,43	0,44	0,18	0,34
Fonte: DRS 7									

Meta para 2017: 0,48

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	<p>Dados parciais 0,08</p> <p>Atualização dos dados 0,14</p>	<p>Memória de cálculo: Nº de coleta de CO na população de 25 a 64 anos = 9.240 Fonte: Laboratório de Citopatologia da Unicamp dados de jan-abr/2017 População de 25 a 64 anos = 339.540 Fonte: 2017/ TABNET pop. Feminina 25 – 64 anos Cálculo da Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária (nº de coleta de citologia oncológica em população residente de 25 a 64 anos/população feminina residente de 25-64 anos)/3 (exame trianual) Razão = 0,08</p> <p>O município de Campinas vem enfrentando demora no recebimento dos resultados dos exames de citologia oncológica devido a falta de RH no laboratório de citopatologia da Unicamp. A implantação de um serviço em Campinas vinculado ao Hospital de Câncer de Barretos irá nos oferecer cerca de 60.000 exames análise de exames de citologia oncológica de colo de útero o que deve suprir a necessidade da rede básica.</p>
2º Quadrimestre	<p>Dados Parciais</p>	<p>Memória de cálculo: Nº de coleta de CO na população de 25 a 64 anos = 10.403</p>

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	0,09	<p>Fonte: TABNET/2017 dados de mai-jun/2017 (dados de ago/2017 não processados) População de 25 a 64 anos = 339.540 Fonte: TABNET/2016 pop. Feminina 25 – 64 anos Considerações O início das atividades da unidade de Campinas do Hospital do câncer de Barretos está programado para o segundo semestre de 2017 e deverá ofertar 36.000 coletas em unidades do grupo de Barretos além realizar a análise de todos os exames de citologia oncológica coletados nas unidades básicas e de referência da rede municipal de Campinas. Este espaço das unidades de Barretos promoverá maior oferta de agenda para as usuárias do SUS realizarem os exames de rastreamento assim como serão ofertados todos procedimentos de diagnóstico e tratamento a nível ambulatorial para as pacienteatendidas pelo grupo. Teremos menor tempo de espera entre a coleta e a devolução dos resultados para as UBS</p>
--	------	---

Meta Municipal 3.a - Monitorar e tratar adequadamente 100% das lesões de colo uterino diagnosticadas

Meta para 2017: 100%

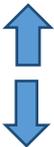
Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	<p>Manter o controle rígido dos casos alterados e o seguimento adequado de cada um deles na própria unidade com monitoramento do distrito e do núcleo de articulação da atenção primária (NAAP). Aumentar a carga horária e o processo de trabalho do Ambulatório de Patologia Cervical com novos profissionais na Poli I Estamos em processo de implantação de um novo serviço de apoio diagnóstico e terapêutica em nosso município através do grupo do Hospital de Câncer de Barretos que irá nos disponibilizar análise de exames de citologia oncológica de colo de útero e procedimento diagnósticos como biópsias e conização</p>
2º Quadrimestre	100%	<p>A estreita relação entre as unidades básicas e os serviços especializados somados a adequada oferta de procedimentos para a área de especialidades oncológicas da saúde da mulher confere excelente resultado no monitoramento e tratamento das lesões de colo uterino.</p>

Indicador 19. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos

Aumentar 0.03 ao ano.

Relevância do Indicador: Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos a cada 2 anos. Aponta ainda capacidade de captação dessas mulheres pelas unidades básicas de Saúde.

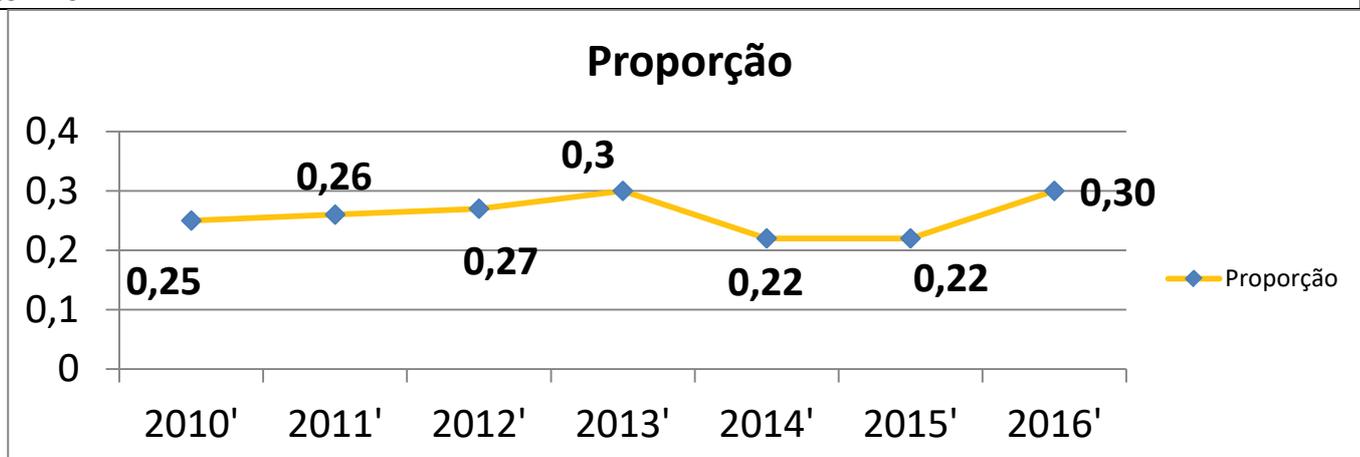
RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção	0,25	0,26	0,27	0,3	0,22	0,22	0,30

Fonte: DRS 7



Indicador 19: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária																
Município de residência = Campinas	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	2º Quad 2017 (Parcial)	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
Total	4.671	2.497	4.169	11.337	4.438	4.889	4.751	14.078	4.472	5.723	5.328	15.523	4.900	3.602	8.502	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	2.354	1.909	3.149	7412	2.569	1266	2.401	6.236	2.552	2.774	2.912	8.238	2.785	2.140	4.925	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	1.427	280	697	2404	1.516	984	1.964	4.464	1.620	2.654	1.899	6.173	1.780	1.225	3.005	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	300	269	276	845	322	161	255	738	281	250	231	762	287	188	475	
2022710 POLICLINICA II	550	0	0	550	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Outros	40	39	47	126	31	36	131	198	19	45	286	350	48	49	97	
População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU*	109.155				110.086				103.405				104.203			
Razão	8,56%	4,58%	7,64%	20,77%	8,06%	8,88%	8,63%	25,58%	8,65%	11,07%	10,31%	30,02%	9,40%	6,91%	16,32%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta para 2017: 0,40

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre:	<p>Dados Parciais 0,07</p> <p>Dados Atualizados 0,07</p>	<p>Memória de cálculo: Nº de Mamografias de rastreamento na população de 50 a 69 anos = 3.629 Fonte: CAC/DATASUS/SIH RDSP1401 a 1706.DBC População de 50 a 69 anos = 103.405 Fonte: CAC/População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU Cálculo da Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária (nº de exames de mamografia de rastreamento em população residente de 50 a 69 anos/população feminina residente de 50-69 anos)/2 (exame bianual) Razão = 0,0702</p>

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		Considerações: O município de Campinas está em processo de implantação de um novo serviço de mamografia através de um serviço vinculado ao Hospital de Câncer de Barretos que irá complementar a demanda de exames de rastreamento necessária para atingirmos a meta de cobertura anual.
2º Quadrimestre	Dados Parciais 0,07	Memória de cálculo: Nº de Mamografias de rastreamento na população de 50 a 69 anos = 3.602 Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1707.DBC – jun-jul/2017 População de 50 a 69 anos = 104.203 Fonte: CAC/População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU Considerações: O início das atividades da unidade de Campinas do Hospital do câncer de Barretos está programado para o segundo semestre de 2017 e deverá ofertar 43.000 novos exames para as usuárias do SUS Campinas além de todos os procedimentos de diagnóstico a nível ambulatorial em unidades do grupo de Barretos para as mulheres acompanhadas por este serviço. Campinas terá oferta suficiente para cobertura de rastreamento de câncer de mama da população alvo.

Meta Municipal 3.b - Monitorar e tratar adequadamente 100% das lesões de mama diagnosticadas

Meta para 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Temos mantido a meta de início de tratamento inferior a 60 dias da data do diagnóstico e não há demanda reprimida para realização de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. Com a implantação do novo serviço de Mamografia e Mastologia vinculado ao Hospital do Câncer de Barretos teremos um incremento no prazo de diagnóstico das lesões de mama
2º Quadrimestre	100%	O início das atividades de rastreamento do câncer de mama pelo serviço da unidade de Campinas do Hospital de Câncer de Barretos está programado para o segundo semestre de 2017 e de procedimentos diagnósticos invasivos para primeiro semestre de 2018. Este serviço dará atendimento para diagnóstico ambulatorial para as mulheres em seguimento com o grupo e manterá um vínculo constante com as unidades básicas, distritos de saúde e com as pacientes garantindo o monitoramento e tratamento do câncer de mama em tempo oportuno inferior aos 60 dias preconizado pelo ministério da saúde.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 20. Proporção de Parto Normal

Relevância do indicador: Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de Saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.

Aumentar 0,5% ao ano a proporção ao parto vaginal.

PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL DE MÃES RESIDENTES EM CAMPINAS

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
vaginal	5.423	4.997	5.069	5.440	5.634	5.441	4.917	5.155	4.945	5.210	5.655	5.357
cesaria	8.224	8.373	8.602	8.788	8.902	9.271	9.547	9.657	10.073	10.421	10.136	9.437
ignorado	9	16	30	8	12	8	12	0	2	13	7	2
total	13.656	13.386	13.701	14.236	14.548	14.720	14.476	14.812	15.021	15.644	15.798	14.797
Proporção	39,7	37,3	37,0	38,2	38,7	37,0	34,0	34,8	32,9	33,3	35,8	36,2

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 13/03/2017, sujeitos à revisão.

Meta para 2017: 36,18%

Resultados	Considerações/Recomendações			
1º Quadrimestre	Dados Parciais 36,65%	Período: jan a abr/2017		
		Tipo de Parto	SUS	Convênio
		Vaginal	1.477	399
		Cesário	1.509	1.732
		Não informado	0	1
		Total	2.986	2.132
		% Parto vaginal	49,46%	18,71%
		% Parto Cesário	50,54%	81,24%
		Considerações:		
		Estamos tecnicamente muito próximos da meta avaliando-se a soma entre a rede pública e a rede de convênios da saúde suplementar		

OBS.:



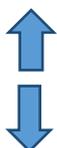
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar

a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		<p>Mantidas as recomendações:</p> <p>a) Fortalecer a realização de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal na REDE SUS Campinas</p> <p>b) Aumentar o conhecimento da sociedade sobre os riscos de indicações desnecessárias de cesárea.</p> <p>c) Manter programas de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal.</p> <p>d) Realizar um contínuo processo de discussões junto às equipes de obstetras das maternidades visando à melhoria deste indicador.</p> <p>e) Valorar de forma a dar peso maior no cálculo do IVQ ao cumprimento da meta de parto normal pelas maternidades.</p> <p>f) Discutir valoração diferenciada para parto normal junto a área hospitalar.</p> <p>g) Buscar a capacitação e participação de enfermeiros e médicos da Saúde da Família no acompanhamento do pré-natal de baixo risco</p>																												
2º Quadrimestre	37,22%	<p>Período: mai a ago/2017</p> <table border="1"><tr><td>Nº NASCIDOS VIVOS</td><td>5.151</td></tr><tr><td>Nº parto vaginal total</td><td>1.917</td></tr><tr><td>Nº parto vaginal sus</td><td>1.504</td></tr><tr><td>Nº parto vaginal rede privada</td><td>412</td></tr><tr><td>% PARTO VAGINAL TOTAL</td><td>37,22%</td></tr><tr><td>% parto vaginal sus</td><td>29,20%</td></tr><tr><td>% parto vaginal rede privada</td><td>8,00%</td></tr><tr><td>Nº parto Cesário total</td><td>3.231</td></tr><tr><td>Nº parto Cesário sus</td><td>1.447</td></tr><tr><td>Nº parto Cesário rede privada</td><td>1.774</td></tr><tr><td>% PARTO CESÁRIO TOTAL</td><td>62,73%</td></tr><tr><td>% parto Cesário sus</td><td>28,09%</td></tr><tr><td>% parto Cesário rede privada</td><td>34,44%</td></tr><tr><td>Tipo de parto não informado</td><td>3</td></tr></table> <p>Considerações:</p> <p>A meta de parto normal foi mais uma vez alcançada considerando a proposta de se avaliar o total de partos vaginais no município.</p> <p>Recomendações:</p>	Nº NASCIDOS VIVOS	5.151	Nº parto vaginal total	1.917	Nº parto vaginal sus	1.504	Nº parto vaginal rede privada	412	% PARTO VAGINAL TOTAL	37,22%	% parto vaginal sus	29,20%	% parto vaginal rede privada	8,00%	Nº parto Cesário total	3.231	Nº parto Cesário sus	1.447	Nº parto Cesário rede privada	1.774	% PARTO CESÁRIO TOTAL	62,73%	% parto Cesário sus	28,09%	% parto Cesário rede privada	34,44%	Tipo de parto não informado	3
Nº NASCIDOS VIVOS	5.151																													
Nº parto vaginal total	1.917																													
Nº parto vaginal sus	1.504																													
Nº parto vaginal rede privada	412																													
% PARTO VAGINAL TOTAL	37,22%																													
% parto vaginal sus	29,20%																													
% parto vaginal rede privada	8,00%																													
Nº parto Cesário total	3.231																													
Nº parto Cesário sus	1.447																													
Nº parto Cesário rede privada	1.774																													
% PARTO CESÁRIO TOTAL	62,73%																													
% parto Cesário sus	28,09%																													
% parto Cesário rede privada	34,44%																													
Tipo de parto não informado	3																													

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



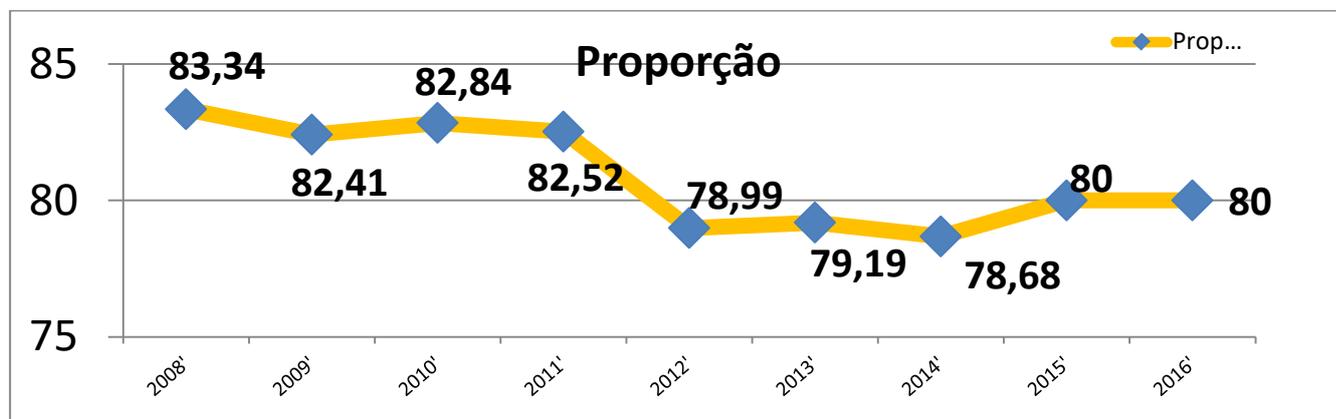
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manter programas de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal. ▪ Retomar visitas às maternidades de referência para aumentar o vínculo da gestante com a equipe e melhorar o grau de confiança das usuárias. ▪ Investir na capacitação e participação de enfermeiros e médicos da Saúde da Família no acompanhamento do pré-natal de baixo risco ▪ Fortalecer as discussões junto às equipes de obstetras das maternidades visando à melhoria deste indicador <p>Fazer um trabalho de conscientização das gestantes sobre os riscos de indicações desnecessárias de cesárea</p>
--	---

Indicador 21. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal

Relevância do indicador: Medir a cobertura e o acesso, acolhimento e resolutividade à atenção da saúde materna e infantil.

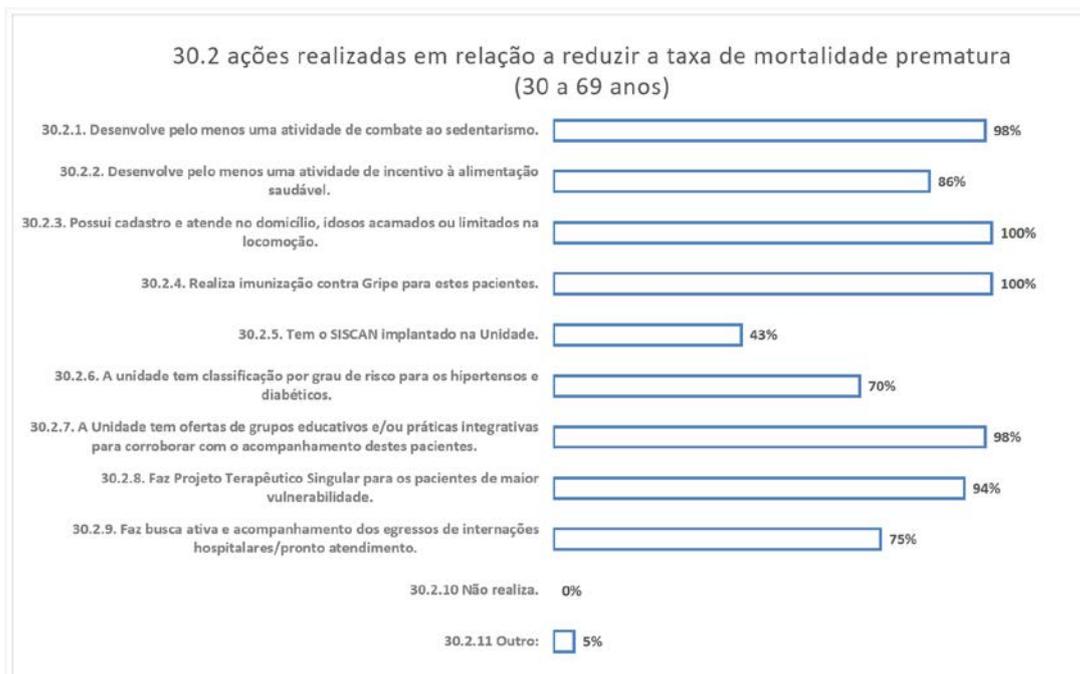
PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL									
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção	83,34	82,41	82,84	82,52	78,99	79,19	78,68	80	80

Fonte: SINASC -TABNET SMS ATÉ 13.03.2017



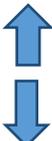
Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.
DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
Dados atualizados em 13/03/2017, sujeitos à revisão.

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta para 2017: 80%

Resultados	Considerações/Recomendações																																			
1º Quadrimestre	81,54%	<p>Proporção de Nascidos vivos com 7 ou + consultas de pré-natal Período: jan a abr/2017</p> <table border="1"> <thead> <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>12</td> <td>1</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>1-3</td> <td>116</td> <td>33</td> <td>149</td> </tr> <tr> <td>4-6</td> <td>424</td> <td>305</td> <td>729</td> </tr> <tr> <td>7e+</td> <td>2.384</td> <td>1.789</td> <td>4.173</td> </tr> <tr> <td>Ignorado</td> <td>50</td> <td>4</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2.986</td> <td>2.132</td> <td>5.118</td> </tr> <tr> <td>Porcentagem 7e+ consultas</td> <td>79,84%</td> <td>83,91%</td> <td>81,54%</td> </tr> </tbody> </table> <p>A meta foi alcançada considerando-se a somatória entre a rede pública e a rede de convênios da saúde suplementar. Tecnicamente a rede pública está dentro da meta.</p>			Nº de consultas de Pré-Natal	SUS	Convênio	Total	Nenhuma	12	1	13	1-3	116	33	149	4-6	424	305	729	7e+	2.384	1.789	4.173	Ignorado	50	4	54	Total	2.986	2.132	5.118	Porcentagem 7e+ consultas	79,84%	83,91%	81,54%
Nº de consultas de Pré-Natal	SUS	Convênio	Total																																	
Nenhuma	12	1	13																																	
1-3	116	33	149																																	
4-6	424	305	729																																	
7e+	2.384	1.789	4.173																																	
Ignorado	50	4	54																																	
Total	2.986	2.132	5.118																																	
Porcentagem 7e+ consultas	79,84%	83,91%	81,54%																																	
2º Quadrimestre	81,89%	<p>Proporção de Nascidos vivos com 7 ou + consultas de pré-natal Período: mai a ago/2017</p>																																		

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		SUS	CONVÊNIO	SOMA
	Nenhuma	16	3	19
	1-3	105	25	130
	4-6	426	290	716
	7e+	2.349	1.860	4.209
	Ignorado	57	9	66
	Total	2.953	2.187	5.140
	Porcentagem 7e+consultas	79,55%	85,05%	81,89%

A meta foi alcançada considerando-se a proposta do ministério da saúde de avaliar o total de consultas do município somando-se rede pública com rede privada. Tecnicamente a rede pública está dentro da meta.

Novo Ind. 21.a Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas de 10 a 19 anos

Relevância do indicador: **A inclusão deste indicador nos permite estimar os nascidos vivos em condições de risco associado a idade materna, riscos biológicos associados a prematuridade e ao baixo peso ao nascer, quanto ao risco social, devido a necessidade de apoio social e econômico. Permite em conjunto com outros indicadores relacionar a frequência da gravidez precoce com as condições sociais e econômicas da população; contribuindo assim no planejamento das ações voltadas a saúde reprodutiva, pré-natal, parto e proteção da criança.**

FAIXA ETÁRIA DE PUERPERAS E PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA DE RESIDENTES EM CAMPINAS ,PERÍODO 2010 A 2016

Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
10 A 19	1885	1811	1937	1927	2130	1945	1762
20 a 34	10741	10533	10611	10689	10872	11131	10456
35 e mais	2093	2131	2264	2405	2642	2764	2613
Total	14719	14475	14812	15021	15644	15840	14831
%	12,81%	12,51%	13,08%	12,83%	13,62%	12,28%	11,88%

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.

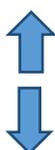
DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 13/03/2017, sujeitos à revisão.

Meta 2017: 10,69%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Indicador de avaliação anual

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar

a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



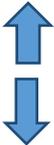
Indicador 22. Número de testes de sífilis por gestante ANUAL

Relevância do indicador: expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto. Meta 2013: 2,00. Manter a meta durante o plano.

Nº DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE									
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº teste sífilis em gestante	0,26	1,18	1,19	1,26	2,84	2,78	2,75	2,07	2,54
SI.A. - DATA SUS e Lab. Munic. E SINASC									

Meta 2017: 2

Resultados	Considerações/Recomendações
<p>Indicador de avaliação Anual</p> <p>2º Quadrimestre 2,17</p>	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF (Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e local/ Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local).</p> <p>Considerações Até 31 de março de 2017 foram realizados 3.955 sorologias para sífilis em gestante e 11 testes rápidos para sífilis em gestantes (dados da CAC-faturamento). Destaca-se o pequeno número de testes rápidos realizados em gestantes, considerando a nota técnica 01/2016, que determina a realização de dois testes rápidos durante a gestação além dos dois perfis obstétricos. Pode-se questionar a não realização ou não preenchimento dos registros de produção. Os testes rápidos de sífilis em gestantes devem ser registrados com o código de faturamento: 0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE. Além de registrados na produção, o procedimento deve estar incluído no FPO da unidade. No final do ano de 2016 foi enviada uma nota técnica à toda rede, com a recomendação da realização de 2 testes rápidos de sífilis, intercalado com dois exames de sífilis realizados durante a rotina de PN. Portanto, para o município, esperamos que sejam realizados 4 testes de sífilis por gestante (2 sorológicos e 2 testes rápidos). O número total de partos no período de jan-mar/2017 foi de 2.114 partos (Fonte: DATASUS). Ainda que para esses partos, os exames de sífilis foram em parte realizados no ano de 2016, é possível calcular o indicador para o quadrimestre; contudo, o indicador acaba por ser mais fiel quando se analisam períodos maiores. A CAC e o DATASUS só dispõem de dados até março de 2017.</p> <p>Até julho de 2017 foram realizados 9.880 exames para sífilis em gestantes pelo laboratório municipal (Fonte: CAC), e 1.485 testes rápidos para sífilis em gestantes até junho de 2017 (Fonte: PMDST/AIDS-HV-Campinas), totalizando 11.365 exames de sífilis em gestantes. O número total de partos no período de janeiro à julho de 2017 foi de 5.240 partos (Fonte: DATASUS).</p> <p>Na avaliação deste resultado deve ser considerada a homogeneidade de exames, isto é, há gestantes que realizaram um número maior de exames do que o esperado e outras que realizaram menos exames do que o esperado. Em termos numéricos houve um</p>

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	aumento considerável de exames realizados quando comparado aos quadrimestres anteriores.
--	--

Indicador 23. Número de óbitos maternos ANUAL

Relevância do indicador: Avaliar a assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério, medindo a cobertura e o acesso, acolhimento e resolutividade à atenção da saúde materna e infantil.

SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE MATERNA RES. DA MÃE - CAMPINAS

ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NASCIDOS VIVOS	13.581	13.891	14.451	14.806	14.997	14.767	15.122	15.342	15.996	15.798	15.154
ÓBITOS MATERNOS	7	6	4	8	2	5	5	9	9	6	5
RAZÃO MORT. MATER.	51,54	43,19	27,68	54,03	13,34	33,86	33,06	58,66	56,26	37,98	32,99

Fonte: SINASC - CAMPINAS até 28.01.2016

Meta 2017: até 5

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	De janeiro a abril não ocorreu óbito materno de residente em Campinas
2º Quadrimestre	3	Ocorreram 3 óbitos sendo dois óbitos investigados e um (ocorrido em 24/08/2017) em fase de investigação. Estamos dentro da meta proposta. A qualificação do pré-natal é prioridade na área da saúde da mulher. Recentemente foram introduzidos novos antimicrobianos para tratamento de infecção urinária em gestantes, reduzindo risco de sepse durante a gravidez.

Indicador 24. Taxa de Mortalidade Infantil ANUAL

Relevância do indicador: Avaliar o acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde.

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taxa de Mort. Inf.	10,7	10,23	8,59	11,09	10,34	9,17	10,19	9,91	8,07	7,9	8,97

Fonte: SIM e SINASC- Coordenadoria de Informação e Informática.

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 13/03/2017, sujeitos à revisão.

Meta para 2017: 9,20

Resultados	Considerações/Recomendações
------------	-----------------------------

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar

a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



1º Quadrimestre	0	Indicador de avaliação anual - Para se manter os indicadores de mortalidade, devemos manter as ações de qualificação do pré-natal e da puericultura, e com isso mantendo a Linha de Cuidado Materno Infantil.
------------------------	----------	---

Indicador 25. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

Relevância do indicador: identificar determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de adotar medidas direcionadas a resolver o problema, evitando a ocorrência de eventos similares.

Meta 2017: 90%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Infantil: Infantil= 10/36= 27,8% Fetais: 11/38=29,0%	% Óbito infantil investigado por faixa etária 0-6 dias= 6/19= 31,6% 7 – 27 dias= 1/7= 14,3% 28 – 364 dias= 3/10= 30% O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. No prazo estabelecido apenas 4 óbitos não foram investigados
2º Quadrimestre	Infantil:52/84= 61,9% Fetais:45/70=64,29%	% Óbito infantil investigado por faixa etária 0-6 dias= 24/46= 52,2% 7 – 27 dias= 11/12= 91,7% 28 – 364 dias= 17/26= 65,4% Há óbitos ainda a serem investigados. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.

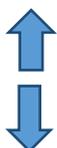
Indicador 26. Proporção de óbitos maternos investigados

Relevância do indicador: identificar a causa do óbito materno e o que a originou com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos similares

Meta 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	NA	Não houve óbito materno no período
2º Quadrimestre	66%	Ocorreram 3 óbitos sendo dois óbitos investigados e um (ocorrido em 24/08/2017) em fase de investigação.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 27. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados

Relevância do indicador: Detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original.

Meta 2017: 90%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	36,9%	31/83 -> O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. No prazo estabelecido apenas 2 óbitos não foram investigados
2º Quadrimestre	67,7%	132/195 -> O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. No prazo estabelecido foram investigados 60% Houve melhora do indicador demonstrando um esforço para alcançarmos a meta até o final do período.

Indicador 28. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano

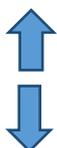
Relevância do indicador: Ajuda a analisar a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.

2015: 47; 2016: 38 e 2017: 31, tendo como imagem objetivo é atingir o recomendado pela OPAS (Acima do parâmetro nacional de referência OPAS 0,5/1.000 nascidos vivos: meta de eliminação).

NÚMERO DE SÍFILIS EM GESTANTES RESIDENTES EM CAMPINAS, DE SÍFILIS CONGÊNITA, TAXA DE DETECÇÃO E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA							
ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sífilis Gestantes	21	98	142	169	271	269	319
Sífilis congênita	14	21	30	59	71	86	87
Taxa de detecção de sífilis gestante	1,4	6,64	9,39	11,02	16,94	16,67	21,1
Coeficiente de incidência sífilis congênita	0,93	1,42	1,98	3,85	4,44	5,33	5,75

Fonte: DeVISA Campinas

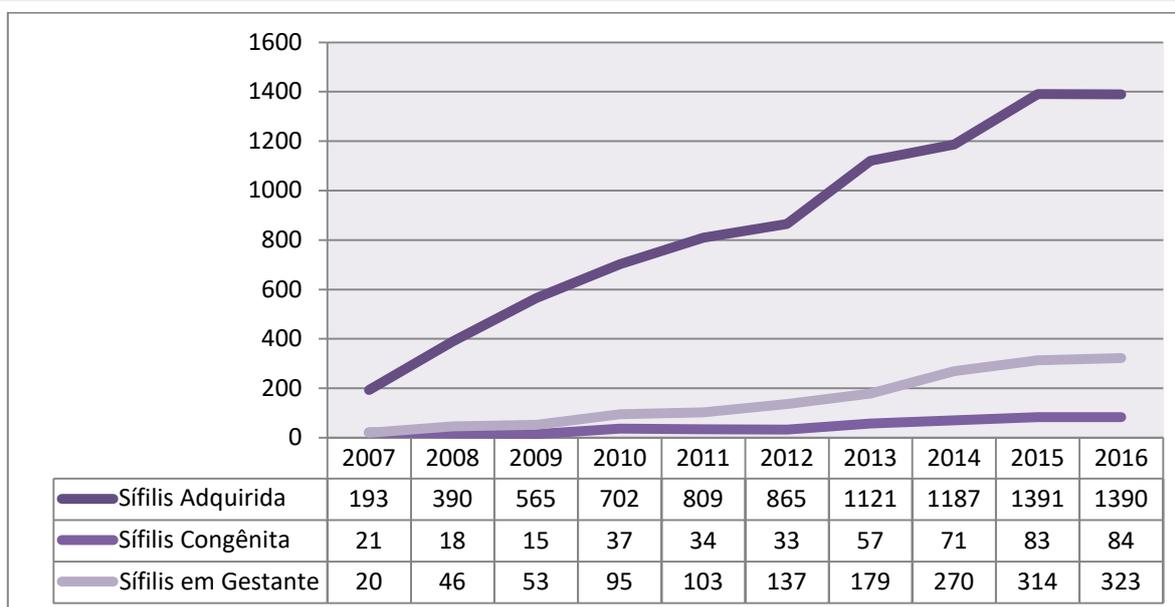
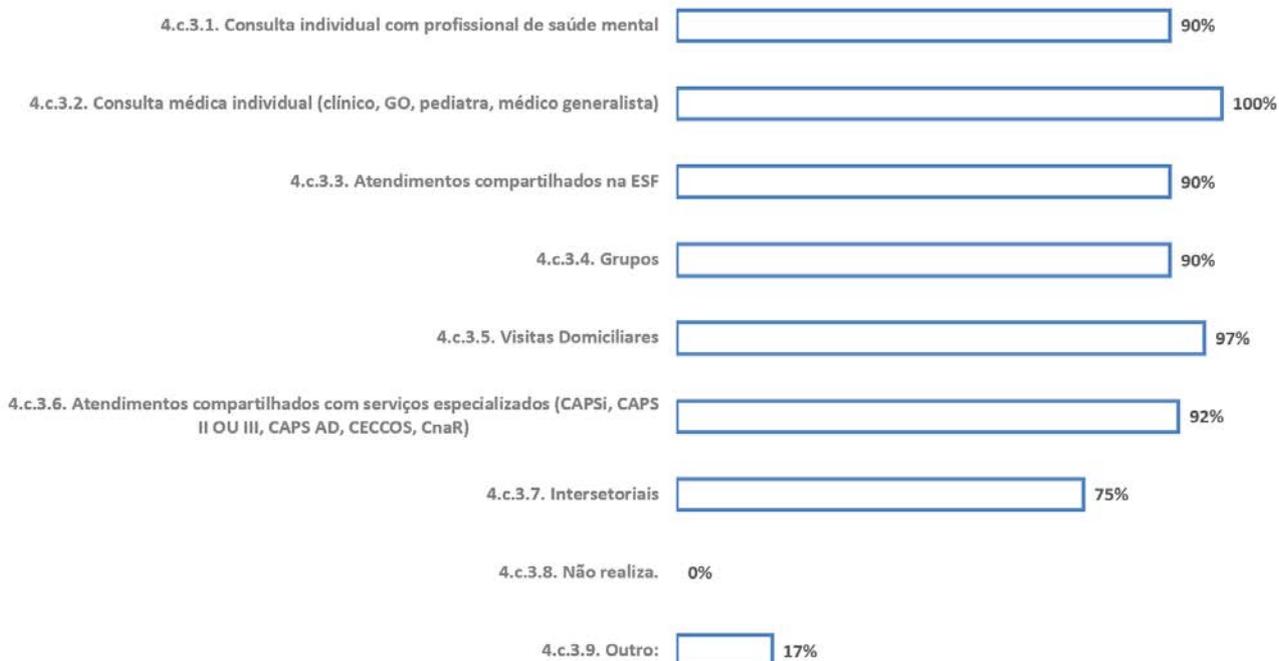
OBS.:



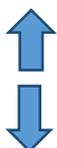
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



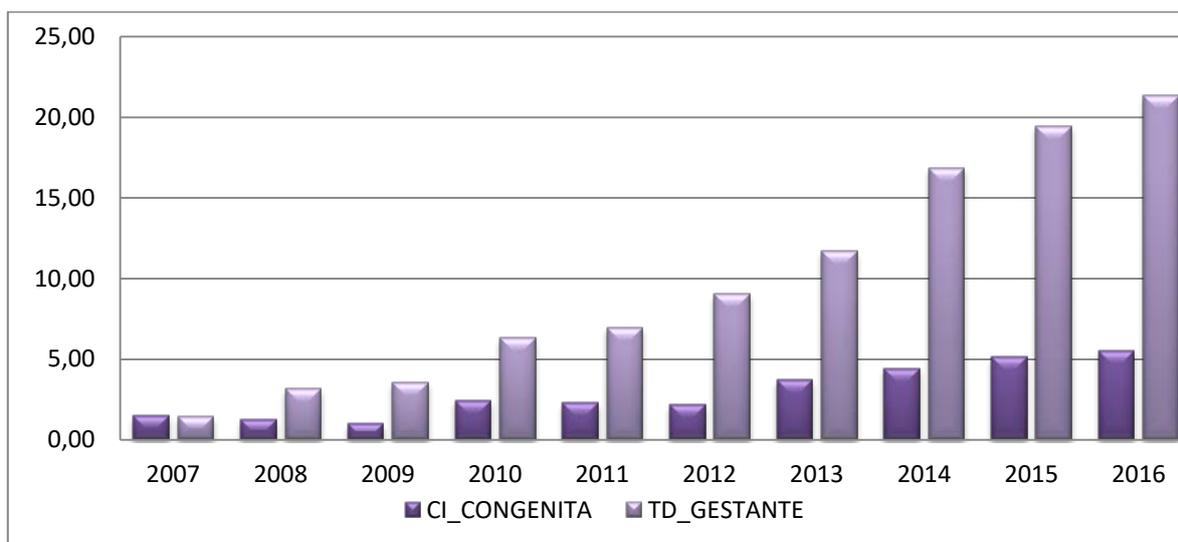
Meta Municipal 4.c.3 ações de saúde ofertadas aos usuários de saúde mental:



OBS.:



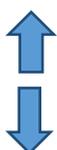
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta para 2016: 36

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	16	No primeiro quadrimestre de 2017, houve 50 notificações de sífilis congênitas. Entre estas, 34 foram descartadas, restando 16 casos de sífilis congênita (13 crianças nascidas vivas, 1 aborto e 2 natimortos). Observa-se redução em relação ao primeiro quadrimestre de 2016. A maior dificuldade encontrada continua o tratamento do parceiro. Atualmente, encontra-se em elaboração orientação para aplicação de penicilina benzatina diluída com lidocaína, com o objetivo de melhor a adesão do parceiro ao tratamento.
2º Quadrimestre	44	Até o segundo quadrimestre de 2017, houve 134 notificações de sífilis congênita. Entres estas, 90 foram descartadas, restando 44 casos de sífilis congênita (36 crianças nascidas vivas, 5 abortos e 3 natimortos). Entre os 44 casos de sífilis congênita, 32 (72,7%) realizaram pré natal. Dentre os 32 que realizaram PN, os parceiros de 22 gestantes (68,72%) não foram tratados. Discutir junto aos distritos a qualificação do PN e a Linha de Cuidado Materno Infantil.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial a população em geral, de forma articulada com demais pontos de atenção em saúde e outros pontos Intersetoriais.

Indicador 29. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Relevância do indicador: Permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial.

COBERTURA DE CENTROS DE APOIO PSICO-SOCIAL

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção	1,23	1,31	1,44	1,33	1,41	1,41	1,22	1,22	1,45

Fonte: DRS 7e Apoio Técnico em Saúde Mental do Dep. De Saúde -SMS

Meta para 2017: 1,53

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	1,45	Finalizar a adequação das equipes dos caps de gestão direta da PMC Finalizado a Reforma do prédio da antiga sede do caps III Sul. Já realizada a mudança do caps Sul para este prédio público. Monitorar o processo de construção do CAPS AD III da Sudoeste Monitorar o processo de locação da sede provisória do CAPS AD Sudoeste Iniciar a reclassificação do CAPS AD II Sul para CAPS AD III Sul Meta municipal de cobertura para final de 2017, considerando a base populacional de 1.173.370: 1.53
2º Quadrimestre	1,45	Finalizar a adequação das equipes dos caps de gestão direta da PMC. Monitorar o processo de construção do CAPS AD III da Sudoeste. O Governo Estadual informou homologação do certame Construção do AME e CAPS Campinas (Processo 001.0001.005.048/2016) com previsão de início de construção em outubro 2017. Monitorar o processo de locação da sede provisória do CAPS AD Sudoeste. Iniciado processo de reclassificação do CAPS AD II Sul para CAPS AD III Sul Finalizado processo de habilitação dos CAPSi Roda Viva e Travessia, no que tange as responsabilidades municipais e Estaduais. Monitorar liberação do recurso junto ao Ministério da Saúde Meta municipal de cobertura para final de 2017, considerando a base populacional de 1.173.370: 1.53.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



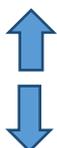
Meta Municipal 4.a – Indicador: razão de leito psiquiátrico em hospital geral (Fórmula de cálculo = número de leitos psiquiátricos em hospital geral/total de leitos psiquiátricos do município).

Meta 2015 0,33, 2016 0,4

Meta para 2017: 1

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0.5	Dar continuidade a Política de desinstitucionalização, fortalecendo a Rede de cuidado territorial, com redução gradual da utilização de leitos psiquiátricos em hospital psiquiátrico. Estimular novas parcerias para ampliação de retaguarda psiquiátrica em hospitais gerais
2º Quadrimestre	1	Encerrado as atividades de internação no núcleo de retaguarda do hospital Dr. Candido Ferreira. Manter retaguarda para internação psiquiátrica em enfermaria de hospital geral (atualmente realizada no Complexo Hospitalar Pref. Edvaldo Orsi)

OBS.:

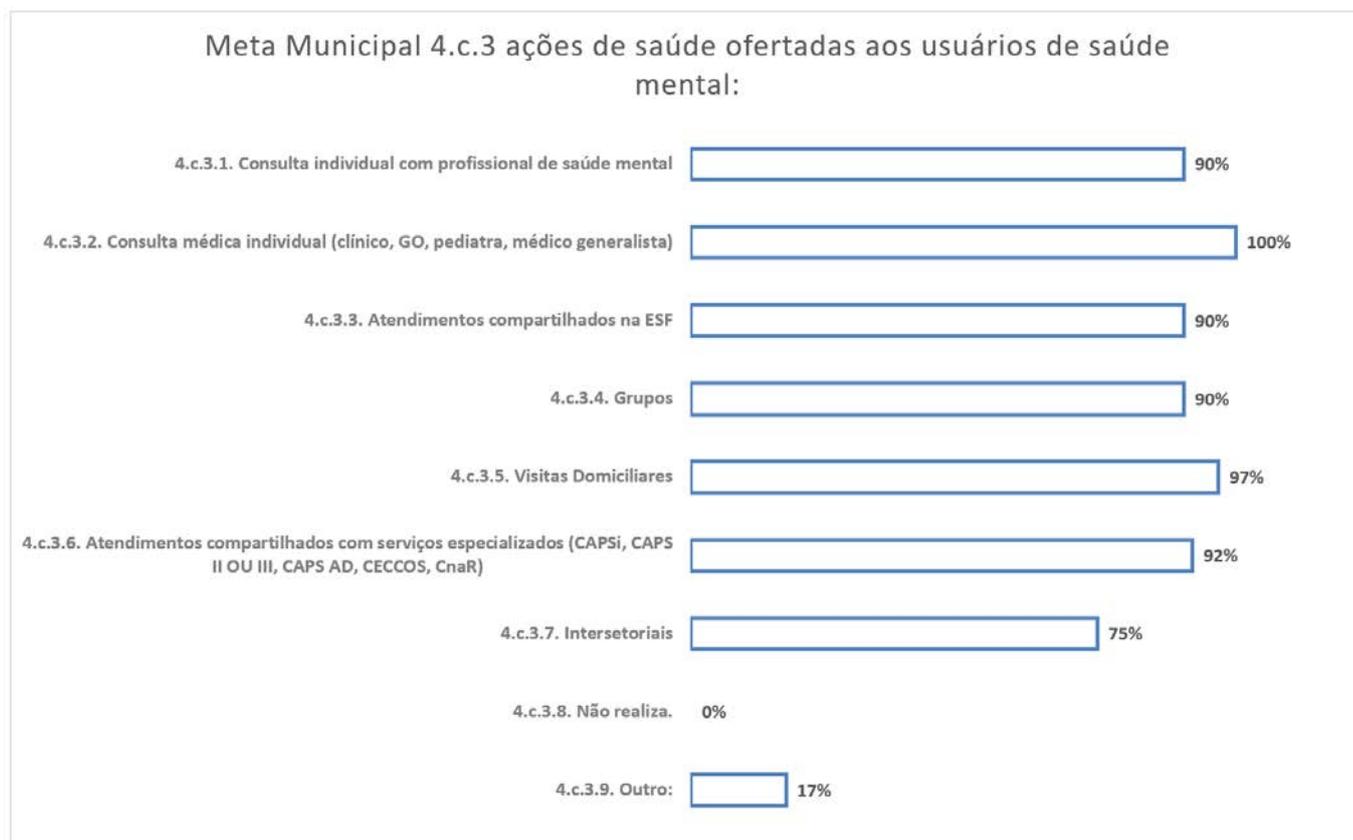


a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 4.2 – Qualificar a atenção, produção de informação e conhecimento

Meta Municipal 4.b – 100% das unidades de Saúde mental produzindo, analisando e utilizando informação. Manter meta durante a vigência do plano



Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Manter a produção dos dados. Ampliar a utilização de informações de saúde mental como instrumento de gestão pela coordenação local
2º Quadrimestre	100%	Manter a produção dos dados. Ampliar a utilização de informações de saúde mental como instrumento de gestão pela coordenação local

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 4.c – Unidades de Saúde mental com equipes capacitadas na atenção a grupos específicos em conformidade com a missão do serviço.

Indicador razão de unidades de saúde com matriciamento= número de unidades que recebem matriciamento de saúde mental/total de unidades de saúde. 2015 95% e a partir de 2016 100%.

Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Todas as unidades de Atenção primária recebem matriciamento de alguma equipe de saúde mental. Observa-se uma melhora na descrição das atividades descritas como matriciamento, com destaque para atendimentos conjuntos.
2º Quadrimestre	100%	Todas as unidades de Atenção primária recebem matriciamento de alguma equipe de saúde mental. Observa-se uma melhora na descrição das atividades descritas

Meta Municipal 4.d - Ter 100% das Unidades básicas até 2017 com sistema de registro e monitoramento dos casos de saúde mental, e uso de álcool e outras drogas de seu território.

Indicador: número de unidades com sistema de registro/total de unidades

Meta 2014: 40% das unidades, 2015 atingir 60%, 2016 80% e 2017 100%.

Meta para 2017: 80%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	68%	Ampliar as discussões sobre a gestão dos usuários de saúde mental nas equipes de saúde da família, com apoio do NASF e profissionais de saúde mental da atenção primária
2º Quadrimestre	82%	Ampliar as discussões sobre a gestão dos usuários de saúde mental nas equipes de saúde da família, com apoio do NASF e profissionais de saúde mental da atenção primária.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 4.3 - Ampliar ações de promoção de Saúde mental e Reinserção social, e promover a articulação Intra e Inter setorial, englobando a participação social.

Meta Municipal 4.e – Fortalecer as ações de reinserção social e de promoção da saúde relacionadas a associação do consumo de álcool, situações de violência e sofrimento mental, através da ampliação de Centros de convivência até atingir 10 Centros de Convivência em 2017.

Sendo: 2015: 08, 2016:09 e 2017:10.

Meta para 2017: 9

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	9	Estruturação do CECO Norte “Viver e Conviver” com complementação de RH faltante.
2º Quadrimestre	9	Estruturação do CECO Norte “Viver e Conviver” com complementação de RH faltante.

Meta Municipal 4.f – Garantir a gestão participativa nas unidades especializadas em saúde mental em 100% das unidades. Indicador: número de unidades com gestão participativa/ total de unidades.

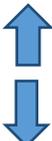
Meta em 2015: 50%, 2016: 80% e em 2017: 100%

Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	80%	Em todas as unidades há processos de gestão participativa. Porém, em algumas unidades. Algumas unidades, tais como CECOs, pelo tamanho padrão de suas equipes, não comportam subdivisão em colegiado gestor.
2º Quadrimestre	80%	Em todas as unidades há processos de gestão participativa. Porém, em algumas unidades, tais como CECOs, pelo tamanho padrão de suas equipes, não comportam subdivisão em colegiado gestor. Em relação ao controle social, 59% das unidades tem conselho local de saúde. As demais unidades realizam participação do controle social através de assembleias.

Meta Municipal 4.g – Ampliar 10 vagas em residenciais terapêuticas no SUS em Campinas até 2016 e manutenção dos Serviços até 2017.

Meta para 2015: ampliar 5, 2016: ampliar 5 vagas e manter em 2017. (Em final de 2014 – existiam 162 vagas).

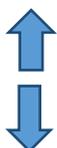
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 172 vagas

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	163	Reavaliação frequente do censo e necessidade de abertura de novas casas devido ao processo de desinstitucionalização do Estado de São Paulo. Neste momento, não há como prever a necessidade de ampliação de vagas, pois o processo está em andamento.
2º Quadrimestre	163	Reavaliação frequente do censo e necessidade de abertura de novas casas devido ao processo de desinstitucionalização do Estado de São Paulo. Neste momento, não há como prever a necessidade de ampliação de vagas, pois o processo está em andamento. Hoje temos 149 usuários inseridos nas residências terapêuticas e seis usuários em processo de inserção.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de saúde dos Idosos e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção

Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Relevância do indicador: contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNTs e em seus fatores de risco.

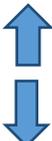
Meta: Reduzir 3,00 óbitos precoces/100.000 ao ano a partir de 2014, para atingir 281,13 em 2017.

TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (< 70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS QUATRO PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taxa mort. Prematura (< 70 anos)	334,94	311,02	307,58	307,93	297,62	299,13	290,93	286,65	284,37	307,06	282,95

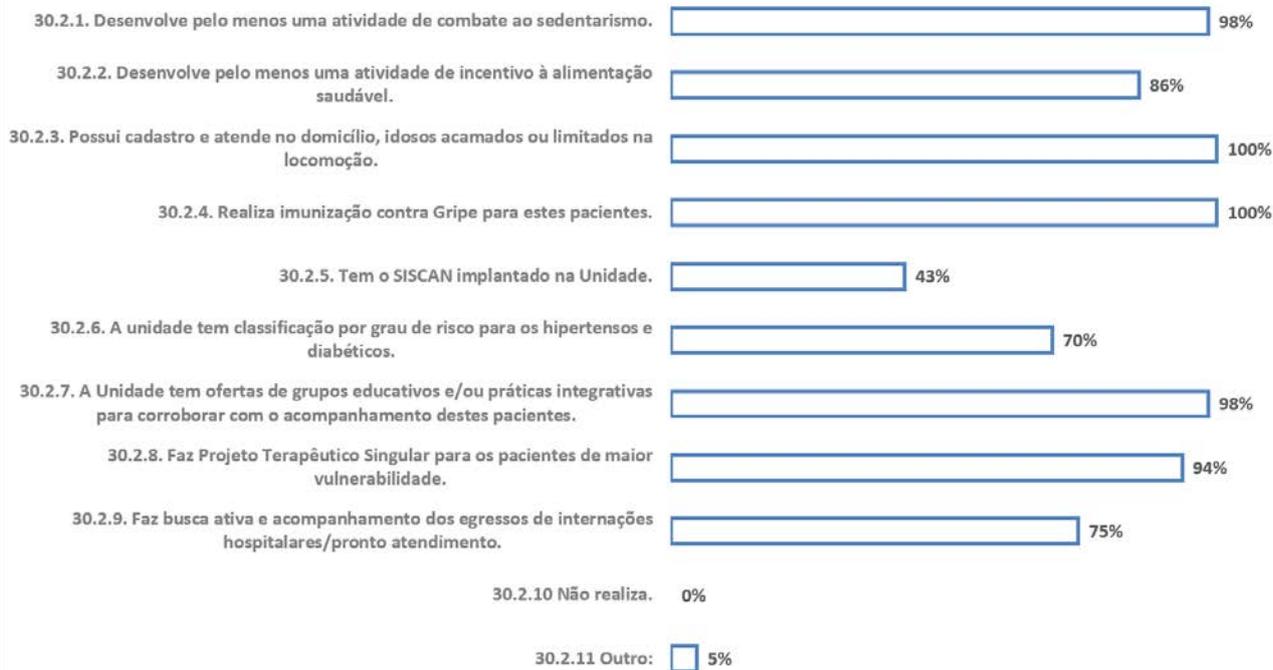
Fonte: DRS 7 e CAC da SMS

Memória de Cálculo: (Janeiro a Dezembro (1.615 Óbitos) População= 570.761) *100.000

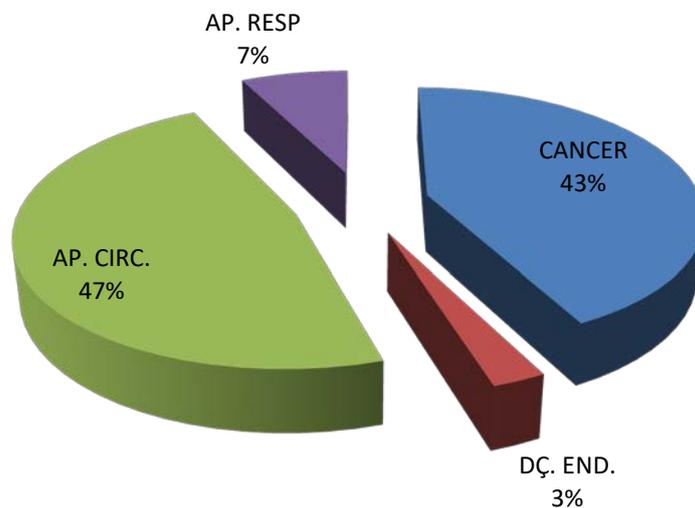
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



30.2 ações realizadas em relação a reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos)



DCNT: Principais causas de mortalidade prematura (dado parcial)



OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta para 2017: 281,13

Resultados	Considerações/Recomendações											
1º Quadrimestre	101,97 <table border="1"><tr><td>C00-C97</td><td>238</td></tr><tr><td>E10-E14</td><td>21</td></tr><tr><td>I00-I99</td><td>273</td></tr><tr><td>J30-J98</td><td>50</td></tr><tr><td>Total</td><td>582</td></tr></table>	C00-C97	238	E10-E14	21	I00-I99	273	J30-J98	50	Total	582	<p>Foram implantados 80% dos protocolos e ações visando o fortalecimento das linhas de cuidados para doenças crônicas.</p> <p>86% das UBS promovem ações de promoção voltadas à abordagem de alimentação saudável, tabagismo e sedentarismo, sendo que deste percentual o incentivo às práticas corporais compreendem 97% das unidades com efetiva participação dos ACS. As ações ao combate do tabagismo (42%) e alcoolismo (40%), apesar de existirem, podem ser mais organizadas e incentivadas.</p> <p>75% das UBS alimentam o cadastro de pacientes crônicos para monitoramento dos riscos e agravos de saúde. 72% das UBS atualiza o cadastro com especificação de risco de hipertensos e diabéticos ofertando 82% de consulta médica programada, consulta de enfermeiros, exames laboratoriais e ações educativas estabelecidas pelo grau de risco. Deste universo, quase a totalidade (97%) oferece realização de PTS para os pacientes de alto risco.</p> <p>A partir destes dados, orienta-se tanto aumentar a alimentação dos cadastros de crônicos como atualizar o cadastro de extratificação de risco para melhorar a qualidade da assistência.</p> <p>Mantendo os indicadores do 1º Quadrimestre, com as devidas atualizações ao longo do ano, e seguindo as recomendações acima a meta estipulada para 2017 será atingida.</p> <p>Realizado curso de auriculoterapia em conjunto com o Ministério da Saúde, Universidade Federal de Florianópolis, tendo Campinas como uma das cidades multiplicadoras da técnica, com formação de duzentos (262) profissionais em Campinas e região, aumentado oferta da técnica.</p> <p>Em relação as ações de promoção e prevenção às DCNT, 64 Unidades Básicas de Saúde responderam o RAG. Deste universo, 98,5% responderam que realizam ações, sendo que 49,3% (31 unidades) não descreveram quais ações foram realizadas e 50,7% (32 unidades) descreveram práticas corporais, tais como: grupos de caminhada (20</p>
C00-C97	238											
E10-E14	21											
I00-I99	273											
J30-J98	50											
Total	582											

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		<p>locais), Lian Gong (22 locais), movimento vital expressivo (11 locais), grupo nutricional (4 locais), meditação (2 locais), Yoga (3 locais), Chikung (1 local).</p> <p>Em relação ao 3º Quadrimestre de 2016, ocorreu melhora no registro das práticas integrativas, porém devem-se orientar as UBS a descreverem as ações de promoção e prevenção às DCNT.</p>										
2º Quadrimestre	<p>193,42</p> <table border="1"><tr><td>C00-C97</td><td>452</td></tr><tr><td>E10-E14</td><td>37</td></tr><tr><td>I00-I99</td><td>529</td></tr><tr><td>J30-J98</td><td>86</td></tr><tr><td>Total</td><td>1104</td></tr></table>	C00-C97	452	E10-E14	37	I00-I99	529	J30-J98	86	Total	1104	<p>A informação de óbitos, oriunda do TABNET, vai sendo alimentada ao longo do ano e, portanto, se medirmos novamente o 1º Quad verificaremos que esse número aumentou. No momento em que medimos pela primeira vez, logo após o período, ainda não tínhamos registrados todos os óbitos do período. O mesmo acontecerá com o 2º Quad quando for medido daqui a alguns meses. De acordo com o Caderno de Diretrizes, este indicador deveria ser revisto 18 meses após o fechamento do ano, para que possamos garantir que todos os óbitos foram informados no sistema e também a população do ano em questão. Sugiro que façamos a priori a medição acumulada do indicador após 2º e 3º Quad para que possamos acompanhar o indicador de forma mais realista e podermos fazer as considerações e recomendações devidas.</p> <p>Considerações e recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nota-se ainda um número significativo em mortalidade precoce por patologias elencadas pelos CID's do quadro ao lado, portanto deve-se manter a priorização do combate as DCNT em várias esferas de gestão.• Proporcionar a Atenção Primaria subsídios que permitam ações efetivas do ponto de vista de promoção e prevenção das DCNT.• Projeto de intervenção na atenção básica em construção, em parceria com Tutores do Hospital Sírio Libanês, gestores municipais e profissionais da assistência visando melhorar os indicadores de mortalidade precoce.• Realizado curso de Lian Gong para a rede municipal de saúde primeira e segunda parte, em conjunto com o CETS.• Realizado supervisão do Lian Gong para a rede municipal de saúde, em conjunto com o CETS.• Iniciado curso de Lian Gong para a rede municipal de saúde terceira parte, em conjunto com o CETS.
C00-C97	452											
E10-E14	37											
I00-I99	529											
J30-J98	86											
Total	1104											

OBS.:

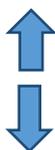


a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	<ul style="list-style-type: none">• Realizado a inscrição do Espaço CR Academia, junto ao ministério da Saúde, por similaridade, visando recebimento de repasses para melhora do serviço e abertura do Ambulatório de Referência em Acupuntura para a rede Municipal de Saúde, no local citado acima (Rua Padre Vieira, número 954-958, centro)• Apoio ao Grupo de Plantas Medicinas e Fitoterápicos do Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPACIS), DSC/FCM/UNICAMP, no projeto “Assessoria para projetos pilotos de implantação de Hortas medicinais no município de Campinas” nas unidades básicas de saúde que desejarem serem pilotos na implantação de Hortas Mediciniais, enfatizando a importância do projeto para fortalecimento da fitoterapia na atenção básica em saúde.• Apoio ao projeto da Secretaria de Esportes e Lazer (Academia Solidária) visando ampliá-lo para todos os Distritos de Saúde, pois no momento, encontra-se apenas no Centro de Saúde Eulina.• Recomendações para o terceiro quadrimestre: Incluir como programas da Saúde Integrativa, nas Unidades básicas de Saúde que desenvolverem o projeto das Academias Solidárias como as que trabalharem com as Hortas Mediciniais <p>Quanto às ações de promoção e prevenção as DCNT, 63 Unidades Básicas de Saúde (98,4% de todas as Unidades) responderam o RAG quanto às ações de promoção e prevenção as DCNT. Deste universo 80,9 % das Unidades responderam que realizam ações, porém 23,5 % (12 unidades) não descreveram quais. 76,5% (39 unidades) descreveram práticas corporais, tais como: grupos de caminhada (18 locais), Lian Gong (22 locais), movimento vital expressivo (13 locais), meditação (2 locais), Yoga (1 local), Chikung (2 locais). 11 locais relatam grupos para DCNT, porém não descrevem quais grupos. Apesar do Universo de Unidades Básicas de Saúde que realizam práticas Integrativas manterem se em torno de 81 % aproximadamente, ocorreu uma melhora no relato do que realizam quanto as práticas Integrativas (76,5% neste trimestre contra 50,7% do anterior). Deve-se manter a orientação quanto as U.B.S. descreverem suas ações de promoção e prevenção as DCNT.</p>
--	---

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

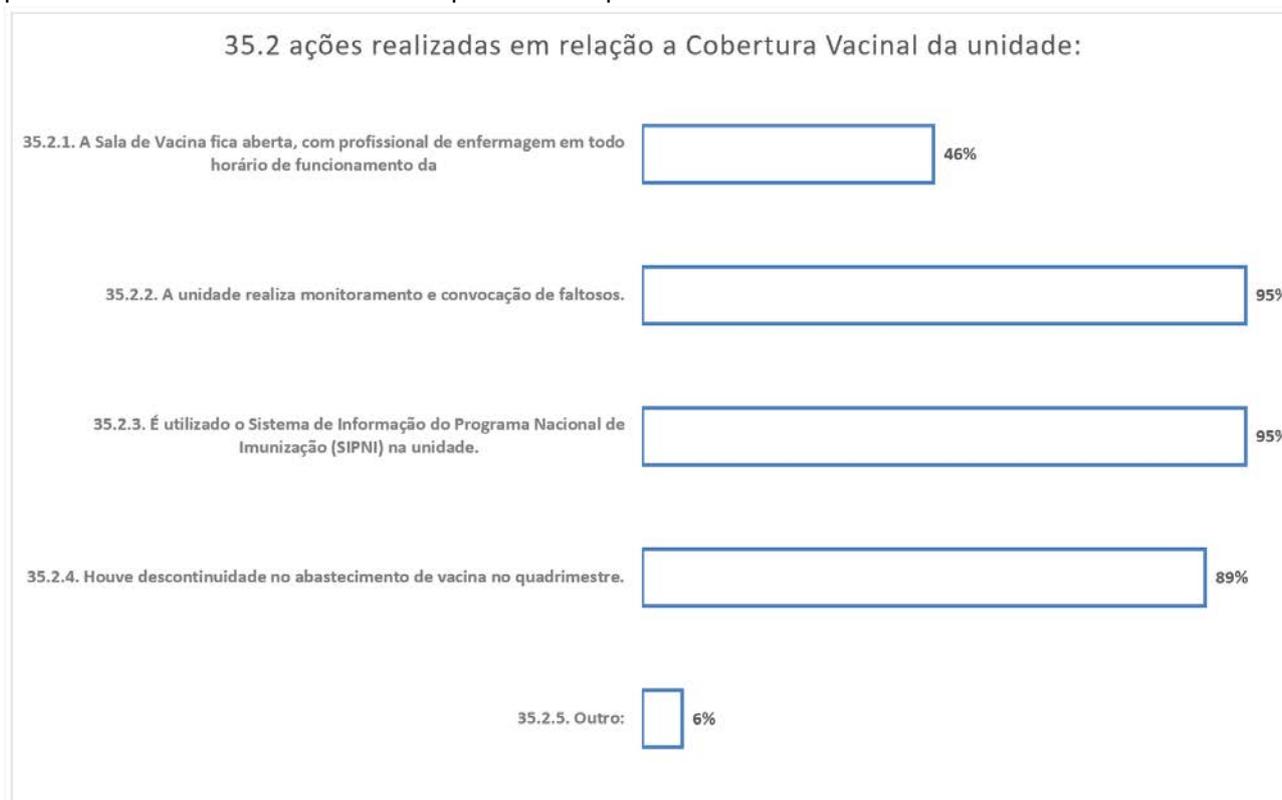


Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

Indicador 35. Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.

Relevância do Indicador: Evidencia se as vacinas que integram o Calendário Básico de Vacinação da criança possuem cobertura de acordo com o preconizado pelo PNI.



OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



36b.2 ações realizadas em relação a sintomáticos respiratórios investigados:

36b.2.1. A equipe multiprofissional está sempre atenta aos tossidores, aumentando a vigilância em relação aos sintomáticos respiratórios. 76%

36b.2.2. Estão sendo investigados os pacientes com tosse crônica (tosse há duas semanas ou mais), pneumonias de repetição, asma e bronquite com tosse produtiva, dentre outros. 87%

36b.2.3. A equipe está atenta às populações mais vulneráveis (bolsões de pobreza, instituições fechadas, alcoolistas, tabagistas, pessoas em situação de rua, drogadição, dentre outras). 79%

36b.2.4. Os ACS sabem reconhecer e realizam a suspeição de sintomáticos respiratórios no território. 78%

Meta para 2017: 95% para: Pólio, Pentavalente, SCR, Pneumocócica e Meningocócica; e 90% para: BCG e Rotavírus

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	<p>Valor total:</p> <p>cobertura vacinal:</p> <p>BCG: 89,50</p> <p>Rotavírus: 76,60</p> <p>Influenza: 55,70</p> <p>Penta: 79,80</p> <p>VIP: 79,30</p> <p>Tríplice Viral: 88,30</p> <p>Meningo C: 76,60</p> <p>Pneumo: 78,70</p>	<p>Dados municipais retirados dos sistemas SIPNI e PNI. Dados considerados de Janeiro a Março de 2017. Os dados referentes ao mês de Abril são enviados ao Ministério da Saúde no dia 10 de cada mês e demora cerca de 10 dias para processar e disponibilizar a informação aos municípios.</p> <p>Estamos informatizando as salas de vacina conforme orientação do programa Nacional de Imunização. Neste momento o Município trabalha com informações provenientes do sistema API, SIPNI desktop e SIPNIweb. O processamento das informações pelo DATASUS esta em fase de melhorias. Os dados ainda não estão sendo computados em sua totalidade e os problemas relacionados aos erros estão sendo reportados rotineiramente ao setor envolvido.</p> <p>As unidades de saúde fazem busca ativa de crianças menores de um ano faltosas e a devida convocação para vacinação.</p> <p>As informações das vigilâncias locais não serão</p>

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



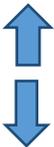
		possíveis neste momento devido a erros que impedem geração de relatórios por Visa. A cobertura da influenza é parcial até 17 de Maio. A Campanha finaliza em 26 de Maio.
2º Quadrimestre	Cobertura vacinal: BCG: 56,32% (9.009 doses) Rotavírus: 47,83% (7.652 doses) Influenza: 77,62% Pentavalente: 39,76% (6.360 doses) Poliomielite: 44,7% (7.151 doses) Tríplice Viral: 50,55% (8.086 doses) Meningocócica conjugada C: 45,42% (7.266 doses) Pneumocócica : 48,33% (7.732 doses) População de nascidos vivos menores de 1 ano: 15.997	Os dados de cobertura vacinal apresentados foram retirados dos sistemas SIPNIweb no dia 12.09.17 e são referentes ao período de 01 de janeiro 2017 a 31 de agosto 2017. Os dados referentes ao mês de agosto das unidades de saúde que utilizam o sistema de informação SI-PNI desktop tem seus dados enviados ao Ministério da Saúde no dia 10 do mês subsequente e demora cerca de mais 10 a 30 dias para serem processados e disponibilizados para informação para os municípios através do sistema SIPNIweb. Sendo assim, nas coberturas vacinais apresentadas não constam as doses aplicadas do mês de agosto das unidades que utilizam SIPNI desktop. O processamento das informações pelo DATASUS continuam em fase de melhorias e por enquanto não é possível que os serviços de vigilância em saúde visualizem os dados de cada CS ou distrito. Os erros no SI-PNI continuam sendo reportados ao GVE. Houve avanço na implantação do SI-PNI web em pelo menos 10 unidades do município. Os motivos citados no primeiro quadrimestre como prejudiciais na cobertura vacinal permaneceram no segundo quadrimestre. Recomenda-se agilidade no conserto das câmaras frias, ampliação do horário de funcionamento das salas de vacinas, manutenção da busca de faltosos, menores de 1 ano de idade.

Obs.: 1) O indicador nacional tem como meta “alcançar, em pelo menos 75% dos municípios, as coberturas vacinais adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança”. No SISPACTO o indicador é a “proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas”. As metas de coberturas são específicas para cada uma das vacinas, isto é: **deve-se atingir no mínimo 95% para as vacinas:** Pólio, Pentavalente, SCR, Pneumocócica e Meningocócica; e **atingir no mínimo 90% para BCG e Rotavírus.**

2) Para o Município de Campinas é importante o monitoramento quadrimestral das coberturas por cada tipo de vacina, tendo como finalidade atingir a maior cobertura possível.

Indicador 35.1 Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade

Relevância do Indicador – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica -10 valente (2º dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice Viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta para 2017 no SISPACTO: 95%

Obs.: A meta de coberturas para essas vacinas é de atingir no mínimo 95%.

Indicador incluído de acordo com a Ficha de Indicadores da Pactuação Interfederativa 2017-2021

Resultados ANO 2017	Considerações/Recomendações
Indicador de avaliação anual	

Indicador 36. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

Relevância do indicador: Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença. Possibilita a verificação, de forma indireta da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas de gestão do SUS.

INCIDÊNCIA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PRÍODO DE 2006 A 2015

ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
casos novos	278	275	297	313	282	250	316	300	308	321
Pop	1.034.904	1.045.405	1.056.274	1.067.421	1.079.140	1.100.970	1.112.050	1.123.241	1.112.050	1.135.623
coef inc	26,86	26,30	28,11	29,32	26,13	22,70	28,41	26,7	27,69	28,26

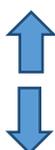
Fonte: Sistema TB Web - DEVISA

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PRÍODO DE 2006 A 2015

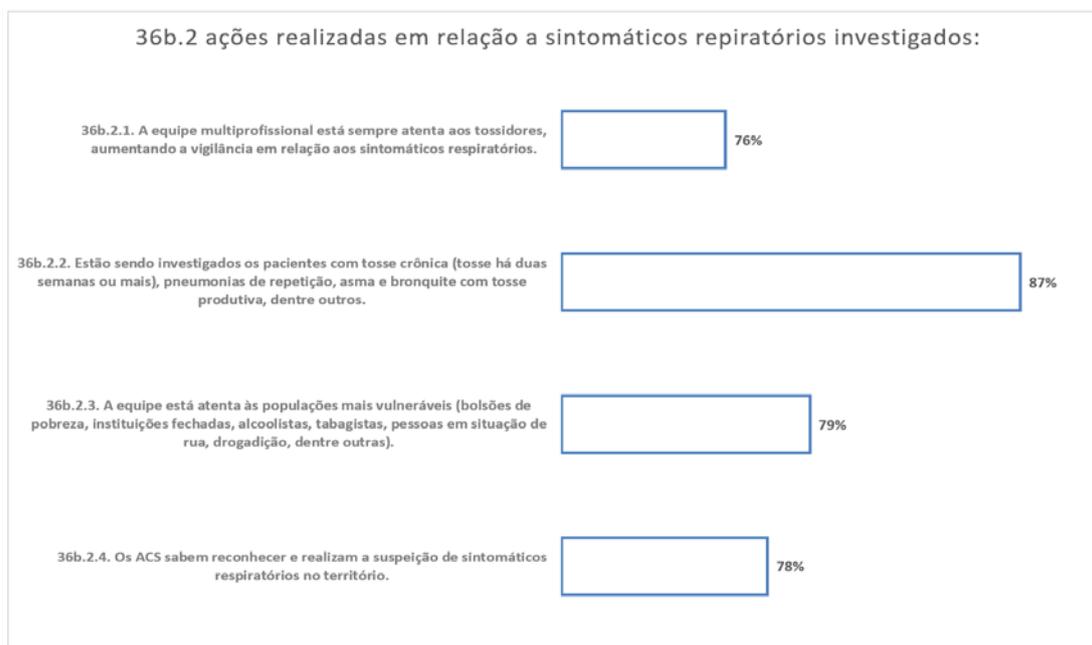
ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nº obitos	16	12	19	13	8	7	11	18	14	17
Pop	1.034.904	1.045.405	1.056.274	1.067.421	1.079.140	1.100.970	1.112.050	1.123.241	1.112.050	1.135.623
coef inc	1,55	1,15	1,8	1,22	0,74	0,64	0,99	1,6	1,25	1,49

Fonte: Sistema TB Web - DEVISA

OBS.:



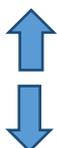
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta para 2016: 85%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	80,21%	Neste período foram analisados casos de novos pulmonares bacilíferos com início de tratamento de 01 de janeiro a 30 de abril de 2016, nesta coorte analisada encontramos 7 casos de abandono de tratamento, 6 óbitos sendo 2 por tuberculose e 4 por não tuberculose. E temos também 4 casos em aberto por tratamento prolongado. Fortalecer o tratamento supervisionado, busca ativa de sintomáticos respiratórios e realização de evento sentinela para os casos de abandono de tratamento.
2º Quadrimestre	70,12%	Neste período foram analisados casos novos pulmonares bacilíferos com início de tratamento de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2016, nesta coorte analisada foram diagnosticados 77 casos novos, sendo encontrados 14 casos com abandono de tratamento, 7 casos de óbitos sendo 4 por tuberculose e 3 por causa não tuberculose, ocasionado uma correção com relação ao quadrimestre anterior de um caso encerrado como óbito não tuberculose para óbito por tuberculose. Há dois casos em aberto por tratamento prolongado. Reitera a recomendação de investir no tratamento diretamente observado, busca ativa de sintomáticos respiratórios entre os contatos dos casos positivos diagnosticados e na comunidade, realização de evento sentinela para os casos de abandono.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



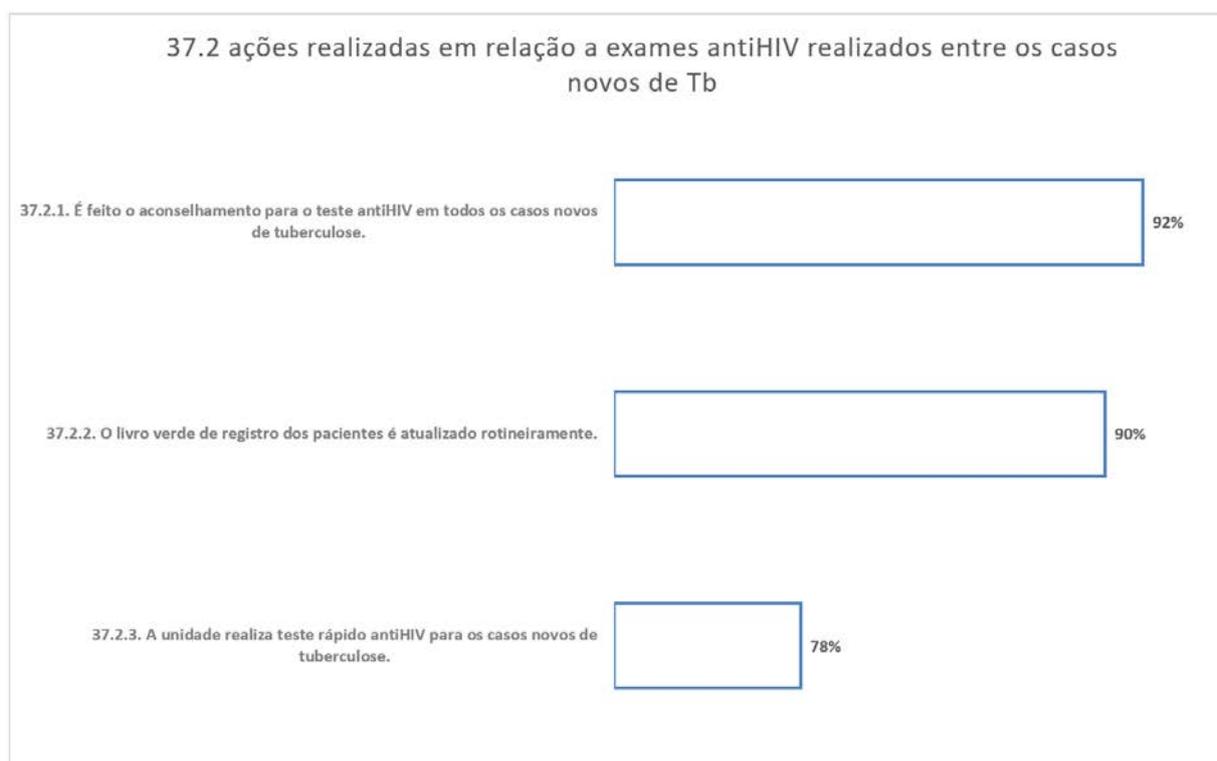
Indicador 37. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose

Relevância do indicador: Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes portadores de AIDS, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado.

