



**Prefeitura
Municipal de
Campinas**



Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior Campinas/SP 1o RDQA 2018

Introdução

O Plano Municipal de Saúde é um planejamento a longo prazo, que traz a política macro do Município para os próximos quatro anos. Este Plano propõe retratar a complexidade das ações de saúde, sem perder o dinamismo das situações inusitadas que se apresentam no cotidiano, em conformidade com o Sistema de Planejamento do SUS, com os entes federados e com o Plano Pluri-Anual de Campinas.

O SUS tem ainda o desafio de ser compreendido como uma política de Estado e não uma política governamental e, por conseguinte, a gestão pública do SUS traz embutida em seu cotidiano esta enorme demanda política.

A gestão pública da saúde é um enorme desafio em todos os países do mundo, mesmo nos desenvolvidos e, particularmente enorme em um país com mais de 200 milhões de habitantes, com grandes diversidades sociais, econômicas e culturais, como o Brasil e que fez a opção constitucional pela universalidade e gratuidade das ações em saúde.

Campinas, cidade com cerca de 1.17 milhão de habitantes, polo regional, é referência para cerca de 3,5 milhões de pessoas e dezenas de municípios que integram-se no cotidiano da cidade com circulação de pessoas, produtos e serviços. Este cenário mostra a complexidade da organização, estruturação e garantia de acesso aos serviços e ações de saúde pública.

Vale destacar que o Município de Campinas traz uma diferenciação de demanda por serviços e ações, em maior ou menor grau. Atualmente, aproximadamente, 55% de nossos cidadãos dependem 100% das ações assistenciais de saúde do SUS.

O município de Campinas tem uma organização de saúde complexa e praticamente todos os procedimentos cientificamente aceitos são oferecidos aos usuários do SUS. Desde 1997, o processo de municipalização da gestão da saúde trouxe um elevado grau de responsabilização, com desafios gerenciais, de disponibilização de recursos humanos e materiais, que vem se tornando mais complexos nos últimos anos em virtude do desafio do financiamento do SUS.

Apesar do dispositivo constitucional de aplicação de 15% dos recursos municipais na saúde, nosso município tem em sua lei orgânica a aplicação de 17% e em nossa série histórica estes valores ultrapassam 30%

Outro grande desafio é compatibilizar todas as ações, tendo a atenção básica como coordenadora da atenção à saúde e coordenadora do cuidado. Acompanhado da urgência e emergência plenamente provida em recursos humanos e estrutura, leitos de retaguarda suficientes e regulados aos interesses do sistema, hospitais próprios e conveniados equipados e desenvolvendo procedimentos necessários à população, atenção especializada com procedimentos diagnósticos e terapêuticos, laboratório municipal equipado e moderno e vigilância em saúde atuante e especializada.

A implementação dos componentes das redes de oncologia, a rede cegonha, a urgência e emergência, transplantes, hemoterapia, dentre outras ganham cada vez maior importância na organização do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Importante ressaltar que a gestão da Secretaria Municipal de Saúde está cada vez mais complexa e profissionalizada.

Outro enorme desafio da SMS está nas interfaces e intersectorialidade com outras secretarias e outros entes federativos como o nível federal, estadual e outros municípios. Uma constante articulação com todas estas instâncias é que dá equilíbrio financeiro e de ações.

Outro destaque deve ser dado a participação social da SMS. Conselhos Locais, Distritais e Municipal atuantes ampliam o diagnóstico das necessidades e o pleito de reivindicações da população ampliando a responsabilidade no provimento docuidado à população e pacientes.

O Plano Municipal de Saúde visa harmonizar todas estas ações dentro da política do SUS. Sabemos que o SUS é um modelo de estado em constante aperfeiçoamento. Sua implantação nestes 29 anos teve grandes avanços mas também grandes percalços. Padecemos ainda de um sub-financiamento que compromete seu funcionamento. Temos importantes dificuldades de gestão em todos os níveis. A busca incessante de um pacto federativo adequado ao seu desenvolvimento é um desafio fundamental à sua consolidação.

EIXO I- ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE

Diretriz 1. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Objetivo 1.i. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica

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

Relevância do Indicador

Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária em constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Permite identificar a disponibilidade de recursos humanos da atenção básica para a população residente, indicando o potencial de oferta de ações e serviços básicos para a população e o acesso a esse nível de atenção.

Série Histórica

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS EM CAMPINAS							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
População	1.080.999	1.090.000	1.100.970	1.112.050	1.123.241	1.134.546	1.142.620
Nº ESF	102	97	98	106	166	171	163
Cob. CAMPINA	32,55%	30,70%	30,71%	32,89%	50,99%	52,00%	49,22%

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 e Pop. SEADE

Método de Cálculo

Numerador: $N^{\circ} \text{ de eSF} (N^{\circ} \text{ eAB} + N^{\circ} \text{ eSF equivalente}) \times 3.450$

em determinado local e período

x 100

Denominador: Estimativa populacional do ano anterior

Meta:

Aumentar 5% ao ano a partir de 2018 até 2021

	2018	2019	2020	2021
População*	1.158.944	1.167.192	1.175.501	1.184.903
Nº ESF	178	196	215	234
Cobertura Estimada	53%	58%	63%	68%

*Fonte: Fundação SEADE

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.i.1.a.	Contratar e repor recursos humanos, mediante concurso público, para manter as equipes completas continuamente.	Gabinete da SMS,DS, SRH.
1.i.1.b.	Realizar concurso público para enfermeiro e médicos em 2018.	Gabinete da SMS,DS, SRH.
1.i.1.c.	Implementar as ações de apoio matricial, intra e inter equipes, incluindo NASF, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis;	DS, Distritos.
1.i.1.d.	Realizar capacitações através do Curso de Especialização em Saúde da Família da UNICAMP e EP via CETS, incluindo gestores.	Gabinete da SMS,DS, CETS.
1.i.1.e.	Apoiar os gestores para ampliar sua potência em relação à implementação da garantia do acesso (acolhimento e organização das agendas).	DS, Distritos
1.i.1.f.	Atualizar sistematicamente o dimensionamento de população e territórios	DS, Distritos
1.i.1.g.	Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes.	Gabinete SMS, Sec. Obras, serv. Contr.
1.i.1.j.	Aumentar o número de usuários com no CadWeb -SUS e mantê-lo atualizado.	Distritos, CS
1.i.1.k.	Organizar e realizar matriciamento dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Prefeitura de Campinas/CHPEO.	Distritos, CS, COREMU do CHPEO/DGDO
1.i.1.l.	Garantir a inclusão do profissional nutricionista nos NASFs, ou pelo menos nos distritos (1 por distrito de saúde),	Gabinete da SMS, DGETS, DS e Distritos
1.i.1.m.	Estabelecer parceria com a Secretaria de Educação para desenvolver ações de prevenção da obesidade nas escolas municipais.	Distritos, CS, COREMU do CHPEO/DGDO

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	46,46%	Competência Abril de 2018: ESF - 66 + ESB I - 68 + ESB II - 5 + ESF 4- 1 +ESF 4 SB-M1 - 2 + ESF Trans - 11 + EAB1 - 5 + EAB2 - 0: 158 OBS: *nãoconsideradas

		<p>as equipes de EACS, que são 20 na competência abril/2018. Memória de Cálculo: $(158 \text{ EPSF} \times 3.450) / 1.173.370 \text{ Habx} \times 100 = 46,46\%$* 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 houve baixa de equipes por aposentadoria de servidores e desligamento de quatro “mais médicos” Manteve-se um decréscimo no total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde passando de 710 para 703. Até a presente competência a avaliação externa do PMAQ não ocorreu, tendo como previsão para ocorrer em 11 de junho de 2018. A totalidade das 142 ESF homologadas no PMAQ cumpriu o componente de autoavaliação, o mesmo podendo-se dizer das equipes de gestão central e distritais, com formulação de matriz de intervenção. 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) está sendo revisto à luz da nova PNAB, Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, que deverá facilitar a reabilitação de equipes, o que ainda não ocorre por descompasso entre DAB e gerência do CNES no MS. Será realizado, em 16 de junho de 2018, o Encontro de Gestores e Apoiadores preparatória para a Oficina Municipal da Atenção Primária, quando a Rede de Saúde estará avançando nos ajustes do modelo de atenção.</p>
2o		
3o		
RAG		

Observações:

Este indicador foi selecionado como Indicador de Programa Saúde do PPA 2018-2021 de Campinas.

Indicador 1.i.2. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

Relevânciado 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.

Série Histórica

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
Obj. 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 7 e DS - SMS

Método de Cálculo

Numerador: Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano.

x 100

Denominador: Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano.

Meta:

Aumentar em 5,5% em 4 anos até 2021

	2018	2019	2020	2021
Cobertura estimada	52,75%	55,65%	58,71%	61,93%

Ações:

Cód.	Ações	Responsáveis
1.i.2.a.	Manter as participações nas ações Intersectoriais, a fim de garantir o acompanhamento das famílias;	DS, Distritos
1.i.2.b.	Avaliar a implantação do SIS pré-natal e E-SUS nas Unidades, onde os atendimentos e posteriormente os acompanhamentos das condicionalidades das famílias / gestantes, serão realizados;	DS, Distritos, CII
1.i.2.c.	Garantir os acompanhamentos das famílias atingindo 52,75% em 2018, 55,65% em 2019, 58,71% em 2020 e 61,93% em 2021 e ampliar das gestantes atingindo 70% em 2019, 75% em 2020 e 80% em 2021, a fim de vincular as famílias nos serviços do território garantindo o atendimento ampliado, dentro da proposta das equipes da saúde da família;	DS, Distritos
1.i.2.d.	Garantir e envolver a Intersectorialidade nas discussões dos territórios.	DS, Distritos

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o		O indicador do Programa Bolsa Família é semestral (2 vigências – 1º fechamento em final de junho), realizadas reuniões junto aos distritos e em algumas unidades a fim de garantir o melhor acompanhamento,

		das crianças e gestantes beneficiárias. Temos um total de 28.254 famílias e 764 gestantes.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 1.i.3. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.

Relevânciado Indicador

Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica. Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Série Histórica

COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL							
Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'
	1.080.999	1.090.000	1.100.970	1.112.050	1.123.241	1.134.546	1.142.620
Nº equipes	153	140	142	139	146	159	150
Proporção	42,51	38,4	38,69	37,43	39,12	42,13	39,38

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS, com pop. SEADE

Método de Cálculo

Numerador: $((n^{\circ} \text{ eSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{ eSB equivalentes} * 3.000))$

em determinado local e período.

x 100

Denominador: população no mesmo local e período.

Meta:

A partir de 2018 aumentar em 0,5% ao ano até 2021

	2018	2019	2020	2021
População*	1.158.944	1.167.192	1.175.501	1.184.903
Nº ESB	163	166	169	173
Cobertura	42,2%	42,7%	43,2 %	43,7%

*Fonte: Fundação SEADE

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.i.3.a.	Negociar a contratação de dentista e Auxiliar de Saúde Bucal -	Gabinete SMS,

	ASB por meio de concurso público;	SRH, DS.
1.i.3.b.	Adequar carga horária dos profissionais existentes para garantir a constituição de equipes em diferentes unidades	DS, Distritos
1.i.3.c.	Manter Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado;	DS, Distritos, CS e DGDO
1.i.3.d.	Vincular aumento das equipes de bucal ao aumento das equipes de PSF;	Gab. SMS, DS, Distritos, DGTES,
1.i.3.e.	Garantir acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade.	DS, Distritos, CS
1.i.3.f.	Desenvolver junto ao DGTES da SMS uma revisão da política de RH visando agilidade no processo de reposição e contratação de profissionais para a área a partir de uma efetiva avaliação dos quadros atuais.	Gabinete SMS, SRH, DS, Distritos.
1.i.3.g.	Desenvolver junto ao DGTES da SMS ações sobre as necessidades de contratação imediata através de concurso público de Auxiliares de Saúde Bucal, em unidades com esta necessidade e de Técnicos de Saúde Bucal (TSB) garantindo a contratação de pelo menos 1 (uma) TSB em cada unidade.	Gabinete SMS, SRH, DS, Distritos.
1.i.3.h.	Desenvolver junto ao DGTES da SMS ações sobre as necessidades da realização do concurso para Cirurgiões Dentistas, e propor a realização de concursos para Cirurgiões Dentistas especialistas para as diferentes especialidades.	Gabinete SMS, SRH, DS, Distritos
1.i.3.j.	Adotar política de educação permanente, estabelecendo parcerias com instituições de ensino odontológico (ACDC, PUCC, UNICAMP , F.O São Leopoldo Mandic e outras) para a realização de capacitações técnicas em saúde bucal para profissionais da rede.	DS, Distritos, DGTES, CETS
1.i.3.k.	Estabelecer junto CETS ações efetivas para a realização de capacitações técnicas e educação permanente voltadas para profissionais da rede.	DS, Distritos, CS, DGTES, CETS
1.i.3.l.	Criar espaços de troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes (reuniões periódicas) nos diversos Distritos visando o compartilhamento dos processos de trabalho, articulado com o processo de educação permanente.	DS, Distritos, CS DGTES, CETS
1.i.3.m.	Realizar campanhas de prevenção e detecção precoce de câncer bucal anualmente	DS, Distritos, CS DGTES, CETS
1.i.3.n.	Intensificar a divulgação e a vinculação da campanha de prevenção junto a da vacinação do idoso nos diferentes veículos de comunicação.	DS, Distritos, CS DGTES, Gab. SMS
1.i.3.o.	Estimular a maior participação de outros profissionais das equipes na capacitação prévia à campanha.	DS, Distritos, CS DGTES,
1.i.3.p.	Realizar capacitação para toda a equipe de referência das UBSs abordando os aspectos de prevenção em câncer bucal .	DS, Distritos, CS DGTES, CETS
1.i.3.q.	Incluir a participação dos profissionais da saúde bucal nos vários grupos inseridos nas UBS principalmente alcoolismo e tabagismo.	DS, Distritos, CS DGTES,
1.i.3.r.	Manter a realização dos procedimentos coletivos nos espaços sociais das áreas de abrangências das Equipes de Referências , criar estratégias resolutivas para a viabilização das ações preventivas nas unidades e envolver	DS, Distritos, CS DGTES,

	toda equipe multiprofissional no processo .	
1.i.3.s	Garantir a realização das ações de procedimentos coletivos no mínimo 2 (duas) vezes ao ano independente da meta a ser atingida pelo RDQA e compra de insumos (escova, creme dental, fio dental e flúor tópico) suficientes para tais realizações.	DS, Distritos,CS DGTES,
1.i.3.t	Focar as ações de programas de saúde bucal nos escolares e principalmente nos pré-escolares e incluir a presença da ASB ou TSB nos grupos de puericultura e demais grupos existentes na UBS.	DS, Distritos,CS DGTES,
1.i.3.u	Buscar a implementação de parcerias com Universidades para a execução de projetos na área de prevenção em saúde bucal.	DS, Distritos,CS DGTES, Gab. SMS
1.i.3.v	Realizar readequações dos materiais educativos e de prevenção existentes através da aquisição sistemática de novos materiais , filmes , macro modelos e cartazes a serem disponibilizados para essas ações . Discutir as ações pedagógicas inerentes aos trabalhos preventivos.	DS, Distritos,CS,
1.i.3.w	Manter de maneira sistemática nos diversos grupos implantados nas UBSs ações de prevenção e educação em saúde bucal pelas equipes de referências e na rotina de visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde.	DS, Distritos,CS,
1.i.3.x	Estabelecer parcerias mais estreitas e em caráter oficial com a Secretaria de Educação, visando à incorporação de práticas ligadas à saúde bucal. Recomendações : * Solicitar compromisso da Secretaria de Saúde com a Secretaria de Educação, para que se permita o prosseguimento dos trabalhos desenvolvido por parte dos docentes na motivação à saúde bucal junto aos alunos. * Propor a mudança do caráter das cantinas para que possam ser comercializados alimentos saudáveis . * Estimular a presença da direção das escolas em reuniões intersetoriais (com parceria do nível central). * Solicitar da Secretaria de Educação a inclusão do Número do cartão Nacional de Saúde dos escolares matriculados, a fim de registrar os procedimentos realizados Intensificar a participação das equipes de saúde bucal nos diversos grupos já em andamento nas unidades e criar estratégias de distribuição de insumos para prevenção em saúde bucal (escova e creme dental) também para famílias. o SUS (CNS) como documento obrigatório e que possa ser disponibilizado para as equipes odontológicas para a realização dos procedimentos coletivos.	DS, Distritos,CS, Gab. SMS
1.i.3y	Intensificar a participação das equipes de saúde bucal nos diversos grupos já em andamento nas unidades e criar estratégias de distribuição de insumos para prevenção em saúde bucal (escova e creme dental) também para famílias.	DS, Distritos,CS,

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	42,1%	A meta para o quadrimestre foi atingida e o total de equipes cadastradas ao MS chegou em Abril de 2018 em 88 equipes cadastradas. Existe solicitação para concurso para Dentistas e Técnicos de Saúde Bucal afim de cadastrar mais equipes e aumentar a cobertura.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

I – Como identificar os tipos de equipes e a ponderação de acordo com as portarias de cadastramento O levantamento dos tipos de equipes de saúde da família, equipes de atenção básica e equipes equivalentes deve ser realizado no SCNES.

Passo 1 (nº eSB): número de equipes de Saúde da Família com saúde bucal (códigos 2, 3, 10, 11, 13, 15, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 e 39, na base do SCNES).

Passo 2 (nº eSB equivalentes): 1) número de equipes de Atenção Básica parametrizadas com saúde bucal (códigos 19, 20 e 21, na base do SCNES). As equipes de 19 a 21 serão ponderadas conforme Portaria nº 576/2011 (19 = 1 equipe; 20 = 2 equipes; 21 = 3 equipes). 2) a cada 40h de carga horária ambulatorial de cirurgiões-dentistas na Atenção Básica equivale a uma equipe.

II – Como realizar as críticas de carga horária dos profissionais, lotação dos profissionais e natureza jurídica dos estabelecimentos.

Passo 3 (CBO cirurgião dentista): CBOs: 223208 cirurgião dentista - clínico geral; 223272 cirurgião dentista de saúde coletiva; 223293 cirurgião dentista da estratégia de saúde da família. Não será contabilizada a carga horária de profissionais que tiverem registradas no SCNES quantidade de horas semanais superiores a: 44 horas de outras horas ou 60 horas ambulatoriais ou 96 horas hospitalares ou 120 horas resultantes da soma dessas categorias de horas semanais de trabalho.

Passo 4 Lotação: profissionais lotados diretamente nos seguintes tipos de estabelecimentos no SCNES – 01 posto de saúde; 02 centro de saúde / unidade básica de saúde; 22 consultório isolado; 32 unidade móvel fluvial; 40 unidade móvel terrestre; ou lotados em equipes de saúde bucal (códigos 43 e 44, na base do SCNES).

Indicador 1.i.4. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

Relevânciado Indicador

Avalia 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.

Série Histórica

PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS - 2000 a 2016																	
Ano	2000'	2001'	2002'	2003'	2004'	2005'	2006'	2007'	2008'	2009'	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'
Prop. Exod	8,05	7,46	8,4	8,1	9,3	11	11	10	9,5	9,3	8,7	9,23	14	9,4	8,1	8,04	7,94

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

Método de Cálculo:

Numerador: Número total de extrações dentárias em determinado local e período.

x 100

Denominador: Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período.

Meta:

Reduzir 0,1 %ao ano para chegar em 8,1% até 2021

	2018	2019	2020	2021
Perc. exodontia estimado	8,4%	8,3%	8,2%	8,1%

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.i.4.a.	Ampliar ações de promoção e prevenção à saúde Bucal;	DS, Distritos
1.i.4.b.	Priorizar acesso à população de maior risco e vulnerabilidade	DS, Distritos
1.i.4.c.	Ampliar acesso à especialidade endodontia e implantar CEO's nos Distritos Sul, Leste e Norte; Recomendações : * Transformar o CEO Ouro Verde de tipo I para Tipo II (ampliar ofertas de endodontia e prótese) * Que a incorporação de RH para os CEOs a serem implantados não implique na perda de RH pelas unidades básicas. * Construção de sede própria para o CEO Noroeste e até a sua finalização, garantir o aluguel de umprédio adequado para o funcionamento provisório deste serviço.	DS, Distritos, Gabinete SMS
1.i.4.d.	Promover acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade;	DS, Distritos
1.i.4.e.	Fomentar acolhimento humanizado (a 100%) da demanda espontânea em tempo integral de funcionamento da unidade	DS, Distritos
1.i.4.f.	Manutenção do Projeto de Prótese Dentária com elaboração de estratégias de ampliação dos serviços atualmente ofertados, tendo como oferta mínima de 36 hs da	DA, DS, Distritos

	especialidade por Distrito.	
1.i.4.g.	Manutenção da clínica de Referência em Diagnóstico Bucal em parceria com a ACDC e elaborar estratégias para ampliação de ofertas de consultas.	DS, Distritos, Gabinete SMS
1.i.4.h.	Realizar discussões que apontem na possibilidade da aquisição de serviços para as especialidades de maior demanda reprimida (Ex : radiografias panorâmicas e tratamentos endodônticos).	DS, Distritos
1.i.4.i.	Buscar parcerias com universidades como PUCC ,UNIP e São Leopoldo Mandic para o aumento de ofertas de especialidades na área odontológica.	DS, Distritos, Gabinete SMS
1.i.4.j.	Discutir a proposta de Implantação de referência em odontopediatria para os Distritos.	DS, Distritos, Gabinete SMS
1.i.4.k.	Discutir a proposta da implantação de referência em atendimento a pacientes com necessidades especiais para os Distritos que não possuam CEOs implantados.	DS, Distritos, Gabinete SMS
1.i.4.l.	Criar estratégias de discussão para a viabilidade de implantação da referência em ortodontia preventiva, interceptadora e ortopedia funcional em toda sua integralidade.	DS, Distritos
1.i.4.m.	Discutir e propor a criação de um Centro de Imagens para o município.	DS, Distritos, Gabinete SMS
1.i.4.n.	Implantar referência própria em radiologia para os Distritos Norte, Leste e Sul (atualmente realizadas na CAMPREV) , qualificar as referências em radiologia existentes e manter as parcerias já existentes em radiografias panorâmicas e ampliar cota da PUCC.	DS, Distritos, Gabinete SMS
1.i.4.o.	Implantar referências em periodontia nos Distritos Sul, Norte e Leste até a criação do CEOs e rediscutir o atual protocolo em periodontia nas referências já implantadas dando ênfase na questão da manutenção dos tratamentos periodontais pela atenção básica.	DS, Distritos, Gabinete SMS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	15,8%	A meta para o quadrimestre não foi atingida, houve uma diminuição das atividades coletivas, preventivas individuais por parte das equipes das unidades básicas
2o		
3o		
RAG		

Indicador 1.i.5. Percentual de Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três tipos de práticas do programa da saúde integrativa

Relevância do Indicador

Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica no âmbito do SUS.

Série Histórica

Passará a ser avaliada a partir de 2018

Método de Cálculo

Número de unidades básicas de saúde com três programas

x100

Número de unidades básicas de saúde no município

OBS. Número de unidades básicas de saúde no município: 064

Meta:

Ano	2018	2019	2020	2021
Meta	23% (15 UBS)	47% (30 UBS)	70% (45 UBS)	100% (64 UBS)

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.i.5.a.	Manter ações de educação permanente em saúde integrativa: Lian Gong, fitoterapia, auriculoterapia, microssistemas de acupuntura, Caminhada, Chikung, Tai Chi Chuan, Do-In e Meditação.	DS, Distritos, CETS
1.i.5.b.	Manter qualificação para os instrutores nas práticas de saúde integrativa: Lian Gong, fitoterapia, auriculoterapia, microssistemas de acupuntura, Caminhada, Chikung, Tai Chi Chuan, Do-In e Meditação.	DS, Distritos
1.i.5.c.	Manter o Município de Campinas como pólo presencial de ações de formação em auriculoterapia realizadas pela Universidade Federal de Florianópolis em parceria com o Ministério da Saúde .	DS, Distritos, CETS
1.i.5.d.	Manter rodas de Terapia Comunitária Integrativa nas Unidades Básicas de Saúde.	DS, Distritos, CETS
1.i.5.e.	Em conjunto com o CETS, oferecer curso de formação de Terapia Comunitária Integrativa para multiplicação desta modalidade nas UBS.	DS, Distritos, CETS
1.i.5.f.	Manter a parceria com a Fundação Movimento para formação de instrutores de Movimento Vital Expressivo.	DS, Distritos, CETS
1.i.5.g.	Manter convênio com farmácia de manipulação de medicamentos homeopáticos visando ofertar estes medicamentos a rede pública de Campinas.	DS, Distritos, Botica da família

1.i.5.h.	Manter e ampliar a produção de medicamentos Fitoterápicos, fornecidos pela Botica da Família.	DS, Distritos, Botica da família
----------	---	----------------------------------

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	53%	O total de unidades Básicas de Saúde que realizaram no período três ou mais programas da Saúde Integrativa foram trinta e três Unidades em um Universo de sessenta e duas Unidades, sendo 12 no Distrito Sul, 08 no Distrito Sudoeste, 06 no Distrito Norte, 04 no Distrito Noroeste e 03 no Distrito Leste. Os atendimentos de todos os programas da Saúde Integrativa são em média mensal de 5.563 usuários, totalizando no quadrimestre 22.250 usuários. Os programas realizados são: Consciência Postural, Lian Gong, Grupos de Passeio, Meditação, Chikung, Tai Chi Chuan, Yoga, Acupuntura Sistêmica, Acupuntura de Microsistemas, Homeopatia, Fitoterapia, Dança Circular Shantala, Terapia Comunitária, Reike e outros. Comentário: Este número de atendimentos de usuários segundo os comentários deve estar subestimado, pois nos comentários das Unidades, informam que há produção mas não registro. Recomendação: Estimular o registro nas Unidades de qualquer produção dos programas da Saúde Integrativa.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 1.i.6- Proporção de medicamentos padronizados disponibilizados para Atenção Básica, de forma humanizada e qualificada:

Relevância do Indicador

Avaliar o acesso da população aos medicamentos. A garantia do acesso da população aos medicamentos é fundamental para o tratamento e recuperação da saúde. Os medicamentos produzem a cura, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas às doenças crônicas. A utilização racional aumenta a resolutividade da Atenção Primária, podendo reduzir o encaminhamento para os outros níveis de atenção

Série Histórica

Proporção de Medicamentos Padronizados disponibilizados para Atenção Básica, de forma humanizada e qualificada				
Ano	2013	2014	2015	2016

Disponibilidade de medicamento	91%	94%	93%	88%
Fonte: Sistema Informatizado - SIG2M e GEMM				

Método de Cálculo

Número de medicamentos disponíveis no município no período
 _____ x 100

Número de medicamentos padronizados para Atenção Primária

Meta:

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

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.i.6.a.	Promover o uso racional dos medicamentos padronizados para Atenção Básica	DS, Distritos
1.i.6.b.	Realizar revisão das cotas de medicamentos, insumos e materiais, a partir do consumo médio no período;	DS, Distritos
1.i.6.c.	Monitorar semanalmente o estoque de medicamentos e materiais na unidade;	DS, Distritos
1.i.6.d.	Manter atualizadas as informações no sistema de movimentação de estoque (GEMM);	DS, Distritos
1.i.6.e.	Monitorar semanalmente a validade e as condições de armazenamento dos medicamentos, insumos e materiais;	DS, Distritos, DA
1.i.6.f.	Monitorar a quantidade solicitada e recebida do almoxarifado, comunicando ao Distrito o não recebimento de algum medicamento que não esteja em falta no almoxarifado;	DS, Distritos
1.i.6.g.	Atuar para que haja o suprimento adequado dos recursos necessários (infraestrutura, recursos humanos, transporte, TI) à prestação dos serviços farmacêuticos e de forma qualificada;	DS, Distritos, SRH, DA,
1.i.6.h.	Manter manutenção contínua dos Sistemas Informatizados GEMM e SIG2M;	DS, CII, Gabinete da SMS
1.i.6.i.	Desenvolver um novo sistema de controle de estoque para o almoxarifado da Saúde;	DS, CII
1.i.6.j.	Retomar o projeto de implantação do Business Intelligence (BI) Pentaho;	DS, CII
1.i.6.k.	Garantir que todas as Unidades de Saúde que tenham farmacêutico integrem este profissional nas ações essenciais (consulta farmacêutica, Visita Domiciliar) de saúde da eSF e em pelo menos uma ação complementar (Atendimento compartilhado / Matriciamento, Grupos Terapêuticos, Atividades Educação em Saúde e Participação de Reunião Equipe de Referência);	DS, Distritos
1.i.6.l.	Garantir que os Agentes de Apoio de Farmácia integrem-se nas ações essenciais de saúde da eSF e atuem em, no mínimo, duas ações de saúde (visita domiciliar, Grupos Terapêuticos, Atividades de Educação em Saúde e Participação de Reunião Equipe de Referência), em 100% das	DS, Distritos

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	87%	<p>Disponibilização de medicamentos - Licitações fracassadas, atraso nas entregas pelos fornecedores.</p> <p>Justificativa : Pode-se atribuir esse resultado a um conjunto de elementos que afetaram não apenas os procedimentos internos à administração municipal, mas também, fatores externos como atraso nas entregas por parte do fornecedor e itens desertos e fracassados em processos licitatórios.</p> <p>Em relação as Unidades de Saúde, de acordo com os dados da Matriz de Monitoramento RDQA 1 da Atenção Básica 2018:</p> <p>81% Fizeram revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e medicamentos, a partir do consumo médio no período;</p> <p>94% Monitoraram o estoque de medicamentos e materiais na Unidade;</p> <p>95% Alimentaram o sistema de movimentação de estoque (GEMM);</p> <p>94% Monitoraram o controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos;</p> <p>90% Orientaram os funcionários da farmácia a estarem atentos para quantidade recebida do almoxarifado e a demanda da unidade e participar da sugestão de cotas, comunicando o Distrito o não recebimento de algum medicamento.</p> <p>O Programa de Farmacovilância foi implantado em 55% dos serviços de saúde de forma plena, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA 1 da Atenção Básica 2018.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Ampliar o programa de farmacovilância para todos serviços de saúde.</p> <p>b) Envolvimento de todas as áreas técnicas do DS e DEVISA para promoção e ampliação do programa de farmacovigilância.</p> <p>Farmacêuticos - Atualmente contamos com farmacêuticos em 24 Unidades de Saúde, sendo que 29 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações essenciais e complementares integradas as Equipes de Saúde da Família.</p> <p>Agente de Apoio Farmácia - Atualmente contamos com Agente de Apoio Farmácia em todas Unidades de Saúde, sendo que 11 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações de saúde integradas as Equipes de Saúde da Família.</p>
2o		

3o		
RAG		

Indicador 1.i.7 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)

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.