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

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prop. Ex.	87,58	86,7	87,34	87,34	97,34	89,05

Fonte: Sistema TB Web - DeVISA



Meta 2017:90%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	82,35%	O período avaliado é de casos novos de tuberculose com início de tratamento de 01 de janeiro a 30 de abril de 2017. Todas as unidades de saúde foram capacitadas para realizar o teste rápido de HIV e é necessário incrementar a implantação do teste rápido HIV no Distrito Sul e Leste (conforme quadro abaixo da proporção de exames HIV realizados por

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		<p>distrito de residência) para atingir a meta e promover o cuidado aos pacientes com o diagnóstico da coinfeção TB/HIV e a precocidade da oferta da TARV a estes pacientes com vulnerabilidade acrescida.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Visa residência</th> <th>% testados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Norte</td> <td>88,89%</td> </tr> <tr> <td>Sul</td> <td>56,52%</td> </tr> <tr> <td>LESTE</td> <td>81,82%</td> </tr> <tr> <td>Sudoeste</td> <td>100,00%</td> </tr> <tr> <td>Noroeste</td> <td>85,71%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>82,35%</td> </tr> </tbody> </table>	Visa residência	% testados	Norte	88,89%	Sul	56,52%	LESTE	81,82%	Sudoeste	100,00%	Noroeste	85,71%	Total	82,35%
Visa residência	% testados															
Norte	88,89%															
Sul	56,52%															
LESTE	81,82%															
Sudoeste	100,00%															
Noroeste	85,71%															
Total	82,35%															
2º Quadrimestre	88,83%	<p>O período avaliado é de casos novos de tuberculose com início de tratamento de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2017. Todas as Unidades Básicas de Saúde foram capacitadas para a realização do Teste Rápido de HIV. O exame deverá ser realizado no diagnóstico da Tuberculose. Devemos continuar a investir na implantação do teste rápido HIV em todas as Unidades de Saúde para atingirmos a meta em todos os Distritos e promover o diagnóstico precoce da co-infecção TB/HIV e introdução precoce de TARV a estes pacientes com vulnerabilidade acrescida. Conforme quadro abaixo da proporção de exames de HIV realizados, o Distrito Sul e Sudoeste atingiram a meta de testagem.</p>														

Indicador 38. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

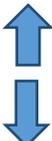
Relevância do indicador: Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.

Meta 2017: 98,00%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	98,27%	Informação extraída do TBNET- CII-SMS dia 1/05/2017. Informações até o mês de março de 2017
2º Quadrimestre	98,23%	(4330/4408). Informações até 14 de agosto 2017 extraída do TBNET- CII-SMS dia 12/09/2017.

Indicador 39. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação

Relevância do indicador: Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do SINAN.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 80%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	80,65%	Meta atingida. O encerramento oportuno de casos é obtido à custa do constante monitoramento do banco de dados, ação fundamental para a Vigilância Epidemiológica adequada e oportuna. É desejável que esse resultado seja crescente.
2º Quadrimestre	80,25%	

Indicador 40. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados

Relevância do indicador: Mede a cobertura das notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho.

Meta para 2017: 100% dos municípios notificando.

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
100%	Todos os municípios* da área de abrangência do CEREST de Campinas (RENAST/MS) notificam as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho no SINAN. (*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa.

40.1. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

Meta para 2017: 95%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	95,38%	A análise desse indicador fica comprometida, pois o campo "ocupação" é de preenchimento obrigatório em todos os agravos, exceto para intoxicação exógena; ou seja, quase a totalidade dos agravos relacionados ao trabalho só pode ser notificada se tiver o campo "ocupação" preenchido.
2º Quadrimestre	98,82%	Meta atingida. A análise desse indicador fica comprometida, pois o campo "ocupação" é de preenchimento obrigatório em todos os agravos, exceto para intoxicação exógena; ou seja, quase a totalidade dos agravos relacionados ao trabalho só pode ser notificada se tiver o campo "ocupação" preenchido.

Indicador 41. Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

Relevância do indicador: avalia o nível de implementação das ações de vigilância sanitária.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Todos os tipos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias ao município, foram realizadas.
2º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Todos os tipos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias ao município, foram realizadas.

Indicador 42. Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos

Relevância do indicador: expressa o número de casos novos de AIDS, na população de menores de 5 anos, residente em determinado local, no ano considerado. Mede o risco de ocorrência de casos novos de AIDS nessa população.

Meta: Sustentar baixa incidência, no máximo 1 notificação em menores de 5 anos. Manter a meta para o período de vigência do Plano.

NÚMERO DE CASOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS									
Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº AIDS < 5 anos	4	4	5	1	4	0	0	1	1

Fonte: SINAN -

Meta 2017: até 1 caso

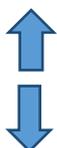
Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Não houve registros de casos novos de Aids em menores de 5 anos até 30/04/2017. É necessário manter as ações de prevenção e controle.
2º Quadrimestre	0	Não houve registros de casos novos de Aids em menores de 5 anos até 31/08/2017. O município encontra-se em processo de avaliação para certificação da OMS de eliminação da transmissão vertical do HIV.

Indicador 43. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³

Relevância do indicador: Expressa o poder de captação precoce dos casos de HIV positivo para tratamento a partir do nível de comprometimento do sistema imunológico dos indivíduos infectados ao serem testados para verificação de indicação de Terapia Antirretroviral (TARV).

PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV COM O 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/mm ³					
Ano	2011	2012	2013	2014	2015
1º CD4 até 199	66	79	94	78	

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Percentual	25,38	22,9	24,93	23,01	23,01
------------	-------	------	-------	-------	-------

Fonte: SINAN -

Meta 2017: 16,65%

Resultados 2017	Considerações/Recomendações
RESULTADO ANUAL	Meta anual, dados calculados e fornecidos pelo Ministério da Saúde. Não é possível calcular o indicador com informações disponíveis no município.

Indicador 44. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados

Relevância do indicador: Expressa a quantidade de testes anti-HCV realizados para triagem sorológica da hepatite C, mensurando o esforço dispensado à triagem sorológica da Hepatite C na população.

NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HEPATITE C REALIZADOS		
Ano	2013	2014
Número de exames de hepatite C (CTAs e LMC)	43.764	52.611

Fonte: DeVISA Campinas (20,21%)

Meta 2017: 96.821 exames

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	9.031	Realizadas 9.031 sorologias para hepatite C até março de 2017. No ano de 2016, até março, foram realizadas 15.504 sorologias. O resultado atual representa uma diminuição de 42% nos exames realizados no mesmo período. O Laboratório Municipal de Campinas está sem realizar sorologias rotineiramente desde agosto de 2016, por falta de kit para exame. Este indicador atingiu as metas nos dois anos anteriores do RAG.
2º Quadrimestre	20.399	Realizadas 19.604 sorologias para hepatite C pelo laboratório Municipal e 795 testes rápidos para hepatite C pela rede até julho de 2017 . No ano de 2016, o município realizou 63.937 exames de hepatite C (teste rápido e sorologia). O quantitativo corresponde a 31,9% do total de exames realizados em 2016. <u>A meta é AUMENTAR em 10% ao ano.</u>

Indicador 45. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

Relevância do indicador:

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS DE HANSENÍASE NAS COORTES DE PAUCIBACILARES E MULTIBACILARES, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2014

Ano	2010	2011	2012	2013	2014
% Cura	83,67	78,37	93,54	85,71	82,85

Fonte: SINAN NET- atualizado em 02.06.2015

Meta 2017: 90%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	83,33%	As coortes analisadas foram os casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados de 01 de janeiro a 30 de abril de 2016 e os casos novos Multibacilares (MB) diagnosticados de 01 de janeiro a 30 de abril de 2015. Nestes períodos, identificamos 06 casos no total, sendo cinco multibacilares e um paucibacilar. Quanto ao desfecho, 5 casos evoluíram para cura e um caso resultou em abandono de tratamento. O número pequeno de casos e a ocorrência de um abandono dificultaram o alcance da meta.
2º Quadrimestre	80%	As coortes analisadas foram os casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2016 e os casos novos Multibacilares (MB) diagnosticados de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2015. Nestes períodos foram identificados 10 casos novos no total, sendo 2 PB e 8 MB. Quanto ao desfecho, os casos PB evoluíram para cura e dos casos MB, 6 evoluíram para cura, 1 abandono, 1 caso aberto por prorrogação de tratamento. Foi observado um pequeno número de casos e a ocorrência de um abandono e uma prorrogação de tratamento dificultou o alcance da meta. Devemos investir na busca ativa de 100% dos pacientes faltosos e Evento Sentinela para os casos de Abandono.

Indicador 46. Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados

Relevância do indicador: Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intra-domiciliares de caos novos de hanseníase, nos anos das coortes, para detecção de outros casos novos.

PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRA-DOMICILIARES DE HANSENÍASE DE CASOS NOVOS EXAMINADOS, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2014

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% Contatos exam.	89,92	81,88	82,53	80,23	53,1	70*

Fonte: SINAN NET- atualizado em 02.06.2015

Meta 2017: 90%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	96,9%	Meta atingida no período. O período analisado foi: casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados de 01 de janeiro a 30 de abril de 2016 e casos novos Multibacilares (MB)

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar

a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		diagnosticados de 01 de janeiro a 30 de abril de 2015.
2º Quadrimestre	98,51%	Meta atingida no período. O período analisado refere-se às coortes dos casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2016 e os casos novos Multibacilares (MB) diagnosticados de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2015.

Indicador 47. Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral

Relevância do indicador: Mede de forma indireta a qualidade da assistência ao paciente de leishmaniose visceral (acesso, oportunidade no diagnóstico e manejo do paciente)

Meta 2017: 0

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Não há casos de LV humana em Campinas. Todos os casos atendidos que buscam atendimento clínico em Campinas, principalmente na UNICAMP, são importados. Muito importante que não haja introdução da doença humana no município. Casos caninos precedem casos humanos. De forma que a manutenção do programa estruturado de vigilância canina com aporte de recursos humanos, materiais e financeiro é prioridade.
2º Quadrimestre	0	Não há casos de LV humana em Campinas. Todos os casos atendidos que buscam atendimento clínico em Campinas, principalmente na UNICAMP, são importados. Muito importante que não haja introdução da doença humana no município. Casos caninos precedem casos humanos. De forma que a manutenção do programa estruturado de vigilância canina com aporte de recursos humanos, materiais e financeiro é prioridade.

Indicador 48. Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina

Relevância do indicador: Mede a cobertura vacinal antirrábica em cães, para prevenção, interrupção da circulação do vírus da raiva na população canina.

Meta 2017: 80%

Resultados ANUAL 2017	Considerações/Recomendações
RESULTADO DE AVALIAÇÃO ANUAL	Meta ainda não avaliável. A Campanha anual de vacinação antirrábica está prevista para Setembro 2017.

Indicador 51. Número absoluto de óbitos por dengue

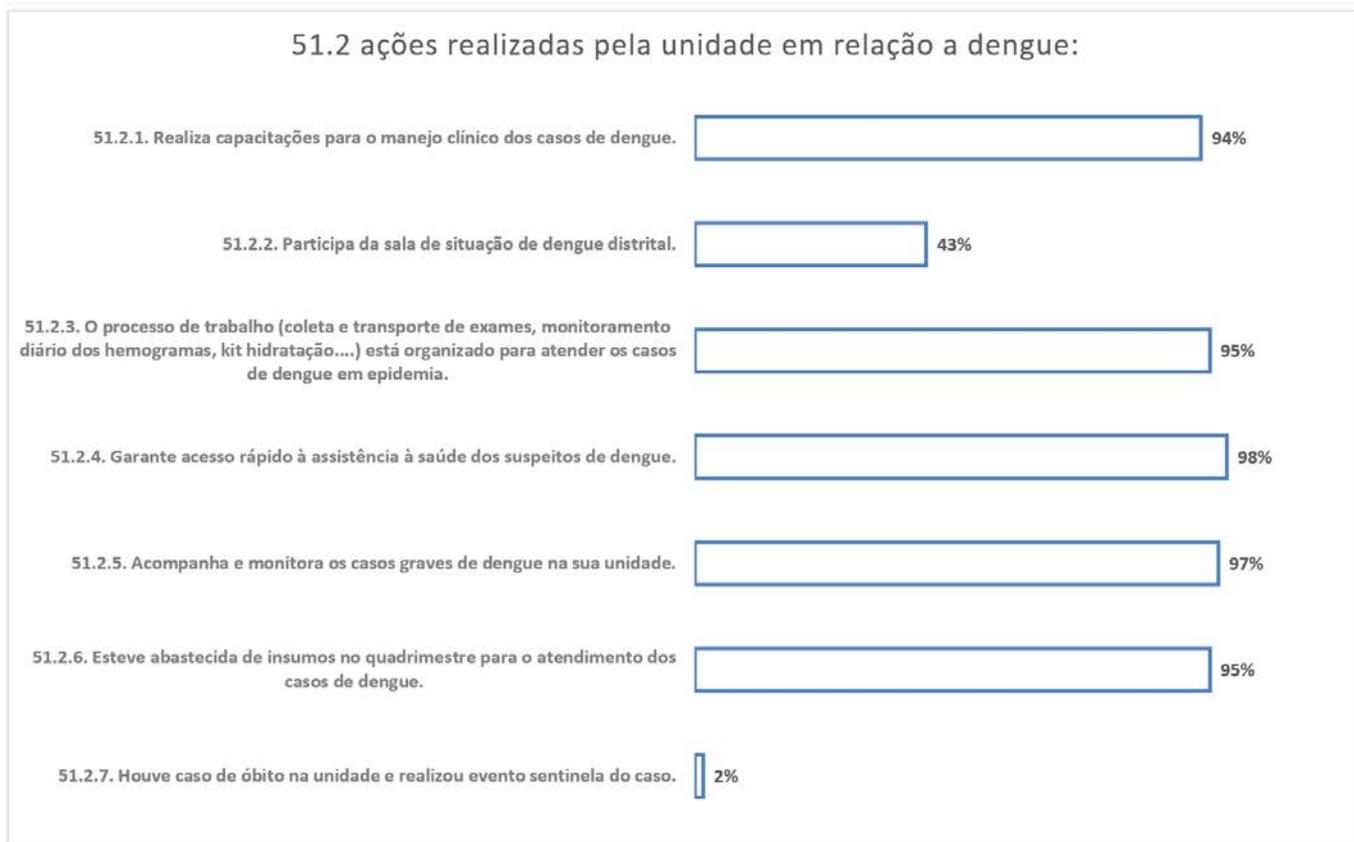
Relevância do indicador: Reflete a qualidade do atendimento ao paciente com dengue.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Nº DE ÓBITOS, Nº DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE DENGUE									
ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº óbitos	2	0	0	3	1	0	0	10	20
Nº Casos	11442	306	200	2647	3178	979	6976	42109	66.239
Coef. Letal./1000 dengue	0,2	0	0	1,1	0,3	0	0	0,2	0,3

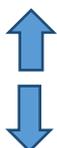
Fonte: VISA



Meta para 2017: Coeficiente de letalidade igual ou menor que 0,30/1000

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Neste primeiro quadrimestre do ano, a incidência de dengue no município foi consideravelmente baixa, com um total de 66 casos.
2º Quadrimestre	0	No segundo quadrimestre do ano, a incidência de dengue se manteve considerada baixa, com um total de 105 casos (dados até 12/09/2017).

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 52. Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.

Relevância do indicador: Evidencia do conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor, o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.

Meta para 2017: 45%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	16,52%	Foram realizadas 283.847 visitas em 429.626 imóveis cadastrados no SISAWEB. A orientação estadual estabelece a realização de 04 visitas por ano nos imóveis, o que representa o total de 1.718.504 visitas anuais. Esse número se refere ao trabalho de visitas domiciliares realizados pelas equipes próprias e empresas contratadas. O contrato da empresa Centro foi encerrado em 16/04/2017. A distribuição das visitas pode não se dar de forma homogênea ao longo do ano. Obs: Em geral, as visitas com o objetivo da prevenção se dão em maior número no segundo e terceiro quadrimestre, períodos de menor incidência de casos.
2º Quadrimestre	20,5%	Foram realizadas 354.174 visitas em 432.395 imóveis cadastrados no SISAWEB. Essas visitas domiciliares foram realizadas pelas equipes próprias (AACAs e ACS). O contrato da empresa Centro foi encerrado em 16/04/2017.

Indicador 52.1 Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue

Relevância do indicador: Evidencia o quantitativo que realmente foi visitado/trabalhado pelos AACAs, ACAs e ACS, em áreas infestadas pelo vetor.

Meta 2017: 6

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	A cobertura do primeiro ciclo realizado foi de 66,2% (Foram realizadas 283.847 visitas em 429.626 imóveis cadastrados no SISAWEB).
2º Quadrimestre	0	A cobertura do segundo ciclo realizado foi de 16,3% (Foram realizadas 70.327 visitas em 432.395 imóveis cadastrados no SISAWEB).

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração de Crescimento

Indicador 53. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Relevância do indicador: Avalia a qualidade da água utilizada para consumo humano e possibilita a verificação se o tratamento está adequado para inativar os organismos patogênicos. É essencial à vigilância da qualidade da água para consumo humano.

Meta 2017: 100%

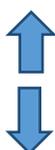
Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Colif. totais = 100% Turbidez = 100% Cloro residual combinado = 0%	No quadrimestre foram realizadas 60 análises de coliformes totais e turbidez. A medição de cloro residual não está sendo realizada, pois, no momento, estamos sem os equipamentos. Houve necessidade de aquisição de novos aparelhos. Atualmente o processo de compra está no comitê gestor aguardando a liberação do valor para empenho.
2º Quadrimestre	Colif. totais = 95,35% Turbidez = 95,35% Cloro residual combinado = 0%	O Resultado apresentado considera a somatória dos dois quadrimestres e, a diminuição do resultado ocorreu por um imprevisto em dia de coleta. Contudo os resultados dos exames das amostras de água são satisfatórios, de acordo com a Portaria MS 2914/11 que determina os padrões de potabilidade da água. A aquisição dos equipamentos foi realizada, mas ocorreu um problema operacional com os reagentes, fato este que está inviabilizando a mensuração do cloro residual.

Meta Municipal 7.a - Cadastrar 25% das áreas contaminadas no SiSSOLO de modo a permitir a elaboração de diagnóstico de risco químico e priorização do monitoramento de risco a exposição em áreas contaminadas até 2017.

Meta até 2017: 25%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	57%	Não atingida. Uma área cadastrada no primeiro quadrimestre no Distrito Sudoeste.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		As metas foram estabelecidas considerando as 144 áreas contaminadas conhecidas naquele momento da elaboração do Plano Municipal. Cadastro nos anos anteriores: 2014: 38 áreas cadastradas 2015: 34 áreas cadastradas 2016: 09 áreas cadastradas Até o momento, foram cadastradas 82 áreas, totalizando 57%.
2º Quadrimestre	57%	Meta não atingida. A situação permanece inalterada em relação ao quadrimestre anterior.

Meta Municipal 7.b - Inspeccionar e intervir em situações de riscos ambientais em 25% das áreas contaminadas até 2017.

Meta até 2017: 25%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	63%	Não atingida. Seis áreas contaminadas com ações de monitoramento (avaliação e ou intervenção), no primeiro quadrimestre (NO:1, L:2, SO:3). Anos anteriores: 2014: 14 áreas acompanhadas 2015: 56 áreas acompanhadas 2016: 15 áreas acompanhadas Até o momento, foram acompanhadas 91 áreas, totalizando 63%. Ressalta-se que o acompanhamento das pessoas expostas é feito pela VISA Regional juntamente com a Unidade de Saúde de referência, considerando os contaminantes e seus possíveis efeitos na saúde.
2º Quadrimestre	66,7%	Até o momento foram acompanhadas 96 áreas de um total de 144. Realizado inquérito populacional e visitas técnicas em áreas não cadastradas e previamente trabalhadas. O número de áreas trabalhadas nos respectivos anos foram: 2014: 14 áreas acompanhadas 2015: 56 áreas acompanhadas 2016: 15 áreas acompanhadas 2017: 11 áreas acompanhadas

Meta Municipal 7.c - Investigar a situação de saúde de populações expostas a riscos químicos em áreas contaminadas:

Meta: no mínimo 50% até 2017

Resultados	Considerações/Recomendações
------------	-----------------------------

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



1º Quadrimestre	2 áreas	Mansões Santo Antônio (L): criado grupo técnico clínico com participação da UNICAMP para a avaliação da situação de saúde, com planejamento das próximas análises e intervenções, com a participação do CEREST. Pirelli (NO): foi realizado o inquérito de saúde com toda a população da área afetada e o acompanhamento é feito pela Unidade de Saúde juntamente com a VISA Regional.
2º Quadrimestre	2 áreas	Mansões Santo Antônio (L): O GT clínico recém criado tem realizado encontros periódicos com avaliação dos dados de morbi-mortalidade local. A SANASA disponibilizou informações pertinentes com relação as soluções alternativas. Pirelli (NO): O inquérito de saúde foi realizado e os dados estão em fase de análise.

Meta Municipal 7.d - Avaliar os Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde de grandes geradores:

Meta 2017:100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	63,3%	Inspeção realizada em 19 grandes geradores, entre hospitais e hospitais-dia no primeiro quadrimestre, de um total de 30. Meta atingida.
2º Quadrimestre	63,3%	Situação inalterada em relação ao período anterior.

Meta Municipal 7.e - Investigar 100% das ocorrências de acidentes ambientais de origem natural ou antropogênico ao Ano.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Não houve ocorrências no quadrimestre.
2º Quadrimestre	0	Não houve ocorrências no período

Meta Municipal 7.f - Inspeccionar 25% as Estações de Tratamento de Água e Sistema de Captação do Sistema Público de Abastecimento.

Meta 2017: 25% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Já foram realizadas inspeções nas 3 Estações de Tratamento de

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		Água do município e na Estação Produtora de Água de Reúso – EPAR Capivari. O monitoramento da qualidade da água, de acordo com os parâmetros legais, é feito pelos relatórios inseridos mensalmente no SISAGUA.
2º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Já foram realizadas inspeções nas 3 Estações de Tratamento de Água do município e na Estação Produtora de Água de Reúso – EPAR Capivari. O monitoramento da qualidade da água, de acordo com os parâmetros legais, é feito pelos relatórios inseridos mensalmente no SISAGUA.

Meta Municipal 7.g - Realizar a Vigilância e monitoramento de Qualidade da Água em 70% das Soluções Alternativas Coletivas para consumo humano cadastradas no SISAGUA - SAC (Poços Coletivos).

Meta 2017: 70% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	80,15%	Meta atingida no quadrimestre. Foram inseridos 420 relatórios de um total de 524.
2º Quadrimestre	82,4%	Meta atingida. Foram inseridos 800 relatórios de um total de 971 de janeiro a Julho. Os relatórios referentes ao mês de agosto serão computados no próximo quadrimestre.

Meta Municipal 7. h - Avaliar 100% dos resultados de controle de qualidade da água distribuída pelo Sistema Público de Abastecimento.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Foram inseridos e avaliados 12 relatórios das 3 ETAs referentes aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril.
2º Quadrimestre	100%	Foram inseridos e avaliados 24 relatórios das 3 ETAs referentes aos dois quadrimestres.

Meta Municipal 7.i - Avaliar 100% das solicitações de traslado de restos mortais humanos (ossada exumada).

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados	Considerações/Recomendações
------------	-----------------------------

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Foram recebidas e avaliadas 20 solicitações.
2º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Foram recebidas e avaliadas 56 solicitações.

Objetivo 7.3- Fortalecer a promoção e vigilância saúde com ênfase na Vigilância Sanitária tendo em vista os riscos sanitários

Meta Municipal 7. j – Realizar o controle sanitário de 100% dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) todos os anos.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	25%	Meta não atingida. Inspeccionados 3 serviços dentre os 12 existentes no município.
2º Quadrimestre	75%	Inspeccionados 9 serviços dentre os 12 existentes no município.

Meta Municipal 7. k – Realizar o controle sanitário de 100% dos serviços hemoterápicos todos os anos.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	33,3%	Meta atingida para o quadrimestre. Inspeccionados 6 serviços dentre os 18 existentes no município.
2º Quadrimestre	47,0%	Um estabelecimento encerrou atividades. Foram inspeccionados 8 dentre os 17 serviços. Quatro serviços terão renovação da LF no terceiro trimestre.

Meta Municipal 7.l – Realizar o controle sanitário de 100% dos hospitais todos os anos.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	46%	Meta atingida para o quadrimestre. Inspeccionados 11 hospitais dentre os 24 existentes no município
2º Quadrimestre	66%	Inspeccionados 16 hospitais dentre os 24 existentes no município.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 7.m – Realizar o controle sanitário de 100% das instituições geriátricas até 2017.

Meta para 2017: 100% dos estabelecimentos conhecidos (regulares e irregulares)

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	83%	Meta atingida para o quadrimestre. Desde 2014, inspecionadas 77 estabelecimentos dentre os 92 cadastrados (conhecidos) na VISA.
2º Quadrimestre	82%	O quantitativo de estabelecimentos cadastrados neste seguimento aumento para 100. Foram inspecionados 82 estabelecimentos. Tal alteração afetou o resultado percentual da meta.

Meta Municipal 7.n - Inspeccionar 100% dos fabricantes de medicamentos e insumos todos os anos.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	17%	Meta não atingida. Uma empresa foi inspecionada de um total de 6 empresas neste segmento.
2º Quadrimestre	83%	Foram inspecionadas 5 fabricantes de um total de 6 cadastradas.

Meta Municipal 7.o - Realizar capacitação para 80% das drogarias

Meta 2017: 80% ao Ano

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017	Indicador excluído devido ao Conselho Regional de Farmácia realizar capacitações com os temas necessários ao segmento.

Meta Municipal 7.p - Inspeccionar 100% das indústrias de produtos para saúde cadastrados no SIVISA, até 2017.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	88%	Foram inspecionadas 23 empresas de um total de 26, em 2014, 2015, 2016 e 1º quadrimestre de 2017
2º Quadrimestre	88%	Foram inspecionadas 23 empresas de um total de 26, em 2014, 2015, 2016 e nos dois primeiros quadrimestre de 2017.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 7.q - Inspeccionar 100% das indústrias de saneantes e cosméticos cadastradas até 2017.

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Foram inspeccionadas 15 empresas, de um total de 15, em 2014, 2015, 2016 e 1 quadrimestre de 2017. As empresas estão sendo acompanhadas pelas equipes de VISA em ações rotineiras, programáticas e/ou sob demanda.
2º Quadrimestre	100%	Foram inspeccionadas 15 empresas, de um total de 15, em 2014, 2015, 2016 e 1 quadrimestre de 2017. As empresas estão sendo acompanhadas pelas equipes de VISA em ações rotineiras, programáticas e/ou sob demanda.

Meta Municipal 7.r – Realizar, anualmente, 6 (seis) reuniões técnicas com gerentes de loja e gerentes regionais de hipermercados e supermercados;

Indicador: Número de reuniões técnicas realizadas / número total de reuniões técnicas programadas X 100.
Ações: Realizar reuniões técnicas com gerentes de loja e gerentes regionais de hipermercados e supermercados.

Meta 2017: 6

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	01	Meta não atingida. Realizada 01 reunião com gerente neste primeiro quadrimestre. A equipe está sendo estimulada a levantar a quantidade de denúncias (por e-mail, 156, etc) buscando verificar os riscos sanitários no segmento para priorização das reuniões.
2º Quadrimestre	02	Meta não atingida. A área técnica tem agendamento das reuniões para o último quadrimestre do ano.

Meta Municipal 7.s - Inspeccionar 100% das esterilizadoras conjuntamente pelas áreas de: produtos, saúde do trabalhador e serviços de saúde até 2017.

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Foram inspeccionadas 3 empresas de um total de 3 empresas, no mínimo uma inspeção por ano. As empresas estão sendo acompanhadas pelas equipes de VISA em ações rotineiras, programáticas e/ou sob demanda.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



2º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Foram inspecionadas 3 empresas de um total de 3 empresas, no mínimo uma inspeção por ano. As empresas estão sendo acompanhadas pelas equipes de VISA em ações rotineiras, programáticas e/ou sob demanda.
-----------------	-------------	--

Meta Municipal 7. t – Inspeccionar 100% dos laboratórios de análises clínicas e anatomia patológica até 2017.

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	70%	Ao longo dos 40 meses foram inspecionados 52 estabelecimentos de um total de 74 cadastrados. Reitera-se que a deficiência de recursos humanos da equipe do SEDITE e a dificuldade de viaturas contribuem negativamente no cumprimento da meta.
2º Quadrimestre	77,3 %	Neste segundo quadrimestre foi cadastrado um novo serviço no seguimento, totalizando 75 serviços. Destes, 58 estabelecimentos foram inspecionados desde janeiro de 2014.

(*) SEDITE- Serviços de Diagnóstico e Terapias Especializadas: é um setor do DEVISA responsável pela regulação de laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e demais laboratórios especializados. Situado no Serviço de Vigilância Estratégico.

Meta Municipal 7.u - Inspeccionar 100% dos serviços de radiodiagnóstico até 2017.

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	81%	Meta atingida considerando os 40 meses. Inspeccionados, desde 2014, 62 serviços de radiodiagnóstico (médicos e odontológicos) dentre os 76 cadastrados no município.
2º Quadrimestre	82%	Houve pequeno aumento do número de serviços. Dos 79 (médicos e odontológicos), foram inspecionados 65 estabelecimentos, desde jan 2014.

Meta Municipal 7. v- Inspeccionar 100% dos serviços de Radioterapia até 2017.

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	87,5%	Meta atingida considerando os 40 meses. Inspeccionados, desde 2014, 7 serviços de radioterapia dentre os 8 existentes no município.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



2º Quadrimestre	87,5%	Meta atingida considerando os 44 meses. Programada inspeção do estabelecimento restante para o próximo quadrimestre. Inspeccionados, desde 2014, 7 serviços de radioterapia dentre os 8 existentes no município.
-----------------	-------	--

Meta Municipal 7.w - Inspeccionar 100% dos serviços de Medicina Nuclear até 2017.

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	87,5%	Meta atingida considerando os 40 meses. Inspeccionados, desde 2014, 7 serviços de radioterapia dentre os 8 existentes no município.
2º Quadrimestre	87,5%	Meta atingida considerando os 44 meses. Inspeccionados, desde 2014, 7 serviços de radioterapia dentre os 8 existentes no município. Programada inspeção do estabelecimento restante para o próximo quadrimestre.

Meta Municipal 7 x - Atender a 100% das denúncias relacionadas a comunidades terapêuticas e clínicas de dependentes químicos, de forma integrada com saúde mental e órgãos afins.

Meta 2017: 100% ao ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Recebida uma denúncia referente a comunidade terapêutica, a qual foi devidamente apurada.
2º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Recebida uma denúncia referente a comunidade terapêutica, ainda no primeiro quadrimestre, a qual foi devidamente apurada.

Meta Municipal 7.y - Realizar diagnóstico situacional e qualificar 100% dos equipamentos de saúde próprios, conforme o Programa de Vigilância de Serviços de Saúde Próprios – VIGIPRO até 2017

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Atenção Primária = 22% Atenção Secundária = 100% Atenção Terciária = 100%	Um serviço inspecionado é contabilizado uma vez só, independente de quantas inspeções forem realizadas. As equipes das VISAs regionais têm avaliado e discutido os Laudos Técnicos de Avaliação junto com DS, DA, DGDO. Buscando a qualificação dos serviços as salas de vacina têm sido avaliadas, bem como o controle e dispensação de Talidomida, investigação das notificações de fármacos e tecnovigilância, capacitação em farmacovigilância. Foram

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		realizadas avaliações de projetos de construção/reforma de vários serviços próprios. No que se refere aos serviços à atenção primária e secundária, que já passaram pela etapa de diagnóstico, as equipes de VISA tem retornado aos serviços para ações rotineiras, programáticas e/ou sob demanda. Os serviços de Atenção Primária que ainda não foram inspecionados para diagnóstico e qualificação estarão sendo visitados nos próximos meses.
2º Quadrimestre	Atenção Primária = 25% Atenção Secundária= 100% Atenção Terciária = 100%	

Meta Municipal 7.z - Aumentar em 5% a cada ano o número de estabelecimentos regularizados perante a Vigilância em Saúde.

Meta 2017: aumentar, no mínimo, 5% ao ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	53%	Meta atingida. Foram protocoladas 911 solicitações (283 de Licença inicial + 628 de renovação) no primeiro quadrimestre.
2º Quadrimestre	117%	Meta atingida. Foram protocoladas 2.020 solicitações (650 de Licença inicial + 1.370 de renovação) nos oito primeiros meses do ano.

Meta Municipal 7.ag: inspecionar, anualmente, no mínimo 10% do universo de hipermercados e supermercados cadastrados no SIVISA.

Indicadores: Número de hipermercados e supermercados inspecionados / número total de hipermercados e supermercados cadastrados no SIVISA* X 100. (*) universo de estabelecimentos cadastrados e ativos no SIVISA em 31/12/2014: 14 hipermercados e 74 supermercados.

Ações: Realizar inspeções em hipermercados e supermercados para verificação das boas práticas em estabelecimentos comerciais de alimentos.

Meta para 2016: 10%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	9,7%	Meta atingida. Foram vistoriados 8 estabelecimentos de um total de 83 existentes.
2º Quadrimestre	14,5%	Meta atingida. Foram vistoriados 12 estabelecimentos de um total de 83 existentes.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 7.4 - Fortalecer a promoção e vigilância em Saúde do Trabalhador

Meta Municipal 7.aa - Ampliar em 20% a notificação dos agravos em Saúde do Trabalhador nos municípios da área de abrangência do CEREST Regional até 2017.

Meta para 2017: 20% - 2041 notificações nos 9 municípios, sendo 1790 somente em Campinas.

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	15,7% (Total) 10,9% (Campinas)	Campinas e Região: Total de 320 notificações, sendo 195 em Campinas e 125 nos demais municípios da área de abrangência do CEREST Campinas (RENAST/MS). Dados obtidos no SINAN em 17/05/2017 (Campinas) e 05/05/2017 (Região) - agravos segundo ano de notificação.
2º Quadrimestre	38,8% (Total) 28,32% (Campinas)	Campinas e Região: Total de 792 notificações, sendo 507 em Campinas e 285 nos demais municípios da área de abrangência do CEREST (RENAST/MS: Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Hortolândia, Sumaré, Americana e Nova Odessa). Dados obtidos no SINAN em 01/09/2017 (Campinase Região) - Frequência por Município segundo ano de notificação - 2017.

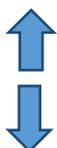
Meta Municipal 7.ab - Aumentar em 20% a inspeção dos estabelecimentos do comércio de materiais de construção civil no município, considerando como base o universo de estabelecimentos inspecionados em 2013, com vistas a dar cumprimento às Leis Municipal e Estadual que determinam o banimento do uso do amianto.

Meta para 2016: Revisada a meta quantitativa (124* + 15% = 143 inspeções) para ação de comunicação com o segmento

Meta 2017: aumentar, no mínimo, 20% ao ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0%	Esta meta foi revisada (PAS 2017) para ação de comunicação com o segmento, porém em virtude de mudanças na estrutura organizacional do DEvisa e respectivamente na Área de Saúde do Trabalhador, o Gestor do CEREST e o novo Gestor da Área de ST, juntamente com a equipe técnica do CEREST se dedicaram aos estudos de propostas de reestruturação, além do cumprimento de demandas provenientes do MPT, conforme Termo de Cooperação Técnica. Para o próximo quadrimestre a Coordenação da Área de ST / DEvisa e CEREST organizarão uma reunião pública com os principais envolvidos nesta meta (sindicatos, associações, MPT, VISA, GVS, GVE, etc...)
2º Quadrimestre	0%	A Reunião pública será organizada na semana de 23 a 27/outubro/2017.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 7.ac - Investigar 100% dos acidentes de trabalho fatais ocorridos na área de abrangência do CEREST, exceto os ocorridos no trânsito

Meta 2017: 100% ao ano

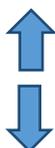
Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Campinas e Região: Registro de ocorrência de 04 (quatro) acidentes de trabalho fatais típicos no município de Campinas e 01 (um) na região. Dados obtidos no SINAN em 17/05/2017 (Campinas) e 05/05/2017 (Região) - agravos segundo ano de notificação. Todos os AT foram investigados.
2º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Campinas e Região: Registro de ocorrência de 09 (nove) acidentes de trabalho fatais típicos no município de Campinas e 02 (dois) na região. Dados obtidos no SINAN em 01/09/2017 (Campinas e Região). Frequência por Município segundo ano de notificação – 2017. Dos 09 ATs de Campinas, investigamos 04, pois 03 são de trânsito e 02 (01 a notificação foi tardia e 01 a empresa fica em Monte Mor – investigado pelo Cerest de Indaiatuba). Os 02 ATs da Região são de Americana e foram investigados pela equipe de ST deste município.

Meta Municipal 7.ad - Investigar 5% dos acidentes de trabalho graves ocorridos na área de abrangência do CEREST, exceto os ocorridos no trânsito.

Meta 2017: 10% ao ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	10,2%	Foram notificados 160 acidentes de trabalho graves (AT), sendo 108 em Campinas e 52 na região. Foram investigados 11 em Campinas. Obs.1: São considerados AT Graves aqueles acidentes envolvendo fraturas, amputações, queimaduras, choque elétricos, quedas de alturas. Cada investigação de AT gera no mínimo duas inspeções ao local do acidente. Paralelo a esta meta, a equipe de Saúde do Trabalhador investiga os AT Fatais e realiza inúmeras ações de vigilância em apoio ao MPT através de convênio oficialmente formalizado entre esta instituição e a PMC/SMS/CEREST. Obs.2: Os acidentes de trabalho no trânsito são objetos de discussão e estudo do Observatório Municipal de Trânsito que conta com várias instituições públicas e Secretarias Municipais com objetivo de fortalecer políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito.
2º Quadrimestre	10,3%	Foram notificados 344 acidentes de trabalho graves (AT), sendo 243 em

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		<p>Campinas e 101 na região. Foram investigados 25 em Campinas.</p> <p>Obs.1: São considerados AT Graves aqueles acidentes envolvendo fraturas, amputações, queimaduras, choque elétricos, quedas de alturas. Cada investigação de AT gera no mínimo duas inspeções ao local do acidente. Paralelo a esta meta, a equipe de Saúde do Trabalhador investiga os AT Fatais e realiza inúmeras ações de vigilância em apoio ao MPT através de convênio oficialmente formalizado entre esta instituição e a PMC/SMS/CEREST.</p> <p>Obs.2: Os acidentes de trabalho no trânsito são objetos de discussão e estudo do Observatório Municipal de Trânsito que conta com várias instituições públicas e Secretarias Municipais com objetivo de fortalecer políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito.</p>
--	--	---

Meta Municipal 7.ae - Inspeccionar um canteiro de obras por mês, na área de abrangência do CEREST.

Indicadores: Número de canteiros de obras inspecionados por mês. **Ações:** Promover uma reunião pública com as construtoras, a fim de reforçar o tema Saúde do Trabalhador e Acidentes de Trabalho. Educação continuada para inspeção em obras de construção civil, voltadas aos profissionais do CEREST e VISAs. Realizar as inspeções.

Meta para 2017: 1 por mês, totalizando 12.

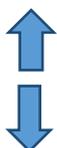
Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	05	Meta atingida para o quadrimestre. Foram realizadas 05 (cinco) vistorias em canteiros de obras no município de Campinas.
2º Quadrimestre	08	Meta atingida para o período de oito meses. Todos os canteiros inspecionados estão situados no município de Campinas.

Meta Municipal 7.af - Implantação de Sistema de Vigilância em Acidentes de Trabalho (SIVAT) até 2017.

Meta para 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Em andamento	Ações de caráter contínuo. Capacitação de Acidentes de Trabalho realizada em Dez/2016. Para o próximo quadrimestre O Gestor do CEREST e o novo Gestor da Área de ST promoverão, juntamente com a Coordenadoria de Agravos e Doenças, propostas de potencializar a implantação do SIVAT.
2º Quadrimestre	Em andamento	Ações de caráter contínuo. Capacitação de Acidentes de Trabalho realizada em Dez/2016. Para o próximo quadrimestre O Gestor do CEREST e o novo Gestor da Área de ST promoverão, juntamente com a Coordenadoria de Agravos e

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		Doenças, propostas de potencializar a implantação do SIVAT.
--	--	---

Meta Municipal 7.ah– Executar o Plano de Ações e Metas de Saúde do Trabalhador, conforme Ação nº 139 do PPA e Plano de Trabalho pactuado com o DENASUS como resultado da Auditoria nº 14.737/2014.

Meta até 2017: Implantar o Plano de Ações e Metas de Saúde do Trabalhador

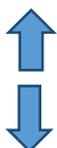
Indicadores:

Ações: a) Sensibilização do DRS e Municípios de sua área de abrangência regional quanto ao PNSTT, do papel do CEREST no apoio e matriciamento e, a importância dos gestores de saúde municipais apoiarem, estruturar e qualificar a área e as ações de ST nos respectivos municípios; b) Notificação universal dos agravos de saúde do trabalhador em toda a rede de saúde do município de Campinas; c) Capacitação para 2016, para os profissionais (médicos e enfermeiros) da rede de saúde de Campinas e da área da RENAST, para a identificação dos casos que pudessem ter relação com as ocupações e os processos produtivos e a implantação de protocolos de atenção; d) Elaboração Projeto Básico para a estruturação de cursos mais específicos para cada um dos agravos de ST; e) Viabilizar Curso de Especialização Lato Sensu em ST para 40 profissionais; f) Mapeamento das atividades produtivas e com potencial impactona área do CEREST; g) Constituição da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST junto ao CMS.h) Adequações da estrutura física do CEREST.

Meta para 2017: Execução das ações e avaliação do Plano de Trabalho.

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
NA	Avaliação anual do Plano.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 8 - Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo 8.1 - Garantir o acesso a medicamentos padronizados e seu uso racional

Meta municipal 8.a - Ofertar, no mínimo, 90% dos itens padronizados (medicamentos e materiais)

Meta para 2017: no mínimo 90%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	87%	Licitações fracassadas, atraso nas entregas pelos fornecedores. Justificativa: Pode-se atribuir esse resultado a um conjunto de elementos que afetaram não apenas os procedimentos internos à administração municipal, mas também, fatores externos como atraso nas entregas por parte do fornecedor e itens desertos e fracassados em processos licitatórios.
2º Quadrimestre	89%	Licitações fracassadas, atraso nas entregas pelos fornecedores. Justificativa: Pode-se atribuir esse resultado a um conjunto de elementos que afetaram não apenas os procedimentos internos à administração municipal, mas também, fatores externos como atraso nas entregas por parte do fornecedor e itens desertos e fracassados em processos licitatórios.

Meta Municipal 8.b - Ofertar Programa Remédio em Casa para 6000 usuários até 2016 e manter em 2017.

Meta para 2017: 80%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	10,05%	603 pacientes em atendimento. Recomendações: a) cadastrar no sistema informatizado Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos – GEMM (Grupo Remédio em Casa), todos os pacientes que recebem medicamentos e materiais em casa, nos atendimentos domiciliares realizados por todos os profissionais de saúde (Agentes, Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Farmacêuticos) b) Contratar e capacitar profissionais farmacêuticos para ampliar o número de pacientes; c) Ampliar a quantidade de viaturas para realização de visitas domiciliares e cadastro de pacientes.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



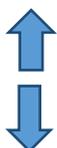
2º Quadrimestre	10,65%	639 pacientes em atendimento. Recomendações: a) cadastrar no sistema informatizado Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos – GEMM (Grupo Remédio em Casa), todos os pacientes que recebem medicamentos e materiais em casa, nos atendimentos domiciliares realizados por todos os profissionais de saúde (Agentes, Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Farmacêuticos) b) Contratar e capacitar profissionais farmacêuticos para ampliar o número de pacientes; c) Ampliar a quantidade de viaturas para realização de visitas domiciliares e cadastro de pacientes.
-----------------	--------	--

Meta Municipal 8.c - Disponibilizar, no mínimo, 90% de medicamentos Homeopáticos e Fitoterápicos padronizados.

Meta para 2017: 100% homeopáticos/60% fitoterápicos

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100% (Medicamentos homeopáticos) 51,8% (Medicamentos fitoterápicos)	Homeopatia: Solicitado junto ao departamento administrativo a prorrogação do contrato por mais um ano com a farmácia de homeopatia, que vencerá em junho de 2017, mantendo a meta de oferecer em 100% dos medicamentos homeopáticos. Medicamentos Fitoterápicos - Recomendações: Garantir a compra de insumos para ampliar a disponibilidade de medicamentos fitoterápicos.
2º Quadrimestre	100% (Medicamentos homeopáticos) 56% (Medicamentos fitoterápicos)	Homeopatia: Solicitado junto ao departamento administrativo a prorrogação do contrato por mais um ano com a farmácia de homeopatia, que vencerá em junho de 2017, mantendo a meta de oferecer em 100% dos medicamentos homeopáticos. Medicamentos Fitoterápicos - Recomendações: Garantir a compra de insumos para ampliar a disponibilidade de medicamentos fitoterápicos.

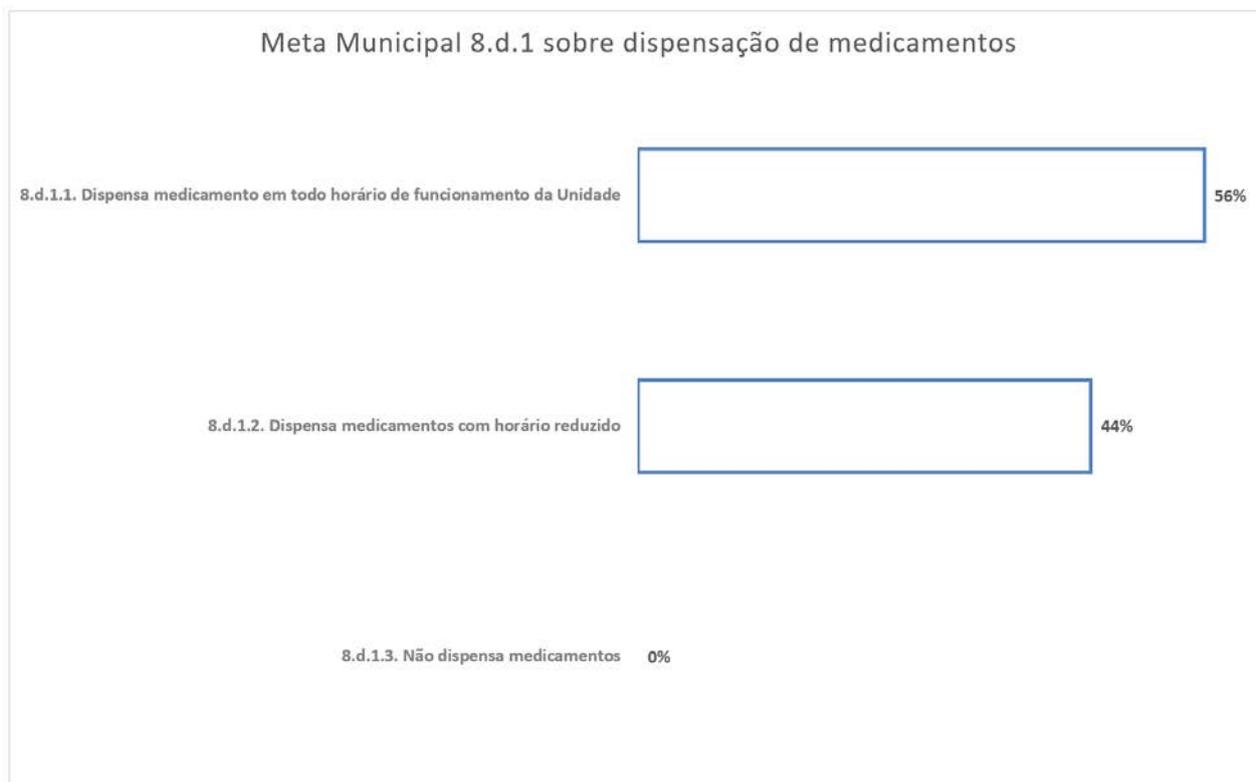
OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 8.d – Realizar dispensação de medicamentos durante todo o horário de funcionamento das unidades de saúde, com qualificação.