Série Histórica

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA									
Ano	2008*	2009*	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*
ICSAP	18,83	20,1	20,71	18,45	19,14	20,53	23,62	24,7	23,4

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

Método de Cálculo

Numerador: Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período.

x 100

Denominador: Total de internações clínicas, em determinado local e período.

Meta:

Ano	2018	2019	2020	2021
Prop. ICSAP	21,07%	20,85%	20,64%	20,43%.

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.i.7.a.	Implantar o Protocolo de DCNT e Risco Cardiovascular proposto pelo MS em todas as unidades de saúde.	DS, Distritos, DGDO
1.i.7.b.	Organizar os processos de trabalho da ESF em consonância com as necessidades de saúde da população adstrita.	DS, Distritos
1.i.7.c.	Aumentar o percentual de pacientes crônicos e acamados com cadastro com classificação de risco e vulnerabilidade, considerando-se outros agravos crônicos de relevância para o território (UBS).	DS, Distritos
1.i.7.d.	Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento de	DS, Distritos

	hipertensos e diabéticos nas UBS.	
1.i.7.e.	Aumentar o percentual de pacientes com cadastro de Hipertensão, com grau de risco / vulnerabilidade.	DS, Distritos
1.i.7.f.	Cadastrar outros agravos crônicos de relevância para Unidade de Saúde (Asma, anemia ferropriva infantil, obesidade, doenças ocupacionais, acidentes de trabalho) - Mapa de saúde.	DS, Distritos
1.i.7.g.	Cadastrar os pacientes "acamados" ou com grau de limitação em domicílio (UBS/ SAD).	DS, Distritos
1.i.7.h.	Ampliar as práticas integrativas.	DS, Distritos
1.i.7.i.	Qualificar processos regulatórios de acesso (serviços especializados e de referência; Alta qualificada / ICSAP; acompanhamento compartilhado; matriciamento).	DS, Distritos, DGDO
1.i.7.j.	Articular os diversos pontos de atenção das Linha do Cuidado, visando à integralidade da assistência.	DS, Distritos, DGDO
1.i.7.k.	Analisar as necessidades de saúde (Parâmetros SUS) e a oferta de serviços, em tempo oportuno.	DS, Distritos

Observações:

Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) Critério de Seleção: Tabulação dos dados por município de residência do usuário Tipo de AIH = Normal; Complexidade do procedimento = Média complexidade; Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhante do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido. Internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, conforme lista a seguir: Condições Sensíveis Lista CID-10:

1. Doenças preveníveis por imunização e outras DIP A15-A199; A33-A379; A50-A539; A95-A959; B05-B069; B16-B169; B26-B269; B50-B549; B77-B779; G000; I00-I029.
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações A00-A099; E86-E869.
3. Anemia D50-D509.
4. Deficiências nutricionais E40-E469; E50-E649.
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta H66-H669; J00-J009; J01-J019; J02-J029; J03-J039; J06-J069; J31-J319.
6. Pneumonias bacterianas J13-J139; J14-J149; J153-J154; J158-J159; J181.
7. Asma J45-j459.
8. Bronquites J20-J229; J40-J429.
9. Hipertensão I10-I109; I11-I119.
10. Angina I20-I209.

11. Insuficiência cardíaca I50-I509.
12. Diabetes mellitus E10-E149.
13. Epilepsias G40-G409.
14. Infecção no rim e trato urinário N30-N309; N34-N349; N390.
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo A46-A469; L01-L019; L02-L029; L03-L039; L04-L049; L08-L089.
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos N70-N709; N71-N719; N72-N729; N73-N739; N75-N759; N76-N769.

Observação: o rol de causas das internações sensíveis à Atenção Básica desse indicador embora baseado, não é idêntico a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/ SAS nº 221, de 17 de abril de 2008.

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	21,06	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivar ações referentes ao recebimento e análise das altas hospitalares com relatórios dos pacientes egressos, para fortalecer as ações de promoção e prevenção à saúde desta população, assim como efetivar a implantação do protocolo de CCNT junto à rede para melhorar respectivamente os índices de 68% e 63% apurados nas unidades neste 1º Quadrimestre. 2. Manter e incentivar o índice de 92% de atenção integral aos idosos acamados, aliado às ações de promoção de vida saudável desta população como alimentação, grupos de tabagismo e atividade física. 3. Melhorar o banco de dados do registro e cadastro dos pacientes crônicos (atualmente em 68%), assim como o monitoramento desses riscos e agravos em saúde através de software em construção junto ao GT de crônicos da Secretaria de Saúde.
2o		
3o		
RAG		

Objetivo 1.ii. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção especializada, ambulatorial no âmbito do SUS.

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

Relevância do indicador:

Permite analisar o aprimoramento das redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Série histórica nacional:

RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS - Série Histórica Nacional						
Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'
Proporção	0,54	0,54	0,51	0,48	0,45	0,42

Série histórica região sudeste:

RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS Região Sudeste						
Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'
Proporção	0,51	0,51	0,49	0,47	0,45	0,43

Série histórica Campinas

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: Registro de CO nos Centros de Saúde (Relatórios PDF)

Método de Cálculo

Numerador: Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano.

Denominador: População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano, dividida por 3.

Meta:

Meta de Campinas: 0,42

Meta Pactuada Regional: 0,45

Campinas: Aumentar em 3,5 pontos percentuais a cada ano cobertura para atingir 0,48 ao final dos quatro anos.

	2018	2019	2020	2021
Razão de CO	0,42	0,44	0,46	0,48

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.ii.1.a.	Consolidar a execução de capacitação para médicos da saúde da família e equipe de enfermagem para aumentar a coleta qualificada das citologias oncóticas	DS, Distritos, CETS
1.ii.1.b.	Buscar alteração da Resolução do COFEN em relação a proibição de coleta pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, a fim de garantir a oferta de exames de rastreamento para o câncer de colo de útero.	Gabinete do Secretário, Assessoria Jurídica do Gabinete e DS e DRS7
1.ii.1.c.	Formalizar programa de rastreamento organizado em parceria com o CAISM e Fundação Pio XII – Hospital de Barretos Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco;	Gabinete da Saúde DS, DGDO
1.ii.1.d.	Incentivar os mutirões de coleta da Papanicolau nas Unidades Básicas especialmente aquelas que não têm número suficiente de ginecologistas;	DS, Distritos e CS
1.ii.1.e.	Adotar o protocolo de Atenção à saúde das mulheres do DAB/MS-HSL.	DS, Distritos e CS
1.ii.1.f.	Implementar estratégias de captação de mulheres para realização do exame	DS, Distritos e CS
1.ii.1.g.	Incentivar a realização de grupo em sala de espera	Distritos e CS
1.ii.1.h.	Apoiar e monitorar a implementação do SISCAN	DGDO/CII, DS e Distritos

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0,17	Meta estipulada para avaliação anual, sendo que neste primeiro quadrimestre conseguimos elevar a razão de cobertura de rastreamento do câncer de colo uterino comparativamente ao mesmo período do ano anterior (0,14). Estamos próximos de concretizar a parceria com o Hospital de Câncer de Barretos – Hospital de Amor com perspectivas de então melhoramos ainda mais este indicador com medidas de rastreamento organizado. A participação dos profissionais de enfermagem capacitados para atuar em conjunto da equipe de saúde da família na consulta de rotina em ginecologia será de grande efeito em propiciar um aumento significativo deste indicador.
2o		

3o		
RAG		

Observações:

O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002). A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos.

Indicador 1.ii.2. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos:

Relevância do indicador:

Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008). A mamografia e o exame clínico as mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.

Série histórica nacional:

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS - Série Histórica Nacional						
Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'
Proporção	0,20	0,23	0,27	0,30	0,32	0,31

Série histórica região sudeste:

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS - Série Histórica Região Sudeste						
Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'
Proporção	0,22	0,26	0,29	0,32	0,35	0,34

Série histórica em Campinas:

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS							
Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'
Proporção	0,25	0,26	0,27	0,3	0,22	0,22	0,30

Fonte: DATASUS/ SIA PASPO1401 A 1607 e SAI RDSP1401 A 1607. BPC - Dados reprocessados SMS/DGDO/CAC

Método de Cálculo

Numerador: Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etaria de 50 a 69 anos em determinado local e ano.

Denominador: População feminina na mesma faixa etaria no mesmo local e ano/2.

Meta:

Meta de Campinas:0,32

Meta Pactuada Regional: 0,34

Aumentar em 2,5 pontos percentuais ao ano cobertura de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, para atingir 0,40 ao final dos quatro anos.

	2018	2019	2020	2021
População fem.50 a 69 anos (total)	132.379	135.328	138.303	141.434
Nº de proc. Esperado	21.512	23.682	25.932	28.287
Valor	0,325	0,350	0,375	0,40

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.ii.2.a.	Manter as mamografias de rastreamento de demanda espontânea a partir dos 50 anos;conforme protocolo	DS, Distritos, DGDO, DA
1.ii.2.b.	Implantar mamografias de rastreamento organizado;	DS, Distritos, DGDO, DA
1.ii.2.c.	Ampliar a oferta de exames de mamografia com a implantação de novos serviços de diagnóstico por imagem	DS, Distritos, DGDO, DA
1.ii.2.d.	Implementar estratégias de captação de mulheres para realização do exame	DGDO, DS, Distritos, CS
1.ii.2.e.	Retomar o grupo condutor para implantar a linha de cuidado do câncer de mama e colo de útero	DGDO, DS e DRS7
1.ii.2.f.	Agilizar consulta de retorno, principalmente, dos resultados dos exames alterados.	DGDO, DS, Distritos, CS
1.ii.2.g.	Incentivar utilização do Programa Mulheres de Peito	DGDO, DS, Distritos, CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0,13	Meta estipulada para avaliação anual, sendo que neste primeiro

		quadrimestre conseguimos elevar a razão de cobertura de rastreamento do câncer de mama comparativamente ao mesmo período do ano anterior (0,09). As ações de rastreamento organizado propostas com o apoio do Hospital de Câncer de Barretos – Hospital de Amor, assim como o aumento da oferta de exames de mamografia demonstram que estamos no caminho para alcançar a meta anual. A participação dos profissionais de enfermagem capacitados para atuar em conjunto da equipe de saúde da família na consulta de rotina em ginecologia será de grande efeito em propiciar um aumento significativo deste indicador.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 1.ii.3. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos:

Relevância do indicador:

Evidências indicam que a realização de exames de mamografia de rastreamento a partir dos 40 anos são mais efetivas para a prevenção do câncer de mama, desta forma o município de Campinas adota também este indicador para medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 40 a 69 anos, além do indicador nacional.

Série histórica nacional:

Não é monitorada nesta faixa etária

Série histórica em Campinas:

Passará a ser monitorado a partir de 2018

Método de Cálculo

Numerador: Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 40 a 69 anos em determinado local e ano.

Denominador: População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2.

Meta:

Aumentar em 2,5 pontos percentuais ao ano cobertura de exames de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos, para atingir 0,40 ao final dos quatro anos.

	2018	2019	2020	2021
--	------	------	------	------

População fem.40 a 49 anos (total)	88.207	89.691	91.164	92.712
Nº de proc.. de 40 a 49 anos	14.334	15.696	17.093	18.542
Nº de proc. 50 a 69 anos	21.512	23.682	25.932	28.287
Proporção	0,325	0,35	0,375	0,40
Total Ex. de 40 a 69 anos	35.846	39.378	43.025	46.294

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.ii.3.a.	Manter as mamografias de rastreamento de demanda espontânea a partir dos 40 anos;conforme protocolo	DS, Distritos, DGDO, DA
1.ii.3.b.	Ampliar a oferta de exames de mamografia com a implantação de novos serviços de diagnóstico por imagem	DS, Distritos, DGDO, DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0,07	Meta estipulada para avaliação anual, sendo este o primeiro ano de monitoramento deste indicador devido as medidas adotadas pela Secretaria de Saúde de ampliar a faixa etária de rastreamento para o câncer de mama. Estão sendo empenhados esforços para conscientização das mulheres quanto a importância do exame de detecção precoce do câncer de mama visando diminuir a morbi-mortalidade nesta população. A participação dos profissionais de enfermagem capacitados para atuar em conjunto da equipe de saúde da família na consulta de rotina em ginecologia será de grande efeito em propiciar um aumento significativo deste indicador.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 1.ii.4. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para residentes e população de mesma residência.

Relevânciado 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. Subsidiar processos de planejamento, gestão e

avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS.

Série Histórica

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE									
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prop. Amb. Média Compl.	1,52	1,96	2,23	2,1	1,71	2,21	2,24	2,21	3,35

Fonte: DATASUS/ SIA PASP01401 A 1607 e SIA RDSP1401 A 1607. BPC - Dados reprocessados SMS/DGDO/CAC

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	Tendência 2014 a 2016
020101 Coleta de material por meio de punção/biópsia	99	28	44	171	38	61	34	133	62	92	110	264	
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	
020301 Exames citopatológicos	66	76	111	253	74	77	105	256	122	90	75	287	
020302 Exames anatomopatológicos	64	63	55	182	72	127	94	293	93	96	50	239	
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	
040503 Corpo vitreo, retina, coróide e esclera	237	296	350	883	296	334	292	922	252	279	211	742	
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	
040904 Balsa escrotal, testículo e cordão espermático	179	197	180	556	255	204	176	635	181	223	223	627	
040905 Pênis	113	124	141	378	116	106	139	361	120	551	1.064	1.735	
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	
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	

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

Método de Cálculo

Numerador: Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade.

x 100

Denominador: População residente mesmo local e período.

Meta

	2018	2019	2020	2021
População	1.158.944	1.167.192	1.175.501	1.184.903
Nº de Proc. Estimado	28.046	29.297	30.563	31.992
Perc. esperado	2,42%	2,51%	2,60%	2,70%

Código	Ações	Responsáveis
1.ii.4.a.	Implementar ações de apoio matricial, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis;	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.b.	Manter convênios e contratos de gestão 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 (Ministério da Saúde);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.c.	Incorporar novas tecnologias fundamentadas em evidências científicas, visando o acesso da população a recursos efetivos e seguros e com impacto positivo na qualificação da assistência ofertada à população (equipamentos, laboratório, digitalização de laudos, etc);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.d.	Implementar o processo de informatização das Unidades de Saúde (a imagem objetiva é a implantação do prontuário eletrônico e laudos online);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.e.	Implementar os protocolos de acesso existentes e implantar novos, junto à Atenção Primária, a fim de reduzir o tempo de espera para acesso ao recurso especializado, de acordo com os princípios da integralidade e da equidade;	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.f.	Efetivar a regulação, pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso/SMS Campinas, de ações e serviços de saúde elencados como prioritários, para garantir equidade e qualificar o acesso (por ex. cirurgias eletivas);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.g.	Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório;	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.h.	Adequar a estrutura física e ambiência das Unidades de Referência para a atenção humanizada aos usuários;	DS, Distritos, DGDO, DA
1.ii.4.i.	Implantar cartão SUS metropolitano para rastreamento das ações de saúde;	DS, Distritos, DGDO, Gabinete da Saúde
1.ii.4.j.	Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório.	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.k	Rediscutir o protocolo vigente da especialidade em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do CHOV em especial a área de cirurgias ortognáticas.	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.l	Rediscutir o protocolo vigente das especialidades odontológicas com Ambulatório do HC da UNICAMP.	DS, Distritos, DGDO, Gabinete da Saúde
1.ii.4.m	Reforçar o sistema de Referência e Contra Referência das especialidades em odontologia implantadas, CEOs, Centro de Referência DST-AIDS, HMMG e Clínica de Diagnóstico Bucal da ACDC, garantindo a integralidade do cuidado.	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.n	Qualificar o fluxo institucional para tratamento de pacientes com necessidades especiais em centro cirúrgico no HMMG e CHOV. Recomendações : * Ofertar procedimentos nas áreas de dentística e endodontia	DS, Distritos, DGDO

	além de cirurgia. * Que sejam contemplados atendimentos de pacientes crônicos vinculados ao SAD e garantidos o transporte para estes pacientes.	
1.i.i1.o	Garantir a inclusão do profissional nutricionista nos SAD e nos Ambulatórios de Atenção Especializada.	Gabinete da SMS, DGETS e DS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Avaliação anual 0,416	<p>1) Foi efetivada a doação, pela Secretaria do Patrimônio da União (SPU) do Estado de São Paulo, de um prédio localizado na Av. Francisco Glicério nº 1477, destinado às novas instalações da Policlínica 2. Esta mudança impactará positivamente na oferta e qualificará os serviços disponibilizados, atualmente, por esta Unidade. A previsão é que a adequação do espaço e a mudança ocorra até fevereiro de 2019.</p> <p>2) Foi disponibilizado, no Portal da Saúde, o manual de orientações para o apoio matricial da SMS de Campinas (1ª versão), que aponta diretrizes e atribuições das equipes assistenciais e de gestão na execução das ações. http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/apoio_matricial/Manual_orientacoes_apoio_matricial_04_2018.pdf Este material está em fase de implantação junto aos profissionais da rede pública de saúde do município de Campinas.</p> <p>3) Dando continuidade às atividades do Grupo de Trabalho de Acesso à Atenção Especializada (GTAAE), estão em revisão e integração os protocolos de acesso para encaminhamento às especialidades de ortopedia e reumatologia, com a proposta de qualificar o cuidado ao usuário com agravos osteomusculares. As atividades deste grupo, bem como da Câmara Técnica de Especialidades (CTE), buscam o alinhamento com as ações propostas no protocolo de CCNT e risco cardiovascular do Ministério da Saúde - 2017.</p> <p>4) Efetivada a aquisição do dióxido de cloro (produto utilizado para desinfecção de aparelhos endoscópicos das Policlínicas), em substituição ao ácido peracético, que visa aperfeiçoar o processo de desinfecção e minimizar danos aos equipamentos.</p> <p>5) Houve convocação de fonoaudiólogo do concurso público, que possibilitou implementar a oferta de atendimento da Policlínica 2 e complementar a referência de apoio matricial para todos os Distritos de Saúde</p> <p>6) Realizado planejamento integrado entre Departamento de Saúde e Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional (DGDO) para articulação e priorização das ações dos técnicos na implementação da assistência aos usuários e ajustes dos processos.</p> <p>7) Foi realizado treinamento sobre o teste do reflexo vermelho para a equipe de neonatologia da Maternidade de Campinas, em parceria entre as áreas técnicas de Especialidades e da Saúde da Mulher/Criança e Adolescente do Departamento de Saúde e equipe da Policlínica 2.</p> <p>8) Em abril de 2018, houve uma reunião geral com os gestores da SMS Campinas para discutir os estrangulamentos e perspectivas</p>

		<p>para área de Atenção Ambulatorial Especializada;</p> <p>9) Para prorrogação do convênio da PUCC, houve adequação do percentual de primeiras consultas/retornos para garantir a integralidade da assistência em respeito às linhas de cuidado e o retorno em tempo oportuno.</p> <p>10) O convênio com o Hospital de Amor de Campinas está em fase final para formalização. Atualmente, para garantir o acesso das pacientes com diagnóstico de câncer ao procedimento cirúrgico, o fluxo de agendamento está definido pelo sistema SOL.</p> <p>11) Em janeiro e fevereiro de 2018, foi realizada capacitação para profissionais dos demais municípios do DRS 7 sobre agendamento do sistema SOL (Saúde On Line), para otimizar a utilização do sistema e os recursos disponibilizados.</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) Em junho de 2018, está liberada agenda para realização de exames de ultrassonografia de tireóide e região cervical, para encaminhamento de pacientes a partir dos Centros de Saúde. Os exames serão complementados com biópsia, quando indicada, visando agilizar o diagnóstico e o acesso ao tratamento adequado.</p> <p>c) Está agendada para junho de 2018 a capacitação sobre as Alterações mais frequentes do hemograma: abordagem nos serviços básicos de saúde</p> <p>d) Realizar o Encontro de Matriciadores com profissionais das Unidades de Referência próprias e Instituições conveniadas, com a proposta de qualificar e ampliar as ações de apoio matricial</p> <p>e) Formalizar o termo de convênio com o Hospital de Amor - Campinas.</p> <p>f) Efetivar contratos de manutenção de equipamentos para as Policlínicas, bem como plano de reforma predial.</p> <p>g) Manter pesquisa de satisfação dos usuários nas Policlínicas, periodicamente, em parceria com os usuários do Conselho Local das Policlínicas.</p>
2o		
3o		
RAG		

Indicador 1.ii.5. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade para residentes e população de mesma residência.

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, gestão e

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

Série Histórica

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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.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
---	-----------	-----------	-----------

	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	Tendência 2014 a 2016
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	
Total	5,80			6,02			5,27			

Método de Cálculo

Numerador: Total de procedimentos ambulatoriais de Alta complexidade.

x100

Denominador: População residente mesmo local e período.

Méta:

Aumentar 5,59% ao ano, atingindo 5,56 em 2108; 5,88 em 2019; 6,20 em 2020 e 6,5 em 2021

	2018	2019	2020	2021
População	1.158.944	1.167.192	1.175.501	1.184.903
Nº de Proc. Estimado	64.437	68.631	72.881	77.019

Perc. esperado	5,56%	5,88%	6,20%	6,50%
----------------	-------	-------	-------	-------

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.ii.5.a.	Implementar as ações de apoio matricial, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis;	DS, Distritos, DGDO
1.ii.5.b.	Reformular convênios e contratos de gestão 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 (Ministério da Saúde);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.5.c.	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 (dúvida se inclui ou não);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.5.d.	Incorporar novas tecnologias fundamentadas em evidências científicas, visando o acesso da população a recursos efetivos e seguros e com impacto positivo na qualificação da assistência ofertada à população (equipamentos, laboratório, digitalização de laudos, etc);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.5.e.	Implementar o processo de informatização das Unidades de Saúde (a imagem objetiva é implantação do prontuário eletrônico e laudos online);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.5.f.	Implementar os protocolos de acesso existentes, junto à Atenção Primária, a fim de reduzir o tempo de espera para acesso ao recurso especializado, de acordo com os princípios da integralidade e da equidade;	DS, Distritos, DGDO
1.ii.5.g.	Implantar a Unidade de Referência em Oncologia para diagnóstico e realização de procedimentos cirúrgicos de menor complexidade em parceria com o Hospital do Câncer de Barretos – Fundação Pio XII;	DS, Distritos, DGDO, Gabinete da SMS
1.ii.5.h.	Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório;	DS, Distritos, DGDO
1.ii.5.i.	Efetivar a regulação das ações e serviços de oncologia, visando oferecer assistência efetiva e em tempo oportuno à população;	DS, Distritos, DGDO
1.ii.5.j.	Implantar cartão SUS metropolitano para rastreamento das ações de saúde.	DS, Distritos, DGDO, Gabinete da SMS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Avaliação anual	1) Foram consolidados os protocolos da linha de cuidado da alta complexidade de Cardiologia, inclusive com a divulgação e trabalho conjunto com a Coordenação de Regulação do Departamento

	1,16	<p>Regional de Saúde (DRS) VII Campinas. Também já foi consolidado o protocolo de acesso para Cardioversor Desfibrilador implantável (CDI), procedimento disponível somente através da regulação da SES de SP; o fluxo está oficializado e estruturado entre as equipes da Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso (CSRA) de Campinas e do DRS VII (SES -SP).</p> <p>2) Houve progressão na pactuação da Linha de Cuidado da Oncologia com o Hospital da PUC Campinas e HMMG, a partir da inserção de todas as solicitações de primeira consulta de Oncologia Clínica e Hemato Oncologia no sistema CROSS. Atualmente, é regulado tanto o acesso ao UNACON do HMMG quanto do Hospital da PUCC, ordenando uma fila única para o município. Também teve início a elaboração de protocolos únicos de acesso e classificação de risco para regulação de primeira consulta de Radioterapia, no sistema CROSS - módulo ambulatorial. Apresentamos avanços na integração das ações de regulação da oncologia com a Central de Regulação do DRSVII; teve início a construção de fluxo oficial entre UNACON e CACON, pensando nos casos oncológicos mais raros que precisam de serviços com recursos terapêuticos e medicamentosos específicos.</p> <p>3) A oferta de exames de ressonância nuclear magnética do Hospital da PUCC retornou ao quantitativo conveniado em fevereiro de 2018.</p> <p>4) Outro ponto positivo desse quadrimestre foi continuidade da integração e ações conjuntas com a área técnica de Especialidades do Departamento de Saúde, Distritos de Saúde e a Coordenadoria Setorial de Avaliação e Controle, permitindo ampliar a capacidade da Regulação, maior monitoramento das ações e continuidade dos processos desde a regulação, acesso, avaliação, controle e auditoria, além de ações junto aos prestadores conveniados e serviços próprios para estratégias que propiciem a qualificação do acesso.</p> <p>Recomendações:</p> <ol style="list-style-type: none"> Centralizar os processos regulatórios do Município de Campinas, trazendo os recursos da média complexidade para compor a CSRA; Implementar ações e processos no sentido de avançar na integração com a Central de Regulação do DRS-VII. Intensificar a agenda externa, com visita sistematizada aos serviços, monitoramento incisivo junto aos prestadores e atuação na dinâmica diária da oferta. Formalizar o termo de convênio com o Hospital de Amor - Unidade Campinas Instalar o novo tomógrafo no Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi (CHPEO). Efetivar contratos de manutenção de equipamentos para as Policlínicas, bem como plano de reforma predial.
2o		
3o		
RAG		

Observações

Considerando que a meta atingida é muito menor do que a esperada, é prudente utilizar a meta atingida como ponto de partida para o cálculo, tornando a meta mais factível.

Objetivo 1.iii: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção hospitalar de alta complexidade no âmbito do SUS.

Indicador 1.iii.1. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de média complexidade de residentes e população de mesma residência.

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de média complexidade

_____x100

. Denominador: População residente mesmo local e período.