Meta para 2017: 60%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	53%	% das farmácias estão abertas em todo horário de funcionamento das Unidades Básicas. Recomendações: Necessidade de ampliação do quadro de profissionais da farmácia para garantir abertura da farmácia em todo horário de funcionamento da Unidade.
2º Quadrimestre	56,45%	56,45% das farmácias estão abertas em todo horário de funcionamento das Unidades Básicas. Recomendações: Necessidade de ampliação do quadro de profissionais da farmácia para garantir abertura da farmácia em todo horário de funcionamento da Unidade.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 8.2 - Qualificar as etapas do ciclo de Assistência Farmacêutica, com garantia de recursos financeiros, infraestrutura e pessoal.

Meta Municipal 8.e – Realizar atualização anual da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

Meta para 2017: 100%

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
Este indicador é de avaliação Anual	Em andamento.

Indicador 54. Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado

Relevância do indicador: **Permite observar informações acerca do acesso e do uso de medicamentos pela população assistida no SUS.**

Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	O município utiliza sistema próprio para controle de estoque e dispensação (GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos)) que faz integração com o Hórus. Todos os Centros de Saúde estão com sistema GEMM implantado.
2º Quadrimestre	100%	O município utiliza sistema próprio para controle de estoque e dispensação (GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos) que faz integração com o Hórus. Todos os Centros de Saúde estão com sistema GEMM implantado.

Meta Municipal 8.f – 100% dos dispensários e almoxarifados locais e central com adequação física até 2016.

Meta até 2016: 70%

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017	Recomendações: a) Realizar reformas e ampliações conforme cronograma de obras do PPA. b) Instalar aparelhos de ar condicionado nas farmácias e almoxarifados, conforme solicitação dos serviços; c) Adequar conforme critérios das Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do SUS – MS/2009.
1o Quadrimestre	.A. /SMS em 15 /05/17: Noroeste: 13 UBS - 10 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 11UBS estão com área inadequada. 06 almoxarifados contam com aparelhos de ar

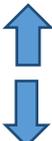
OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

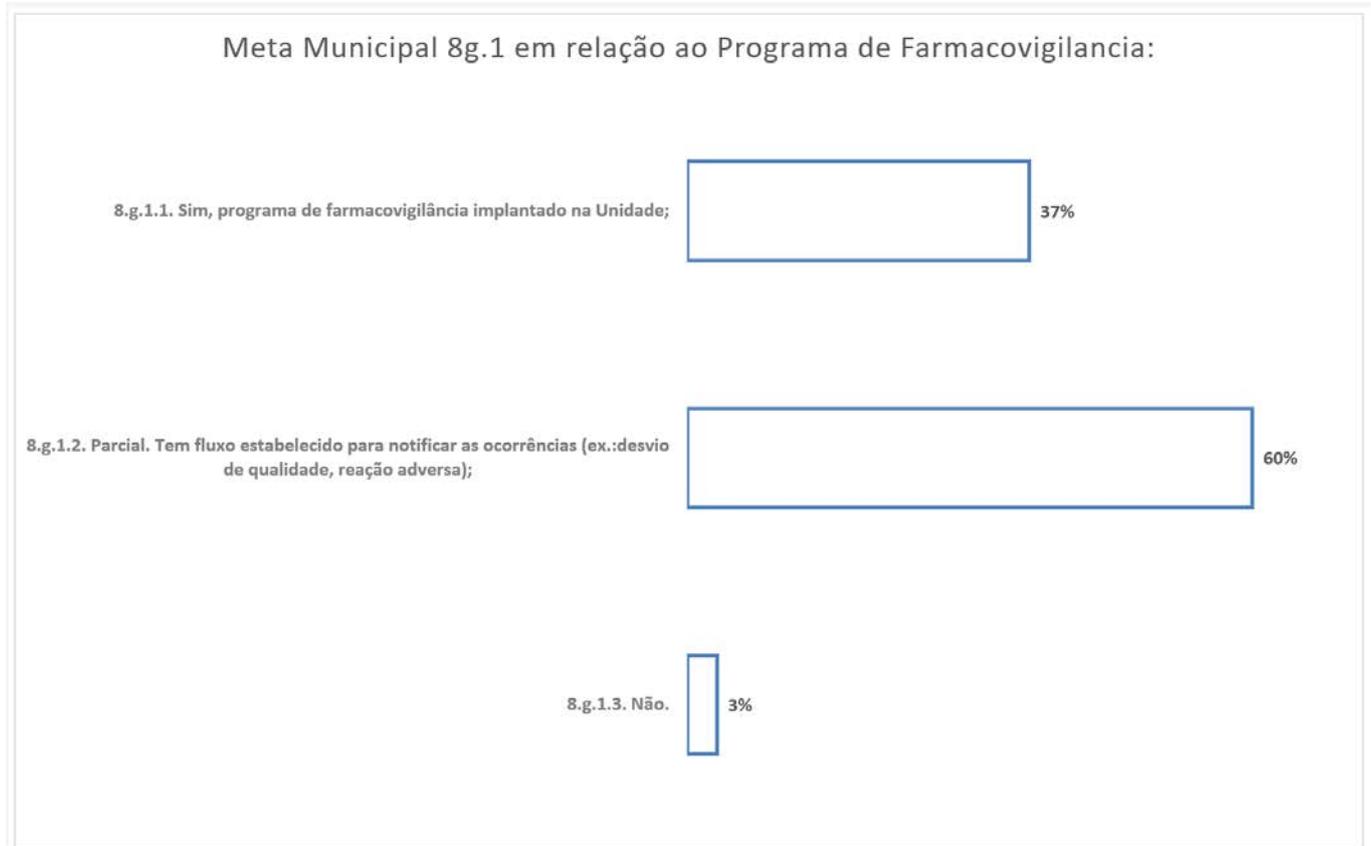


	<p>condicionado instalados, e 09 almoxarifados estão com a área física inadequada.</p> <p>Sudoeste: 12 UBS - 08 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 10 dispensários estão com área inadequada. 00 almoxarifado com aparelhos de ar condicionado instalados e 12 almoxarifados estão com área física inadequada.</p> <p>Sul: 16 UBS - 8 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados com 10 dispensários com área física inadequada. 04 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 13 almoxarifados com área física inadequada.</p> <p>Norte: 12 UBS - 07dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 06 dispensários com área física inadequada. 07 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 05 almoxarifado com área física inadequada.</p> <p>Leste: 10 UBS - 04 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 7 dispensários com área física inadequada. 03 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 09 almoxarifados com área física inadequada.</p> <p>Justificativa: Protocolo Nº 13/10/31426 de instalação de AP. ar condicionado, com validade do Contrato para ate 03/07/2016 (um ano de validade). Segundo Sr. Gelson do Setor da Manutenção todos os CS que solicitaram instalação (pois tinham o aparelho) foram atendidos. E antes de findar o Contrato enviou e-mail a todos informando o fim do contrato e solicitando que abrissem OS para instalação.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Realizar reformas e ampliações conforme cronograma de obras do PPA.</p> <p>b) Instalar aparelhos de ar condicionado nas farmácias e almoxarifados;</p>
2º Quadrimestre	<p>D.A. /SMS em 08/17:</p> <p>Noroeste: 13 UBS - 10 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 11UBS estão com área inadequada. 06 almoxarifados contam com aparelhos de ar condicionado instalados, e 09 almoxarifados estão com a área física inadequada.</p> <p>Sudoeste: 12 UBS - 08 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 10 dispensários estão com área inadequada. 00 almoxarifado com aparelhos de ar condicionado instalados e 12 almoxarifados estão com área física inadequada.</p> <p>Sul: 16 UBS - 8 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados com 10 dispensários com área física inadequada. 04 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 13 almoxarifados com área física inadequada.</p> <p>Norte: 12 UBS - 07dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 06 dispensários com área física inadequada. 07 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 05 almoxarifado com área física inadequada.</p> <p>Leste: 10 UBS - 04 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 7 dispensários com área física inadequada. 03 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 09 almoxarifados com área física inadequada.</p> <p>Atualmente: Protocolo Nº 15/10/27194 para manutenção de aparelhos de refrigeração com fornecimento de peças e materiais encontra-se na SMAJ para prorrogação.</p>

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



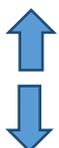
Meta Municipal 8.g - Implantar em 100% dos serviços de saúde o Programa de farmacovigilância até 2016 e manter em 2017.



Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	97%	Estender o programa para todas as que estão com parcialmente implantado.
2º Quadrimestre	96,67%	O Programa de Gerenciamento de Resíduos foi implantado em 37% dos serviços de saúde de forma plena e em 59,67% dos serviços de saúde de forma parcial, totalizando 96,67%, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA da Atenção Básica 2017. Recomendações: a) Ampliar o programa de Farmacovigilância para todos os serviços de saúde. b) Envolvimento de todas as áreas técnicas do DS e DEVisa para promoção e ampliação do programa de Farmacovigilância.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 8.h - Implantar em 100% dos serviços de saúde o programa de gerenciamento de resíduos até 2016 e manter em 2017.

Meta Municipal 8.h.1 em relação ao Plano de Resíduos da Unidade.

8.h.1.1. Plano de gerenciamento de resíduos descrito e implantado na Unidade.



35%

8.h.1.2. Tem coleta de resíduo comum, contaminado, perfurocortante e químico, atendendo parcialmente ao plano.



65%

8.h.1.3. Não tem plano de gerenciamento de resíduo implantado. 0%

Meta para 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	98%	Aprofundar a implantação do plano de gerenciamento de resíduos.
2º Quadrimestre	99,99%	O Programa de Gerenciamento de Resíduos foi implantado em 35,48% dos serviços de saúde de forma plena e em 64,51% dos serviços de saúde de forma parcial, totalizando 99,99%, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA da Atenção Básica 2017. Recomendações: a) Ampliar para 100% dos serviços de saúde o programa de gerenciamento de resíduos; b) Envolvimento de todas as áreas técnicas do DS, DEVISA e Distritos de Saúde para promoção e ampliação do Programa de Gerenciamento de Resíduos nos serviços de saúde.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.

Indicador 56. Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.

Relevância do indicador: A Inspeção sanitária em indústria de medicamentos visa reduzir ou eliminar os fatores de risco sanitário e os agravos à saúde da população. Também contribui para eliminação de empresas clandestinas e a comercialização de medicamentos falsificados.

Meta 2017:100 %

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	17%	Uma empresa foi inspecionada de um total de 6 empresas neste segmento.
2º Quadrimestre	83%	Foram inspecionadas 5 fabricantes de um total de 6 cadastradas.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 11- Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.

Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS

Indicador 57. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.

Relevância do indicador: Verificar a implantação/execução das ações de educação permanente em saúde, apontadas no plano regional.

Meta 2017: 70%

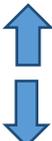
Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	35,42%	Considerações: 1838 profissionais com participação em ações educativas realizadas pelo CETS em parceria com áreas técnicas SMS e DEVISA. Recomendações: Intensificar o processo de valorização das ações de Educação Permanente realizadas em nível local (Unidades de Saúde) e distrital, além de manter ações macro, de cunho geral, direcionadas a profissionais das diferentes unidades de saúde.
2º Quadrimestre (cumulativo 1º e 2º)	56,61%	1049 profissionais com participação em ações educativas realizadas pelo CETS e em parceria com áreas técnicas e DEVISA da SMS. Obs. este cálculo considerou a totalidade de servidores da SMS até agosto/2017 (5.099)

Indicador 58. Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva

Relevância do indicador: Permite analisar o percentual de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família/ Saúde Coletiva que efetivamente estão sendo expandido no município.

Meta 2017:100%

Indicador de Avaliação Anual - Resultados Ano 2017	Considerações/Recomendações
	Recomendações: Manter o quantitativo de vagas e especialidades. Intensificar os esforços de ampliação e oferta de vagas dos Programas de Residência de Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional para o ano de 2017.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 59. Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental

Relevância do indicador: Permite avaliar o percentual de novos e/ou ampliação de Programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental no(s) município(s) da região.

Meta 2013: 0,00%; um programa novo em 2014 sobre cinco programas existentes atualmente; um em 2015 sobre seis existentes; zero em 2016 e 2017: 20% em 2014, 16,66% em 2015, 0 em 2016 e 2017.

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017 zero	Recomendações: Qualificar o processo de Ensino-Serviço ampliando os Fóruns de articulação com as entidades formadoras de residências médicas já existentes. Manter parcerias com os Programas de Residência Multiprofissional (HMMG, PUCC e UNICAMP), onde o CETS organizará a inclusão de um Módulo Introdutório anterior ao início dos estágios nos Serviços de Saúde do SUS Municipal, ampliando gradativamente a participação dos residentes dos Programas de Residência Médica.
Ano 2017	Não há ampliação no ano de 2017

Indicador 60. Número de pontos do Teles Saúde Brasil Redes implantados

Relevância do indicador: O Tele Saúde possibilita a integração de unidades básicas e serviços de saúde aos Núcleos de Teles Saúde Técnicos- científicos por meio de teleconsultorias, telediagnósticos e ações de teleeducação.

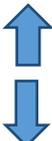
Meta: 0.

Resultados	Considerações/Recomendações
Ano 2017	Recomendações: Permanecem as recomendações para implantação gradativa dos Pontos Teles, em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde e às metas acima descritas.

Meta Municipal 11.a - Coordenar e regular 100% a Política de Integração Ensino Serviço (PIES), em atenção à competência do SUS definida na Constituição Federal, com formulação e proposição de estratégias de acompanhamento e avaliação dos processos formativos, bem como estimulando e apoiando ampliação das iniciativas por parte das IES parceiras da SMS.

Meta: 100% ao ano durante a vigência do Plano.

Resultados	Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Considerações: Realização de 47 ações, sendo 20 ações relacionadas aos

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		<p>Programas de Residência Médica e Multiprofissional, incluindo 04 oficinas de Acolhimento aos novos Residentes Multiprofissionais - Módulo Introdutório aos estágios no SUS (UNICAMP, PUC-Campinas, CHPEO e HMMG).</p> <p>Realização de 23 ações relacionadas à pactuação e avaliação de estágios de graduação.</p> <p>Realização de 04 reuniões da Comissão de Ensino Serviço.</p> <p>Recomendações: Organizar 01 nova turma do Curso de Formação de Articuladores do Ensino Serviço, previsto para o segundo quadrimestre; Manter os processos em andamento nos próximos quadrimestres.</p>
2º Quadrimestre	100%	<p>Realização de 54 ações, voltadas à qualificação do processo de integração ensino serviço, sendo: Atividades do PET Grada SUS (17 ações); Reuniões de avaliação e pactuação de estágios de Graduação (18 ações); Reuniões avaliação e pactuação de est[ágios de Nível Médio (06 ações); Reuniões avaliação e pactuação de estágios de Residências medicas e Multiprofissionais (07 ações), Reunião Ordinária da Comissão de Integração Ensino Serviço (03 ações) e Acolhimento de Visitas Técnicas de outros municípios para conhecer o trabalho do município (03 ações)</p>

Objetivo 11.2 - Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.

Indicador 61. Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos

Relevância do Indicador: Mensurar a proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, orientando as políticas de gestão do trabalho relacionadas à valorização e fixação dos trabalhadores nos Estados, DF, Municípios e União.

Meta 2017:100%.

Indicador de avaliação Anual - Resultados Ano 2017	Considerações/Recomendações
100%	<p>Considerações: Todos os trabalhadores da SMS possuem vínculo protegido. Com relação aos trabalhadores dos serviços conveniados, há a obrigatoriedade de apresentar Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas atualizadas.</p> <p>Recomendações: Monitorar e manter protegido o vínculo dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde.</p>

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 11.3 - Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.

Indicador 62. Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.

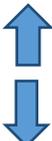
Relevância do Indicador: Confirma a importância de se manter espaço democrático, fórum paritário, de negociação, que reúne gestores e trabalhadores; possibilitando a construção conjunta de planos de trabalho e agendas de prioridades para reconhecimento e fortalecimento do trabalhador do SUS.

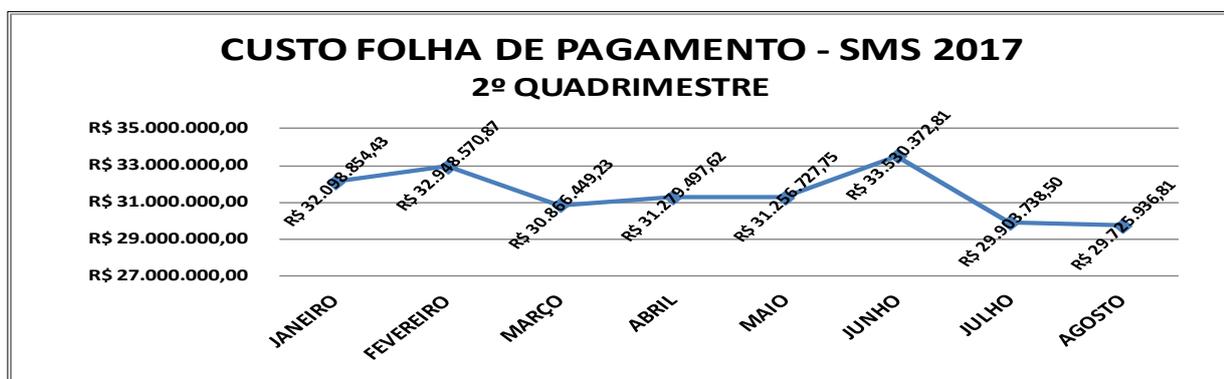
Meta 2017: 1 mesa ao ano

Indicador de avaliação Anual - Resultados Ano 2017	Considerações/Recomendações
100%	<p>Considerações: Todos os trabalhadores da SMS possuem vínculo protegido. Com relação aos trabalhadores dos serviços conveniados, há a obrigatoriedade de apresentar Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas atualizadas.</p> <p>Recomendações: Monitorar e manter protegido o vínculo dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde.</p>

Objetivo 11.4 - Adotar estratégias de valorização do trabalhador, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em saúde

ACOMPANHAMENTO CUSTO FOLHA DE PAGAMENTO - SMS 2017			
MÊS	QUADRO	VALOR	
JANEIRO	5285	R\$	32.098.854,43
FEVEREIRO	5268	R\$	32.948.570,87
MARÇO	5242	R\$	30.866.449,23
ABRIL	5188	R\$	31.279.497,62
MAIO	5161	R\$	31.256.727,75
JUNHO	5142	R\$	33.530.372,81
JULHO	5121	R\$	29.903.738,50
AGOSTO	5099	R\$	29.725.936,81
	41506	R\$	251.610.148,02

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Fonte: Folha Consist

Meta Municipal 11.b - Realizar acolhimento de 100% dos novos trabalhadores e inserção no processo de trabalho em saúde, durante cada ano da vigência do plano.

Meta para 2016: 80%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0%	Considerações: Não houve admissões com quantitativo considerável a fim de realizar o acolhimento durante o período.
2º Quadrimestre		

INGRESSO QUALIFICADO

Em 2017, no período de maio a agosto, tendo como fim último a assistência integral e com qualidade à saúde da população de Campinas e a valorização e fixação do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, o setor de Ingresso Qualificado do DGTES realizou as seguintes ações visando à entrada de novos profissionais ou à movimentação de servidores:

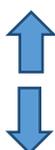
MOVIMENTAÇÃO DE SERVIDORES

No terceiro quadrimestre de 2017, não houve autorização de novas admissões de servidores, inviabilizando a realização de processos seletivos internos específicos ou de remanejamento.

Em agosto de 2017, o Programa Permuta Qualificada contava com **241** servidores inscritos à espera de possibilidade de mudança de lotação.

Neste período, **07** servidores alteraram suas lotações, movimentando-se por meio do programa de permuta.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA		
Categoria Profissional	Nº de Permutas	Nº Profissionais Envolvidos
Auxiliar/Técnico em Enfermagem	4	8
Enfermeiro	2	4
Técnico em Radiologia	1	2
TOTAL	7	14

*Não computadas tentativas não efetivadas

INGRESSO DE PROFISSIONAIS

CONCURSO PÚBLICO

No segundo quadrimestre de 2017, não foram autorizadas novas vagas para admissão, mas foi realizada **01** reunião de preenchimento de vagas nas quais foi ofertada **01** vaga por determinação judicial de ação de candidato aprovado.

ADMISSÕES 2º QUADRIMESTRE – SMS 2017					
CARGO	VAGAS OFERECIDAS	EM ADMISSÃO	ADMITIDOS	VAGAS ABERTAS	OBSERVAÇÃO
Médico Clínico Geral	04		03	–	Sem candidatos restantes
ACS	01		01		Ação judicial de candidato
Enfermeiro	02		01	–	02 ações judiciais de candidatos, sendo que 01 candidato não tomou posse
Condutor Veículo Urgência	01		01		
Téc. Agropecuária			01		Oferecida em 2016, admissão em 2017
TOTAL	8	0	7	-	

*Vagas autorizadas em 2016 (Não computadas vagas para o HMMG)

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



A Secretaria Municipal de Saúde solicitou a abertura de novos editais de concurso público para **201** vagas de **44** cargos sem edital válido ou candidatos remanescentes por meio de protocolados em tramitação na SMRH e SMF.

BALANÇO 2016 (Ingresso Qualificado/DGTES)

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA	
Nº Servidores Inscritos	Nº de Servidores Permutados
241	07

Não computadas tentativas não efetivadas

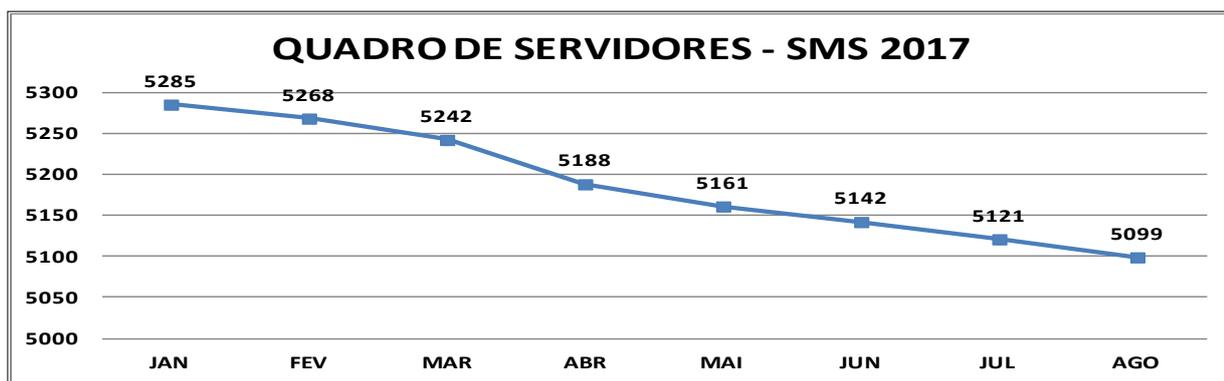
PROCESSO SELETIVO PÚBLICO e CONCURSO PÚBLICO		
Reuniões de Preenchimento	Nº Vagas Oferecidas	Admissões Efetivas em 2017
01	01	01

QUADRO GERAL SMS - 2017								
CARGO AGRUPADO	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago
ADMINISTRATIVO	268	268	268	266	264	263	263	263
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	728	724	721	719	718	718	715	715
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	879	875	872	857	849	846	845	841
AUXILIAR DE SAUDE PUBLICA	4	4	4	4	4	4	4	4
DENTISTA	222	221	217	216	213	211	207	206
ENFERMEIRO	532	532	527	524	518	516	514	513
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	122	120	118	118	117	117	116	116
EQUIPE FARMACIA	169	169	169	168	167	167	168	167
EQUIPE SAUDE BUCAL	150	150	150	149	149	149	147	146
ESTAGIARIO	28	31	33	30	33	34	33	32
FARMACEUTICO	62	62	62	61	61	61	60	60
MEDICO	908	903	896	881	876	869	864	857
MOTORISTA DE AMBULANCIA	101	100	98	98	98	98	98	98
OPERACIONAL	212	211	211	210	209	208	207	203
OUTROS NIVEL MEDIO	17	17	17	17	17	17	17	17
OUTROS NIVEL TECNICO	90	90	90	90	89	88	87	86
OUTROS UNIVERSITARIOS	303	303	303	304	304	302	301	299
TECNICO EM RADIOLOGIA	55	55	55	55	55	55	55	55
TECNICO ENFERMAGEM	435	433	431	421	420	419	420	421
Total geral	5285	5268	5242	5188	5161	5142	5121	5099

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

Meta Municipal 11.c - Aumentar em 20% a proporção de vagas oferecidas para remanejamento

Meta 2017: 76,70%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0%	Considerações: Não houve autorização de novas admissões de servidores no período, inviabilizando a realização de processos seletivos de remanejamento.
2º Quadrimestre	0%	Considerações: Não houve autorização de novas admissões de servidores no período, inviabilizando a realização de processos seletivos de remanejamento.

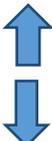
Meta Municipal 11.d - Articular junto à Secretaria Municipal de recursos Humanos a criação de um Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos da Saúde, através da promoção de no mínimo dois fóruns de trabalhadores para debate sobre o tema, durante os quatro anos

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017:	Recomendações: Reestruturar o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos, visando atender a nova legislação com foco na Assistência e Gestão do SUS.
Ano 2017	Indicador de avaliação anual.

Meta Municipal 11.e - Monitorar e Orientar as avaliações de servidores para garantir que 100% sejam avaliados.

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0%	Considerações: O período avaliativo de 01/07/2015 a 30/06/2016, ainda não foi realizado, aguardando cronograma a ser elaborado pela SMRH.
2º Quadrimestre	0%	Considerações: O período avaliativo de 01/07/2015 a 30/06/2016, ainda

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		não foi realizado, aguardando cronograma a ser elaborado pela SMRH.
--	--	---

Meta Municipal 11.f - Ampliar para quatro as ações (oficinas) de Promoção e Prevenção em Saúde do Trabalhador, qualificando o retorno ao trabalho e reorganizando o processo de trabalho.

Meta 2017: 04 oficinas / ano

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	Zero	Não houve demandas nas unidades
2º Quadrimestre	02	100% das demandas nas unidades

Meta Municipal 11.g - Manter o acompanhamento dos servidores no processo de retorno e reinserção ao trabalho

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Considerações: Quantidade de 27 servidores acompanhados com demandas referentes a Relações e Processos de Trabalho, processos de Saúde e Retorno/Reinserção ao Trabalho.
2º Quadrimestre	100%	Considerações: Quantidade de 12 servidores acompanhados com demandas referentes a Relações e Processos de Trabalho, processos de Saúde e Retorno/Reinserção ao Trabalho.

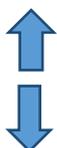
Objetivo 11.5 - Democratização e Humanização das relações de trabalho

Meta Municipal 11.h - Manter o acompanhamento de processos disciplinares através da intermediação das relações de conflito visando o estabelecimento de novos compromissos e responsabilidades

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Considerações: Quantidade de 1 processo acompanhado através da intermediação das relações de conflito visando o estabelecimento de novos compromissos e responsabilidades.
2º Quadrimestre	100%	Considerações: Quantidade de 12 processos acompanhados através da intermediação das relações de conflito visando o estabelecimento de novos compromissos e responsabilidades.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 11.6 - Recomposição do quadro da Secretaria Municipal de Saúde, considerando parâmetros e procedimentos para avaliação das necessidades de cada local.

Meta Municipal 11.i - Apontar a necessidade de recomposição do quadro, baseado no dimensionamento, para 100% dos serviços de saúde, ao final dos quatro anos.

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	50%	<p>Considerações: O Projeto de Dimensionamento no eixo Atenção Básica foi finalizado e está em processo de revisão e adequação ao novo Modelo de Saúde do município de Campinas.</p> <p>Recomendações: Concluir até o fim do 2º quadrimestre o processo de revisão e adequação do Projeto de Dimensionamento, implementando o novo Sistema de informação, visando o equilíbrio entre a Assistência e a Gestão na recomposição do quadro.</p>
2º Quadrimestre	80%	<p>Considerações: O Projeto de Dimensionamento no eixo Atenção Básica foi finalizado e está em processo de revisão e adequação ao novo Modelo de Saúde do município de Campinas.</p> <p>Recomendações: Concluir até o fim do 3º quadrimestre o processo de revisão e adequação do Projeto de Dimensionamento, implementando o novo Sistema de informação, visando o equilíbrio entre a Assistência e a Gestão na recomposição do quadro.</p>

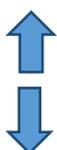
QUADRO DAS ADMISSÕES SMS - 2017

CARGO AGRUPADO	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho
ADMINISTRATIVO					1		
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE		1					
ENFERMEIRO							1
ESTAGIO		3	3	3	3	6	2
MEDICO		1		2			
MOTORISTA DE AMBULANCIA			1				
NOMEAÇÕES	1						
OUTROS NIVEL TECNICO	1						
OUTROS UNIVERSITARIOS	1			1			
Total geral	3	5	4	6	4	6	3

QUADRO DAS DEMISSÕES SMS - 2017

CARGO AGRUPADO	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto
----------------	---------	-----------	-------	-------	------	-------	-------	--------

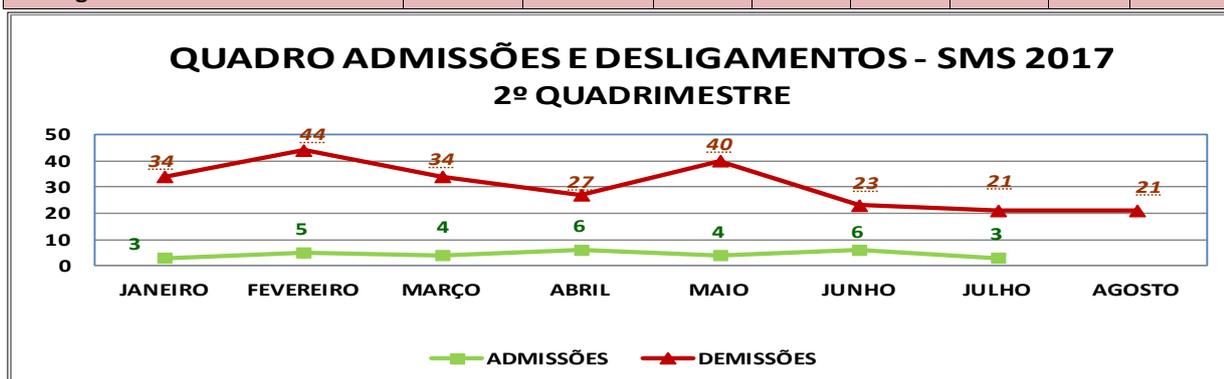
OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



ADMINISTRATIVO	5	1		1	3	1		
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	2	3	3	3		2	1	
DENTISTA	2		4	1	4	2	3	1
ENFERMEIRO	1	4	5	1	7	3	3	
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	1	2	1		1		1	
EQUIPE ENFERMAGEM	8	17	9	8	8	3	1	4
EQUIPE FARMACIA			1		1			1
EQUIPE SAUDE BUCAL	1			1			2	1
ESTAGIO	1	1		6	4	2	3	1
FARMACEUTICO				1			1	
MEDICO	6	15	8	4	7	7	3	6
MOTORISTA DE AMBULANCIA	1		1					
NOMEAÇÕES	1							
OPERACIONAL	1	1	1	1	1	1	1	4
OUTROS NIVEL TECNICO					1	1		1
OUTROS UNIVERSITARIOS	4		1		2	1	2	2
VETERINARIO					1			
Total geral	34	44	34	27	40	23	21	21



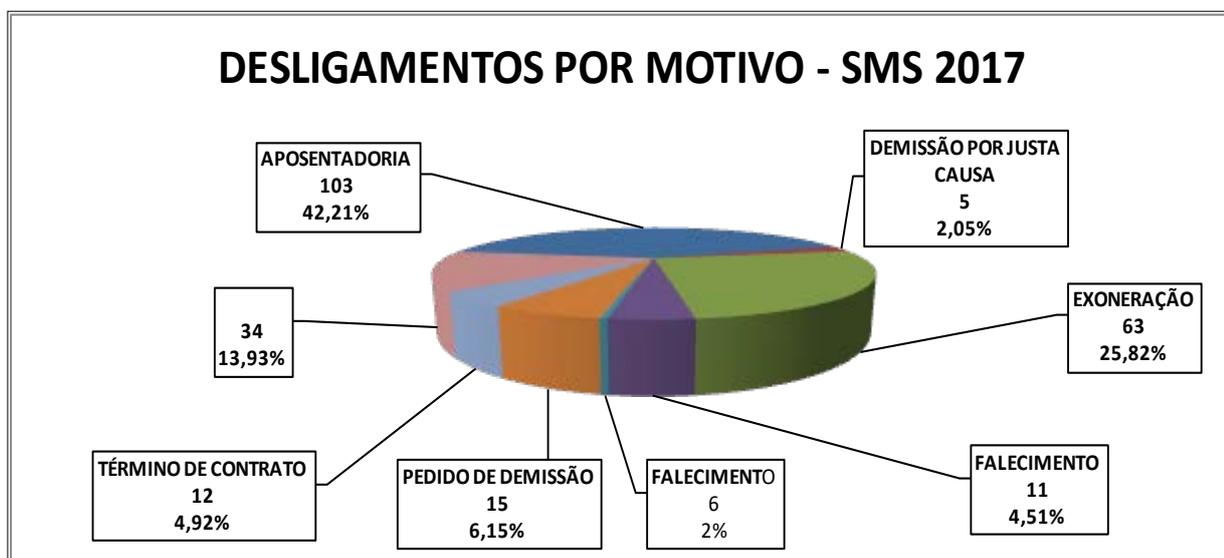
Fonte: Folha Consist/RH Gestão

DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2017								
MOTIVO	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto
Aposentadoria	14	4	11	13	21	11	13	16
Demissão por justa causa			3	1			1	
Exoneração	10	8	16	5	11	7	3	3
Falecimento	4	2	1		2	2		
Outros							1	
Pedido de Demissão	2	4	1	3		2	3	
Término de Contrato	1			5	4	1		1
Transferencia	3	26	2		2			1

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Total geral	34	44	34	27	40	23	21	21
-------------	----	----	----	----	----	----	----	----



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

CONVÊNIOS & PROGRAMAS

Em 2017, no período de janeiro a agosto, tendo como fim último a assistência total aos profissionais lotados nas Unidades de Saúde de Campinas e a valorização do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, o setor de Programas e Convênios do DGTES realizou as seguintes ações:

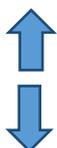
PROGRAMA MAIS MÉDICOS/PROVAB - SMS 2017	
DISTRITOS	UNIDADES DE SAÚDE (PROFISSIONAIS "MAIS MÉDICOS")
LESTE	CENTRO DE SAUDE ANTONIO DA COSTA SANTOS (CONCEICAO)
	CENTRO DE SAUDE CONEGO MILTON SANTANA (TAQUARAL)
	CENTRO DE SAUDE COSTA E SILVA
	CENTRO DE SAUDE IGOR CARLOS C D GUERCIO (31 DE MARÇO)
	CENTRO DE SAUDE SAO QUIRINO
	CENTRO DE SAUDE SOUSAS
NOROESTE	CENTRO DE SAUDE DR. PEDRO AGAPIO A NETTO(BALAO DO LARANJA)
	CENTRO DE SAUDE ITAJAI
	CENTRO DE SAUDE LISA
	CENTRO DE SAUDE MARGARIDA SANTOS SILVA (FLORESTA)
	CENTRO DE SAUDE PARQUE VALENCA

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

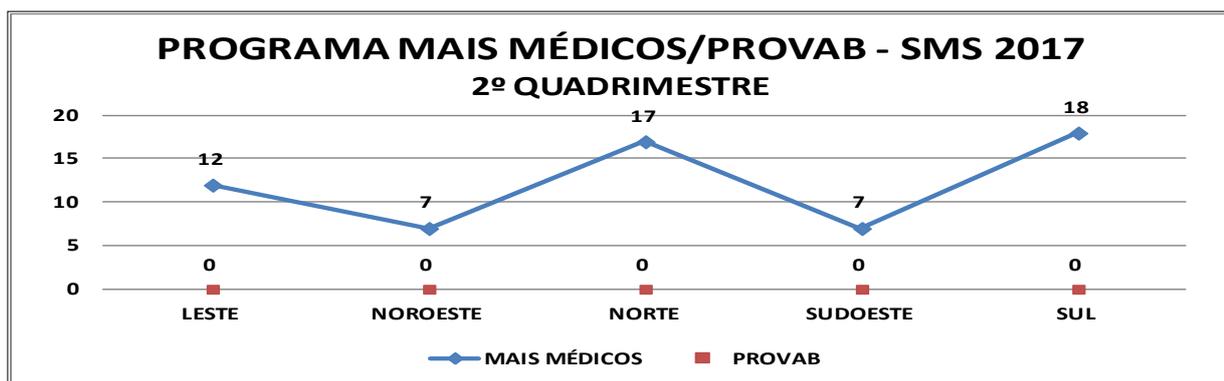


	CENTRO DE SAUDE ROSSIM	
NORTE	CENTRO DE SAUDE ANCHIETA	
	CENTRO DE SAUDE ATILIO VICENTIN (BARAO GERALDO)	
	CENTRO DE SAUDE BOA VISTA	
	CENTRO DE SAUDE CASSIO RAPOSO AMARAL	
	CENTRO DE SAUDE JARDIM AURELIA	
	CENTRO DE SAUDE JARDIM EULINA	
	CENTRO DE SAUDE ROSALIA	
	CENTRO DE SAUDE SAN MARTIN	
	CENTRO DE SAUDE SAO MARCOS	
	CENTRO DE SAUDE VILLAGE	
	SUDOESTE	CENTRO DE SAUDE AEROPORTO
CENTRO DE SAUDE DIC I		
CENTRO DE SAUDE UNIAO DE BAIROS		
CENTRO DE SAUDE VILA UNIAO/CAIC		
CENTRO DE SAUDE VISTA ALEGRE		
SUL	CENTRO DE SAUDE ANTONIO MONETA JUNIOR (OZIEL/M.CRISTO)	
	CENTRO DE SAUDE CAMPO BELO	
	CENTRO DE SAUDE DR. MANOEL RIOS MURARO (PARANAPANEMA)	
	CENTRO DE SAUDE FARIA LIMA	
	CENTRO DE SAUDE FERNANDA	
	CENTRO DE SAUDE FIGUEIRA	
	CENTRO DE SAUDE OROSIMBO MAIA	
	CENTRO DE SAUDE SAO DOMINGOS	
	CENTRO DE SAUDE SAO JOSE	
	CENTRO DE SAUDE VILA RICA	
CENTRO DE SAUDE VILA YPE		
DISTRITOS	QUADRO "MAIS MÉDICOS"	QUADRO "PROVAB"
LESTE	12	0
NOROESTE	7	0
NORTE	17	0
SUDOESTE	7	0
SUL	18	0
TOTAL GERAL	61	0

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

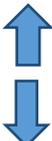


Fonte: Folha Consist/RH Gestão

Neste quadrimestre, das **98** vagas autorizadas que o município de Campinas possui por meio do Programa Mais Médicos, **70** profissionais estão em atividade inscritos pelo Projeto Mais Médicos do Brasil.

Ambas as reposições são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio de Edital de Adesão ou Cooperação Internacional OPAS/OMS, sendo que o município de Campinas está aguardando a reposição de **28** profissionais para completar o quadro, em virtude dos desligamentos ocasionados por término de contrato/encerramento de missão ou desistência/abandono do programa.

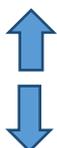
PONTOS DE ATENDIMENTO IMA (RECEPÇÃO) - SMS 2017	
DISTRITO	LOCAL DE TRABALHO
LESTE	CENTRO DE SAUDE CONEGO MILTON SANTANA (TAQUARAL)
	CENTRO DE SAUDE COSTA E SILVA
	CENTRO DE SAUDE DR. MARIO DE C BUENO JR (CENTRO)
	CENTRO DE SAUDE IGOR CARLOS C D GUERCIO (31 DE MARÇO)
	CENTRO DE SAUDE SAO QUIRINO
	CENTRO DE SAUDE SOUSAS
MEIO	AMBULATORIO DE DOENCAS SEXUAL. TRANSMIS.
	CENTRO DE REAB. FISICA E DOENCAS REUMAT.
	CENTRO DE REFERENCIA A SAUDE DO IDOSO
NOROESTE	CENTRO DE SAUDE DR. PEDRO AGAPIO A NETTO(BALAO DO LARANJA)
	CENTRO DE SAUDE INTEGRACAO
	CENTRO DE SAUDE IPAUSSURAMA
	CENTRO DE SAUDE ITAJAI
	CENTRO DE SAUDE JARDIM FLORENCE
	CENTRO DE SAUDE LAURA SIMOES C AMICUCCI (PERSEU)
	CENTRO DE SAUDE LISA
	CENTRO DE SAUDE MARGARIDA SANTOS SILVA (FLORESTA)
CENTRO DE SAUDE PARQUE VALENCA	

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

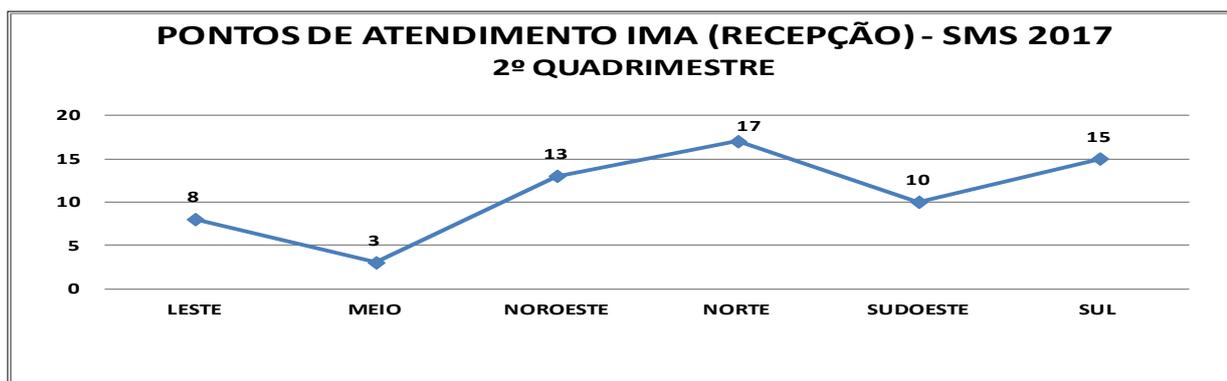


	CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS	
	PRONTO SOCORRO DR. SERGIO AROUCA	
NORTE	CENTRO DE SAUDE ANCHIETA	
	CENTRO DE SAUDE ATILIO VICENTIN (BARAO GERALDO)	
	CENTRO DE SAUDE BOA VISTA	
	CENTRO DE SAUDE CASSIO RAPOSO AMARAL	
	CENTRO DE SAUDE JARDIM AURELIA	
	CENTRO DE SAUDE JARDIM EULINA	
	CENTRO DE SAUDE ROSALIA	
	CENTRO DE SAUDE SAN MARTIN	
	CENTRO DE SAUDE SANTA BARBARA	
	CENTRO DE SAUDE SAO MARCOS	
	PRONTO ATENDIMENTO PADRE ANCHIETA	
	SUDOESTE	CENTRO DE SAUDE CAMPOS ELISEOS
CENTRO DE SAUDE DR. MOISES LIBERMAN (SANTO ANTONIO)		
CENTRO DE SAUDE SANTA LUCIA		
CENTRO DE SAUDE SAO CRISTOVAO		
CENTRO DE SAUDE UNIAO DE BAIROS		
CENTRO DE SAUDE VISTA ALEGRE		
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS		
SUL	CENTRO DE SAUDE CAMPO BELO	
	CENTRO DE SAUDE DR. MANOEL RIOS MURARO (PARANAPANEMA)	
	CENTRO DE SAUDE FARIA LIMA	
	CENTRO DE SAUDE FERNANDA	
	CENTRO DE SAUDE FIGUEIRA	
	CENTRO DE SAUDE OROSIMBO MAIA	
	CENTRO DE SAUDE SANTA ODILA	
	CENTRO DE SAUDE SAO DOMINGOS	
	CENTRO DE SAUDE SAO JOSE	
	CENTRO DE SAUDE VILA RICA	
	POLICLINICA II	
	POLICLINICA III	
PRONTO ATENDIMENTO SAO JOSE		
DISTRITOS		QUADRO
LESTE		8
MEIO		3
NOROESTE		13
NORTE		17
SUDOESTE		10
SUL		15
TOTAL GERAL		66

OBS.:



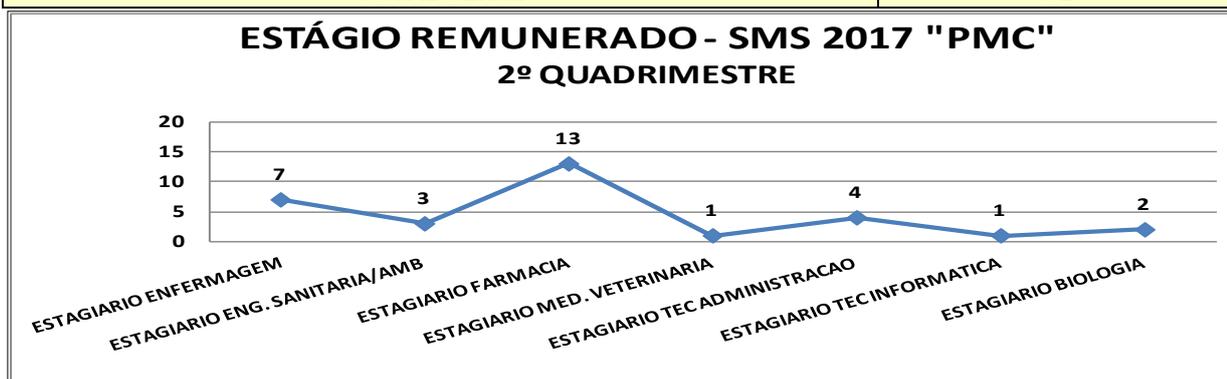
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

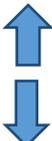
Neste quadrimestre, apesar da grande rotatividade de funcionários, ocasionando ausência em algumas unidades, e também considerando a supressão de **03** posições de atendimento ocorrida na prorrogação do contrato vigente, o município encerrou este período com todas as **66** posições de atendimento contratadas preenchidas e em atividade.

ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2017 "PMC"	
CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO ENFERMAGEM	7
ESTAGIARIO ENG. SANITARIA/AMB	3
ESTAGIARIO FARMACIA	13
ESTAGIARIO MED. VETERINARIA	1
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	4
ESTAGIARIO TEC INFORMATICA	1
ESTAGIARIO BIOLOGIA	2
TOTAL GERAL	31



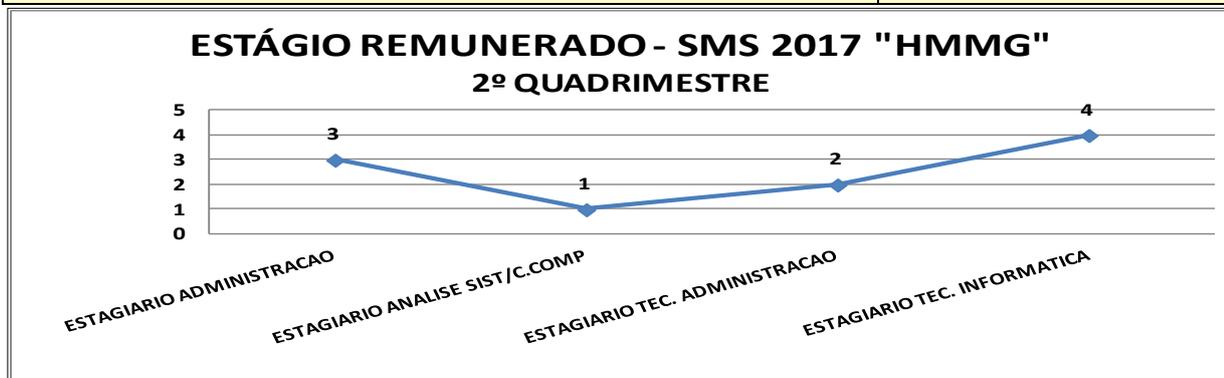
Fonte: Folha Consist/RH Gestão

ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2017 "HMMG"	
CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO ADMINISTRACAO	3

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



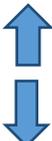
ESTAGIARIO ANÁLISE SIST/C. COMP	1
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	2
ESTAGIARIO TEC INFORMATICA	4
TOTAL GERAL	10

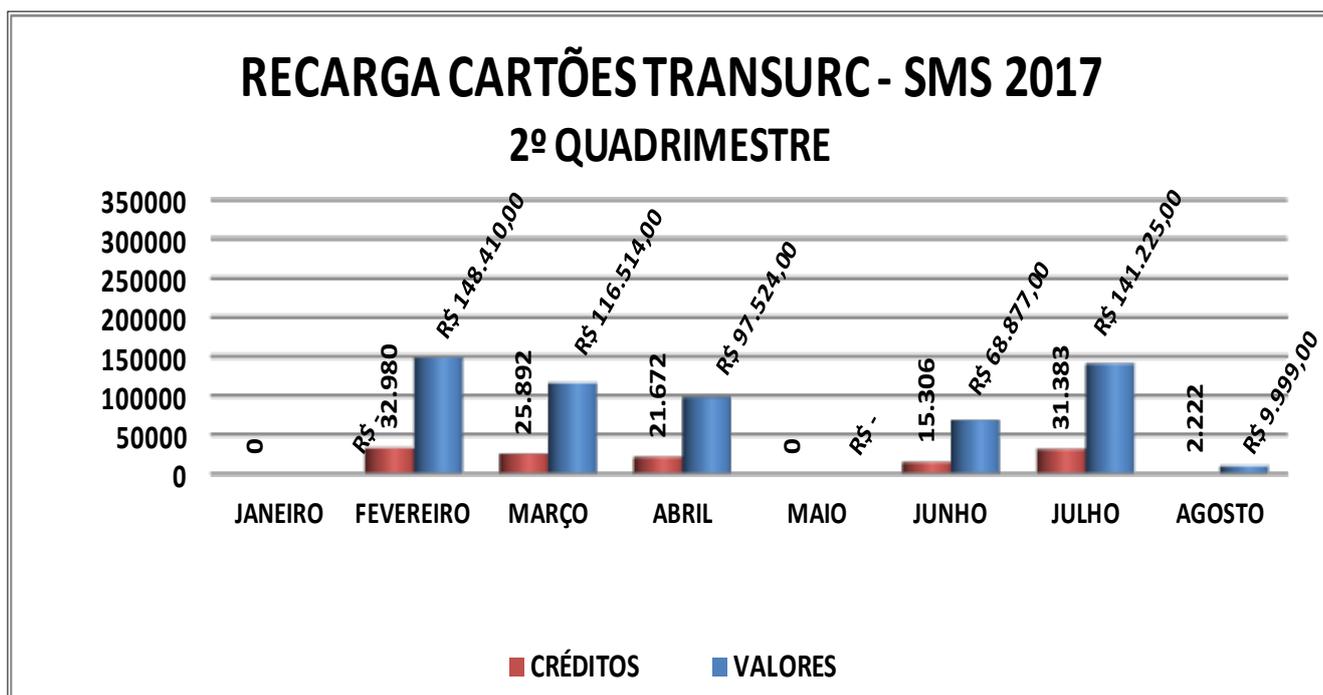


Fonte: Folha Consist/HMMG Gestão

Neste quadrimestre de 2017, ingressaram **12** estagiários, sendo **10** estagiários na Rede PMCe e **02** estagiários no Hospital Mario Gatti.