Meta:

Aumentar 0,7% a cada ano até 2021 para atingir 3,03%

	2018	2019	2020	2021
Meta	2,97	2,99	3,01	3,03

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.iii.1.a.	Elaborar, implanatar e monitorar protocolos entre atenção básica, especializada e atenção hospitalar, para qualificar as filas de indicação cirúrgica, com inclusão da classificação de risco..	DS, Distritos
1.iii.1.b.	Monitorar os casos de indicação cirúrgica, acompanhar as filas.	DS, Distritos
1.iii.1.c.	Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde.	DS, Distritos, DGDO
1.iii.1.d.	Formular protocolos de acesso aos serviços conveniados pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso, visando otimizar a capacidade instalada.	DS, Distritos, DGDO

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	1,27	Considerações: Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual. Devido ao processo de transição do CHPEO, houve diminuição das ofertas para cirurgia de média complexidade. Foram realizadas reuniões no NAAS para construção de protocolos clínicos, classificação de risco e reavaliação das filas de espera. Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos..
2o		
3o		
RAG		

Indicador 1.iii.2. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência.

Relevânciado 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-cirúrgica de alta complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de alta complexidade de responsabilidade do SUS.

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	Tendência 2014 a 2016	
Proced p/ diagnose	18	11	19	14	20	12	19	13	16		
Int. clínicas	563	531	505	356	173	148	186	189	152		
Int. Cirúrgicas	903	819	961	931	857	894	944	1.176	1.037		
Transplantes	25	21	25	22	34	20	31	33	33		
Inter. pós-transpl	108	97	87	95	75	68	86	67	69		
Total	1.617	1.479	1.597	1.418	1.159	1.142	1.266	1.478	1.307		

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.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
---	-----------	-----------	-----------

	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	Tendência 2014 a 2016
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	
Total ano	4,17			3,27			3,45			

Indicador 10 ⁷ Produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade por prestador											
Hospital SP (ONES)	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	Tendência 2014 a 2016	
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		
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	271	231	179	213	251	306	308	333	295		
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	279	215	284	292	268	303	347	333	336		
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	472	450	497	514	474	460	458	595	573		
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	50	52	49	43	58	49	48	47	64		
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EIVALDO ORSI	15	13	20	11	9	7	13	9	13		
Total	3.450	3.213	3.465	2.758	2.504	2.443	2.507	2.815	2.557		

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Método de Cálculo

Numerador: Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de alta complexidade.

$$\frac{\text{Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de alta complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 1000$$

Denominador: População residente mesmo local e período.

Meta

Aumentar 1,63% em cada ano, nos próximos 4 anos

Ano	2018	2019	2020	2021
Internações Alta Compl.	3,5	3,55	3,6	3,65

Ações

Código	Ações	Responsáveis
1.iii.2.a.	Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde.	DS, Distritos, DGDO
1.iii.2.b.	Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos de cirurgias de alta complexidade.	DS, Distritos, DGDO

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0,86	<p>Comentários:</p> <p>Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual.</p> <p>Devido ao processo de transição do CHPEO, houve diminuição das ofertas para cirurgia de alta complexidade.</p> <p>Foram realizadas reuniões no NAAS para construção de protocolos clínicos, classificação de risco e reavaliação das filas de espera.</p> <p>Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos..</p>
2o		
3o		
RAG		

EIXO II – INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE E LINHAS DE CUIDADO

Diretriz 2. Aprimorar as Redes de Atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso) considerando as questões de gênero da população em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção na região de saúde.

Objetivo 2.i. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Indicador 2.i.1. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.

Relevância do Indicador

Permite avaliar 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.

Série Histórica

PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE

ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Nº ÓBITOS ACID. HOSP.	233	201	208	238	189	205	172	160	45
Nº TOTAL ÓBITOS ACIDENTE	303	281	312	346	295	309	276	245	59
% DE ACESSO	76,89	71,53	66,66	68,78	64,06	66,34	62,31	65,3	76,27

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 29/04/2016, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos hospitalares por acidente.

x100

Denominador: Número total de óbito por acidente em determinado local e período.

Meta

Manter acima de 64,00%

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
2.i.1.a.	Manter a cobertura do SAMU em 100%	DS, Distritos, DA, Gabinete da SMS

2.i.1.b.	Aprimorar o serviço de Motolância	DS, Distritos, DA
2.i.1.c.	Aprimorar a linha de cuidado do trauma nos serviços de pronto atendimento fixo e nos serviços de referência;	DS, Distritos
2.i.1.d.	Monitorar plano de contingência para atendimento de múltiplas vítimas no pronto atendimento fixo e nos serviços de referência;	DS, Distritos
2.i.1.e.	Manter e incrementar as ações intersetoriais de prevenção junto à Secretaria de Educação (PARTY) e EMDEC (Maio Amarelo).	DS, Distritos e DEVISIA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações																								
1o	74,39%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Causa de óbito CID 10 V01 - X59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td> <td>61</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Total de óbito em local não hospitalar</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Porcentagem de acesso hospitalar</td> <td>74,39%</td> </tr> <tr> <td>Porcentagem em local não hospitalar</td> <td>25,61%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Comentários: Este indicador é de avaliação anual. Comparado com o resultado anual (2017 – 66,2%), observa-se uma melhora do encaminhamento dos pacientes graves aos hospitais.</p> <p>Recomendações: Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito.</p>	Causa de óbito CID 10 V01 - X59		Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	82	Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	61	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	5	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	11	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	4	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	1	Total de óbito em local não hospitalar	21	Porcentagem de acesso hospitalar	74,39%	Porcentagem em local não hospitalar	25,61%
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	82																									
Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	61																									
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	5																									
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	11																									
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	4																									
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	1																									
Total de óbito em local não hospitalar	21																									
Porcentagem de acesso hospitalar	74,39%																									
Porcentagem em local não hospitalar	25,61%																									
2o																										
3o																										
RAG																										

Indicador 2.i.2. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio.

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.

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos das internações por IAM.

x100

Denominador: Número total das internações por IAM, em determinado local e período.

Meta

Reduzir 1% ao ano, para chegar em 12,23% em 2021

Ano	2018	2019	2020	2021
% de óbitos IAM	12,61	12,48	12,35	12,23

Ações

Código	Ações	Responsáveis
2.i.2.a.	Reavaliar protocolos de assistência junto a área hospitalar;	DS, Distritos, DGDO
2.i.2.b.	Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP;	DS, Distritos, DGDO
2.i.2.c.	Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.	DS, Distritos, DGDO

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	14,2%	Comentários: Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual. Recomendação: a) Manter protocolo de trombólise no SAMU b) Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao

		HMCP; c) Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 2.i.3. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.

Relevância do indicador:

Este indicador é utilizado para avaliar cobertura, acesso, acolhimento e resolubilidade à atenção da saúde materna e infantil. Mede a cobertura do atendimento pré-natal identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e o número de casos de sífilis congênita.

Série Histórica

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 - Coordenadoria de Informação e Informática.
DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
Dados atualizados em 13/01/2017, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

Numerador: Número de nascidos vivos de mães residentes
(em determinado local e ano) com sete ou mais consultas de pré -natal .
_____x100

Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.

Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).

Meta

Manter em, no mínimo, 80% durante os quatro anos

Ano	2018	2019	2020	2021
Meta	80%	80%	80%	80%

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
2.i.3.a.	Fortalecer as ações de qualificação na Linha do Cuidado binômio mãe-filho;	DS, Distritos
2.i.3.b.	Capacitar as equipes das UBS para diagnóstico, tratamento e controle da sífilis na gestação;	DEVISA, DS, Distritos, CETS
2.i.3.c.	Reorganizar as equipes de saúde, incluindo ginecologista a partir de novas contratações após resultados do último concurso.;	DS, Distritos, SRH
2.i.3.d.	Contratar e treinar para diagnóstico e controle da sífilis na gestação número suficiente de agentes comunitários de saúde;	Gab. Secretário, DS, Distritos, DGTES, SRH
2.i.3.e.	Realizar busca ativa de gestantes faltosas no pré-natal	DS, Distritos

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	79,99%	Observa-se uma discreta queda em relação ao mesmo período do ano anterior o que reforça a necessidade de avançarmos na participação de toda a equipe de saúde da família na assistência pré-natal.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 2.i.4. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.

Relevância do Indicador

Monitorar a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programa saúde na escola) e maternidades no território. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.

Série histórica nacional:

PROPORÇÃO DE GESTANTES ADOLESCENTES - Série Histórica Nacional					
Ano	2010	2011	2012	2013	2014
Propor. Gest. Adolesc.	19,30%	19,24%	19,27%	19,27%	18,87%

Série Histórica do Município de Campinas

FAIXA ETÁRIA DE PUERPERAS E PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA DE							
Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ate 14	90	85	95	84	114	91	71
15 a 19	1795	1726	1842	1843	2016	1854	1709
10 A 19	1885	1811	1937	1927	2130	1945	1780
20 a 34	10741	10533	10611	10689	10872	11131	10.678
35 e mais	2093	2131	2264	2405	2642	2764	2.695
Total	14719	14475	14812	15021	15644	15840	15153
%	12,81%	12,51%	13,08%	12,83%	13,62%	12,28%	11,75%

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 14/08/2017, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

Numerador: Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes (em determinado local e período).

_____x100

Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes (no mesmo local e período).

Meta

9,88% - Reduzir em 0,5 pontos percentuais ao ano.

Ações:

	Ações	Responsáveis
2.i.4.a	Promover ações educativas em escolas em parceria com a secretaria de educação	DS, Distritos
2.i.4.b	Fortalecer a conscientização dos profissionais da atenção básica com o objetivo de oferecer alternativas de contracepção de maior adesão por parte das adolescentes como métodos contraceptivos injetáveis e reversíveis de longa duração para faixas etárias mais jovens	DS, Distritos

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	9,47%	Indicador e avaliação anual. Tem-se mantido a meta abaixo de dois dígitos bem abaixo da série histórica nacional e houve redução comparativamente ao mesmo período. Deve-se manter constantes esforços de oferecer grupos de adolescentes e opções de métodos contraceptivos apropriados para esta população.

2o		
3o		
RAG		

Indicador 2.i.5. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.

Relevânciado Indicador

Avaliar 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.

Parâmetro nacional de referência:

70% de partos normais, admitindo-se até 30% de partos cesáreos. Segundo os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15 a 25% dos partos (Fonte: OMS, 1996).

Série Histórica do Município de Campinas

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	5.454
cesaria	8.224	8.373	8.602	8.788	8.902	9.271	9.547	9.657	10.073	10.421	10.136	9.699
ignorado	9	16	30	8	12	8	12	0	2	13	7	0
total	13.656	13.386	13.701	14.236	14.548	14.720	14.476	14.812	15.021	15.644	15.798	15.153
Proporção	39,7	37,3	37,0	38,2	38,7	37,0	34,0	34,8	32,9	33,3	35,8	36,0

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.
 DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
 Dados atualizados em 14/08/2017 sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

Numeador: Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano.

x100

Denominador: Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano.

Meta

Aumentar 0,5% a proporção de parto vaginal.

Ações:

Cód.	Ações	Responsáveis
2.i.5.a	Fortalecer a realização de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal na REDE SUS Campinas;	DS, Distritos
2.i.5.b	Aumentar o conhecimento da sociedade sobre os riscos de indicações desnecessárias de cesárea;	DS, Distritos
2.i.5.c	Manter programas de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal;	DS, Distritos
2.i.5.d	Realizar um contínuo processo de discussões junto às equipes de obstetras das maternidades visando à melhoria deste indicador	DS, Distritos, DGDO
2.i.5.e	Manter a valoração de indicadores qualitativos visando o aumento percentual de parto vaginal nas maternidades;	DS, Distritos, DGDO
2.i.5.f	Buscar a capacitação e participação de enfermeiros e médicos da Saúde da Família no acompanhamento do pré-natal de baixo risco.	DS, Distritos, CETS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	39,67%	Observa-se um aumento do índice de parto vaginal em relação ao mesmo período do ano anterior. As maternidades vêm implementando programas de parto humanizado e boas práticas em obstetrícia, tais como Projeto Ápice-ON (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) e Parto Adequado (iniciativa da ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar) com a participação de diversas áreas de profissionais na assistência a gestante e parturiente o que tem otimizado nossos índices de parto vaginal em conjunto com a conscientização das mulheres com relação aos benefícios do parto não cirúrgico.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 2.i.6. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida.

Relevância do Indicador

Mede a relação entre os atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida realizados por médicos e enfermeiros e o total de crianças nascidas vivas residentes a serem acompanhadas na primeira semana de vida na mesma área geográfica. A equipe de Atenção Básica deve identificar e acompanhar, em tempo oportuno, os recém-nascidos do território que tiveram alta da maternidade. A primeira semana de vida do recém-nascido constitui num momento propício para que a equipe de atenção básica possa auxiliar os familiares nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, orientar e realizar imunizações, verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho), estabelecer e reforçar a rede de apoio à família, bem como verificação da

caderneta da criança para identificação de risco e vulnerabilidade ao nascer e a avaliação da saúde da puérpera

Permite analisar variações geográficas e temporais na distribuição no atendimento em tempo oportuno a recém-nascidos na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Método de Cálculo

Numerador: Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida
 _____ x100

Denominador: Total de recém-nascidos a serem acompanhados

Meta:

No mínimo 25% dos recém-nascidos devem ser atendidos na primeira semana de vida.

Ações:

	Ações	Responsáveis
2.i.6.a	Capacitar /atualizar os profissionais da Atenção Básica para melhorar a qualidade dessas ações e a alimentação do sistema de informação da atenção básica	DS, Distritos, CETS
2.i.6.b	Monitorar e avaliar a qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação / contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão;	DS, Distritos
2.i.6.c	Buscar ativamente os recém-nascidos identificados no território pela equipe de atenção básica a fim de garantir os primeiros cuidados com a saúde do bebê e de sua família.	DS, Distritos

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	27%	Apesar da meta de 25% dos RN, atendidos no prazo pactuado, ter sido superada, por pequena margem, consideramos essencial a melhoria deste indicador. O DS está desenvolvendo projeto de apoio aos Distritos visando desencadear processo de trabalho nas UBS que permita alcançar meta muito mais ousada, de atendimento integral ao binômio Mãe e RN, de 3 a 5 dias de vida, de forma conjunta, por um único profissional, preferencialmente enfermeiro ou eventualmente médico. Com o avanço deste projeto, provavelmente teremos grande impacto na melhoria deste indicador do RDQA.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 2.i.7. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Relevânciado 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.

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: (Nº Caps I X 0,5) + (nº Caps II) + (Nº Caps III X 1,5) + (Nº de Caps IJ) + (Nº Caps AD) + (Nº de Caps AD III X 1,5) em determinado local e período.

x100.000

Denominador:População residente no mesmo local e período.

Meta:

Ampliar 1 serviço CAPS AD III para a Rede de Atenção Psicossocial de Campinas (referência para o Distrito de Saúde Sudoeste) em 2018, aumentando a Cobertura de CAPS em 2018 para 1.61. Manter esta cobertura nos demais anos.

Ações:

	Ações	Responsáveis
2.i.7.a	Propor a contratação de Recursos Humanos para garantir o bom funcionamento das equipes dos CAPS sob gestão direta da PMC;	DS, Distritos, SRH,
2.i.7.b	Monitorar o processo de construção da Sede do CAPS AD III do Distrito de Saúde Sudoeste;	DS, Distrito
2.i.7.c	Estimular as ações desenvolvidas por profissionais atuantes nos CAPS de conhecimento do seu território de referência e formação de Rede assistencial que facilite o acesso ao usuário.	DS, Distritos

Obs.:

Indicador calculado com referência à população estimada de 1.173.370 de 2016, podendo sofrer correções conforme variação populacional.

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	1,49	Manter os serviços especializados em funcionamento (4 CAPSi, 3 CAPS AD III e 6 CAPS III) e monitorar a implantação do CAPS AD Sudoeste (previsão de entrega do prédio para sede em setembro de 2018)
2o		
3o		
RAG		

Indicador 2.i.8. Ações de Matriciamento realizadas por Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS) com equipes de APS.

Relevânciado Indicador

A integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental constitui uma diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de constituir uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (“Para 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis mediante a prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e bem estar”). Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Port. nº-3.088/ 2011). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a depressão.

Série Histórica



Método de Cálculo

Número de UBS matriciadas por CAPS

x100

Número total de UBS do município

Fonte: Código do procedimento: 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial - S.I.A-SUS

Meta

100% das unidades matriciadas:

Ações:

	Ações	Responsáveis
2.i.8.a	Desenvolver instrumento de monitoramento dos casos de saúde mental acompanhados na APS;	DS, Distritos
2.i.8.b	Monitorar e estimular as ações de intervenção terapêutica realizadas pela equipe de saúde da família (como exemplo, seguimento clínico dos usuários inseridos em Serviço Residencial Terapêutico, realização de ações conjuntas com Centros de Convivência, atividades de grupo, entre outros);	DS, Distritos
2.i.8.c	Realizar um ou mais ação formativa em saúde mental para Rede de Assistência em saúde;	DS, Distritos, CETS
2.i.8.d	Manter o funcionamento dos fóruns de discussão distritais intersetoriais e fóruns de articulação da assistência em saúde mental;	DS, Distritos
2.i.8.e	Garantir a gestão compartilhada e participação social em todos os serviços especializados em Saúde Mental;	DS, Distritos
2.i.8.f	Manter o matriciamento a Rede assistência como meta a ser atingida, nos Planos de trabalho de serviço complementares na formação da Rede de Atenção Psicossocial do Município.	DS, Distritos, DGDO

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100	<p>Foi realizada capacitação do PA Anchieta em urgências e emergências em saúde mental, programado II Encontro de Políticas Públicas Municipal de Saúde Mental para junho de 2018.</p> <p>Recomendações</p> <ul style="list-style-type: none">a) Manter o matriciamento dos CAPS para atenção primária, mantido os fóruns de discussão distritais.b) Estimular a construção de instrumento de monitoramento dos casos de saúde mental na atenção primária;c) Realizar, no segundo semestre, capacitação em saúde mental para profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária. Priorizar o processo de constituição de equipe do

		CECO Boa Vista.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

OBS.: Nº de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano / total de CAPS habilitados) x 100 (Média mínima esperada: 12 registros por ano). Unidade de Medida: percentual (%)

Objetivo 2.ii: Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

Indicador 2.ii.1.Taxa de Mortalidade infantil

Relevânciado Indicador

Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Avalia o acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

Série Histórica

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	9,04
Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 14/08/2017, sujeitos à revisão.											

Método de Cálculo

Numerador: Nº de óbitos em menores de 1 ano.

x1.000

Denominador: Nº de nascidos vivos.

Meta

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

Ações

	Ações	Responsáveis
2.ii.1.a	Promoção da saúde da mulher antes da concepção..	DS, Distritos
2.ii.1.b	Garantir acesso oportuno ao atendimento das intercorrências do período gravídico, com reconhecimento adequado das situações de risco a saúde.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.1.c	Garantir acesso ao pré-natal de alto-risco e recursos tecnológicos assistenciais para o binômio mãe/bebê em tempo oportuno, conforme necessidade.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.1.d	Estabelecer vinculação da gestante a uma unidade de referência para o parto e garantir transporte seguro.	DS, Distritos, UBS
2.ii.1.e	Estimular o aleitamento materno e o acompanhamento precoce na unidade básica de saúde (vinculando a uma	DS, Distritos, UBS

	equipe de saúde da família).	
2.ii.1.f	Manter as investigações e análises dos óbitos no Comitê de Morte Materna e Infantil.	DS, Distritos e DEVISA
2.ii.1.g	Capacitar os profissionais de saúde para investigação de casos.	DS, Distritos, VISAs, DEVISA e CETS
2.ii.1.h	Realizar Seminários periódicos para a discussão da Mortalidade Materno Infantil.	DS, Distritos, DEVISA, CETS
2.ii.1.i	Fortalecer as ações de promoção de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável em todos os serviços, em especial nas Unidades Básicas de Saúde e nas Maternidades.	DS, Distritos, UBS, DGDO
2.ii.1.j	Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável.	DS, Distritos
2.ii.1.k	Desenvolver estratégias, em todos os serviços, para prevenção, diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno, da Infecção de Trato Urinário (ITU), com monitoramento de cura pós-tratamento, priorizando mulheres grávidas.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.1.l	Desenvolver estratégias para ampliar o número de binômios “mãe-bebê” com primeiro atendimento na Atenção Básica entre o 3º e o 5º dia de vida do recém-nascido.	DS, Distritos e UBS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o		Este indicador é de avaliação anual. Ocorreram no 1º quadrimestre 46 óbitos em menores de 1 ano; destes 20 foram investigados, sendo 43,8% investigados. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. Manter as discussões sobre as causas mais comuns e promover a qualificação dos acompanhamentos desde o pré natal.
2o		
3o		
RAG		

Observações

Observa-se que quando a taxa de mortalidade infantil tem resultados próximos de 10 por 1000 NV, as intervenções necessárias para a manutenção da redução tornam-se mais complexas e sua queda costuma tornar-se mais lenta.

Indicador 2.ii.2. Razão da Mortalidade Materna

Série Histórica

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	15.153
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	33,00

Fonte: SIM e SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.
DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
Dados atualizados em 13/01/2017, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna.

_____x100.000

Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes.

Meta

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

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	Até 40 mortes maternas/100.000 nascidos vivos, no ano	Até 40 mortes maternas/100.000 nascidos vivos, no ano	Até 40 mortes maternas/100.000 nascidos vivos, no ano	Até 40 mortes maternas/100.000 nascidos vivos, no ano

OBS.: Como os números são pequenos e há uma variação ano a ano, se recomenda que a avaliação seja pela média dos quatro, a qual não deverá ultrapassar até 35 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, adequando a avaliação ao período correspondente do Plano Municipal de Saúde.

Monitoramento: quadrimestral (acompanhar número de óbitos maternos)

Avaliação: anual

Ações

	Ações	Responsáveis
2.ii.2.a	Fortalecer o pré-natal de alto risco.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.2.b	Capacitar ESF para acompanhamento de pré-natal de baixo risco.	DS, Distritos, CETS
2.ii.2.c	Organizar o processo de trabalho visando à qualificação do pré-natal.	DS, Distritos
2.ii.2.d	Fortalecer a implementação dos componentes da Rede Cegonha.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.2.e	Utilizar eventos sentinela para qualificar as equipes de saúde no atendimento pré-natal e prevenir a ocorrência de outros	DS, Distritos

	eventos.	
2.ii.2.f	Participar do Comitê Regional de Vigilância a Morte Materna, Infantil e Fetal.	DS e DEVISA
2.ii.2.g	Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil.	DS, Distritos, VISAs e DEVISA
2.ii.2.h	Desenvolver estratégias, em todos os serviços, para prevenção, diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno, da Infecção de Trato Urinário (ITU), com monitoramento de cura pós-tratamento, priorizando mulheres grávidas.	DS, Distritos
2.ii.2.i	Intensificar a imunização de mulheres durante a gestação, e priorizar a vacinação contra a Coqueluche.	DS, Distritos, UBS
2.ii.2.j	Proporcionar assistência qualificada no pré-natal (realizar todos os exames e vacinas conforme protocolo) e parto (garantir leito de UTI adulto).	DS, Distritos, UBS e DGDO
2.ii.2.k	Adequar oferta de pré-natal de alto risco e (garantir leito de UTI adulto).	DS, Distritos e DGDO
2.ii.2.l	Articular a Rede Cegonha no Município de Campinas e os Comitês de Mortalidade Infantil e Materna.	DS, Distritos, DGDO e DEVISA
2.ii.2.m	Atender adequadamente às intercorrências na gravidez e pós-parto.	DS, Distritos, UBS e DGDO
2.ii.2.n	Aumentar oferta de vagas de pré-natal de alto risco no Município.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.2.o	Qualificar os comitês de mortalidade para investigação dos casos.	DS, Distritos, DEVISA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	02	Este indicador é de avaliação anual. No 1º quadrimestre ocorreram 02 óbitos maternos; os quais foram investigados e classificados como de mortalidade obstétrica materna direta evitável. (os dois em serviços do SUS).
2o		
3o		
RAG		

Observações

A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define morte materna como a "morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais".

As mortes maternas são causadas por afecções do capítulo XV da CID-10 – Gravidez, parto e puerpério e por afecções classificadas em outros capítulos da CID, especificamente:

Tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) e osteomalácia puerperal (M83.0), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte.

Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte.

São consideradas mortes maternas aquelas que ocorrem como consequência de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério.

Indicador 2.ii.3. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados

Relevância do indicador

Permite 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. Possibilita, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema, que possam evitar a ocorrência de eventos similares.

Série Histórica

Ano	2012	2013	2014	2015	2016*
Valor	100%dos óbitos MIF investigados	87,62%dos óbitos MIF investigados	100%dos óbitos MIF investigados	100%dos óbitos MIF investigados	100%dos óbitos MIF investigados

Método de Cálculo

Numerador: total de óbitos de MIF investigados

Denominador: total de óbitos de MIF

Fator de multiplicação: 100

Meta

Meta pactuada Região: 90%

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	90%dos óbitos MIF investigados			

Ações:

	Ações	Responsáveis
2.ii.3.a	Apoiar os comitês de Investigação regionais com a realização de reuniões periódicas para discussão dos casos investigados.	Departamento de Saúde, Distritos, DEVISA e VISAs
2.ii.3.b	Capacitação dos profissionais de saúde para investigação de casos MIF.	DEVISA e VISAs
2.ii.3.c	Atualizar, mensalmente, o módulo nacional do SIM com o Sistema Local	DGDO/CII
2.ii.3.d	Participar ativamente do Comitê Regional de Vigilância de Morte Materna, Infantil e Fetal	Gab. Secretário, DEVISA e DS/ Distritos
2.ii.3.e	Melhorar fluxos de informações entre os Município de Ocorrência	Gab. Secretário, DEVISA e DGDO - CII

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	40,77%	Foram investigados 33 óbitos de um total de 81 óbitos de MIF registrados. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 2.ii.4. 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.

Série Histórica

SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE MATERNA DE CAMPINAS (residentes) E INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS											
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	14.797
ÓBITOS MATERNS	7	6	4	8	2	5	5	9	9	6	5
PERC. ÓB. MATER. INVES	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SIM e SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
DEVISA - Comitê de Mortalidade Materna

Método de Cálculo

Numerador: total de óbitos maternos investigados.

x100

Denominador: total de óbitos de maternos.

Meta:

100% dos óbitos maternos investigados

Ações:

	Ações	Responsáveis
2.ii.4.a	Manter vigilância e ações do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil, bem como todas as ações de qualificação do pré-natal e assistência ao parto.	DS, Distritos, DEVISA
2.ii.4.b	Implementar todos os componentes da Rede Cegonha, tendo como finalidade a prevenção da ocorrência do evento morte materna.	DS e DGDO
2.ii.4.c	Utilizar os relatórios dos Comitês de Mortalidade como disparadores de ações qualificadoras dos técnicos da SMS na atenção ao pré-natal, parto e puerpério	DS, Distritos, DEVISA e DGDO

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100%	Os dois óbitos maternos foram investigados, sendo os dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável, ambos ocorridos no SUS.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 2.ii.5. 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.

Série Histórica

ANO	obitos infantis		óbitos fetais		
	nº	%	nº	%	
2014	122/130	93,85	121/126	96,03	
2015	129/129	100	134/135	99,26	
2016*	113/137	82,48	84/108	77,78	

Fonte: SIM/CII dados até 01/02/2017

* - Dados provisórios - período de investigação de até 120 dias

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos em menores de 1 ano, segundo o ano e território selecionado.

x1.000

Denominador: número de nascidos vivos, segundo o ano e território selecionado.

Meta:

	2018	2019	2020	2021
Valor	91%	92%	94%	95%

Ações:

	Ações	Responsáveis
2.ii.5.a.	Apoiar as Unidades / Distritos nas Investigações dos Óbitos, com a discussão dos casos sentinelas.	DS, Distritos, DEVISA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Infantis: 20/46 = 48,5% Fetais: 18/37 = 43,8% Total: 38/83 = 45,8%	Porcentagem de óbito infantil investigado por faixa etária: 0 - 6 dias = 11/29 = 37,9% 7 - 27 dias = 2/4 = 50% 28 - 364 dias = 7/13 = 53,8% O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. Garantir espaços para as discussões locais/distritais e trabalhar casos sentinelas.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 2.ii.6. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

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.

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT em determinado ano e local)

x100.000

Denominador: População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.

OBS.: Para calcular o indicador, utilizar as DCNT registradas no CID-10 com os seguintes códigos: **I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14**

Meta

:Reduzir 2% ao ano a partir de 2018 – Meta Regional Pactuada: 272,38

Parâmetro esperado em 2017: 281,13. Reduzir 2% ao ano a partir de 2018, segundo Parâmetro Nacional de Referência do Caderno de Diretrizes 4ª Versão 2016.

	2018	2019	2020	2021
Taxa de Mort. Precoc. Estimada	279,13	277,13	275,13	273,13

Ações:

	Ações	Responsáveis
2.ii.6.a	Implantar o Protocolo de DCNT e Risco Cardiovascular proposto pelo MS em todas as unidades de saúde.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.6.b	Aumentar o percentual de pacientes com cadastro de pacientes crônicos e acamados com classificação de risco/vulnerabilidade, considerando outros agravos crônicos de relevância para o território (UBS), para que a meta possa ser atingida.	DS, Distritos e CS
2.ii.6.c	Aumentar as ações de promoção e prevenção em todas as UBS, voltadas para as práticas corporais e alimentação saudável.	DS, Distritos
2.ii.6.d	Estimular a implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva nas UBS para apoiar a gestão dos PTS dos casos de maior vulnerabilidade e gravidade.	DS, Distritos e VISAs
2.ii.6.e	Realizar campanhas sobre alimentação com pouco sal e seus impactos,	DS, Distritos e CS
2.ii.6.f	Monitorar as redes de cardiologia e de doenças crônicas,	DS, Distritos, DGDO e CS

2.ii.6.g	Implementar rastreamento para detecção precoce de câncer de mama e de colo do útero	DS, Distritos, DGDO e CS
2.ii.6.h	Manter a academia da saúde e estimular a utilização das academias das praças e praças esportivas	Gab. Do Secretaria, DS, Distritos, NASF e CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	86,50	<p>a) Manter e incentivar as ações com alto índice de positividade como atividades de combate ao sedentarismo, cadastro e atendimento no domicílio de idoso e acamados (92%), e com um percentual menor, porém ainda bem expressivo (87%), a oferta do PTS em pacientes de maior vulnerabilidade e práticas integrativas que constituem uma tecnologia leve e de alta potência.</p> <p>b) Melhorar e potencializar ações voltadas à prática de alimentação saudável e acompanhamento de egressos hospitalares através de relatórios de alta (73%) para efetivar o trabalho de promoção e prevenção junto à Rede.</p> <p>c) Criação de instrumento mais efetivo de registro e monitoramento de risco para hipertensos e diabéticos, através de software leve em construção junto ao GT de crônicos em parceria com a C.I.I. para melhorar os índices de 66% desta ação apurado junto às unidades básicas de saúde.</p> <p>d) Incentivar a aplicação do protocolo de risco cardiovascular, desenvolvimento pelo Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Sírio Libanês, para melhorar ações como entrevista motivacional, mudança de comportamento do usuário e também do trabalhador e ampliação do autocuidado, a fim de elevar os baixos índices da aplicabilidade registrados junto às unidades que variam entre 10 e 18%.</p> <p>e) Mantido as supervisões mensais de Lian Gong primeira, segunda e terceira parte. Início de curso de capacitação de doze profissionais da rede em Movimento Vital Expressivo no sistema Rio Abierto. Realizado em conjunto com a Fundação Movimento, Coordenação da Área da Saúde Integrativa e Secretaria do esportes e lazer, Encontro de Movimento Vital Expressivo, com participação das Unidades Básicas de Saúde que oferecem este programa do Corpo em Movimento. Criado Grupo de Trabalho da Saúde Integrativa, visando colaborar na execução do projeto das Condições Crônicas não transmissíveis. Mantido atendimento do Ambulatório Municipal de Acupuntura, visando tratamento de Condições Crônicas Não transmissíveis (CCNT) no Espaço C. R. Academia. Comentário: Ocorre subnotificação dos registros dos programas da Saúde Integrativa. Recomendação: Estimular o registro dos procedimentos dos Programas da Saúde Integrativa.</p> <p>f) Em conjunto com o CETS, início de planejamento para Capacitações no segundo semestre de 2018 para o programa de atendimento ao tabagismo. Desenvolvimento em conjunto com Assistência Farmacêutica de planilha para alimentar o</p>

		FORMSUS. Realizado reunião com as equipes das U.B.S. atualizando-as quanto as alterações em relação ao Ministério da Saúde, DRS 7, controle dos medicamentos remanejados e o procedimento quanto aos medicamentos que vencerão nos próximos meses. Comentário: Formado 16 novas equipes do programa, porém nenhuma delas foi registrada na DRS 7. Recomendação: Estimular o registro destas equipes na DRS 7, para que possam realizar atendimento e receberem insumos.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

A taxa é menor em Campinas que em SP e tem tendência de redução mais marcante que em SP, a despeito de repique em 2011. Dentre as DCNT o maior número de óbitos foi por doenças do aparelho circulatório, com tendência declinante, seguido por câncer, com tendência crescente, seguida muito abaixo por doenças respiratórias crônicas, com tendência crescente a partir de 2008 e por diabetes, com tendência declinante. Os fatores relacionados são ações de promoção específicas para DCNT, tais como: alimentação saudável, atividade física e combate ao sedentarismo, combate ao tabagismo, alcoolismo e drogadição. Há de se considerar também a importância das ações relacionadas à gestão da clínica, de classificação de risco, vinculação à unidade básica, continuidade do tratamento, acesso à atenção especializada e reabilitação.

EIXO III - PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

Diretriz 3. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo 3.i. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Indicador 3.i.1. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano

Relevância do Indicador

Ajuda 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., tendo como imagem objetiva atingir o recomendado pela OPAS (acima do parâmetro nacional de referência) - 0,5/1.000 nascidos vivos: meta de eliminação.

Série Histórica

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	95	103	137	179	270	314	323
Sífilis congênita	37	34	33	57	71	83	84
Taxa de detecção de sífilis gestante	6,34	6,98	9,06	11,67	16,88	19,46	21,36
Coeficiente de incidência sífilis congênita	2,47	2,3	2,18	3,72	4,44	5,14	5,55

Fonte: DeVISA Campinas atualizado até 23.03.2017

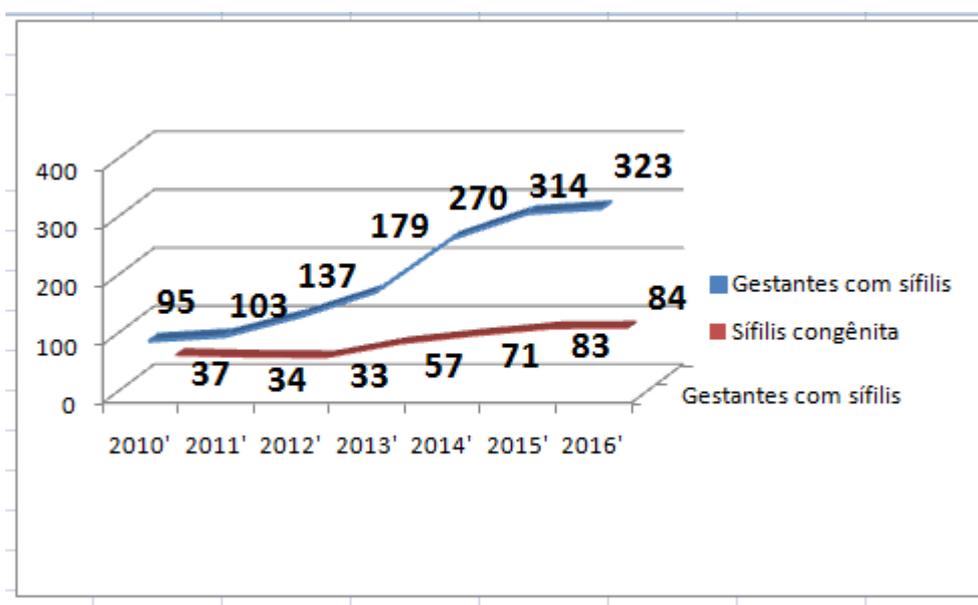
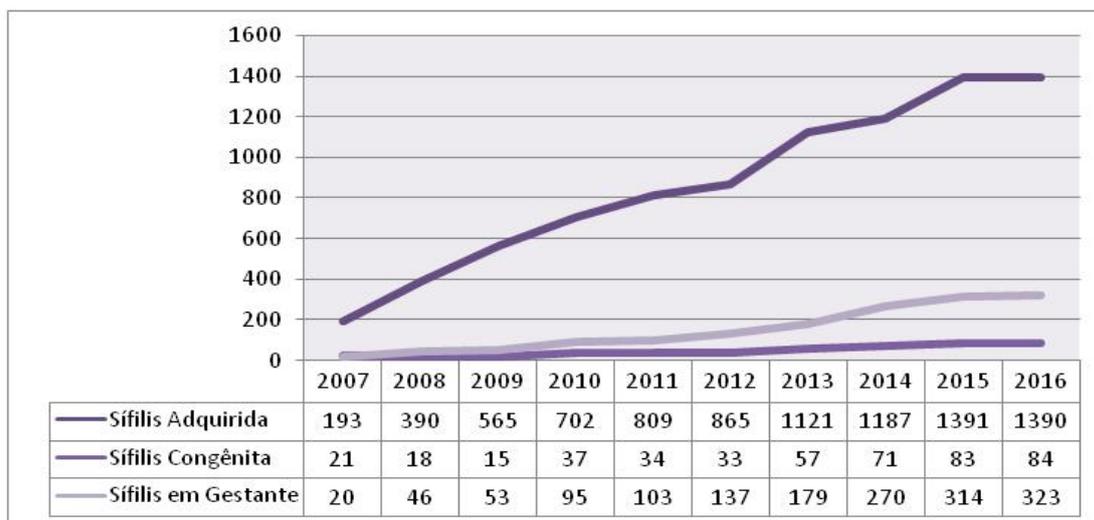
Freqüência por Agravos Compulsórios segundo Ano de Diagnóstico

Ano da Notific.	Sífilis Adquirida	Sífilis Congênita	Sífilis em Gestante	CI_CONGENITA	TD_GESTANTE	NASC_VIVOS	Total
2007	193	21	20	1,51	1,44	13891	234
2008	390	18	46	1,25	3,18	14451	454
2009	565	15	53	1,01	3,58	14806	633
2010	702	37	95	2,47	6,34	14995	834
2011	809	34	103	2,30	6,98	14764	946
2012	865	33	137	2,18	9,06	15122	1035
2013	1121	57	179	3,72	11,67	15342	1357
2014	1187	71	270	4,44	16,88	15996	1528
2015	1391	83	314	5,14	19,46	16136	1788
2016	1390	84	323	5,55	21,36	15122	1797
2017		18	26				

CI: Coeficiente de incidência para cada 1000 nascidos vivos

TD: Taxa de detecção para cada 1000 nascidos vivos

DEVISA: atualizado até 23.03.2017



Método de Cálculo

Número absoluto de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.

Meta

Nº absoluto de casos:

Meta de Campinas: 2018: 70 Meta Regional Pactuada: 120

	2018	2019	2020	2021
Valor	70 casos/ano	56 casos/ano	45 casos/ano	36 casos/anos

Ações:

Cód.	Ações	Responsáveis
3.i.1.a	Ofertar exames de sífilis para todas as gestantes, no primeiro e terceiro trimestre (testes laboratoriais) e na 24ª e 34ª semanas de gestação (testes rápidos); Linha de Cuidado Materno Infantil.	DS, Distritos, DA
3.i.1.b	Tratar todas as gestantes com sífilis em tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina.	DS, Distritos e CS
3.i.1.c	Tratar os parceiros sexuais das gestantes com sífilis.	DS, Distritos e CS
3.i.1.d	Realizar capacitações e atualizações constantes quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis, e no manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	DS, Distritos, CETS
3.i.1.e	Estimular a implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva nas UBS para monitorar o acompanhamento de todas as gestantes e parceiros com sífilis.	DS, Distritos, DEVISA
3.i.1.f	Aperfeiçoar rotina de consultas, retornos e exames no Pré-natal, estimulando início no 1º trimestre, intensificando busca ativa de faltosas	DS, Distritos e CS
3.i.1.g	Monitorar as ações de qualificação da assistência ao parto e nascimento, com triagem sorológica e acompanhamento do RN no serviço de referência	DGDO e DS, Distritos e CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	27	No primeiro quadrimestre de 2018, houve 68 notificações de sífilis congênitas. Entre estas, 41 foram descartadas, restando 27 casos de sífilis congênita (23 crianças nascidas vivas, 3 abortos e 1 natimorto). Observa-se um aumento de 56% quando comparado ao primeiro quadrimestre de 2017. A maior dificuldade encontrada continua o tratamento do parceiro. Encontra-se previsto um novo ciclo de capacitação, por distrito em parceria com as VISAS, para a nova abordagem no tratamento das parcerias sexuais, com o objetivo de melhorar a adesão do parceiro ao tratamento. Garantir e realizar visitas e busca ativa das gestantes e seus parceiros a fim de garantir o tratamento.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

Meta de eliminação da OPAS: 0,5 casos de sífilis por 1.000 nascidos vivos. Considerando a alta incidência de sífilis nos últimos anos, a meta é reduzir 20% ao ano o número de casos de sífilis congênita

Indicador 3.i.2. Número de testes de sífilis por gestante

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.

Série Histórica

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

Método de Cálculo

1. Para o numerador considerar a quantidade aprovada, por município de execução, os seguintes procedimentos ambulatoriais:

0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE;

0214010082 TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE.

2. Para o denominador considerar o total de AIH aprovadas de gestantes, por município de residência, nos seguintes procedimentos: 0310010039 PARTO NORMAL;

0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO;

0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO;

0411010034 PARTO CESARIANO;

0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.

Periodicidade para avaliação: anual

Monitoramento: quadrimestral

Meta:

Realizar, no mínimo, 2 exames durante o pré-natal

	2018	2019	2020	2021
Valor	Realizar, no mínimo, 2 exames de sífilis por parto em residentes do município.	Realizar, no mínimo, 2 exames de sífilis por parto em residentes do município.	Realizar, no mínimo, 2 exames de sífilis por parto em residentes do município.	Realizar, no mínimo, 2 exames de sífilis por parto em residentes do município.

Periodicidade para avaliação: anual

Monitoramento: quadrimestral

*Nota técnica nº 01/2016- SMS-Campinas

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.2.a	Ofertar exames de sífilis para todas as gestantes, no primeiro e terceiro trimestre (testes laboratoriais) e na 24 ^a e entre 34 ^a e 36 ^a semana de gestação (testes rápidos).	Unidades de saúde, VISAs
3.i.2.b	Tratar todas as gestantes com sífilis no tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina.	
3.i.2.c	Tratar as parcerias sexuais da gestantes com sífilis.	
3.i.2.d	Garantir a aquisição de penicilina benzatina para o tratamento da gestante com sífilis	Departamento Administrativo Departamento de Saúde
3.i.2.e	Garantir os exames de sorologia de sífilis para gestantes	
3.i.2.f	Ter disponível teste rápido para sífilis em todos os serviços de saúde	Almoxarifado da saúde e CRT/AIDS
3.i.2.g	Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido; aconselhamento do paciente; interpretação dos resultados laboratoriais e tratamento da gestante e seu parceiro.	CRT/AIDS
3.i.2.h	Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis	Departamento de Saúde e DEVISA
3.i.2.i	Aumentar a meta para 4 exames durante a gravidez, conforme protocolo de pré-natal sendo as sorologias de rotina no Pré-Natal (1 ^o e 3 ^o trimestre) e mais dois testes rápidos na 24 ^o e entre 34 ^a e 36 ^a semana da gestação, conforme Nota Técnica	DS, Distritos, DA
3.i.2.j	Disponibilizar teste rápido para sífilis em todos os serviços de saúde.	DS, Distritos, DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	2,73	Até 31 de março de 2018 foram realizados 4.627 sorologias para sífilis em gestante e 1.758 testes rápidos para sífilis em gestantes, utilizando os dados do SIA/SUS (CAC) e o consolidado Municipal extraído do e-SUS AB, totalizando 6.385 exames em gestantes. O número total de partos no período de jan-mar/2018 foi de 2.336 partos. Com a nota técnica 01/2016, a recomendação para o PN é a realização de 2 testes rápidos de sífilis, intercalado com as sorologias de sífilis preconizadas na rotina de PN. Portanto, para o município, esperamos que sejam realizados 4 testes de sífilis por gestante (2 sorológicos e 2 testes rápidos). Como no primeiro quadrimestre parte das parturientes realizaram os exames de sífilis no ano de 2017, a melhor análise se realiza ao final do ano.
2o		
3o		
RAG		

Valores:	Consolidado Municipal	Leste	Noroeste	Norte	Sudoeste	Sul
3.i.2.v.1. Número de testes rápidos para sífilis em gestante realizados pela unidade.	1758	177	380	456	429	316
3.i.2.v.2. Número de sorologias para sífilis em gestante realizados pela unidade.	3704	293	454	701	828	1428
3.i.2.v.3. Número Total de Gestantes (por SINASC excluindo duplos).	3452	298	790	590	749	1025
3.i.2.v.4. Número de testes de sífilis por gestante.	1,6	1,6	1,1	2,0	1,7	1,7

Fonte: Matriz de Monitoramento AB – Informações e-SUS de 62 Centros de Saúde de Campinas – 1º RDQA

Observações:

Meta da OPAS é de 0,5 casos de sífilis por 1.000 nascidos vivos.

Resultado acima de 2 testes de sífilis/parturiente indica que na média, todas as gestantes fizeram pelo menos os testes para diagnóstico da sífilis preconizado no protocolo do Ministério da Saúde para acompanhamento pré-natal.

Resultado de 4 ou mais testes de sífilis/parturiente demonstra que a nota técnica da SMS, nº 01/2016 impactou na ampliação da investigação da sífilis na gestação.

Indicador 3.i.3. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação

Relevânciado Indicador

Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.

Série Histórica

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Valor	65%	88%	76%	78,79%	83,26%	83,25%	79,13%	79,7%

Fonte: tabnet.saude.sp.gov.br

Método de Cálculo

Numerador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação.

_____ x 100

Denominador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação.

*Relatório gerado automaticamente para esse fim no SINAN.

Meta

Meta de Campinas: 80%

Meta Regional Pactuada: 80%

	2018	2019	2020	2021
Valor	80%	83%	86%	90%

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.3.a	Realizar investigação oportuna e monitoramento da realização dos exames diagnósticos.	VISA, DEVISA e equipes assistenciais da rede de saúde.
3.i.3.b	Realizar acompanhamento sistemático do banco de dados do SINAN, a fim de detectar casos em aberto e desencadear as ações necessárias para o encerramento.	
3.i.3.c	Envio Banco de Dados Municipal (SINAN-net) para o Banco de Dados Regional, toda sexta-feira até as 12 horas	DGDO/CII
3.i.3.d	Pactuar junto aos técnicos da SMS o envio para o GVE (Regional) das fichas epidemiológicas das DCNI digitalizadas	VISA e DEVISA
3.i.3.e	Garantir equipamentos de informática para alimentação dos sistemas de notificações	DGDO/CII, DEVISA e DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	86,67	Meta atingida.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.4. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª U dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada

Relevânciado Indicador

A cobertura vacinal instrumentaliza a equipe de coordenação das ações de vacinação nas várias esferas, para a identificação de áreas de risco em razão da presença de supostos suscetíveis, caracterizando tendências e/ou situações a merecer intervenções oportunas; com coberturas mínimas preconizadas pelo PNI. As vacinas selecionadas para este indicador estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual:

Vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por *Haemophilus influenzae* tipo B e hepatite B;

vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil;

vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global;

vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.

Série Histórica

	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*
Valor	75%	100%	100%	87,5%	87,5%

*Este indicador até 2016 tinha no denominador oito vacinas do primeiro ano de vida.

Método de Cálculo

Calcular a Cobertura vacinal específica para cada tipo de vacina do Calendário Básico de Vacinação da Criança.

Fonte: SIPNI

Parâmetro de referência para Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice Viral: coberturas > ou = a 95%

Para as vacinas BCG e Rotavírus a cobertura vacinal esperada: > ou = a 90%; Meningocócica a cobertura esperada: é > ou = 95% e para Influenza a cobertura esperada é de > ou = 90%.

Numerador: Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada.

x 100

Denominador: 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral.

Meta

Meta de Campinas: 75%

Meta Regional Pactuada: 75%

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	75% *	75%	75%	75%

OBS.: * das vacinas selecionadas do calendário de vacinação com cobertura vacinal alcançada.

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.4.a	Priorizar abertura de sala de vacina e RT profissional de enfermagem em todo horário de funcionamento da unidade	DS, Distritos e UBS
3.i.4.b	Incrementar estratégias de vacinação de rotina e campanha e instituir a busca ativa de faltosos de forma	VISAs, Distrito e UBS

	sistemática nas unidades básicas	
3.i.4.c	Ampliar o número de funcionários da sala de vacina	DGTES, DS e DEVISA
3.i.4.d	Implantar o SI-PNI web em todas as salas de vacina do município	DEVISA, VISAs, Distritos, CII e UBS
3.i.4.e	Garantir câmara fria em condições adequadas de funcionamento em todas as salas de vacina do município	DEVISA, DA, DS e UBS
3.i.4.f	Capacitar funcionários monitorando as ações, realizar monitoramento dos casos de procedimentos inadequados de vacinação (impresso da Vigilância) para eventos sentinela	DEVISA, VISAs, Distritos e UBS
3.i.4.g	Realizar supervisão das salas de vacina uma vez ao ano	VISAs, Distritos e UBS
3.i.4.h	Intensificar vacinação nos "bolsões" de baixa cobertura vacinal, após análise de homogeneidade	VISAs, DS, Distritos e UBS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Pentavalente: 86,62; Pneumocócica 10- valente: 90,05; Poliomielite: 89,77; Tríplice Viral: 87,35	<p>A avaliação deste indicador é realizada anualmente. A avaliação da cobertura vacinal é realizada acumulativamente durante o ano, atingindo a meta ao final do ano avaliado. Para acompanhamento do indicador foi realizada uma cobertura vacinal proporcional ao número de crianças que nasceram no período, no qual, foram avaliados os dados referentes do período de 01 de Janeiro a 30 de Abril de 2018, extraídos do sistema SIPNI WEB em 08/05/2018.</p> <p>No período citado acima as salas de vacinas estavam sendo informatizadas conforme determinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), sendo realizada a transição do Sistema SIPNI Desktop para o Sistema SIPNI Web no município de Campinas.</p> <p>A cobertura vacinal foi prejudicada por diversos motivos dentre eles cita-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia; b) abastecimento prejudicado de vacinas por parte do estado; câmaras frias quebrando com maior recorrência e demora no conserto das câmaras; c) erros no sistema de informação (SI-PNI) que fazem com que diversas doses não sejam contabilizadas na cobertura vacinal. Esses erros são reportados rotineiramente ao GVE e dependem de correção por parte do DataSus. <p>Foi realizado no final do mês de Abril uma atualização do Sistema SIPNI para corrigir alguns erros no sistema, mas ainda não foi possível visualizar todas as correções realizadas, pois a exportação foi realizada em 27/04/2018 e os dados só estarão disponíveis 15 dias após.</p>
2o		
3o		
RAG		

Observações:

As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual.

Indicador 3.i.5. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial

Relevânciado 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.

Série Histórica

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Valor	79,79%	81,07%	81,65%	82,33%	79,87%	75,70%

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

ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
casos novos	275	274	293	313	280	280	314	299	306	326
Pop	1.034.904	1.045.405	1.056.274	1.067.421	1.079.140	1.090.000	1.100.970	1.112.050	1.123.241	1.134.546
coef inc	26,57	26,20	27,73	29,32	25,94	25,68	28,52	26,88	27,24	28,73

Fonte: Sistema TB Web - DEVISA / População SEADE

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

ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nº obitos	20	9	11	10	7	4	9	14	10	13
Pop	1.034.904	1.045.405	1.056.274	1.067.421	1.079.140	1.090.000	1.100.970	1.112.050	1.123.241	1.134.546
tx.mortalidade	1,93	0,86	1,04	0,93	0,64	0,36	0,81	1,25	0,89	1,14

Fonte: Sistema TB Web - DEVISA / População SEADE

*Tuberculose formas: pulmonar e extrapulmonar

PROPORÇÃO DE CASOS DE CURA DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2006 A 2015

ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
casos novos	153	174	170	175	166	164	159	158	173	139
Percentual Cura	69,93	72,98	70	76,57	79,51	78,04	78,61	81,64	79,19	75,53

Fonte: Sistema TB Web - DEVISA

Método de Cálculo

Numerador: Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados.

x100

Denominador: Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial diagnosticados.

Fonte: TBWeb

OBS *Considerar a coorte do ano anterior ao ano de avaliação.

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	85%	85%	85%	85%

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.5.a	Aumentar a proporção de pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO).	DEVISA/VISA, DA, DS, Distritos de Saúde e Equipes de Unidade básica
3.i.5.b	Manutenção do café da manhã para os pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO).	
3.i.5.c	Disponibilização de exames de Baciloscopia para seguimento dos casos.	
3.i.5.d	Garantir a manutenção para os equipamentos de TMR para diagnóstico da TB.	
3.i.5.e	Disponibilização de Isoniazida para tratamento pediátrico.	
3.i.5.f	Realizar o Evento Sentinela para todos os casos de abandono de tratamento.	
3.i.5.g	Busca ativa dos pacientes faltosos para diminuir o abandono.	
3.i.5.h	Incentivar as equipes a identificarem sintomáticos respiratórios na rotina, realizando testes para tuberculose; e anualmente realizarem na comunidade campanha de busca de sintomáticos respiratórios no território.	DEVISA/VISA, DS, Distritos de Saúde e Equipes de Unidade básica
3.i.5.i	Estabelecer parcerias com CR DST/Aids, Consultório na Rua e Redes de Apoio do território para o diagnóstico e o cuidado com as populações mais vulneráveis a tuberculose.	DEVISA/VISA, DS, Distritos de Saúde e Equipes de Unidade básica
3.i.5.j	Manter ações anuais da Semana da Tuberculose, com Seminários e Capacitações para profissionais da saúde.	DEVISA/VISA, DS, Distritos de Saúde e Equipes de Unidade básica

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	49,74%	<p>Foram analisados casos de novos pulmonares bacilíferos com início de tratamento em 2017, nesta coorte analisada encontramos um total de 193 casos: sendo que até o momento, 96 evoluíram para cura, 28 abandonaram o tratamento (14,5%), e 52 encontram-se ainda em tratamento e 17 foram a óbito (07 por causas não relacionadas a tuberculose e 10 por tuberculose).</p> <p>Dos 28 casos de abandonos, 18 deles tinham história de etilismo e/ou drogadição.</p> <p>Reitera-se a recomendação de fortalecimento do tratamento supervisionado, e o estabelecimento de parcerias com a</p>

		assistência social e saúde mental para diminuição dos casos de abandono de tratamento.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.6. 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 com AIDS, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para o tratamento precoce das duas doenças.

Série Histórica

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Percentual de Exames	87,58	86,7	87,34	87,34	97,34	89,05

Método de Cálculo

Numerador = N^o de casos novos de TB com HIV realizado no ano da avaliação.
 _____ x100

Denominador = Total de casos novos de TB no ano da avaliação.

Fonte: TBWeb

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	95%	95%	95%	95%

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.6.a	Ofertar o teste anti-HIV para todos os casos novos de TB.	VISAs, Distritos de saúde e equipes da atenção básica
3.i.6.b	Ter disponível teste rápido anti-HIV em todos os serviços de saúde.	Almoxarifado de saúde e CR DST/AIDS
3.i.6.c	Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	CR DST/AIDS

3.i.6.d	Realizar o diagnóstico precoce da coinfeção TB/HIV e garantir introdução precoce de TARV a estes pacientes.	Equipes de atenção básica e CR DST/AIDS
---------	---	---

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	89,24	O período avaliado é de casos novos de tuberculose com início de tratamento de 01 de janeiro a 30 de abril de 2018. Todas as unidades de saúde foram capacitadas para realizar o teste rápido de HIV e, é necessário incentivar a testagem para atingir a meta, 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.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.7. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

Relevânciado 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.

Série Histórica

Ano	2012	2013	2014	2015	2016
%	97,92%	98,18%	98,26%	98,93%	98,21%

Método de Cálculo

Numerador: Total de óbitos não fetais com causa básica definida.

_____x100

Denominador: Total de óbitos não fetais.

Fonte: SIM/TABNET

Meta

Meta Campinas: 98%

Meta Regional Pactuada:90%

	2018	2019	2020	2021
Valor	98%	98%	98%	98%

Ações::

	Ações	Responsáveis
3.i.7.a	Capacitar profissionais para gestão do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).	DGDO/CII, DGTES
3.i.7.b	Garantir número de profissionais capacitados para monitoramento e avaliação do SIM.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	98,48%	O resultado deste indicador demonstra o grau de qualificação dos dados do SIM sob gestão municipal, decorrentes do aperfeiçoamento do processo de trabalho ao longo dos anos.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

O resultado de Campinas é ótimo e varia próximo a 98%, melhor que a média do estado SP.

Indicador 3.i.8. Coeficiente de incidência de Câncer por sexo, no município de Campinas.

Relevânciado Indicador

Os dados de morbidade - Registros de Câncer de Base Populacional - e os dados de mortalidade constituem-se nos alicerces para delimitar a magnitude do problema do câncer no Brasil assim como, auxiliar na definição de políticas de intervenção para adequado planejamento e gerenciamento de ações preventivas, de controle e curativas do câncer no Brasil.

Série Histórica

Município de Campinas – Período de 2001 a 2005

Período	Tipos de notificação	Homens	Mulheres
2001 - 2005	Casos novos	3445	3351
	Pele não Melanoma	268	279
	Carcinomas "in situ"	23	2304
	Taxa de incidência padronizada pela	122,16/ 100.000 hab.	164,31/ 100.000 hab.

	população mundial		
--	-------------------	--	--

Fonte: RCBP – página do Inca: www.inca.gov.br

Método de Cálculo

Numerador: Nº de casos novos de câncer no ano

_____x100.000

Denominador: População de Campinas, distribuída por sexo, no ano

Fonte: RCBP – INCA basepop web

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Meta	Divulgação dos coeficientes de incidência de 2012 e 2013	Divulgação dos coeficientes de incidência de 2014 e 2015	Divulgação dos coeficientes de incidência do ano de 2016	Divulgação dos coeficientes de incidência do ano de 2017

Ações:

	Ações para viabilizar a produção do indicador	Responsáveis
3.i.8.a	Manter e completar a equipe de registradores até o número de quatro registradores.	DEVISA e Coordenadoria de Informações Epidemiológicas
3.i.8.b	Capacitar os novos registradores no curso de registrador de câncer oferecido pelo INCA anualmente na cidade do Rio de Janeiro, 2018.	
3.i.8.c	Capacitar a equipe de RCBP em consolidação e análise de câncer.	
3.i.8.d	Aquisição de 6tablets para informatização da coleta de dados do câncer.	
3.i.8.e	Adequar o número de computadores ao tamanho da equipe do RCBP.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

As incidências deverão ser padronizadas por faixa etária a fim de permitirem a comparação com locais e períodos.

As informações de incidência do câncer a partir do Registro de Câncer de Base Populacional de Campinas, são divulgados com uma diferença de 4 anos do ano calendário, conforme proposto e critério de publicação da OMS.

Indicador 3.i.9. Número de publicações da análise da situação de saúde de Campinas

Relevânciado Indicador

A análise de situação da população de Campinas subsidia o planejamento da SMS e apoia a necessidade de pesquisadores por informação; assim como, cumpre o papel de divulgação da informação a todos os setores da sociedade.

Série Histórica

*Indicador novo

Método de Cálculo

Número de publicações/ ano

Fonte: Coordenadoria de Informações Epidemiológica/DEVISA

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Meta	Análise da situação de saúde do município de Campinas, divulgada na página da SMS, anualmente, no máximo do ano anterior ao ano calendário.	Análise da situação de saúde do município de Campinas, divulgada na página da SMS, anualmente, no máximo do ano anterior ao ano calendário.	Análise da situação de saúde do município de Campinas, divulgada na página da SMS, anualmente, no máximo do ano anterior ao ano calendário.	Análise da situação de saúde do município de Campinas, divulgada na página da SMS, anualmente, no máximo do ano anterior ao ano calendário.

Ações

	Ações para viabilizar a produção do indicador	Responsáveis
3.i.9.a.	Realizar e divulgar as informações de morbimortalidade por estratos da população e vulnerabilidade social, para subsidiar o planejamento e ações de saúde para a população mais vulnerável.	DEVISA e Coordenadoria de Informações Epidemiológicas
3.i.9.b.	Parceria com a área de epidemiologia do Departamento de Saúde Coletiva –FCM, para produção de análise, boletins	

	e publicação das informações de saúde da SMS.
3.i.9.c.	Adequação dos números de técnicos para este trabalho, que deve ser definido de acordo com as atribuições da Coordenadoria de Informações Epidemiológicas.
3.i.9.d.	Adequação do espaço físico e infraestrutura para o trabalho da coordenadoria de Informações Epidemiológicas.
3.i.9.e.	Definição dos indicadores a serem monitorados, que correspondam às necessidades dos gestores, profissionais e sociedade civil.

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.10. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos

Relevânciado 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, principalmente, por transmissão vertical.

Série Histórica

NÚMERO DE CASOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS										
Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº AIDS < 5 anos	4	4	5	1	4	0	0	1	1	2
Fonte: SINAN -										

Método de Cálculo

Número absoluto de casos novos de aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.

Meta

Nº absoluto

Meta Campinas: 01 caso

Meta pactuação Regional: 01 caso

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	No máximo 1 notificação em < 5 anos/ano	No máximo 1 notificação em < 5 anos/ano	No máximo 1 notificação em < 5 anos/ano	No máximo 1 notificação em < 5 anos/ano

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.10.a	Ofertar exames de HIV para todas as gestantes, conforme protocolo, e no momento do parto.	CR DST/AIDS, DS, VISAs, Laboratório Municipal, DA, unidades assistenciais que compõe a Rede Cegonha
3.i.10.b	Garantir a realização dos exames de sorologia de HIV para gestantes.	
3.i.10.c	Encaminhar as gestantes infectadas pelo HIV para seguimento de Pré-Natal em unidades de Referência (CRDST/AIDS, CAISM, HMCP).	
3.i.10.d	Acompanhar e monitorar a adesão das gestantes à terapia antirretroviral.	
3.i.10.e	Garantir a prescrição de antirretrovirais no momento do parto para a gestante e o recém-nascido conforme o protocolo nas maternidades do município.	Maternidades
3.i.10.f	Fornecer fórmula láctea infantil às crianças nascidas de mães portadoras do HIV.	DA, DS e unidades básicas de saúde
3.i.10.g	Investigar junto aos pacientes do sexo masculino infectados pelo HIV se suas parceiras foram testadas e, encaminhar as não testadas para oferta de teste anti-HIV.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.h	Investigar em todas as mulheres infectadas pelo HIV, as com diagnóstico recente do HIV e nos óbitos por AIDS a existência de filhos menores de 20 anos de idade e verificar se todos realizaram o teste anti-HIV.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.i	Realizar monitoramento da gestação e do aleitamento materno em mulheres soronegativas, parceiras de homens infectados pelo HIV, assim como a orientação periódica do casal para prática sexual protegida, alertando para o risco de transmissão vertical do HIV e possibilidade de profilaxia pós-exposição (PEP) nos casos necessários.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.j	Realizar testagem mensal para o HIV em gestantes com sorologia negativa para o HIV, parceiras de pacientes infectados pelo HIV.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.k	Realizar testagem mensal e o seguimento de mulheres soronegativas, parceiras de pacientes infectados pelo HIV matriculados no serviço, durante o período de aleitamento materno, com testagem mensal para o HIV e orientação até seis meses após o término da amamentação.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.l	Orientar uso de preservativo nas relações sexuais em gestantes e mulheres em aleitamento materno parceiras de pacientes infectados pelo HIV, ainda que o exame tenha resultado negativo para o HIV,	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.m	Ofertar testagem para HIV para lactantes com novas parcerias sexuais.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.n	Interromper imediatamente a amamentação no caso da mulher adquirir o HIV durante o período de aleitamento.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.o	Acompanhar e notificar todas as crianças expostas até a definição do status sorológico.	VISAs; CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.p	Investigar todas as crianças e adolescentes menores de 20 anos de idade, com sorologia desconhecida para o HIV, filhos de pais infectados pelo HIV.	CR DST/AIDS e rede assistencial

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	Sem ocorrências de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.11. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3

Relevânciado 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).

Série Histórica

PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV COM O 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/mm ³						
Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1º CD4 até 199	66	79	94	78		
Percentual	25,38	22,9	24,93	23,01	23,81	17,50
Fonte: SINAN - Dados até 31/08/2016						

Método de Cálculo

Numerador: Número de pacientes HIV+ maiores de 15 anos com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3

x100

Denominador: Número de pacientes HIV+ maiores de 15 anos que realizaram 1º CD4

Fonte: SINAN

Meta

Reduzir 10% a cada ano, pacientes HIV+ maiores de 15 anos com o resultado de 1º CD4 inferior a 200cel/mm³

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.11.a.	Garantir realização de sorologia para HIV em toda a rede SUS de Campinas.	VISA, DEVISA, UBS
3.i.11.b.	Estimular a realização de sorologia para HIV na rotina das UBS.	VISA, DEVISA, UBS, Distritos, DS
3.i.11.c.	Manter a capacitação e matriciamento em aconselhamento e	CR DST/AIDS

	diagnóstico rápido para HIV para a Rede SUS.	
3.i.11.d.	Monitorar o fluxo entre o diagnóstico e a entrada do usuário na referência.	CR DST/AIDS
3.i.11.e.	Aumentar o acesso ao diagnóstico rápido para HIV das populações mais vulneráveis (HSH, travestis, profissionais do sexo e UD).	CR DST/AIDS, e toda rede assistencial
3.i.11.f.	Aumentar a oferta de diagnóstico de HIV para a população do município com a ampliação do uso do Teste rápido diagnóstico nas UBS.	CR DST/AIDS, DS, Distritos e UBS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	N/A	Indicador anual. As informações necessárias para cálculo desta meta são fornecidas pelo Ministério da Saúde, que não as disponibiliza por quadrimestre.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.12. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados

Relevânciado 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.

Série Histórica

NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HEPATITE C REALIZADOS				
Ano	2013	2014	2015	2016
Número de exames de	43.764	52.611	52.106	63.937
Fonte: DeVISA Campinas	(↑ 20,21%)			

Método de Cálculo

Somatório do número de testes sorológicos anti-HCV realizados.

Fonte: Registros no laboratório municipal e dados de produção da Coordenadoria de Avaliação e Controle.

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	Aumentar em 10% em relação			

	ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico	ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico	ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico	ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico
--	--	--	--	--

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.12.a.	Ofertar exames de anti-HCV em toda rede básica de saúde.	Toda a rede assistencial
3.i.12.b.	Garantir os exames de sorologia para hepatite C.	DS, DA e Laboratório municipal
3.i.12.c.	Ter disponível teste rápido para hepatite C em todos os serviços de saúde.	CR DST/AIDS
3.i.12.d.	Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	CR DST/AIDS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	8.810	Sorologias para hepatite C realizadas até março de 2018. No ano de 2017, até março, foram realizadas 9.031 sorologias. O resultado atual representa uma diminuição de 2,4% nos exames realizados no mesmo período de 2017, e uma diminuição de 44% em relação ao mesmo período de 2016. Em 2017, a meta não foi atingida. Para este ano espera-se uma meta de pelo menos 70.000 exames (↑ de 10% em relação ao ano de 2016)
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.13. Número de testes sorológicos para HIV realizados.

Relevânciado Indicador

Expressa a quantidade de testes anti-HIV, demonstrando a ampliação do diagnóstico da infecção pelo HIV na população.

Série Histórica

Ano	2012	2013	2014	2015	2016
-----	------	------	------	------	------

Número de testes	53.163	58.397	642	762	1243
------------------	--------	--------	-----	-----	------

Método de Cálculo

Número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, por ano e município de residência.

Observação: Considerar a "quantidade aprovada" dos seguintes procedimentos ambulatoriais:

0202030296 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT);

0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA);

0202031020 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA;

0214010040 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTE;

0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	Aumentar em 15% o número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior	Aumentar em 15% o número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior	Aumentar em 15% o número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior	Aumentar em 15% o número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.13.a.	Garantir realização de sorologia para HIV em toda a rede SUS de Campinas.	DS, DA Laboratório municipal, UBS
3.i.13.b.	Estimular a realização de sorologia para HIV na rotina das UBS.	DS, DEVISA, Distritos, VISAs
3.i.13.c.	Manter a capacitação e matriciamento em aconselhamento e diagnóstico rápido para HIV para a Rede SUS.	CR DST/AIDS
3.i.13.d.	Monitorar o fluxo entre o diagnóstico e a entrada do usuário na referência.	CR DST/AIDS
3.i.13.e.	Aumentar o acesso ao diagnóstico rápido para HIV das populações mais vulneráveis (HSH, travestis, profissionais do sexo e UD).	CR DST/AIDS, e toda rede assistencial
3.i.13.f.	Aumentar a oferta de diagnóstico para HIV para a população do município com a ampliação do uso do Teste rápido diagnóstico nas UBS.	CR DST/AIDS, DS, Distritos e UBS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	13.844	Segundo dados da CAC-Faturamento, foram realizados 13.844 de HIV nos 3 primeiros meses de 2018. Os dados referem-se ao quantitativo de exames apontados no registro de produção aprovados para o período, uma melhor análise pode ser feita ao longo do ano.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.14. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

Relevânciado Indicador

Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas.

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação.

x100

Denominador: Número total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes.

Meta

Meta Campinas: 90%

Meta Regional Pactuada: 70%

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	90%	90%	90%	90%

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.14.a.	Realizar diagnóstico precoce e acompanhamento adequado dos pacientes.	VISA, DEVISA, UBS
3.i.14.b.	Garantir a realização de baciloscopia e biopsia de pele para diagnóstico.	
3.i.14.c.	Identificar pessoas com Sinais e Sintomas sugestivos de Hanseníase em todos os atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde.	VISAs, DS, Distritos e UBS
3.i.14.d.	Realizar orientações de Prevenção de Incapacidades Físicas.	VISAs, DS, Distritos e UBS
3.i.14.e.	Identificar o grau de incapacidade física e encaminhamento adequado.	VISAs, Distritos e UBS
3.i.14.f.	Realização de Busca Ativa de 100% dos pacientes faltosos e Evento Sentinela dos casos de Abandono.	VISAs e UBS
3.i.14.g.	Realizar Campanha de Busca de Sintomáticos Dermatológicos na Comunidade.	VISAs, DS, Distritos e UBS
3.i.14.h.	Realizar Capacitações a Equipe de Saúde para diagnóstico e tratamento precoce.	DEVISA e DS
3.i.14.i.	Analisar, revisar e atualizar o banco de dados de pacientes com hanseníase, conforme as novas Diretrizes Técnicas para Tratamento da Hanseníase - MS	DEVISA e VISAs

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	68,42%	As coortes analisadas foram dos casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados em 2017 e dos casos novos Multibacilares (MB) diagnosticados em 2016. Nestes períodos, identificamos 19 casos no total, sendo 15 multibacilares e um 4 paucibacilares. Quanto ao desfecho, 13 evoluíram para cura, houve um óbito, 3 estão sob tratamento e 2 abandonos de tratamento.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.15. 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 casos novos de hanseníase para detecção de outros. Neste caso está sendo indicado para o período avaliativo imediatamente anterior para medir a precocidade da avaliação dos contatos de casos novos de hanseníase.

Série Histórica

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% Contatos examinados	89,92	81,88	82,53	80,23	53,1	(dados parciais) ^{70*}

Método de Cálculo

Numerador: número de contatos intradomiciliares examinados dos casos que iniciaram tratamento no período avaliativo (quadrimestre ou anual)

_____ x100.

Denominador: total de contatos intradomiciliares dos casos diagnosticados no período avaliativo (quadrimestre ou anual).

OBS. Caso não tenha ocorrência de diagnósticos no período informar "0" (zero).

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	80%	80%	80%	80%

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.15.a.	Realizar exame dermatoneurológico em 100% dos contatos intradomiciliares dos casos novos e realizar a vacina BCG, conforme recomendações;	VISAS e UBS
3.i.15.b.	Aumentar o monitoramento dos casos junto às UBSs, para melhora da adesão ao tratamento e avaliação de comunicantes.	DEVISA, VISAs e UBS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0%	Meta não atingida no período se avaliados os contatos de casos novos Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB) do primeiro quadrimestre de 2018. Neste período foram

		diagnosticados 04 casos novos de Hanseníase, que totalizaram 12 contatos (05 pessoas do distrito sul, 05 pessoas do distrito sudoeste, e 02 pessoas do distrito noroeste); porém, até o momento, os contatos ainda não foram examinados; este indicador no âmbito municipal foi analisado na coorte atual a fim de estimular a precocidade da avaliação dos contatos e interromper a cadeia de transmissão e intervir na fase inicial da doença. Analisando a última coorte de tratamento(2016/2017)92,72% dos contatos de Hanseníase foram avaliados.
2o		
3o		
RAG		

Indicador3.i.16. Coeficiente de letalidade por dengue

Relevânciado Indicador

Avalia o acesso e a qualidade da assistência ao paciente suspeito de arboviroses, uma vez que uma boa assistência reduz a letalidade por dengue.

Série Histórica

Número de casos, óbitos e letalidade por dengue (óbitos/1.000 casos) em Campinas (2007-2016) e Estado de São Paulo (2015)

Ano	Óbitos	Casos confirmados	letalidade (óbitos/1.000 casos)
2007	2	11.442	0,17
2008	0	306	0,00
2009	0	200	0,00
2010	3	2.647	1,13
2011	1	3.178	0,31
2012	0	979	0,00
2013	0	6.976	0,00
2014	10	42.109	0,24
2015	22	65.634	0,34
2016	0	3.388	0,00
Total Campinas	38	136.859	0,28
Est São Paulo 2015	450	711.881	0,63
Est São Paulo 2016	82	202.069	0,41

Fonte: SINAN e CVE. 21/11/2016

Método de Cálculo

Numerador: Óbitos por dengue

x1.000

Denominador: total de casos de dengue notificados no ano

Fonte: SINAN

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	Igual ou menor que 0,30/1000.			

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.16.a	Sensibilização da rede pública e privada para diagnóstico, monitoramento e tratamento adequado aos pacientes suspeitos de Arboviroses, evitando complicações ou óbitos, minimizando a taxa de letalidade.	DEVISA e VISAS
3.i.16.b	Realização de capacitações em manejo clínico para pacientes com Arboviroses para a rede pública e privada	DEVISA
3.i.16.c	Instituição de protocolos de manejo clínico para as Arboviroses	DEVISA
3.i.16.d	Orientação para a rede pública e privada para a organização da assistência aos pacientes com Arboviroses em situações de epidemias	DEVISA e DS
3.i.16.e	Instituição de espaços de assistência qualificada durante a epidemia.	DEVISA, DS e DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	Não houve óbitos por dengue no período.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.17. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

*Indicador de atuação 2017.

Método de Cálculo

1º passo – Cobertura por ciclo. Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue. Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100.

2º passo – Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.

Fonte: Relatório específico no SISAWEB.

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	4 ciclos/ano	4 ciclos/ano	4 ciclos/ano	4 ciclos/ano

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.17.a.	Adequar número de Agentes de Controle Ambiental e de Agentes Comunitários de Saúde para garantir a execução das ações de prevenção e controle de arboviroses.	DEVISA, DSe DEGTEs
3.i.17.b.	Garantir veículos oficiais, em número suficiente, para o deslocamento das equipes para ações de prevenção e controle de arboviroses.	DEVISA e DA
3.i.17.c.	Manter contrato de empresa de serviços para complementar as ações de controle vetorial.	DEVISA e DA

Observações:

Este indicador é de pactuação interfederativa, porém, para Campinas ele não expressa o trabalho de controle de arboviroses implantado no município.

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	O município não atingiu a meta de visitas por domicílio por trabalhar a prevenção e controle das Arboviroses baseado em mapa de risco, priorizando áreas com maior vulnerabilidade, selecionadas por critérios demográficos, epidemiológicos e entomológicos. No período foram visitados 75.732 domicílios, 2.321 vistorias em pontos estratégicos e 52.716 visitas a domicílios para avaliação de densidade larvária.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.18. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

Ano	2012	2013	2014	2015	2016
Valor	16,56	19,15%	19,56%	12,90%	6,19%

Fonte: tabnet.saude.sp.gov.br

Método de Cálculo

Numerador: Nº de amostras analisadas no ano

_____x100

Denominador: Nº de amostras previstas no ano

Fonte: <http://sisagua.saude.gov.br/sisagua>

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	180 análises/ano	276 análises/ano	276 análises/ano	276 análises/ano

Diretriz nacional para Campinas: 58 análises mensais, perfazendo 696 análises/ano.

Diretriz estadual: alcançar 40% da diretriz nacional que totaliza 23 coletas mensais, ou seja 276 análises ao ano, para Campinas.

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

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.18.a	Realizar coletas de água do sistema de abastecimento público em locais definidos pelas Visas regionais de acordo com cronograma determinado pelo IAL Campinas.	DEVISA
3.i.18.b	Garantir a aquisição de equipamento para realização de análise em campo do cloro residual.	DEVISA e DA
3.i.18.c	Cumprir 100% o cronograma de oferta do Instituto Adolfo Lutz (IAL)	DEVISA
3.i.18.d	Manter o SIS-Água alimentado	DEVISA

3.i.18.e	Analisar e avaliar as informações do SIS-Água	DEVISA
3.i.18.f	Inserir as amostras de coleta de água e validar os resultados das análises no Sistema de Informações Laboratoriais -GAL	DEVISA
3.i.18.g	Trabalhar de forma integrada entre VE e VS para coleta e análise da água	DEVISA

Observações:

*O Programa de Vigilância da Água depende do aporte laboratorial do nível estadual.

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Colif. totais = 100% Turbidez = 100% Cloro Res. Combinado = 100%	<p>No quadrimestre, foram realizadas 96 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 96 análises em campo de cloro residual combinado, conforme pactuado na Diretriz Estadual (3.i.18.a/ 3.i.18.b/ 3.i.18.c).</p> <p>De maneira geral, os resultados das análises de água atendem aos padrões de potabilidade de água para consumo humano, estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 5/2017 - Anexo XX (3.i.18.e). De modo que as desconformidades, foram alvo de notificação do Sistema de Abastecimento de Água para adoção de medidas corretivas, as quais também foram compartilhadas com a Coordenadoria de Vigilância Sanitária/ Núcleo Ambiental para ciência dos encaminhamentos, haja vista sua competência de regularização sanitária e controle do Sistema de Abastecimento de Água (3.i.18.g).</p> <p>Além disso, todos os dados de análises microbiológicas, físico-químicas e organolépticas constantes nos laudos emitidos pelo GAL- Ambiental foram validados no SISAGUA pelo Devisa Central (3.i.18.d/ 3.i.18.f).</p> <p>Quanto a análise e avaliação de informações do Proágua nas Vigilâncias em Saúde Regionais, o Devisa Central elabora boletim mensal com informações a respeito do plano de amostragem, resultados das análises e encaminhamentos, no intuito de subsidiar a análise territorial (3.i.18.e/ 3.i.18.g).</p>
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.19. Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador notificados no SINAN, no Município de Campinas

Relevância do Indicador

Identifica a ocorrência de agravos relacionados ao trabalho no município, gerando um banco de dados que permite a identificação, tipificação e intervenção no risco através de um critério epidemiológico.

Série Histórica

Ano	2013	2014	2015	2016
Nº de notificações	1131	1126	805	771

Fonte: SINAN/RAG

Método de Cálculo

Número de notificações de agravos à Saúde do Trabalhador ocorridos em Campinas.

Fonte: SINAN

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Meta	Acréscimo de 2,5% em relação ao ano anterior	Acréscimo de 2,5% em relação ao ano anterior	Acréscimo de 5% em relação ao ano anterior	Acréscimo de 5% em relação ao ano anterior

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.19.a.	Capacitar profissionais da rede assistencial e vigilância para reconhecimento, diagnóstico e notificação dos agravos de Saúde do Trabalhador.	CEREST, CETS, DS e DA
3.i.19.b.	Identificar unidades silenciosas, que não realizam notificação aos agravos relacionados a saúde do trabalhador.	CEREST
3.i.19.c.	Realizar reuniões periódicas junto aos Distritos/VISAs, UBS, PA e PS para discussões sobre o tema da saúde do trabalhador.	CEREST
3.i.19.d.	Implementar o Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador, para aumentar as notificações.	Coordenadoria da Saúde do Trabalhador e CEREST

Observações:

*A situação econômica do país e da região de Campinas aponta para uma diminuição das condições de empregabilidade da população em geral; historicamente, cenários de instabilidade no setor levam ao decréscimo de notificações de agravos à saúde do trabalhador. O fato ocorre devido a omissão por parte do trabalhador sobre

as condições que se deram o acidente, temendo a perda do emprego. Diante destas perspectivas, a meta para este indicador mantiveram-se conservadoras para os próximos anos.

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	184	<p>Total de notificações (2017): 768 Total de notificações (2017 / 1º quadrimestre): 195</p> <p>Total de notificações (Meta 2018): 787 Total de notificações (Meta 2018 / 1º quadrimestre): 184</p> <p>Dados obtidos no SINAN em 10/05/2018. Frequência por Município segundo ano de notificação.</p> <p>Comparando os dados de 2017 e 2018 no mesmo quadrimestre (1º), verifica-se diminuição das notificações. Não há como avaliar o que levou a esta diminuição, mas ressalta a importância de realizar ações de sensibilização dos profissionais de saúde, além de capacitação técnica para que estes profissionais qualifiquem a anamnese do trabalhador.</p>
2o		
3o		
RAG		

Indicador3.i.20. Proporção de acidentes de trabalho (AT) fatais notificados e investigados na área de abrangência do CERESTde Campinas, exceto os ocorridos no trânsito.

Relevânciado Indicador

A investigação dos Acidentes de Trabalho típicos apontam a adoção de medidas de prevenção e controle voltadas para o processo e o ambiente de trabalho, de forma mais específica e rápida, evitando novos acidentes; sendo importante a mensuração da proporção de acidentes investigados alcançados pela equipe.

Série Histórica

Ano	2014	2015	2016
% de Acidente de Trabalho fatais investigados	100%	100%	100%

Fonte: CEREST/RAG

Método de Cálculo

Numerador: Número de Acidentes de Trabalho fatais investigados

x100

Denominador: Número total de Acidentes de Trabalho fatais notificados

Fonte: SINAN

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	100%	100%	100%	100%

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.20.a	Realizar ações de Educação Permanente para aprimorar e qualificar as ações de investigação e prevenção de acidentes de trabalho, voltadas aos profissionais do CEREST, Setores da Vigilância Sanitária, UVZ e VISAs.	CEREST
3.i.20.b	Ampliar rede de notificação de agravos de saúde do trabalhador envolvendo SAMU, Bombeiros e Polícia Civil.	Coord. da Saúde do Trabalhador
3.i.20.c	Executar as ações de investigação de acidentes de trabalho fatais.	CEREST

Observações:

O Acidente de Trabalho fatal é aquele que leva a óbito, imediatamente após sua ocorrência ou posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte, seja decorrente do acidente de trabalho.

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100%	Meta atingida. Registro de ocorrência de 02 (dois) acidentes de trabalho fatais típicos no município de Campinas e nenhum na região. Dados obtidos no SINAN em 10/05/2018 - agravos segundo ano de notificação. Todos os AT foram investigados.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.i.21. Proporção dos acidentes de trabalho graves notificados e investigados em Campinas, exceto os ocorridos no trânsito

Relevância do Indicador

Os acidentes de trabalho graves evidenciam riscos e processos de trabalho que demandam ações imediatas e específicas, que são detalhadas e agilizadas na investigação do caso; este indicador mede a capacidade da equipe do CEREST de investigação destes acidentes.

Série Histórica

Ano	2014	2015	2016
% de AT graves investigados	2%	5%	10,2%

Fonte: CEREST/RAG

Método de Cálculo

Numerador: Número de AT Graves investigados

_____x100

Denominador: Número total de AT Graves notificados em Campinas

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	10% do AT graves investigados	10% do AT graves investigados	15% do AT graves investigados	15% do AT graves investigados

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.21.a.	Realizar ações de Educação Permanente para aprimorar e qualificar as ações de investigação e prevenção de acidentes de trabalho, voltadas aos profissionais do CEREST, Setores da Vigilância Sanitária, UVZ e VISAs.	CEREST
3.i.21.b.	Ampliar rede de notificação envolvendo SAMU, Bombeiros e U/E.	Coord. da Saúde do Trabalhador
3.i.21.c.	Executar as ações de investigação.	CEREST

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	24 %	Meta atingida. Foram notificados 42 (quarenta e dois) acidentes de trabalho típicos graves (AT), sendo 10 (dez) acidentes graves em Campinas investigados. Os demais acidentes continuarão sendo investigados no próximo quadrimestre.

2o		
3o		
RAG		

Observações:

Acidente de trabalho grave é aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva à lesão cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, preocupante; que pode ter conseqüências nefastas ou fatais.

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 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

Indicador3.i.22. Número de egressos do Curso de Especialização / Extensão em Saúde do Trabalhador, e Capacitações em Saúde do Trabalhador realizados em Campinas, sob responsabilidade do CEREST, segundo cada público alvo

Relevância do Indicador

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador devem ser desenvolvidas por profissionais da Vigilância em Saúde, dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, articulados com a Atenção Primária, Urgências e Emergências, Serviços Hospitalares e de Especialidades, sendo assim, faz-se necessário promover ações de formação continuada para os técnicos e trabalhadores envolvidos nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, assim como, realizar atividades de educação continuada para formação de profissionais da saúde, áreas afins e trabalhadores no que diz respeito a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Diante desta atribuição inerente a Vigilância em Saúde do Trabalhador, mensurar o alcance dos processos formativos desencadeados pela Coordenadoria em Saúde do Trabalhador permite mapear a qualificação da rede municipal nesta área.

Série Histórica

Indicador novo/reformulado.

Método de Cálculo

Número de egressos de curso de especialização/extensão e capacitações a serem realizados em Campinassob responsabilidade do CEREST, segundo cada público alvo.

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Nº egressos	30	30	60	60

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.22.a.	Formular Plano de Trabalho dos cursos de especialização/extensão e das capacitações em saúde do trabalhador para a rede municipal.	Coordenadoria ST
3.i.22.b.	Fazer parcerias com instituições de ensino, CETS, DS e DA para viabilização das capacitações.	Coordenadoria ST
3.i.22.c.	Participar dos processos formativo como facilitadores.	CEREST

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	Está sendo elaborado projeto básico para contratação de instituição que ofereça capacitação/extensão na área de saúde do trabalhador; neste período ocorreram reuniões e parcerias para formulação e viabilização desta capacitação que estavam previstas nas ações de trabalho.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

Está entre as atribuições da Coordenadoria em Saúde do Trabalhador/DEVISA realizar apoio institucional e matricial as instâncias envolvidas no processo de vigilância em saúde do trabalhador no SUS; além de promover ações de formação continuada para os técnicos e trabalhadores envolvidos com o tema da Saúde do Trabalhador.

Indicador 3.i.23. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

Relevância do Indicador

Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.

Série Histórica

Ano	2012	2013	2014	2015	2016
Perc. do campo "ocupação" preenchido	95,87%	97,88%	98,52%	97,35%	97,10%

Método de Cálculo

Numerador: Número de notificações de agravos com o campo "ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, em determinado ano e local de ocorrência do caso.

_____x100

Denominador: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	95%	97%	97%	97%

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.23.a.	Identificar unidades notificantes com dificuldade de preenchimento deste campo e sensibilizá-las para a importância da informação	CEREST
3.i.23.b.	Monitorar, de forma amostral, nos sistemas de informação e prontuários da rede SUS o preenchimento do campo ocupação nos atendimentos realizados pela rede assistencial.	Coordenadoria de Saúde do Trabalhador
3.i.23.c.	Trabalhar de forma integrada entre Vigilância sanitária e CEREST na análise da ocupação laboral para desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores.	DEVISA/ VS e Coordenadoria de Saúde do Trabalhador

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	92,8% (Cps) 91,5% (região)	Meta não atingida: Neste indicador são monitorados os acidentes com exposição a material biológico relacionado ao trabalho, acidentes de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes) e intoxicação exógena relacionada ao trabalho, para este último agravo o campo ocupação não é de preenchimento obrigatório no sistema, o que

		caracteriza como um desafio a completude dos dados. Além disso não estão incluídas na análise as identificações de “ignorado” e “em branco”.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

Relação de agravos a serem monitorados o preenchimento do campo “ocupação”:

- a. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
- b. Acidente de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes);
- c. Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho

Indicador 3.i.24. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados na área de abrangência do CEREST

Relevância do Indicador

Mede a cobertura das notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho nos municípios de área de abrangência do CEREST.

Série Histórica

Ano	2012	2013	2014	2015	2016
Valor	88,89% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador	100% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador	100% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador	100% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador	100% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador

Método de Cálculo

Numerador: N^o de Municípios com doenças e agravos relacionados ao trabalho notificados

_____x100

Denominador: N^o de municípios da área de abrangência do Cerest de Campinas

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	100%	100%	100%	100%

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.24.a.	Realizar ações em todos os municípios da área de abrangência do CEREST, articulado com a Diretoria Regional da Secretaria Estadual de Saúde (DRS VII), para o incremento das notificações e investigações.	Coordenadoria ST e CEREST

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100%	Todos os municípios da área de abrangência do CEREST (*) notificaram agravos de Saúde do Trabalhador. Apesar da meta cumprida, identificamos grande heterogeneidade na sensibilidade dos municípios quando na notificação de casos. Recomendação: manter estratégias de qualificação e apoio técnico aos municípios. Utilizar estratégia de aproximação e sensibilização nos municípios que notificaram menos agravos de ST.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

O indicador demonstra a proporção de municípios que, no recorte anual, tiveram pelo menos um caso de doença ou agravo relacionado ao trabalho, notificado no Sinan.

Objetivo 3.ii. Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor

Indicador 3.ii.1. Proporção de implementação das ações de Vigilância Sanitária no município, considerando os sete grupos de ações necessárias a todos os municípios

Relevância do Indicador

Permite avaliar o nível de implementação das ações de vigilância sanitária no município, o que contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população. Esse indicador é composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios brasileiros ao longo do ano, por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da Vigilância Sanitária local.

Série Histórica

Ano	2014	2015	2016
Valor	100% dos grupos de ações implementadas	100% dos grupos de ações implementadas	100% dos grupos de ações implementadas

Método de Cálculo

Numerador – Considerar 1 (um) para cada grupo de ação de vigilância sanitária realizada.

_____x100

Denominador – Sempre será 7 (somatório dos grupos de ações que deverão ser realizadas).

MetaManter 100% dos grupos das ações implementadas

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	100% dos grupos de ações implementadas			

Ações

	Ações	Responsáveis
3.ii.1.a.	Cadastrar e inspecionar estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária.	DEVISA, Coordenadoria e Setores da Vigilância Sanitária, CEREST
3.ii.1.b.	Instaurar processos administrativos de Vigilância Sanitária.	
3.ii.1.c.	Realizar atividades educativas para população.	
3.ii.1.d.	Realizar atividades educativas para o setor regulado.	
3.ii.1.e.	Receber denúncias.	
3.ii.1.f.	Atender denúncias.	
3.ii.1.g.	Inserir no SIVISA as informações das ações realizadas	DEVISA
3.ii.1.h.	Informar, mensalmente, a produção no SIA-SUS	DEVISA e CII
3.ii.1.i.	Trabalhar de forma intersetorial e integrada ações educativas de Vigilância Sanitária	DEVISA
3.ii.1.j.	Realizar ações de Educação Permente junto aos profissionais da VISA	DEVISA e CETS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100%	Todas ações dos 7 grupos pertinentes à Vigilância Sanitária previstas

		no indicador nacional foram realizadas. No entanto, todas as ações de Vigilância Sanitária que demandam inspeção nos estabelecimentos, no período, foram prejudicadas, devido o déficit de veículos oficiais para transporte das equipes e o contínuo decréscimo do número de técnicos nas equipes, decorrente de aposentadorias.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

Se alcançado seis grupos de ações implementadas são considerados 100% de implementação.

Indicador 3.ii.2. Proporção dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) com controle sanitário realizado no ano.

Relevância do Indicador

A **terapia renal substitutiva** é um serviço de extrema importância para a saúde pública, seja pela complexidade do serviço, como pela alta e importante demanda de pacientes que necessitam desta terapia. É considerado um serviço de alto risco sanitário e de alta complexidade que requer da Vigilância Sanitária atuação presente e constante, nas diversas ações realizadas pela mesma, sendo de caráter prioritário, visando contribuir na proteção à saúde da população.

Série Histórica

	2014	2015	2016
Proporção dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) com controle sanitário realizado no ano.	92%	92%	83%

Método de Cálculo

Numerador: Número de serviços de TRS inspecionados

_____x100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam TRS

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	100%	100%	100%	100%

Ações

	Ações	Responsáveis
--	-------	--------------

3.ii.2.a.	Estabelecer cronograma de inspeções baseado em critérios definidos, com execução ao longo do ano.	Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Setor de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde e DEVISA
3.ii.2.b.	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	16,7%	As inspeções sanitárias dos serviços de TRS finalizaram no último quadrimestre de 2017, com um total de 100% de TRS inspecionadas e licenciadas. No primeiro quadrimestre de 2018 realizamos a inspeção mediante denúncia em 02 serviços que estavam em acompanhamento. Foi priorizado neste primeiro quadrimestre a inspeção sanitária em hospitais. Há um cronograma de inspeção nos serviços de TRS, que prevê inspeções nos próximos quadrimestres.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

Para este indicador serão considerados os estabelecimentos que realizam o serviço em questão, independentemente da condição de albergante ou de albergado.

O estabelecimento será considerado inspecionado quando for realizada, no mínimo, uma inspeção que avalie os principais riscos sanitários envolvidos na atividade, no ano vigente. Portanto, não será computada a quantidade de inspeções adicionais no mesmo estabelecimento no ano vigente.

Indicador 3.ii.3. Proporção dos serviços hemoterápicos inspecionados no ano, no município de Campinas.

Relevância do Indicador

Os serviços hemoterápicos são extrema importância para a saúde pública, seja pela complexidade do serviço como pela alta e importante demanda de pacientes que necessitam de sangue, hemoderivados e hemocomponentes. São considerados de alto risco sanitário e de alta complexidade requerendo da Vigilância Sanitária atuação presente e constante, nas diversas ações realizadas pela mesma. Contribuem na proteção à saúde da população.

Série Histórica

	2014	2015	2016
Proporção dos serviços Hemoterápicos inspecionados ao ano.	100%	61%	72%

Método de Cálculo

Numerador: Número de serviços hemoterápicos inspecionados
_____x100
Denominador: Total de estabelecimentos com serviços hemoterápicos

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	100%	100%	100%	100%

Ações

	Ações	Responsáveis
3.ii.3.a.	Estabelecer cronograma de inspeções baseado em critérios definidos, com execução ao longo do ano.	Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Setor de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde e DEVISA
3.ii.3.b.	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	11,8%	As inspeções sanitárias dos serviços de Hemoterapia finalizaram no último quadrimestre de 2017, com um total de 100% de Hemoterapia inspecionadas e licenciadas. No primeiro quadrimestre de 2018 realizamos a inspeção mediante denúncia em 02 serviços de hemoterapia, que estavam em acompanhamento. Foi priorizado neste primeiro quadrimestre a inspeção sanitária em hospitais. Assim como em serviços de TRS, há um cronograma de inspeções a serem realizadas em serviços hemoterápicos, nos próximos quadrimestres.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

Para este indicador serão considerados os estabelecimentos que realizam o serviço em questão, independentemente da condição de albergante ou de albergado.

O estabelecimento será considerado inspecionado quando for realizada, no mínimo, uma inspeção que avalie os principais riscos sanitários envolvidos na atividade, no ano vigente. Portanto, não será computada a quantidade de inspeções adicionais no mesmo estabelecimento e ano vigente.

Indicador 3.ii.4. Proporção de Hospitais inspecionados ao ano, no município de Campinas

Relevância do Indicador

Os hospitais são estabelecimentos complexos que demandam ações integradas e contínuas da Vigilância Sanitária para proteção à saúde da população.

Série Histórica

	2014	2015	2016
Proporção de Hospitais inspecionados ao ano.	100%	80%	95,60%

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam o tipo de serviço em questão

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	100%	100%	100%	100%

Ações

	Ações	Responsáveis
3.ii.4.a.	Estabelecer cronograma de inspeções baseado em critérios definidos, com execução ao longo do ano.	Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Setor de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde e DEVISA
3.ii.4.b.	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	21,87%	Para este PPA foi reavaliado o critério de inclusão de serviços hospitalares a serem considerados no presente indicador, com a inclusão de hospital-dia. Com isso, totalizam 32 serviços. No primeiro quadrimestre foi realizada inspeção sanitária em 07 dos 32 hospitais cadastrados.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

Para este indicador serão considerados os estabelecimentos que realizam o serviço de hospital geral ou qualquer tipo de hospital especializado. Não estarão incluídos os estabelecimentos classificados como hospital dia - isolado.

O estabelecimento será considerado inspecionado quando for realizada, no mínimo, uma inspeção que avalie os principais riscos sanitários envolvidos na atividade de hospital, no ano vigente. Portanto, não será computada a quantidade de inspeções adicionais no mesmo estabelecimento e ano vigente.

Indicador 3.ii.5. Proporção de indústrias de medicamentos e insumos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.

Relevância do Indicador

A inspeção de indústria de medicamentos e insumos pela Vigilância Sanitária tem o enfoque na proteção da saúde da população, garantindo processos que não tragam riscos a saúde do indivíduo e da coletividade.

Série Histórica

	2014	2015	2016
Proporção de indústrias de medicamentos e insumos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.	100%	50%	100%

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam atividade fabril de medicamentos e insumos

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	100%	100%	100%	100%

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.ii.5.a.	Realizar as programações e as inspeções ao longo do ano com equipe multiprofissional.	Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Setor da Vigilância Sanitária de Produtos e DEVISA
3.ii.5.b.	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	16,7%	Uma empresa inspecionada de um total de 6 existentes. Neste primeiro quadrimestre houve uma intercorrência administrativa que demandou muito tempo da equipe técnica de produtos, prejudicando a realização das inspeções sanitárias.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

O estabelecimento será considerado inspecionado quando for realizada, no mínimo, uma inspeção que avalie os principais riscos sanitários envolvidos na atividade em questão, no ano vigente. Portanto, não será computada a quantidade de inspeções adicionais no mesmo estabelecimento no ano vigente.

Indicador 3.ii.6. Proporção de indústrias de produtos para saúde classe III e IV inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano..

Relevância do Indicador

A indústria de produtos para saúde é um dos setores mais dinâmicos da economia mundial, que variam dos mais simples aos mais sofisticados e vitais equipamentos para prevenção, diagnóstico, tratamento, monitoramento de doenças e reabilitação de pacientes; dentro deste amplo universo a priorização dos estabelecimentos com risco, classe III e IV são estratégicos para acompanhamento sistemático.

Série Histórica

O indicador foi reformulado, não dispondo de série histórica.

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados
_____x100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam
atividade fabril em questão

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	50%	50%	50%	50%

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.ii.6.a	Realizar as programações e as inspeções ao longo do ano com equipe multiprofissional.	Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Setor da Vigilância Sanitária de Produtos e DEVISA
3.ii.6.b	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	33 %	Foram inspecionadas 2 empresas de um total de 6 existentes.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

O estabelecimento será considerado inspecionado quando for realizada, no mínimo, uma inspeção que avalie os principais riscos sanitários envolvidos na atividade em questão, no ano vigente. Portanto, não será computada a quantidade de inspeções adicionais no mesmo estabelecimento e ano vigente.

Os produtos para saúde são classificados em quatro classes de risco, conforme o risco associado na utilização dos mesmos:

Classe I – baixo risco

Classe II – médio risco

Classe III – alto risco

Classe IV – máximo risco.

Indicador 3.ii.7. Proporção de indústrias de saneantes e cosméticos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.

Relevância do Indicador

A inspeção de indústrias de saneantes e cosméticos tem como objetivo evitar a fabricação, a comercialização e o uso de cosméticos e saneantes adulterados ou sem registro/notificação junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e primar pela qualidade, eficácia e segurança dos produtos.

Série Histórica

No PMS 2014-2017 este indicador estabelecia a meta de forma acumulativa para o quadriênio, ficando prejudicada a comparação com a série histórica.

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam atividade fabril de saneantes e cosméticos

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	50%	50%	50%	50%

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.ii.7.a.	Realizar as programações e as inspeções ao longo do ano com equipe multiprofissional.	Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Setor da Vigilância Sanitária de Produtos e DEVISA
3.ii.7.b.	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	8,33%	Foi inspecionada 1 empresa de um total de 12 existentes. Neste primeiro quadrimestre houve uma intercorrência administrativa que demandou muito tempo da equipe técnica de produtos, prejudicando a realização das inspeções sanitárias.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

O estabelecimento será considerado inspecionado quando for realizada, no mínimo, uma inspeção que avalie os principais riscos sanitários envolvidos na atividade em questão, no ano vigente. Portanto, não será computada a quantidade de inspeções adicionais no mesmo estabelecimento no ano vigente.

Indicador 3.ii.8. Número de reuniões técnicas realizadas com gerentes de lojas e gerentes regionais de hipermercados e supermercados ao ano.

Relevância do Indicador

Mensurar a capacidade da Vigilância Sanitária fazer atividades educativas e de atualização com o setor regulado é uma estratégia importante para o setor, pois esta ação qualifica de maneira rápida e uniforme os procedimentos necessários para a comercialização de alimentos. A escolha deste segmento do setor alimentício levou em consideração a magnitude e relevância que o mesmo tem em relação à população. Tem o objetivo de proteção e promoção à saúde.

Série Histórica

	2016
Número de reuniões técnicas com gerentes de loja e gerentes regionais de hipermercados e supermercados.	8

Este indicador foi inserido somente na PAS 2016.

Método de Cálculo

Somatório de reuniões técnicas realizadas com gerentes de lojas e gerentes regionais de hipermercados e supermercados no ano.

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	06	06	06	06

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.ii.8.a.	Realizar as reuniões técnicas com gerentes de loja e gerentes regionais de hipermercados e supermercados ao longo do ano.	Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Setor da Vigilância Sanitária de Alimentos.
3.ii.8.b.	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	02	Meta atingida.
2o		
3o		
RAG		

Indicador 3.ii.9. Proporção de esterilizadoras a ETO (óxido de etileno) inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano, em ações integradas pelas áreas de produtos e serviços de saúde.

Relevância do Indicador

As esterilizadoras a Óxido de Etileno são estabelecimentos prioritários para a Vigilância Sanitária devido aos riscos durante o processo (para o ambiente e para o trabalhador) e na garantia da eficiência do processo e na qualidade e segurança do material esterilizado.

Série Histórica

No PPA 2014-2017 este indicador tinha a meta quadrianual. No presente PPA o indicador teve alteração no período, passando a ser anual, ficando prejudicada a comparação com a série histórica.

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

_____x100

Denominador: Total de esterilizadoras a ETO no município

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	100%	100%	100%	100%

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.ii.9.a.	Realizar as programações e as inspeções com as equipes das áreas de produtos e serviços de saúde ao longo do ano com equipe.	Coordenadoria da Vigilância Sanitária e Setores da Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços.
3.ii.9.b.	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	Meta não atingida. Neste primeiro quadrimestre houve uma intercorrência administrativa que demandou muito tempo da equipe técnica de produtos, prejudicando a realização das inspeções sanitárias.
2o		
3o		

RAG		
------------	--	--

Observações:

O estabelecimento será considerado inspecionado quando for realizada, no mínimo, uma inspeção que contemple os riscos sanitários envolvidos na atividade em questão, no ano vigente. Portanto, não será computada a quantidade de inspeções adicionais no mesmo estabelecimento no ano vigente.

EIXO IV –GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - SUS FORMADOR

Diretriz4. Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.

Objetivo 4.i. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho

Indicador 4.i.1. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas no Município.

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA SMS			
Ano	2014	2015	2016
Percentual	100%	100%	98%

Fonte: Serviços de Saúde da SMS e CETS

Método de Cálculo

Numerador =Número de ações de EPS realizadas/ implementadas _____ x 100

Denominador =Total de ações EPS previstas

Fontes: CETS

Periodicidade de monitoramento: quadrimestral

Periodicidade para avaliação: anual.

Meta:

Realizar, no mínimo 30 ações EPS em cada ano até 2021,

Ações:

	Ações	Responsáveis
4.i.1.a.	Registrar o número de participantes e as ações de educação permanente implementadas/realizadas	Serviços de Saúde e CETS
4.i.1.b.	Coordenar ações de educação permanente nos serviços de saúde sob gestão municipal	CETS
4.i.1.c.	Estimular e atualizar as equipes de apoio para matriciamento das ações de EP junto aos serviços de saúde	DS, DEVISA, DGDO, DGTES/CETS e distritos
4.i.1.d.	Manter ações que estimulem a realização e implementação da Educação Permanente na SMS	DS, DEVISA, DGDO, DGTES/CETS, DA e distritos
4.i.1.e.	Corroborar os processos de suporte às ações de educação permanente que demandem estrutura, lanches e alimentação dos participantes	DA
4.i.1.f.	Adotar política de educação permanente, estabelecendo parcerias com instituições de ensino odontológico (ACDC, PUCC, UNICAMP , F.O São Leopoldo Mandic e outras) para a realização de capacitações técnicas em saúde bucal para profissionais da rede.	Gab. SMS, DS, DGDO, DGTES/CETS, Distritos e CS
4.i.1.g.	Adotar política de educação permanente, estabelecendo parcerias com instituições de ensino odontológico (ACDC, PUCC, UNICAMP , F.O São Leopoldo Mandic e outras) para a realização de capacitações técnicas em saúde bucal para profissionais da rede.	DS, DGDO, DGTES/CETS, Distritos e CS
4.i.1.h.	Criar espaços de troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes (reuniões periódicas) nos diversos Distritos visando o compartilhamento dos processos de trabalho, articulado com o processo de educação permanente.	DS, DGTES/CETS, Distritos e CS
4.i.1.i.	Adotar política de educação permanente, estabelecendo parcerias com as coordenações das residências multiprofissionais das instituições de ensino (CHPEO, M. Gatti, PUCC e UNICAMP) para a realização de capacitações técnicas e educação permanente em alimentação e nutrição para profissionais da rede, com base no Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde	DS, DGTES/CETS, DGDO, Distritos e CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	15	No total participaram de ações de EPS realizadas e/ou apoiadas pelo CETS 1127 profissionais . Fonte: Lista de presença das ações realizadas no 1º quadrimestre de 2018 Conforme relatório consolidado das unidades, as mesmas relatam realização de 381 ações, com participação de 1689 profissionais . Pelos comentários descritos pelas unidades, avalio que precisamos qualificar o registro deste indicador.
2o		
3o		
RAG		

Observações:

As ações de EP serão nas áreas de Qualificação do Cuidado, Vigilância em saúde, Urgência e Emergência e Fortalecimento da Gestão, e serão dirigidas aos trabalhadores e gestores das unidades de saúde do SUS Campinas.

Indicador 4.i.2. Proporção de serviços de saúde do SUS no Município SUS como campo de prática para atividades ensino serviço.

Relevância do Indicador

Mapeamento e monitoramento do papel do SUS-Campinas na formação de Recursos Humanos em Saúde

Série Histórica

Indicador novo

Método de Cálculo

Numerador = serviços de saúde do SUS Campinas como campo de prática para atividades de ensino-serviço

_____ x 100

Denominador = serviços de saúde do SUS Campinas sob gestão municipal

Fontes: Todos serviços de gestão municipal do SUS e CETS

Meta

100% de serviços de saúde SUS Campinas como campo de prática para atividades de ensino-serviço até 2021

Ações:

	Ações	Responsáveis
4.i.2.a	Sensibilizar as equipes dos serviços de saúde como campo de formação dos profissionais da saúde	CETS, DS e Distritos
4.i.2.b	Manter atualizada a planilha de informações do SUS Formador	Serviços de Saúde e CETS
4.i.2.c	Realizar reuniões periódicas com os preceptores de serviços	CETS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	58 serviços Fonte: Planilha de Estágios monitoradas	Dentre os 58 serviços que foram campo de prática de formação no período, 47 são de Atenção Básica, 04 de Urgência e Emergência, 06 de Atenção Especializada e 01 de Vigilância em Saúde. Para que estas ações se realizassem durante o período ocorreram 66

	pelo CETS, 1º semestre 2018	<p>fóruns de avaliação e pactuação, sendo 16 com Cursos de Graduação, 10 com Programas de Residência Médica, 22 com Programas de Residências Multiprofissionais, 04 com Cursos Técnicos de Enfermagem e 14 ações internas (CETS, Distritos e Unidades).</p> <p>O CETS realizou a capacitação de 21 profissionais para atuarem como articuladores de ensino serviço nas unidades e está prevista a realização de mais 03 turmas ainda no ano de 2018.</p> <p>Além disso, o CETS realizou um estágio de vivência introdutório aos estágios no SUS para os residentes multiprofissionais do HMMG e CHPEO que iniciaram o programa de residência em 2018.</p> <p>Conforme relatório apontado pelas unidades de saúde, observa-se que o número de serviços (184) está além do número de unidades existentes no município. Desta forma, há indicação de qualificar esta informação.</p>
2o		
3o		
RAG		

Objetivo 4.ii. Recomposição do quadro da Secretaria Municipal de Saúde, considerando parâmetros e procedimentos para avaliação das necessidades de cada local.

Indicador 4.ii.1. Proporção de serviços de saúde do SUS no Município com estudo de dimensionamento da força de trabalho realizado e atualizado

Relevância do Indicador

Permite maior potência e transparência na gestão do trabalho de saúde no SUS.

Série Histórica

	2013	2014	2015	2016
Valor	60%	65%	70%	80%

Método de Cálculo

Numerador = nº serviços de saúde do SUS Campinas com dimensionamento realizado e atualizado

_____ x 100

Denominador = total de serviços de saúde do SUS Campinas sob gestão municipal

Fontes: DGTES

Meta

95% de serviços de saúde SUS Campinas com dimensionamento realizado e atualizado 2021

	2018	2019	2020	2021
Valor	80%	85%	90%	95%

Ações:

	Ações	Responsáveis
4.ii.1.a.	Estabelecer parâmetros e indicadores que possíveis de serem utilizados pela SMS de Campinas	DGTES, DEVISA, DS/ Distritos e DGDO
4.ii.1.b.	Elaborar coletivamente o dimensionamento por categoria profissional	DGTES, DEVISA, DS/ Distritos e DGDO
4.ii.1.c.	Aprimorar (elaborar e atualizar) sistema de informações referente ao dimensionamento por categoria profissional e serviços	DGTES e CII
4.ii.1.d.	Realizar adequações no dimensionamento conforme as políticas públicas vigentes para cada setor e esfera de governo	DGTES
4.ii.1.e.	Manter atualizado quadro dos servidores da ativa e quadro de ingresso e egresso de servidores da SMS	DGTES
4.ii.1.f	Desenvolver junto ao DGTES da SMS uma revisão da política de RH visando agilidade no processo de reposição e contratação de profissionais para a área a partir de uma efetiva avaliação dos quadros atuais. Recomendações : * Estabelecer critérios claros para a priorização de contratação (utilizando indicadores) e pactuar metas para os recursos adquiridos; utilização do documento sobre “ Dimensionamento RH ” do DGTES nas discussões na área de RH. * Solicitar que o DGTES estabeleça com clareza e divulgue as regras para os remanejamentos , ampliações de jornada e os critérios para alocação de novos profissionais para as unidades. * Solicitar ao DGTES reavaliações dos valores do ICV pago aos profissionais da área de saúde bucal. * Garantir recursos humanos segundo o dimensionamento das equipes de saúde bucal de cada UBS e para cada novas unidades à serem inauguradas.	Gab. Do SMS, DGTES, DS/ Distritos e CS
4.ii.1.g	Desenvolver junto ao DGTES da SMS ações sobre as necessidades de contratação imediata através de concurso público de ASBs, em unidades com esta necessidade e de TSBs garantindo a contratação de pelo menos 1 (uma) TSB em cada unidade.	Gab. Do SMS, DGTES, DEVISA, DS/ Distritos e CS
4.ii.1.h	Desenvolver junto ao DGTES da SMS ações sobre as necessidades da realização do concurso para CDs, e propor a realização de concursos para CDs especialistas para as diferentes especialidades. Recomendações : * Garantir o processo seletivo para os profissionais CDs da rede que já são especialistas para ocupação de vagas em serviços de referências.	Gab. Do SMS, DGTES, DEVISA, DS/ Distritos e CS

* Discutir quais as especialidades odontológicas que deverão ter concurso próprio.

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100% da AB	<p>Considerações: O Projeto de Dimensionamento no eixo Atenção Básica foi finalizado, sendo realizada a revisão e adequação ao novo Modelo de Saúde do município de Campinas.</p> <p>Recomendações: Apresentação em Oficina da Atenção Básica no município de Campinas, prevista para ocorrer em 13 de junho de 2018.</p>
2o		
3o		
RAG		

Observações:

Relação dos serviços de saúde que comporão o denominador deste indicador:

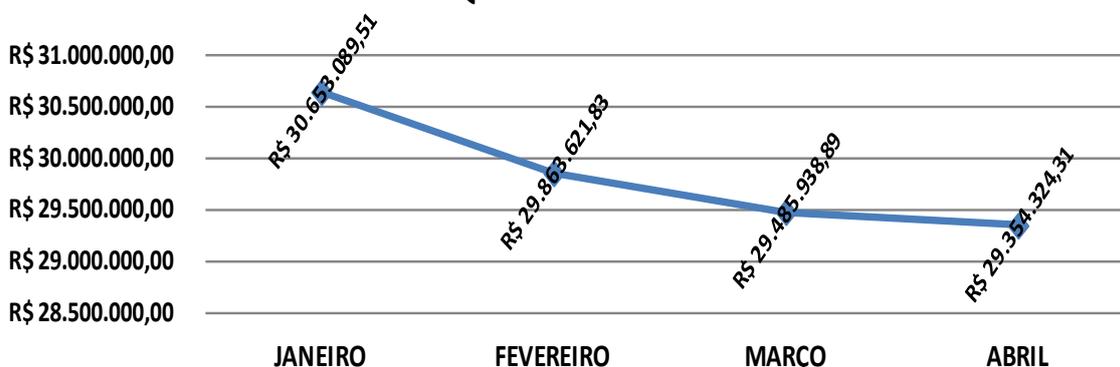
EIXO	Atenção Primária (AB)	Urg./Emer		Vigilância em Saúde	Especialidades e Referências		Outros	Total
		Pronto Atendimento	SAMU		Serv. VISA	CAPS e TEAR		
SERVIÇOS	Centro de Saúde							
Nº Total	64	3	1	9	4	11	3	95
Nº de serv. Dimens.	64	3	1	5	1	3	3	80
Percent.	100%	100%	100%	56%	25%	37%	100%	83%

CUSTO FOLHA DE PAGAMENTO - SMS 2018

MÊS	QUADRO	VALOR
JANEIRO	4967	R\$ 30.653.089,51
FEVEREIRO	4938	R\$ 29.863.621,83
MARÇO	4909	R\$ 29.485.938,89
ABRIL	4890	R\$ 29.354.324,31
	19704	R\$ 119.356.974,54

CUSTO FOLHA DE PAGAMENTO - SMS 2018

1º QUADRIMESTRE



INGRESSO QUALIFICADO

Em 2018, no período de janeiro a abril, 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 2018, não houve autorização de novas admissões de servidores, inviabilizando a realização de processos seletivos internos específicos ou de remanejamento.

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA

Em abril de 2018, o Programa Permuta Qualificada contava com **269** servidores inscritos à espera de possibilidade de mudança de lotação.

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA		
Categoria Profissional	Nº de Permutas	Nº Profissionais Envolvidos
Enfermeiro	1	2
Psicologia	1	2
Técnico em Enfermagem	3	6
TOTAL	7	14

*Não computadas tentativas não efetivadas

INGRESSO DE PROFISSIONAIS

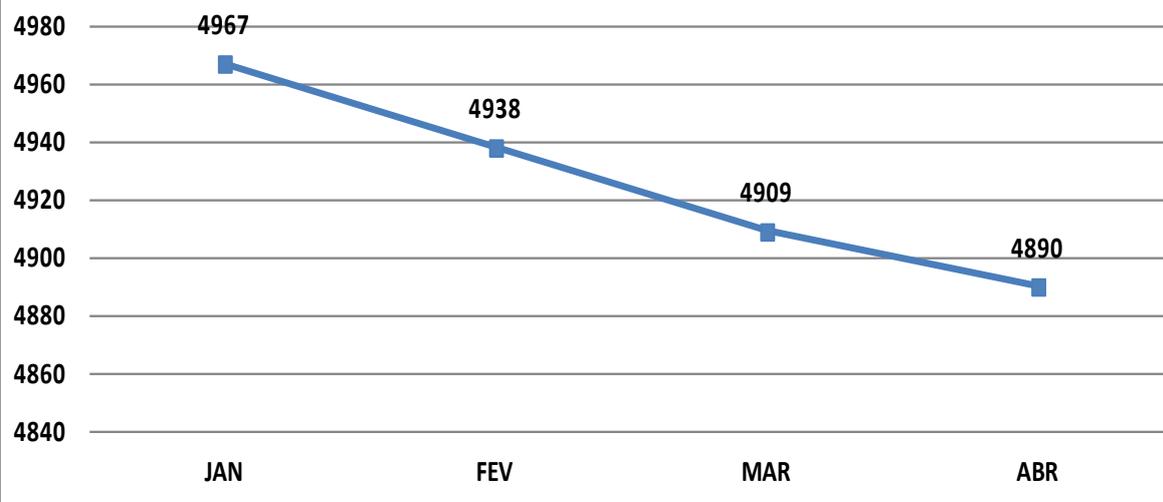
CONCURSO PÚBLICO

No primeiro quadrimestre de 2018, não foram autorizadas novas vagas para admissão.

A Secretaria Municipal de Saúde solicitou a abertura de novos editais de concurso público para **227** vagas de **48** cargos sem edital válido ou candidatos remanescentes por meio de protocolados em tramitação na SMRH e SMF.

EVOLUÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES - SMS 2018				
CARGO AGRUPADO	jan	fev	mar	abr
ADMINISTRATIVO	255	253	252	252
AGENTE COMUNITARIO SAUDE	709	706	704	702
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	816	811	803	798
AUXILIAR DE SAUDE PUBLICA	4	4	4	4
DENTISTA	199	199	198	198
ENFERMEIRO	499	494	492	491
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	113	113	113	112
EQUIPE FARMACIA	166	165	165	165
EQUIPE SAUDE BUCAL	141	141	139	139
ESTAGIARIO	28	31	29	32
FARMACEUTICO	59	57	57	57
MEDICO	828	819	814	806
MOTORISTA DE AMBULANCIA	96	96	95	94
OPERACIONAL	198	197	195	195
OUTROS NIVEL MEDIO	17	17	17	17
OUTROS NIVEL TECNICO	81	80	77	76
OUTROS UNIVERSITARIOS	289	287	287	284
TECNICO EM RADIOLOGIA	53	53	53	53
TECNICO ENFERMAGEM	416	415	415	415
Total Geral	4967	4938	4909	4890

QUADRO DE SERVIDORES - SMS 2018



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

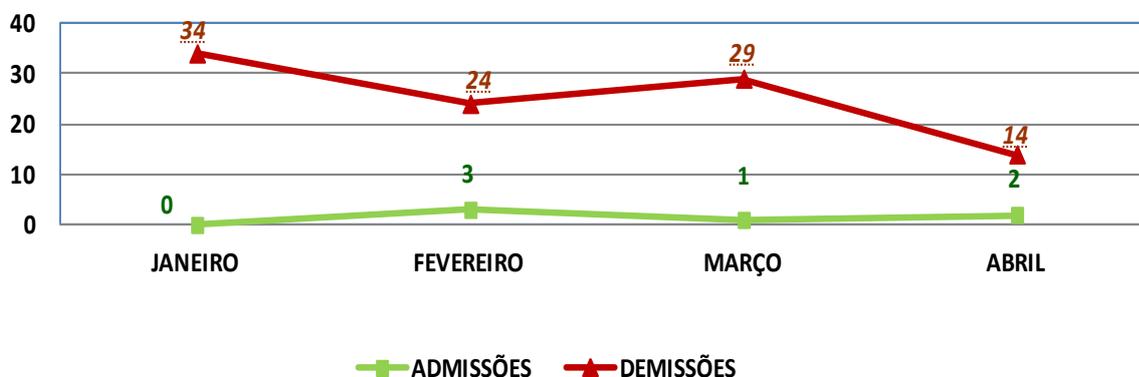
EVOLUÇÃO DO QUADRO DAS ADMISSÕES - SMS 2018

CARGO AGRUPADO	janeiro	fevereiro	março	abril
ESTAGIO	0	3	0	2
OUTROS UNIVERSITARIOS	0	0	1	0
Total	0	3	1	2

EVOLUÇÃO DO QUADRO DOS DESLIGAMENTOS - SMS 2018

ADMINISTRATIVO	2	2	0	0
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	2	2	2	0
DENTISTA	0	1	0	0
ENFERMEIRO	3	3	2	0
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	0	0	1	0
EQUIPE ENFERMAGEM	12	4	8	5
EQUIPE FARMACIA	1	0	0	0
EQUIPE SAUDE BUCAL	2	0	2	0
ESTAGIO	0	0	1	1
FARMACEUTICO	1	1	0	0
MEDICO	10	7	6	4
MOTORISTA DE AMBULANCIA	0	0	1	1
OPERACIONAL	1	0	2	0
OUTROS NIVEL TECNICO	0	1	3	1
OUTROS UNIVERSITARIOS	0	3	1	2
Total	34	24	29	14

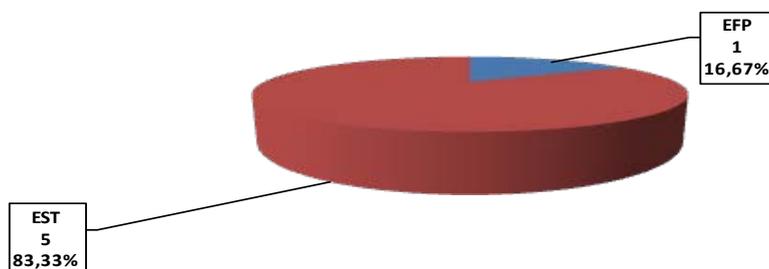
QUADRO ADMISSÕES E DESLIGAMENTOS - SMS 2018 1º QUADRIMESTRE



ADMISSÕES POR CATEGORIA - SMS 2018

CATEGORIA	janeiro	fevereiro	março	abril
EFP	0	0	1	0
EST	0	3	0	2
Total Geral	0	3	1	2

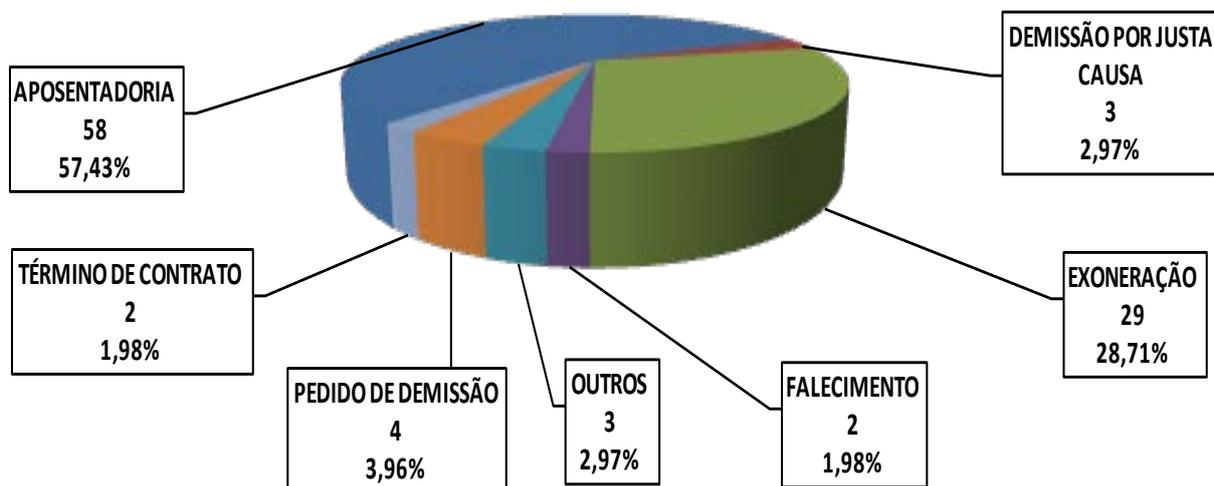
ADMISSÕES POR CATEGORIA - SMS 2018



DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2018

MOTIVO	janeiro	fevereiro	março	abril
Aposentadoria	16	14	16	12
Demissão por justa causa	0	0	3	0
Exoneração	14	7	8	0
Falecimento	1	0	0	1
Outros	1	2	0	0
Pedido de Demissão	2	1	1	0
Término de Contrato	0	0	1	1
Total Geral	34	24	29	14

DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2018

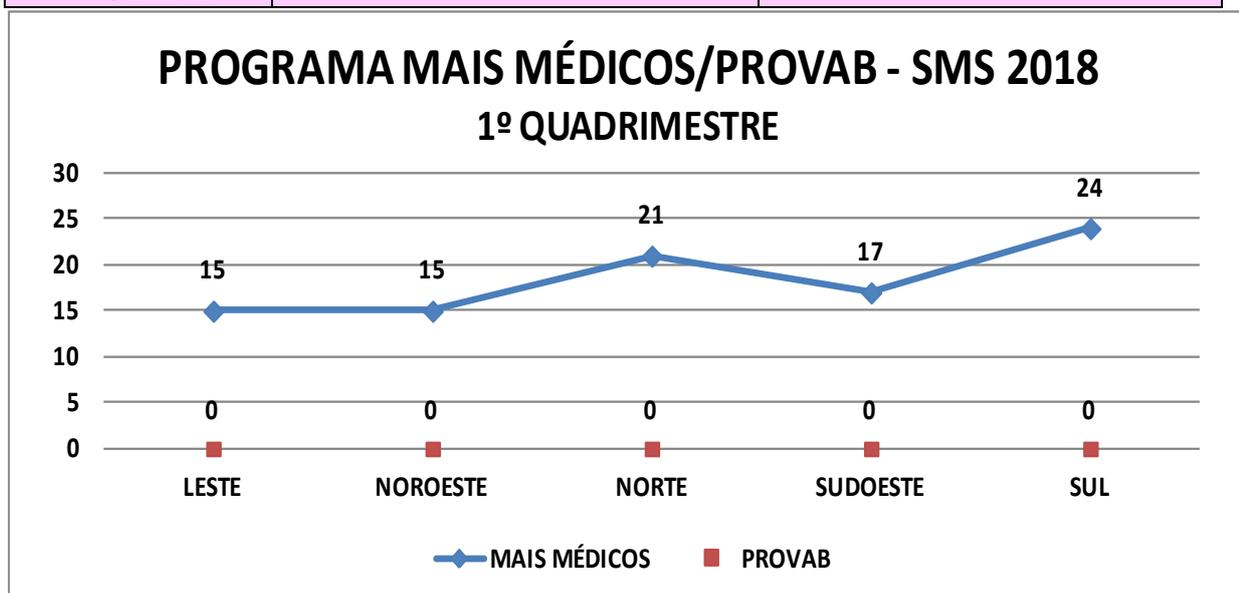


CONVÊNIOS & PROGRAMAS

Em 2018, no período de setembro a dezembro, 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 2018	
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 JOAQUIM EGIDIO
	CENTRO DE SAUDE SAO QUIRINO
	CENTRO DE SAUDE SOUSAS
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 LISA
	CENTRO DE SAUDE MARGARIDA SANTOS SILVA (FLORESTA)
	CENTRO DE SAUDE PARQUE VALENCA
	CENTRO DE SAUDE ROSSIM
	CENTRO DE SAUDE SANTA ROSA
	CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS
NORTE	CENTRO DE SAUDE ANCHIETA
	CENTRO DE SAUDE ATILLIO 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
	CENTRO DE SAUDE VILLAGE
SUDOESTE	CENTRO DE SAUDE AEROPORTO
	CENTRO DE SAUDE CAMPOS ELISEOS
	CENTRO DE SAUDE DIC I
	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 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 ESMERALDINA	
	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	
	CENTRO DE SAUDE ZIZI CINTRA JUNQUEIRA (SAO BERNARDO)	
	DISTRITOS	QUADRO “MAIS MÉDICOS”
LESTE	15	0
NOROESTE	15	0
NORTE	21	0
SUDOESTE	17	0
SUL	24	0
TOTAL GERAL	92	0



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

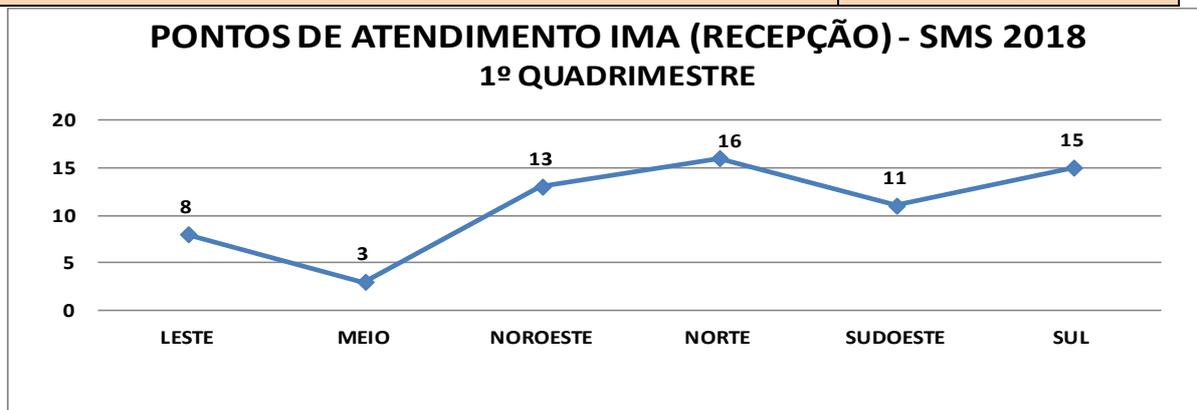
OBS.: Referente ao Projeto Mais Médicos Brasil, das **98** vagas autorizadas pelo Ministério da Saúde, o município de Campinas possui **92** profissionais em atividade.

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 **06** 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 2018

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
	CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS
PRONTO SOCORRO DR. SERGIO AROUCA	
NORTE	CENTRO DE SAUDE ANCHIETA
	CENTRO DE SAUDE ATILLIO 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 FERNANDA

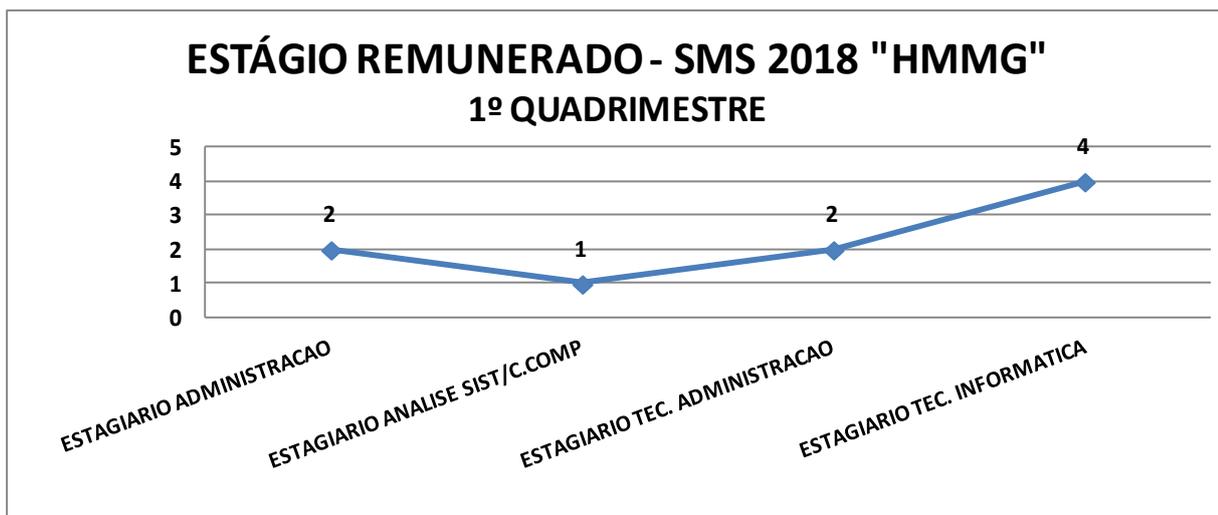
	CENTRO DE SAUDE OROSIMBO MAIA	
	CENTRO DE SAUDE SANTA ODILA	
	CENTRO DE SAUDE SAO DOMINGOS	
	CENTRO DE SAUDE SAO JOSE	
	CENTRO DE SAUDE VILA RICA	
	POLICLINICA II	
	POLICLINICA III	
	PRONTO ATENDIMENTO SAO JOSE	
	CENTRO DE SAUDE SAN DIEGO	
	CENTRO DE SAUDE ZIZI CINTRA JUNQUEIRA (SAO BERNARDO)	
DISTRITOS		QUADRO
LESTE		8
MEIO		3
NOROESTE		13
NORTE		16
SUDOESTE		11
SUL		15
TOTAL GERAL		66



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

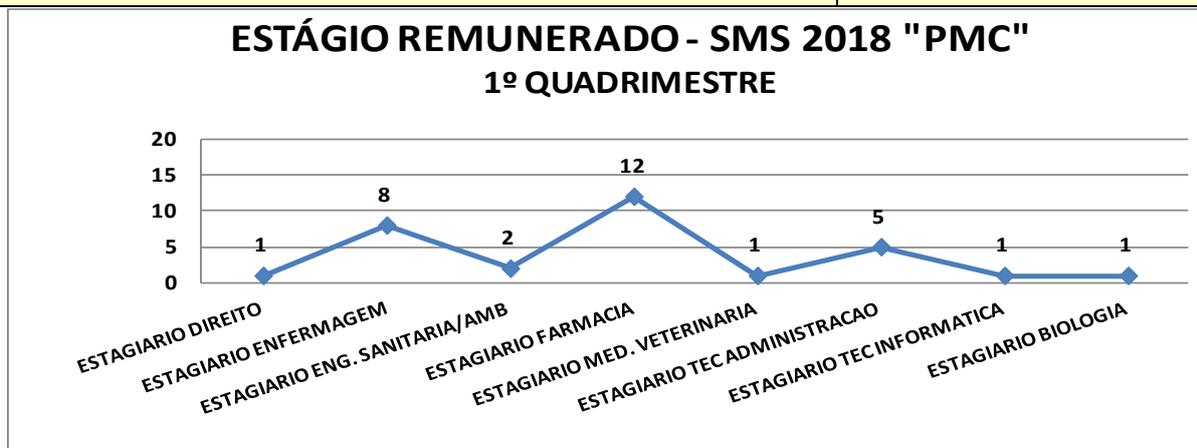
Apesar da grande rotatividade de funcionários, ocasionando ausência em algumas unidades, e também considerando a supressão de **03** posições de atendimento ocorrida na prorrogação do contrato vigente, o município encerrou este período com todas as **66** posições de atendimento contratadas preenchidas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

ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2018 "PMC"	
CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO DIREITO	1
ESTAGIARIO ENFERMAGEM	8
ESTAGIARIO ENG. SANITARIA/AMB	2
ESTAGIARIO FARMACIA	12
ESTAGIARIO MED. VETERINARIA	1
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	5
ESTAGIARIO TEC INFORMATICA	1
ESTAGIARIO BIOLOGIA	1
TOTAL GERAL	31



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2018 "HMMG"	
CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO ADMINISTRACAO	2
ESTAGIARIO ANÁLISE SIST/C. COMP	1
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	2
ESTAGIARIO TEC INFORMATICA	4
TOTAL GERAL	9

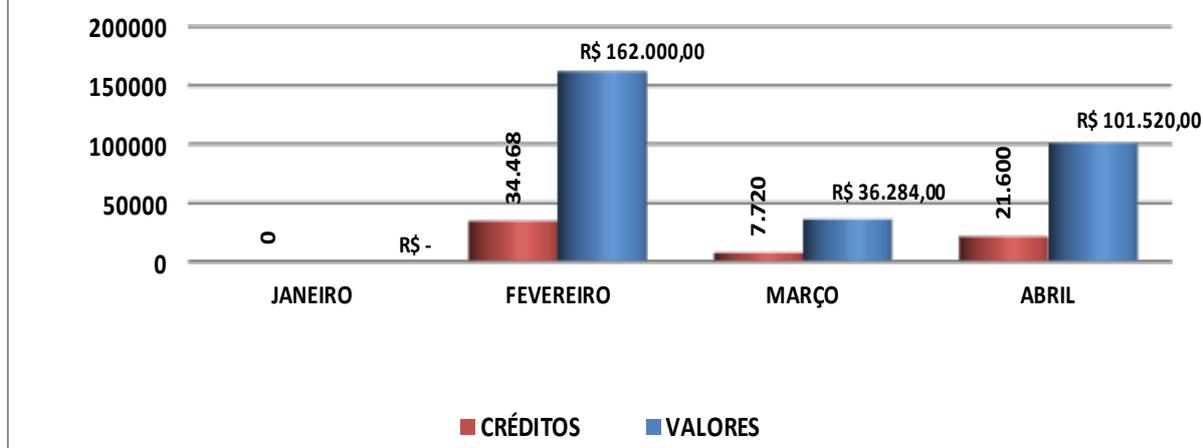


Fonte: Folha Consist/HMMG Gestão

Neste quadrimestre de 2018, ingressaram **05** estagiários na Rede PMC e nenhum estagiário no Hospital Mario Gatti.

RECARGA CARTÕES TRANSURC - SMS 2018		
MÊS	CRÉDITOS	VALOR
JANEIRO	0	R\$ -
FEVEREIRO	34.468	R\$ 162.000,00
MARÇO	7.720	R\$ 36.284,00
ABRIL	21.600	R\$ 101.520,00
	63.788	R\$ 299.804,00

RECARGA CARTÃO ESTRANSURC - SMS 2018 1º QUADRIMESTRE



Fonte: Convênios & Programas

Referente ao transporte público para as diversas atividades em campo, a Secretaria Municipal de Saúde possui atualmente **814** cartões de passes ativos, sendo que o valor unitário da passagem é de **R\$ 4,70** (em vigor desde janeiro/2018).

EIXO V – GESTÃO COMPARTILHADA E CONTROLE SOCIAL

Diretriz5. Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.

Objetivo 5.i. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS

Indicador5.i.1. Plano Municipal de Saúde enviado ao Conselho Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior.

Relevância do Indicador

Evidenciar a importância do planejamento para a gestão do sistema e mensurar o atendimento do disposto nas normas legais.

Série Histórica

100% dos Planos Municipais de Saúde (enviados ao CMS desde 2000), Programações, Anuais de Saúde (PAS), Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e enviados ao CMS desde 2012.

Método de Cálculo

Numerador: Nº de PMS, PAS, RAG e RDQA enviados aos conselhos de saúde
_____ x 100

Denominador: Total de PMS, PAS, RAG e RDQA elaborados para cada ano

Meta

Manter 100% dos PMS, PAS, RAG e RDQA enviados ao CMS durante os quatro anos

Ações:

	Ações	Responsáveis
5.i.1.a.	Manter o Núcleo de Planejamento e Orçamento (NPO) da SMS	Gab. do Secretário
5.i.1.b.	Estimular e dar suporte as ações de planejamento na SMS	Gab. do Secretário e Colegiado Gestor da SMS
5.i.1.c.	Manter a periodicidade das reuniões do NPO	Gab. do Secretário e

		Colegiado Gestor da SMS
5.i.1.d.	Realizar reuniões distritais, periodicamente, para estimular, analisar, monitorar ações de planejamento na SMS, visando maior capilaridade e o planejamento ascendente.	Colegiado Gestor da SMS, Distritos de Saúde e NPO
5.i.1.e.	Elaborar e enviar ao CMS o PMS, PAS, RAG e RDQA	NPO
5.i.1.f.	Organizar junto com controle social oficinas para maior participação do controle social nas ações de planejamento e monitoramento da PMS	Gab. do Secretário, Colegiado Gestor da SMS, NPO e Comissão executiva do CMS
5.i.1.g.	Elaborar junto com o CMS os indicadores monitorados nos RAG e RDQA a serem apresentados na reunião do pleno do CMS	NPO e Comissão executiva do CMS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	01	<p>O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 foi enviado ao Conselho Municipal de Saúde em dezembro de 2017.</p> <p>Foi pactuado junto ao CMS a realização de uma Oficina no segundo semestre de 2018 para análise, avaliação e votação do PMS 2018-2021.</p> <p>Foram realizadas Reuniões dialogadas em 4 Conselhos Distritais de Saúde (Noroeste, Sul, Sudoeste e Leste). A Reunião do Conselho Distrital de Saúde Norte estava agendada para 28/maio/2018.</p> <p>Nas reuniões junto aos Conselhos Distritais de Saúde o PMS foi apresentado, dialogado e no Distrito Sul houve uma organização distrital para propor alguns aprimoramentos.</p> <p>Para os Centros de Saúde neste indicador é solicitado que se apresente o RDQA junto ao Conselho Local de cada serviço e conforme quadro abaixo 25 CS apresentaram o RDQA anterior junto ao CLS, representando 40% dos serviços.</p> <p>Recomendações: Trabalhar e apoiar de forma matricial os CS a fim de que apresentem seus Planos de Saúde, bem como seus respectivos RDQA junto aos CLS de cada local, visando a integração e controle social participativo.</p>
2o		
3o		
RAG		

Observações:

Fomentar a cultura do planejamento em saúde, elaboração e monitoramento do Plano de Saúde, das Programações Anuais de Saúde, Relatórios de Gestão e dos Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores da SMS, por meio de capacitação e disponibilização de normas técnicas que subsidiem o processo.

EIXO V – GESTÃO COMPARTILHADA E CONTROLE SOCIAL							
Objetivo 5.i. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS							
Indicador 5.i.1. Plano Municipal de Saúde enviado ao Conselho Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Relatórios Detalhado do Quadrimestre Anterior.							
Ações:	Consolidado Municipal		Leste	Noroeste	Norte	Sudoeste	Sul
5.i.1.a. <i>Selecione as ações que a unidade realiza em relação ao processo de planejamento:</i>	Resp. Posit.	%					
5.i.1.a.1. Participa de reuniões distritais, periodicamente, para estimular, analisar, monitorar ações de planejamento na SMS, visando maior capilaridade e o planejamento ascendente.	56	90%	7	12	12	10	15
5.i.1.a.2. Organiza junto com controle social oficinas para maior participação do controle social nas ações de planejamento e monitoramento da unidade.	29	47%	3	10	5	5	6
5.i.1.a.3. Reune a equipe e discute a matriz do RDQA trimestralmente.	39	63%	4	6	11	9	9
5.i.1.a.4. Apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde todo quadrimestre	24	39%	3	3	6	7	5
5.i.1.a.5. Apresentou o RDQA no CLS no quadrimestre anterior.	25	40%	2	5	6	6	6
5.i.1.a.6. Apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde uma vez ao ano	33	53%	4	8	6	4	11
5.i.1.a.7. Não apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde	5	8%	1	1	2	0	1
5.i.1.a.8. Outro:	3	5%	0	1	1	0	1

Objetivo 5.ii. Alimentação de forma qualificada os dados (mensal e sistemática) dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas:

Indicador 5.ii.1. Proporção de serviços de serviços de saúde sob gestão Municipal do SUS informatizados.

Relevância do Indicador

Permite verificar o grau de automação das informações de saúde no Município e a descentralização dos Sistemas informatizados, visando melhorias na utilização dos recursos públicos e na qualidade da atenção à saúde

Série Histórica

Até dezembro de 2016 18,75 % das Unidades estavam totalmente informatizadas, são estas: CS Capivari, CS Centro, CS Orozimbo Maia, CS Rosália, CS San Martin, CS Santo Antônio, CS São Marcos, CS Oziel, CS São Cristovão, CS São Quirino, CS União dos Bairros, CS São Vicente, Policlínica I, VISA Noroeste e VISA Sul.

Método de Cálculo

Numerador: Nº de Unidades de saúde da SMS informatizadas

x 100

Denominador: Total Nº de Unidades de saúde da SMS

Meta:

Informatizar 100% das Unidades de Saúde da SMS até 2021

Ações:

	Ações	Responsáveis
5.ii.1.a.	Manter a parceria com a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo no Projeto Saúde em Ação	Gab. do Secretário
5.ii.1.b.	Acompanhar e garantir o suporte técnico ao processo de informatização de pedidos de exames laboratoriais.	CII e Laboratório Municipal
5.ii.1.c.	Implementar e garantir o suporte técnico na implantação dos sistemas SI-PNI Web,• SISPRENATAL e módulo PEC (Prontuário Eletrônico do Pacientes) do ESUS AB.	CII, DEVISA e DS
5.ii.1.d.	Implementar e garantir o suporte técnico na implantação do sistema AGHU no Complexo Hospitalar Prefeito• Edivaldo Orsi. Início do planejamento para implantação do sistemas SI-PNI Web,• SISPRENATAL e módulo PEC (Prontuário Eletrônico do Pacientes) do ESUS AB.	CII e CHPEO
5.ii.1.e.	Implementar e garantir o suporte técnico na implantação do sistema Emerges/TRIUS para informatizar a rotina de• Classificação de Risco nos Pronto Atendimento e Pronto Socorros do município de Campinas: Implantado nos PAs (Anchieta, Campo Grande e São José) o Implantado nos PSs (Mário Gatti e Prefeito Edivaldo Orsi - Ouro Verde)	CII e DS
5.ii.1.f	Realizar capacitações para os apoiadores e gerentes locais, no sentido da apropriação dos dados de saúde bucal necessários para a realização de uma gestão efetiva do modelo. Recomendações * Propor a rediscussão da importância da formação de Núcleo de Saúde Coletiva nas UBSs para trabalhar os dados e planejamentos; Incluir de maneira efetiva a equipe de saúde bucal no núcleo de saúde coletiva.	CII, DS, Distritos e CS
5.ii.1.g	Informar a Secretaria de Educação do Município sobre dados dos procedimentos coletivos realizados pelas equipes.	Gab. do Secretário, DS, Distritos e CS
5.ii.1.h	Implementar um sistema de informações eficaz em saúde bucal que propicie informações nas áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de informações gerenciais, destacando-se o desenvolvimento de indicadores de avaliação dos serviços compatíveis com o modelo vigente (ESUS). Recomendações * Reorientar os profissionais quanto ao preenchimento das planilhas de produção dando ênfase para a uniformidade das informações para que o município tenha parâmetros confiáveis; Dialogar para que a nova tabela do Ministério seja implantada, divulgar amplamente os procedimentos . * Apontar a necessidade de estabelecimento de metas e avaliação dos indicadores e sua socialização para cada profissional da equipe. * Construir indicadores de qualidade para sua utilização efetiva nos diferentes níveis da SMS. * Apontar , solicitar junto à SMS e monitorar a aquisição de computadores para digitação on line e a necessidade urgente de completa informatização dos serviços de saúde (salas odontológicas), estrutura adequada de equipamentos e conexão de internet de	Gab. do Secretário, DS, Distritos e CS e CII

<p>qualidade e estável.</p> <p>* Reforçar a importância do registro das planilhas de produção nos sistemas. E-SUS para a Atenção Básica e SIGA para as Especialidades.</p> <p>* Discutir e propor o desenvolvimento de indicadores de avaliação para os serviços de especialidade (CEO).</p>	
--	--

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	<p>18,35</p> <p>(total de serviços de saúde)</p> <p>E</p> <p>26,56 (CS)</p>	<p>Unidades totalmente informatizadas: CS Boa Esperança, CS Capivari, CS Carlos Gomes, CS Centro, CS Orozimbo Maia, CS Rosália, CS San Martin, CS Santo Antônio, CS São Marcos, CS Oziel/Monte Cristo, CS Rossin, CS São Cristovão, CS São Quirino, CS São Vicente, CS Tancredo Neves, CS União dos Bairros, CS Vila União, Policlínica I, VISA Noroeste e VISA Sul.</p> <p>Unidades totalmente cabeadas: CS 31 de Março, CS Aurélia, CS Barão Geraldo, 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 Santa Mônica, CS Santa Odila, CS Santa Rosa, CS São Domingos, CS Sosas, CS Vila União, CS Vila Ipê, CS Vila Rica.</p> <p>As demais unidades de saúde se encontram parcialmente cabeadas.</p>
2o		
3o		
RAG		

Indicador	1º Quadrim.
1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{17}{64} \times 100 = 26,56$
2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{20}{109} \times 100 = 18,35$
3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$
4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas	$\frac{44}{109} \times 100 = 40,37$

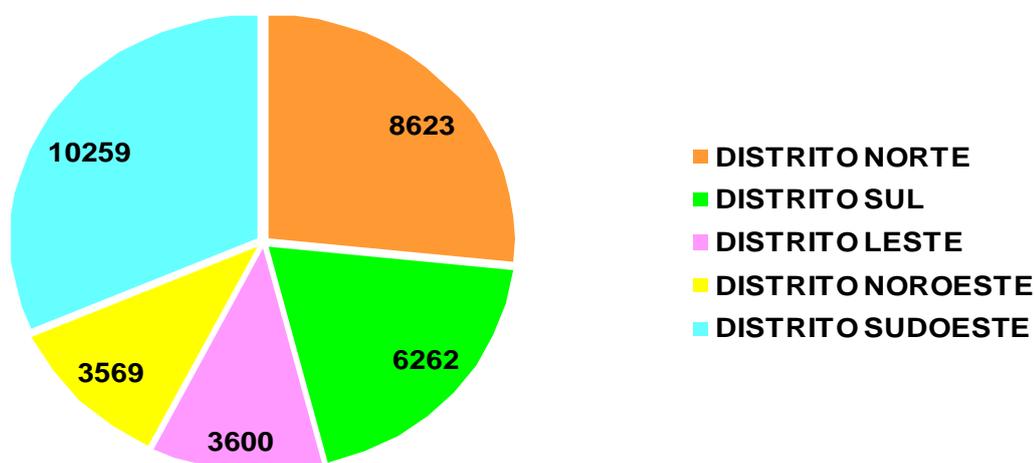
Observações:

EIXO	Atenção primária (AB)	Urg./Emer		VISA	Especialidades e Referências		Outros	Total
	Centro de Saúde	Pronto Atendimento	SAMU	Serv. VISA	CAPS e TEAR	POLI e CR	CII/CMR/CAC	
Nº de serv.	64	3	1	9	4	11	3	95
Nº de serv. Inf.	12	0	0	2	0	1	3	18
Percent. Inform.	18%	0%	0%	22%	0%	9%	100%	18,75%

Indicador 5.ii.1. Proporção de serviços de serviços de saúde sob gestão Municipal do SUS informatizados.

Ações:	Consolidado Municipal	Leste	Noroeste	Norte	Sudoeste	Sul
5.ii.1.a. Seleccione as ações realizadas em relação ao uso da informática na unidade:						
5.ii.1.a.1. utiliza o e-SUS AB com uso das planilhas CDS digitados por digitador profissional fora da unidade.	44	71%	5	13	9	6
5.ii.1.a.2. utiliza o e-SUS AB com uso das planilhas CDS digitados por digitador profissional na unidade.	3	5%	0	0	1	0
5.ii.1.a.3. utiliza o e-SUS AB com uso das planilhas CDS digitados pelo profissional de saúde.	29	47%	5	1	6	9
5.ii.1.a.4. utiliza o e-SUS AB com uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) digitado pelo profissional em ato.	2	3%	1	0	0	1
5.ii.1.a.5. Outro:	0	0%	0	0	0	0

Gráfico. Apresentação gráfica do aumento no número absoluto de cadastros registrados no Sistema e-SUS AB, de 31/12/2017 a 30/04/2018.



É importante ressaltar que metade da população de Campinas foi cadastrada pelo Sistema SIGA. Os números supracitados referem-se apenas ao Sistema e-SUS AB. Neste, é possível que haja cadastros repetidos. No entanto, com base nos treinamentos, espera-se uma redução dos procedimentos repetidos, até porque o Sistema e-SUS AB proporciona uma busca dos cidadãos.

EIXO VI – APOIO LOGÍSTICO E FINANCEIRO

Diretriz6. Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto equalizando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.

Objetivo 6.i. Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

Indicador 6.i.1. Percentual de gastos em saúde no Município de Campinas

Relevânciado Indicador

Evidenciar a utilização dos recursos da saúde por área de atenção, com transparência e permite mensurar o atendimento do disposto nas normas legais.

Série Histórica

100% dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA com percentual de gastos em saúde) enviados ao CMS desde 2012.

Método de Cálculo

Numerador: RDQA com percentual de gastos em saúde, enviados aos conselhos de saúde

_____ x 100

Denominador: Total de RDQA elaborados para cada ano

Meta:

Manter 100% nos próximos 4 anos

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.i.1.a.	Manter inserção de informações no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicas em Saúde - SIOPS	Fundo Municipal de Saúde
6.i.1.b.	Manter a elaboração, periodicamente, de relatórios de gastos públicos na saúde, por Bloco de Financiamento do SUS e área (subfunção orçamentária)	Fundo Municipal de Saúde
6.i.1.c.	Apresentar os relatórios de prestação de contas no RDQA junto com ao CMS e Câmara de Vereadores de Campinas	Fundo Municipal de Saúde
6.i.1.d.	Buscar aumentar o finacimento das ações de saúde com maior repasse de verba federal e estadual	Gabinete do Secretário

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o		
2o		
3o		
RAG		

Objetivo 6.ii. Garantir e melhorar os processos de construção, reforma, ampliação, aquisição, manutenção de serviços, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

Indicador 6.ii.1. Número de equipamentos adquiridos para Atenção Básica em Campinas

Relevânciado Indicador

Permite monitorar a incorporação e manutenção dos materiais e equipamentos para Atenção Básica, na SMS

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (301) do PPA

Método de Cálculo

Número absoluto de equipamentos adquiridos para Atenção Básica

Fonte: Departamento Administrativo e DS

Meta:

Ano	2018	2019	2020	2021
Nº Equipamentos Previstos	2.738	1.917	4.900	6.700

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.ii.1.a.	Realizar previsão e solicitação destes equipamentos junto ao DA	DS e Distritos
6.ii.1.b.	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas aquisições	DA e SMA
6.ii.1.c.	Informar ao DA e DS o efetivo repasse financeiro por meio das portarias ministeriais	NCG/ DGDO e FMS
6.ii.1.d.	Manter ações do Núcleo de Convênios Governamentais (NCG) - DGDO	NCG/ DGDO
6.ii.1.e.	Manter organizada e atualizada, periodicamente, a necessidade de equipamentos por tipo de serviço de saúde	DS
6.ii.1.f.	Elaborar propostas para aquisições de equipamentos	DS, DEVISA,

		DGDO
6.ii.1.g.	Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições	NCG/ DGDO e FMS
6.ii.1.h.	Informar periodicamente (quadrimestralmente) os equipamentos adquiridos e entregues no Almoxarifado	DA
6.ii.1.i	Estabelecer com a Comissão de esterilização da SMS fluxos efetivos em relação aos processos inerentes a esterilização da área . Recomendações : * Estabelecer rotinas e normas sobre processos de esterilização padronizados dos instrumentais odontológicos. * Garantir a realização de testes biológicos nas UBSs. * Garantir a participação de profissionais da ponta, incluindo algum profissional da equipe de saúde bucal para participar da comissão de esterilização.	DA, DS, Distritos e CS
6.ii.1.j	Estabelecer com a Comissão de esterilização da SMS fluxos efetivos em relação aos processos inerentes a esterilização da área . Recomendações : * Estabelecer rotinas e normas sobre processos de esterilização padronizados dos instrumentais odontológicos. * Garantir a realização de testes biológicos nas UBSs. * Garantir a participação de profissionais da ponta, incluindo algum profissional da equipe de saúde bucal para participar da comissão de esterilização.	DA, DS, Distritos e CS
6.ii.1.k	Manter de maneira contínua uma política eficaz nos processos de planejamento e aquisição de materiais , instrumentais e equipamentos e periféricos odontológicos, estabelecendo fluxos efetivos com o Departamento Administrativo , Comissão de esterilização e Comissão de Farmácia e Terapêutica da SMS objetivando a agilidade nos processos . Recomendações : * Constituir um grupo de trabalho composto por profissionais das UBSs , Distritos e nível central quando da necessidade de realizar análises de padronizações de novos materiais e instrumentais. * Divulgar sistematicamente para toda a rede as alterações em relação as padronizações e retirada da lista de novos materiais e equipamentos.	DA, DS, Distritos
6.ii.1.l	Manter a política de revisão periódica das listas oficiais padronizadas e suas respectivas cotas nas unidades e criar mecanismos de alterações efetivas quando necessário. Recomendações : * Garantir agilidade e qualificação dos processos descritivos dos insumos , instrumentais e equipamentos odontológicos.	DA, DS, Distritos
6.ii.1.m	Contribuir para a garantia de um suporte técnico resolutivo e também da política de manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos, propor a ampliação do quadro de técnicos de manutenção com distritalização e a qualificação dos serviços terceirizados e do serviço de manutenção da PMC. Recomendações : * Implantar documento de retorno de pós manutenção dos equipamentos para arquivo nas UBSs. * Melhorar a comunicação entre o setor de manutenção e as UBSs. * Garantir que as empresas terceirizadas prestadoras apresentem qualificação.	DA, DS, Distritos

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o		
2o		
3o		
RAG		

Indicador 6.ii.2. Número de equipamentos adquiridos para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência em Campinas

Relevância do Indicador

Permite monitorar a incorporação e manutenção dos materiais e equipamentos para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência em Campinas, na SMS

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (302) do PPA

Método de Cálculo

Número absoluto de equipamentos adquiridos para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência em Campinas

Meta:

Ano	2018	2019	2020	2021
Nº Equipamentos Previstos	405	153	153	185

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.ii.2.a.	Realizar previsão e solicitação destes equipamentos junto ao DA	DS
6.ii.2.b.	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas aquisições	DA e SMA
6.ii.2.c.	Informar ao DA e DS o efetivo repasse financeiro por meio das portarias ministeriais	NCG/ DGDO e FMS
6.ii.2.d.	Manter ações do Núcleo de Convênios Governamentais (NCG) - DGDO	NCG/ DGDO
6.ii.2.e	Manter organizada e atualizada, periodicamente, a necessidade de equipamentos por tipo de serviço de saúde	DS
6.ii.2.f.	Elaborar propostas para aquisições de equipamentos	DS, DEVISA, DGDO
6.ii.2.g.	Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições	NCG/ DGDO e FMS

6.ii.2.h.	Informar periodicamente (quadrimestralmente) os equipamentos adquiridos e entregues no Almoxarifado	DA
-----------	---	----

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o		
2o		
3o		
RAG		

Indicador 6.ii.3. Número de equipamentos para imunobiológicos adquiridos em Campinas (Câmaras fria e caixas térmicas para transporte de vacina)

Relevância do Indicador

Permite monitorar a incorporação de equipamentos para imunobiológicos, na SMS

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (305) do PPA

Método de Cálculo

Número absoluto de equipamentos para imunobiológicos (caixas térmica e câmaras fria) adquiridos na SMS

Meta:

Ano	2018	2019	2020	2021
Nº Equipamentos Previstos	20	52	52	20

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.ii.3.a.	Realizar previsão e solicitação destes equipamentos junto ao DA	DEVISA e DS
6.ii.3.b.	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas aquisições	DA e SMA
6.ii.3.c.	Informar ao DA e DS o efetivo repasse financeiro por meio das portarias ministeriais	NCG/ DGDO, DEVISA e FMS
6.ii.3.d.	Manter ações do Núcleo de Convênios Governamentais (NCG) - DGDO	NCG/ DGDO
6.ii.3.e.	Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições	NCG/ DGDO e FMS
6.ii.3.f.	Informar periodicamente (quadrimestralmente) os equipamentos adquiridos e entregues no Almoxarifado	DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o		
2o		
3o		
RAG		

Indicador 6.ii.4. Número de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Básica

Relevância do Indicador

Permite monitorar novas construções, reformas ou ampliações dos serviços da Atenção Básica, na SMS

Série Histórica

Indicador novo Ação 24 (301) do PPA

Método de Cálculo

Número absoluto de Unidades de Saúde entregues (construção, reforma e ampliação)

Meta:

Ano	2018	2019	2020	2021
1 N° Obras Previstas	18	7	2	2

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.ii.4.a.	Realizar previsão e solicitação de construção, reforma e ampliação Unidades de Saúde junto ao DA	Gabinete do Secretário, DS e Distritos
6.ii.4.b.	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas licitações	DA e SMA
6.ii.4.c.	Informar ao DA e DS o efetivo repasse financeiro por meio das portarias ministeriais	NCG/ DGDO, e FMS
6.ii.4.d.	Manter ações do Núcleo de Convênios Governamentais (NCG) – DGDO para buscar parcerias federais e estaduais	NCG/ DGDO e DS
6.ii.4.e.	Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições	NCG/ DGDO e FMS, DS e DA
6.ii.4.f.	Informar periodicamente (quadrimestralmente) as construções entregues	NCG/ DGDO e DS e DA
6.ii.4.g.	Realizar readequações na infraestrutura dos consultórios atuais, considerando normas estabelecidas pela vigilância Sanitária, condutas de biossegurança, princípios de ergonomia e	Gabinete do Secretário, DS e Distritos, NCG/

	<p>manutenção de privacidade dos pacientes e propor que em novas unidades ou após reformas, os consultórios estejam dentro dessas normas.</p> <p>Recomendações :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sanar de forma efetiva os problemas encontrados nos atuais consultórios odontológicos das UBSs. * Readequar o número de cadeiras odontológicas por unidades. 	DGDO e DA
6.ii.4.h.	<p>Efetivar grupo técnico interdepartamental da SMS para discussões, levantamento de necessidades e planejamento das ações de adequação das unidades próprias, de acordo com as normas sanitárias vigentes .</p> <p>Recomendações :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Realizar seminários e capacitações pela VISA(s) destinado a rede sobre biossegurança e vigilância sanitária. * Estabelecer protocolo claro e realizar divulgação efetiva sobre as ações com os resíduos sólidos das UBSs e apontar o local de destinação destes resíduos. * Solicitar que as VISA(s) realizem vistoria sanitária uma vez por ano em todos os consultórios odontológicos das UBS e que aponte as adequações quando necessárias. * Garantir a participação de profissionais da área de saúde bucal nas discussões sobre Vigilância dos próprios. 	Gabinete do Secretário, DS e Distritos e CS, NCG/ DGDO, DEVISA e DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	5,60%	CS Santo Antonio entregue em abril de 2018
2o		
3o		
RAG		

Unidade	Tipo de obra	1º RQDA - 2018
CS Capivari	Ampliação (remanescente)	Prot. 2014/10/18109 - Na SEINFRA para as correções solicitadas pela Caixa, atualização do orçamento e encaminhamento à licitação.
CS Santo Antônio	Ampliação	Prot. 2013/10/51390 Após a revisão do orçamento pela SEINFRA, na Comissão Permanente de Licitação; em análise a proposta documental para habilitação da empresa vencedora da Licitação .Previsão de início da execução em 2018.
CS Santa Odila	Ampliação	PROT. 2013/10/29694 - Após a revisão do orçamento pela SEINFRA, na Comissão Permanente de Licitação; em análise a proposta documental para habilitação da empresa vencedora da Licitação. Previsão de início da execução em 2018.
CS Lisa	Construção	Prot. 2013/10/29693 - Após a revisão do orçamento, na Comissão Permanente de Licitação para análise e providências para abertura de licitação. Previsão de início da execução em 2018.
CS Village	Construção	Em projeto na SEINFRA. Ministério da Saúde solicitou a devolução do recurso.
CS Campina Grande	Construção	Prot. 2013/10/32538 - No DA/SMS, aguardando autorização para encaminhamento à licitação . Projeto arquitetônico concluído.
CS Vila Ipê	Reforma	Prot. 2015/10/38166 - Após a revisão do orçamento pela SEINFRA, na Comissão Permanente de Licitação; habilitada a proposta da empresa vencedora da Licitação. Previsão de início da execução em 2018.
CS Rosália	Reforma	Prot. 2015/10/38465 - Após a revisão do orçamento, na Comissão Permanente de Licitação; obra licitada e em análise da documentação. Previsão de início da execução em 2018.
CS Santa Rosa	Reforma	Prot. 2015/10/38164 - Na SEINFRA para revisão e atualização do orçamento.

Indicador 6.ii.5. Número de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência

Relevância do Indicador

Permite monitorar novas construções, reformas ou ampliações dos serviços da Atenção Básica, na SMS

Série Histórica

Indicador novo Ação 24 (302) do PPA

Método de Cálculo

Número absoluto de Unidades de Saúde entregues (construção, reforma e ampliação)

Meta:

Ano	2018	2019	2020	2021
¹ Nº Obras Previstas	18	7	2	2

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.ii.5.a.	Realizar previsão e solicitação de construção, reforma e ampliação	Gabinete do

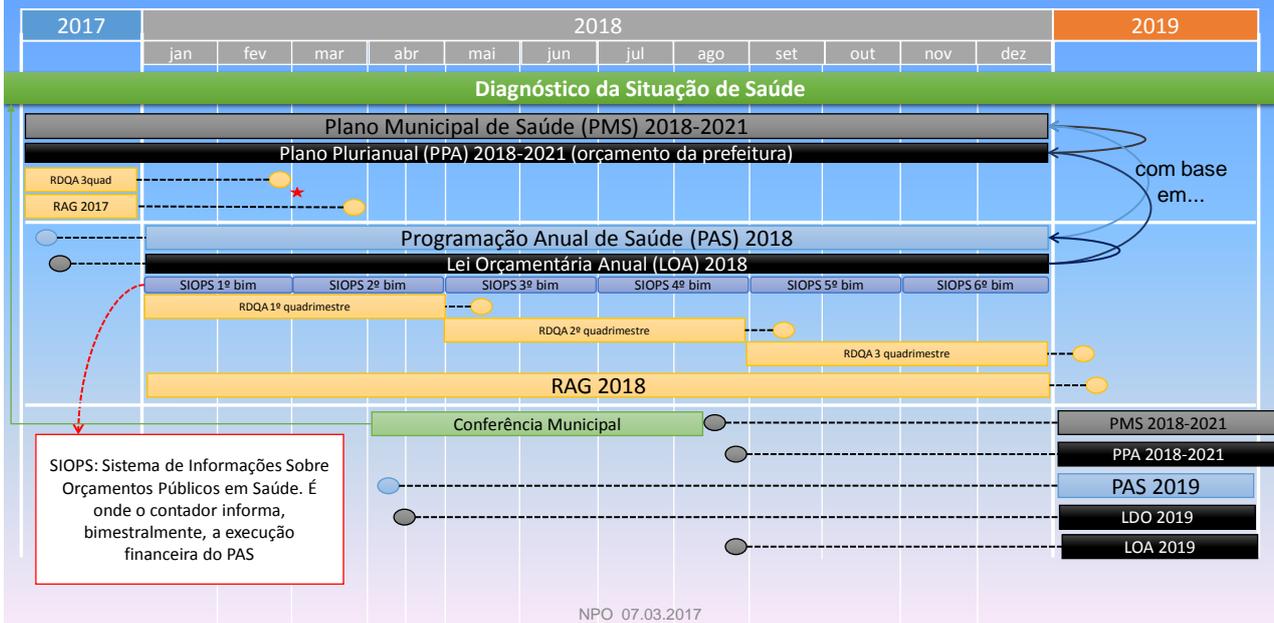
	Unidades de Saúde junto ao DA	Secretário, DS e Distritos
6.ii.5.b.	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas licitações	DA e SMA
6.ii.5.c.	Informar ao DA e DS o efetivo repasse financeiro por meio das portarias ministeriais	NCG/ DGDO, e FMS
6.ii.5.d.	Manter ações do Núcleo de Convênios Governamentais (NCG) – DGDO para buscar parcerias federais e estaduais	NCG/ DGDO e DS
6.ii.5.e.	Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições	NCG/ DGDO e FMS, DS e DA
6.ii.5.f.	Informar periodicamente (quadrimestralmente) as construções entregues	NCG/ DGDO e DS e DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	Os processos estão em fase de licitação conforme quadro abaixo.
2o		
3o		
RAG		

Unidade	Tipo de obra	1º RQDA - 2018
P.S Ouro Verde	Reforma	Prot. 2018/10/01058 - Após a revisão do orçamento, na Comissão Permanente de Licitação; publicado o edital para Licitação. Previsão de início da execução em 2018.
P.S Metropolitano	Construção	Prot. 2016/10/36657- Na Comissão Permanente de Licitação para prosseguimento. Previsão de início da execução em 2018.
CRAIM	Construção	Na SEINFRA para as correções solicitadas pela Caixa, atualização do orçamento, e depois encaminhamento à licitação.
PA Suleste	Construção	Emitido o Termo de Recebimento Definitivo da obra.

Cronologia dos instrumentos de gestão SUS + orçamentários



Cronologia dos instrumentos de gestão SUS