RECARGA CARTÕES TRANSURC - SMS 2017		
MÊS	CRÉDITOS	VALOR
JANEIRO	0	R\$ -
FEVEREIRO	32.980	R\$ 148.410,00
MARÇO	25.892	R\$ 116.514,00
ABRIL	21.792	R\$ 98.064,00
MAIO	0	R\$ -
JUNHO	15.306	R\$ 68.877,00
JULHO	31.383	R\$ 141.225,00
AGOSTO	2.222	R\$ 9.999,00
	161.573	R\$ 727.080,00

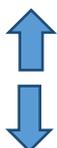
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Fonte: Convênios & Programas

Neste quadrimestre, a Secretaria Municipal de Saúde possui atualmente **813** cartões de passes ativos, sendo que o valor unitário da passagem é de **R\$ 4,50** (em vigor desde janeiro/2017).

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo 12.1- Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

Indicador 63. Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde

Relevância do indicador: permite avaliar o quantitativo de planos de saúde enviados aos Conselhos de Saúde.

Meta 2013: 1/ Meta 2017: 1

Resultados	Considerações/Recomendações
Ano de 2016	NÃO SE APLICA

Indicador 64. Proporção Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) Meta 2014-2017: Manter o CMS cadastrado.

Relevância do indicador: permite avaliar o quantitativo de Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de acompanhamento de Conselhos de Saúde (Siacs).

Meta Municipal 12.a - Manter Conselhos Distritais de Saúde em funcionamento nos cinco Distritos

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017: 100%	Manter a meta
1o Quadrimestre	100%
2º Quadrimestre	100%

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 12.b - Manter Conselhos Locais de Saúde em funcionamento nos serviços que já possuem e implantar em todos os serviços de saúde que não possuem

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017: 100%	Recomendações: a) Manter e monitorar os CLS dos Centros de Saúde, com periodicidade de reuniões mensais, sendo de, no mínimo, 12 reuniões ao ano. b) Implantar CLS nos demais Serviços de Saúde (que ainda não possuem) com periodicidade de reuniões mensais, sendo de, no mínimo, 12 reuniões ao ano. Obs. VIDE RELATÓRIOS DOS SERVIÇOS
1o Quadrimestre	
2º Quadrimestre	98,41% - 62 UBS estão com CLS em funcionamento

Meta Municipal 12.c - Manter Comissões de acompanhamento em todos os serviços conveniados ao SUS municipal

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017: Manter 100%	Recomendações: Estimular a participação dos conselheiros nas reuniões mensais.
1o Quadrimestre	100%
2º Quadrimestre 100%	Com representante dos usuários: PUCC, Maternidade, Mário Gatti, Beneficência Portuguesa, CHPEO (Fonte: CMS – 28.07.2017)

Meta Municipal 12.d – 25 pessoas capacitadas, ao ano, para o Controle social e gestão participativa no SUS até 2017.

Meta 2017: no mínimo 25

Resultados	Ano de 2016
1o Quadrimestre	0
2º Quadrimestre	Oficina com o tema “ Os problemas da Saúde de Campinas e o Papel dos Conselheiros ” da Comissão de Formação de Conselheiros e Educação Permanente, no Sindicato dos Frentistas, no Dia 24/06/2017, - com 41

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	participantes
--	----------------------

Meta Municipal 12.e - Realizar a 10ª Conferência Municipal de Saúde, até 2017.

Meta 2017: 0

Ano de 2017
Considerações: X Conferência Municipal de Saúde aconteceu em junho de 2015.
Recomendações: a) Receber a publicação do relatório da X Conferência Municipal de Saúde. b) Adequação do Plano municipal de Saúde 2014-2017 conforme as resoluções da X Conferência Municipal de Saúde.

Objetivo 12.2 - Novo modelo de gestão, com ênfase na capacitação de profissionais, informação e informática, Cartão Nacional de Saúde e Intersetorialidade.

Meta Municipal 12.f - Realizar duas oficinas /seminários de Atenção à Saúde, ao ano, para gestores e profissionais.

Meta 2017: 2

Resultados		Considerações
1º Quadrimestre	1	Realização de 01 Oficina dentro do processo de implantação de NASF, com foco na gestão do processo, contando com a participação de 49 profissionais, incluindo profissionais dos NASF, equipes apoiadas e gestores.
2º Quadrimestre	4	Realização de 01 Oficina dentro do processo de implementação do NASf, com participação de 98 profissionais (gestores, equipes) Realização de duas oficinas de Autoavaliação dentro do PMAQ, com participação de 50 gestores de nível central e distrital. Capacitação de 83 ACS dentro do processo de implantação do e-SUS nas unidades de saúde.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

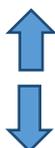


Meta Municipal 12.g - Informatização dos serviços de saúde todas as Unidades de Saúde até 2017

Meta: 60% das UBS informatizadas em 2016

Resultados		Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	18,75%	Indicador	1º Quadrim.
		1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{12}{64} \times 100 = 18,75$
		2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{15}{109} \times 100 = 13,76$
		3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$
		4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas	$\frac{44}{109} \times 100 = 40,37$
		Produto: Informatização da rede de saúde (computadores, sala de vacina, E-SUS, SIGA, processo regulatório, de auditoria e pagamento) e Implantação do sistema AGHU noCHPEO.	
2º Quadrimestre	18,75%	Unidades totalmente informatizadas: CS Capivari, CS Centro, CS Orozimbo Maia, CS Rosália, CS San Martin, CS Santo Antônio, CS São Marcos, CS Oziel/Monte Cristo, CS São Cristovão, CS São Quirino, CS União dos Bairros, CS São Vicente, Policlínica I, VISA Noroeste e VISA Sul. Unidades totalmente cabeadas: CS 31 de Março, CS Aurélia, CS Barão Geraldo, CS Boa Esperança, CS Campina Grande, CS Campo Belo, CS Carvalho de Moura, CS Cássio Raposo do Amaral, CS Costa e Silva, CS DIC I, CS DIC III, CS Eulina, CS Fernanda, CS Figueira, CS Florence, CS Ipaussurama, CS Itajaí, CS Joaquim Egídio, CS Paranapanema, CS Rossin, CS Santa Mônica, CS Santa Odila, CS Santa Rosa, CS São Domingos, CS Sosas, CS Tancredo Neves, CS Vila União, CS Vila Ipê, CS Vila Rica. As demais unidades de saúde se encontram parcialmente cabeadas. • Projeto Saúde em Ação <ul style="list-style-type: none">○ Definida programação de entrega de computadores e implantação do PEC e-SUS AB como piloto no município○ Previsão de entrega de computadores para início de outubro○ Unidades Piloto na implantação do PEC e-SUS AB<ul style="list-style-type: none">▪ Leste: CS Carlos Gomes e CS Taquaral▪ Noroeste: CS Pedro de Aquino e CS Rossin	

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



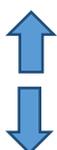
		<ul style="list-style-type: none">▪ Norte: CS Rosália, CS San Martin e CS São Marcos▪ Sudoeste: CS Capivari, CS Santa Lúcia e CS União dos Bairros▪ Sul: CS Orozimbo Maia, CS Oziel e CS São Vicente <table border="1"><thead><tr><th>Indicador</th><th>2º Quadrim</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas</td><td>$\frac{12}{64} \times 100 = 18,75$</td></tr><tr><td>2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados</td><td>$\frac{15}{109} \times 100 = 13,76$</td></tr><tr><td>3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas</td><td>$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$</td></tr><tr><td>4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas</td><td>$\frac{44}{109} \times 100 = 40,37$</td></tr></tbody></table> <p>Solicitado para os distritos que se organizem na redistribuição dos computadores existentes atualmente na unidade para outras localidades no mesmo distrito.</p>	Indicador	2º Quadrim	1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{12}{64} \times 100 = 18,75$	2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{15}{109} \times 100 = 13,76$	3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$	4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas	$\frac{44}{109} \times 100 = 40,37$
Indicador	2º Quadrim											
1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{12}{64} \times 100 = 18,75$											
2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{15}{109} \times 100 = 13,76$											
3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$											
4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas	$\frac{44}{109} \times 100 = 40,37$											

Meta Municipal 12.h - Disponibilizar o cartão metropolitano de saúde para 100% das redes assistenciais.

Meta 2017: 0

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0%	Apresentação da proposta de parceria com o Ministério da Saúde para implantação do sistema E-SUS AB para a Câmara Temática de Saúde da Região Metropolitana de Campinas..
2º Quadrimestre	0%	Aguardando análise da viabilidade de execução de um projeto para o Cartão Metropolitano.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 12.3 - Equidade com ênfase a populações em maior vulnerabilidade

Meta Municipal 12.i - Realizar, no mínimo, quatro encontros envolvendo lideranças do movimento de ciganos, lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, da população em situação de rua e dos gestores do SUS até 2017.

Meta 2017: 0

Ano de 2016	
PAS 2017 – Manter	
Recomendações: Permanecem as implementações de propostas apresentadas pelo Comitê Técnico da Saúde da População Negra desde 2015:	
I)	Implementar esta Política em âmbito municipal;
II)	Organizar o funcionamento administrativo e financeiro do Comitê Técnico da Saúde da População Negra;
III)	Capacitar os trabalhadores das UBS, com relação a informações e cursos sobre as especificidades da saúde da população negra;
IV)	Implantar políticas direcionadas à saúde da população negra conforme estabelecidas na Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009;
V)	Incluir o quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;
VI)	Elaborar materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;
VII)	Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;
VIII)	Elaborar banco de dados referentes às informações sobre pacientes das especificidades, relacionadas a saúde da população negra;
IX)	Definir gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
X)	Coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;
XI)	Garantir a inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;
XII)	Garantir da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela portaria GM/MS No. 1.996, de 20 de agosto de 2007;
XIII)	Fortalecer a gestão participativa, com incentivo e participação popular e ao controle social;
Humanizar o processo de acolhimento, no serviço de dispensação na assistência farmacêutica, na atenção diferenciada na internação e atendimento nas UBS.	

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

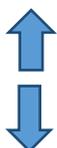


Meta Municipal 12.i – Apresentar o Relatório Anual de Gestão (RAG) e os Relatórios Quadrimestrais de Gestão (RQG) para 100% dos Conselhos Locais de Saúde

Meta para 2016:100%

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017: 100%	Recomendações: Incentivar, monitorar e requerer que os RQG sejam apresentados periodicamente nos CLS. Enfatizar junto aos Coordenadores de Centros de Saúde a importância da elaboração do planejamento junto com os CLS e a apresentação dos resultados das ações planejadas

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência.

Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Indicador 65. Proporção de municípios com ouvidoria implantada

Relevância do indicador: a ouvidoria, no âmbito do monitoramento e da avaliação, tem a finalidade de contribuir com a avaliação do sistema, por meio do envolvimento do usuário, estabelecendo comunicação entre o cidadão e o poder público, de forma a promover encaminhamentos necessários para a solução de problemas e efetiva participação da comunidade na gestão do SUS, de acordo com a Constituição federal de 1988, visando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Meta 2017: 1

Resultados	Considerações/Recomendações
1o Quadrimestre	1
2º Quadrimestre	1

Indicador 66. Componente do SNA estruturado

Relevância do indicador: Com o componente estadual, DF e Municipal do SNA estruturado as ações de auditoria no COAP serão realizadas de maneira integrada e sistêmica com vistas a contribuir na qualificação, transparência e ética da gestão em saúde.

Meta 2017: 2

Ano de 2016
PAS 2017- Meta para 2016: 2 Recomendações: Permanecem as necessidades e o apontamento de adequar a CAC em consonância com o disposto na Lei 141/2012

Indicador 67. Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde

Meta 2013: N/A Metas 2014 a 2017: 1 alimentação anual pelo município

Relevância do indicador: Evidencia o grau de adesão regional e dos municípios ao Banco de Preços da Saúde, colaborando com o processo de visibilidade dos preços praticados e com o compartilhamento de informações para a melhoria da gestão do SUS. Possibilita construir base de dado de históricos de compras.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 1

Ano de 2016
PAS 2017-Recomendações: Capacitar e formar profissionais para alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.

Meta Municipal 13.a - Implantar e implementar Portal da Transparência da SMS.

Meta 2017: 0

Ano de 2016
Considerações: 100% - serviço implantado com acesso facilitado e em funcionamento no Portal da SMS. Meta atingida.

Meta Municipal 13.b Manter prestação de contas dos serviços conveniados e contratados online.

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
1o Quadrimestre	100% dos serviços conveniados (atualmente 13 Convênios)
2º Quadrimestre	100% dos serviços conveniados (atualmente 13 Convênios)

Meta Municipal 13.c - Financiamento estável

Meta 2017:100%

Resultados	Considerações/Recomendações
Considerações: Prestações de contas do Fundo Municipal de Saúde. No próximo ano é necessário a metodologia de registro e apuração de custos.	
Recomendações: a) Rever a metodologia de apuração de custos. b) Implementar ações de monitoramento de custos.	

Meta Municipal 13.d - Implantar contrato de metas em 100% dos serviços SUS Municipais

Meta 2017:100%

Resultados	Considerações/Recomendações
Considerações: Todos os serviços conveniados ao SUS Municipal possuem Contratos de Metas. No ano de 2014 estamos em processo de revisão destes contratos em virtude das novas Portarias de Contratualização editadas pelo Ministério da Saúde. Todos os leitos conveniados estão sob regulação da Central Municipal de Regulação e após as 22 horas estão sob a Regulação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Recomendação: revisão	

OBS.:



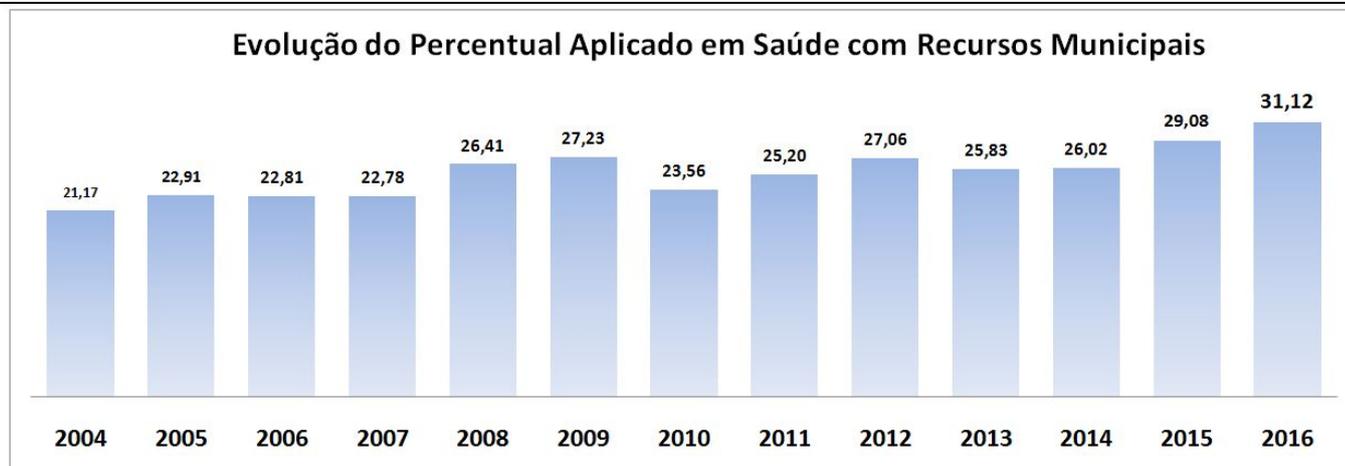
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



de todas as metas de Contratualização, conforme determinação do Ministério da Saúde.

Recomendações:a) Reavaliar os Indicadores de Metas conforme os critérios estabelecidos nas portarias do Ministério da Saúde.

b) iniciar processo de indicadores de contrato de metas junto aos gestores da SMS.

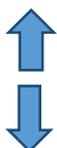


No ano de 2016 foi aplicado o percentual de 31,12% (valor de aplicação na saúde: R\$ 894.667.007,97). Base de cálculo para ações e serviços públicos de Saúde (R\$ 2.874.746.875,03).

Campinas, 29 de setembro de 2017

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Anexos – 2º RDQA 2017

1RDQA2017AB - Questionário Matriz da Atenção Básica

2RDQA2017AB-CSCAMPOBELO	2RDQA2017AB-CSPARANAPANEMA
1RDQA2017SM-CAPSESPERANÇA	2RDQA2017AB-CSPARQUEFLORESTA
2RDQA2017AB-CS31MARCO	2RDQA2017AB-CSPARQUEVALENCA
2RDQA2017AB-CSAEROPORTO	2RDQA2017AB-CSPERSEULEITEDEBARROS
2RDQA2017AB-CSAMADEUSDOSSANTOS	2RDQA2017AB-CSROSALIA
2RDQA2017AB-CSBALAODOLARANJA	2RDQA2017AB-CSROSSIN
2RDQA2017AB-CSBARAOGERALDO	2RDQA2017AB-CSSANMARTIN
2RDQA2017AB-CSBOAESPERANCA	2RDQA2017AB-CSSANTAODILA
2RDQA2017AB-CSCAMPINAGRANDE	2RDQA2017AB-CSSANTAROSA
2RDQA2017AB-CSCAPIVARI	2RDQA2017AB-CSSANTO ANTONIO
2RDQA2017AB-CSCARLOS GOMES	2RDQA2017AB-CSSÃOBERNARDO
2RDQA2017AB-CSCARVALHODEMOURA	2RDQA2017AB-CSSAOCRISTOVAO
2RDQA2017AB-CSCASSIORAPOSODOAMARAL	2RDQA2017AB-CSSAODOMINGOS
2RDQA2017AB-CSCENTRO	2RDQA2017AB-CSSAOJOSE
2RDQA2017AB-CSCONCEICAO	2RDQA2017AB-CSSAOMARCOS
2RDQA2017AB-CSCOSTAESILVA	2RDQA2017AB-CSSAOQUIRINO
2RDQA2017AB-CSDIC1	2RDQA2017AB-CSSATELITEIRIS
2RDQA2017AB-CSDIC3	2RDQA2017AB-CSSOUSAS
2RDQA2017AB-CSESMERALDINA	2RDQA2017AB-CSSTABARBARA
2RDQA2017AB-CSEULINA	2RDQA2017AB-CSSTALUCIA
2RDQA2017AB-CSFERNANDA	2RDQA2017AB-CSTANCREDO NEVES
2RDQA2017AB-CSFIGUEIRA	2RDQA2017AB-CSTAQUARAL
2RDQA2017AB-CSFLORENCE	2RDQA2017AB-CSUNIAODOSBAIRROS
2RDQA2017AB-CSINTEGRACAO	2RDQA2017AB-CSVILA IPE
2RDQA2017AB-CSIPAUSSURAMA	2RDQA2017AB-CSVILAPADREANCHIETA
2RDQA2017AB-CSITAJAI	2RDQA2017AB-CSVILARICA
2RDQA2017AB-CSJAURELIA	2RDQA2017AB-CSVILAUNIAO
2RDQA2017AB-CSJOAQUIMEGIDEO	2RDQA2017AB-CSVILLAGE
2RDQA2017AB-CSLISA	2RDQA2017AB-CSVISTA ALEGRE
2RDQA2017AB-CSNOVAAMERICA	2RDQA2017-CSSANTOSDUMONT
2RDQA2017AB-CSOROZIMBOMAIA	2RDQA2017AB-CSBOAVISTA
2RDQA2017AB-CSOZIEL	2RDQA2017AB-CSSAOVICENTE

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



1RDQA2017ESP - Questionário Matriz das Especialidades

2RDQA2017ESP-CEOSUDOESTE

2RDQA2017ESP-CRI

2RDQA2017ESP-CRR

2RDQA2017ESP-CTA E AMBULATORIO DE HEPATITES VIRAIS OURO VERDE

2RDQA2017ESP-POLI1

2RDQA2017ESP-POLI2

2RDQA2017ESP-POLI3

1RDQA2017SM - Questionário Matriz da Saúde Mental

2RDQA2017SM-CAPS3NOVOTEMPO

2RDQA2017SM-CAPSADANTONIOORLANDO

2RDQA2017SM-CAPSADREVIVER

2RDQA2017SM-CAPSDAVICAPISTRANO

2RDQA2017SM-CAPSESTACAO

2RDQA2017SM-CAPSIJCARRETEL

2RDQA2017SM-CAPSIJESPACOCRIATIVO

2RDQA2017SM-CAPSIJRODAVIVA

2RDQA2017SM-CAPSIJTRAVESSIA

2RDQA2017SM-CAPSINDEPENDENCIA

2RDQA2017SM-CAPSINTEGRACAO

2RDQA2017SM-CAPSSUL

2RDQA2017SM-CASADASOFICINAS

2RDQA2017SM-CECOCASADOSSONHOS

2RDQA2017SM-CECOESPACODASVILAS

2RDQA2017SM-CECOPORTALDASARTES

2RDQA2017SM-CECOROSADOSVENTOS

2RDQA2017SM-CECOTEARDASARTES

2RDQA2017SM-CECOTONINHA

2RDQA2017SM-CONSULTÓRIO NA RUA

1RDQA2017LOC - Relatórios das Áreas Centrais e Convênios

2RDQA2017LOCAL-DA

2RDQA2017LOCAL-DGDO-APAE

2RDQA2017LOCAL-DGDO-APASCAMP

2RDQA2017LOCAL-DGDO-CASADACRIANCAPARALITICA

2RDQA2017LOCAL-DGDO-CHPEO

2RDQA2017LOCAL-DGDO-CII

2RDQA2017LOCAL-DGDO-CONVENIOSGOVERNAMENTAIS

2RDQA2017LOCAL-DGDO-CSRA

2RDQA2017LOCAL-DGDO-FUNDACAOSINDROMEDEDOWN

2RDQA2017LOCAL-DGDO-GRUPOVIDA

2RDQA2017LOCAL-DGDO-HMCP

2RDQA2017LOCAL-DGDO-HMMG

2RDQA2017LOCAL-DGDO-IRMANDADEDEMISERICORDIADECAMPINAS

2RDQA2017LOCAL-DGDO-MATERNIDADEDECAMPINAS

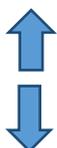
2RDQA2017LOCAL-DGDO-PADREHAROLDO

2RDQA2017LOCAL-DGDO-RSPORTUGUESADEBENEFICIENCIA

2RDQA2017LOCAL-DGDO-SSCF

2RDQA2017LOCAL-DGTES

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir