



Prefeitura
Municipal de
Campinas



Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

Campinas/SP

2º RDQA 2018

Sumário

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas1

Sumário2

Introdução9

Metodologia de Elaboração do Plano Municipal de Saúde Erro! Indicador não definido.

Momento Um:.....Erro! Indicador não definido.

Momento Dois:.....Erro! Indicador não definido.

EIXO I – ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE11

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. Erro! Indicador não definido.

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 Erro! Indicador não definido.

Indicador 1.i.1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.....Erro! Indicador não definido.

Indicador 1.i.2. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa FamíliaErro! Indicador não definido.

Indicador 1.i.3. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.....Erro! Indicador não definido.

Indicador 1.i.4. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos..... Erro! Indicador não definido.

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

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

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

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.Erro! Indicador não definido.

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:Erro! Indicador não definido.

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

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

População fem.40 a 49 anos (total).....Erro! Indicador não definido.

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

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

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.....Erro! Indicador não definido.

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

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

EIXO II – INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE E LINHAS DE CUIDADO.....55

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.....55

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.....55

Indicador 2.i.1. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.....55

Indicador 2.i.2. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio.....56

Indicador 2.i.3. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.....58

Indicador 2.i.4. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.....	60
Indicador 2.i.5. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.....	62
Indicador 2.i.6. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida.....	64
Indicador 2.i.7. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.....	65
Indicador 2.i.8. Ações de Matriciamento realizadas por Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS) com equipes de APS.....	67
<i>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.....</i>	<i>70</i>
Indicador 2.ii.1. Taxa de Mortalidade infantil	70
Indicador 2.ii.2. Razão da Mortalidade Materna.....	72
Indicador 2.ii.3. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	74
Indicador 2.ii.4. Proporção de óbitos maternos investigados.	75
Indicador 2.ii.5. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.....	76
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...)	78
EIXO III – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	83
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.	83
<i>Objetivo 3.i. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando osdeterminantes 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.</i>	<i>83</i>
Indicador 3.i.1.Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano.....	83
Indicador 3.i.2. Número de testes de sífilis por gestante	86
Indicador 3.i.3. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.....	88

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.....	89
Indicador 3.i.5. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	93
Indicador 3.i.6. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.....	94
Indicador 3.i.7. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida....	96
Indicador 3.i.8. Coeficiente de incidência de Câncer por sexo, no município de Campinas.	98
Indicador 3.i.9. Número de publicações da análise da situação de saúde de Campinas	99
Indicador 3.i.10. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.....	100
Indicador 3.i.11. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3.....	102
Indicador 3.i.12. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados	103
Indicador 3.i.13. Número de testes sorológicos para HIV realizados.	105
Indicador 3.i.14. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	106
Indicador 3.i.15. Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados	108
Indicador 3.i.16. Coeficiente de letalidade por dengue.....	109
Indicador 3.i.17. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	111
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	112
Indicador 3.i.19. Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador notificados no SINAN, no Município de Campinas	114
Indicador 3.i.20. Proporção de acidentes de trabalho (AT) fatais notificados e investigados na área de abrangência do CERESTde Campinas, exceto os ocorridos no trânsito.	116
Indicador 3.i.21. Proporção dos acidentes de trabalho graves notificados e investigados em Campinas, exceto os ocorridos no trânsito.....	118
Indicador 3.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	120
Indicador 3.i.23. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	121

Indicador 3.i.24. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados na área de abrangência do CEREST123

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 126

Indicador 3.ii.1. Proporção de implementação das ações de Vigilância Sanitária no município, considerando os sete grupos de ações necessárias a todos os municípios126

Indicador 3.ii.2. Proporção dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) com controle sanitário realizado no ano.....127

Indicador 3.ii.3. Proporção dos serviços hemoterápicos inspecionados no ano, no município de Campinas.....129

Indicador 3.ii.4. Proporção de Hospitais inspecionados ao ano, no município de Campinas.....130

Indicador 3.ii.5. Proporção de indústrias de medicamentos e insumos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.....131

Indicador 3.ii.6. Proporção de indústrias de produtos para saúde classe III e IV inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.....133

Indicador 3.ii.7. Proporção de indústrias de saneantes e cosméticos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.....134

Indicador 3.ii.8. Número de reuniões técnicas realizadas com gerentes de lojas e gerentes regionais de hipermercados e supermercados ao ano.....135

Indicador 3.ii.9. Proporção de esterilizadoras ETO (óxido de etileno) inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano, em ações integradas pelas áreas de produtos e serviços de saúde.136

EIXO IV – GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - SUS FORMADOR139

Diretriz 4. 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.139

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..... 139

Indicador 4.i.1. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas no Município.....139

Indicador 4.i.2. Proporção de serviços de saúde do SUS no Município SUS como campo de prática para atividades ensino serviço.141

Objetivo 4.ii. Recomposição do quadro da Secretaria Municipal de Saúde, considerando parâmetros e procedimentos para avaliação das necessidades de cada local.141

Indicador 4.ii.1. Proporção de serviços de saúde do SUS no Município com estudo de dimensionamento da força de trabalho realizado e atualizado.....143

EIXO V – GESTÃO COMPARTILHADA E CONTROLE SOCIAL.....166

Diretriz 5. 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 aconcertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.166

Objetivo 5.i. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.....166

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.166

Objetivo 5.ii. Alimentação de forma qualificada os dados (mensal e sistemática) dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas:.....169

Indicador 5.ii.1. Proporção de serviços de serviços de saúde sob gestão Municipal do SUS informatizados.....169

EIXO VI – APOIO LOGÍSTICO E FINANCEIRO173

Diretriz 6. Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto equalificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.173

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.....173

Indicador 6.i.1. Percentual de gastos em saúde no Município de Campinas ..173

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.....173

Indicador 6.ii.1. Número de equipamentos adquiridos para Atenção Básica em Campinas174

Indicador 6.ii.2. Número de equipamentos adquiridos para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência em Campinas176

Indicador 6.ii.3. Número de equipamentos para imunobiológicos adquiridos em Campinas (Câmaras fria e caixas térmicas para transporte de vacina).....177

Indicador 6.ii.4. Número de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Básica178

Indicador 6.ii.5. Número de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência.....180

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	2017	2018
População	1.080.999	1.090.000	1.100.970	1.112.050	1.123.241	1.134.546	1.142.620	1.173.370	1.182.282
Nº ESF	102	97	98	106	166	171	163	171	156*
Cob. CAMPINA	32,55%	30,70%	30,71%	32,89%	50,99%	52,00%	49,22%	50,02%	45,52%

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. IBGE sem correção do ano (sempre comum ano de atraso)

Método de Cálculo

Numerador: N° de eSF(N° eAB + N° eSF equivalente) x 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	46,10%	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 as equipes de EACS, que são 20 na competênciaabril/2018. Memória de Cálculo: (158 EPSF x 3.450) / 1.182.282 Habx 100 = 46,10%* 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>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 13 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	45,52%	<p>Competência Agosto de 2018: ESF - 65 + ESB I - 65 + ESB II - 5 + ESF 4 - 2 + ESF 4 SB-M1 - 1 + ESF Trans - 14 + EAB1 - 2 + EAB2 - 2: 156 OBS: *não consideradas as equipes de EACS, que são 20 na competência agosto/2018. Memória de Cálculo: (156 EPSF x 3.450) / 1.182. 282 Hab x 100 = 45,52%* 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 manteve tendência a queda à medida que houve baixa de equipes por aposentadoria de servidores e suspensão de um “mais médicos” Houve acréscimo no total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde passando de 703 para 704. Ocorreu, com êxito, toda a avaliação externa do PMAQ entre julho e agosto de 2018. A totalidade das 142 ESF homologadas no PMAQ foram avaliadas. 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. Foi 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>
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	2017	2018
Cob. Bolsa Família	89,66	49,99	29,91	41,71	53,18	34,62	40,17	44,74	39,53	35,5	40,4	50,2	45,96	47,32

Fonte: DS - SMS Ano de 2016 - de janeiro até junho (1º semestre)

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

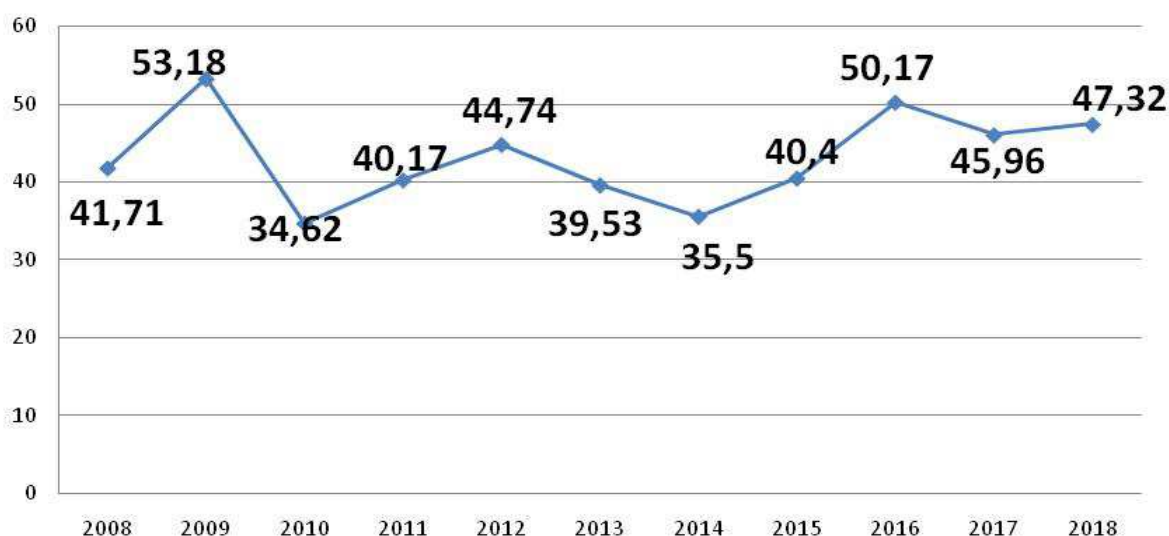
Denominador: Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano.

Meta:

Aumentar em 5,5% em 4 anos até 2021

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

**Cobertura Condicionantes do Bolsa Família -
Série Histórica de 2008 até 1º semestre de 2018**



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

RDQ A	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	43,6%	<table border="0"> <tr> <td>Total de famílias beneficiárias:</td> <td>28.254</td> </tr> <tr> <td>Famílias totalmente acompanhadas:</td> <td>12.341</td> </tr> </table>	Total de famílias beneficiárias:	28.254	Famílias totalmente acompanhadas:	12.341
Total de famílias beneficiárias:	28.254					
Famílias totalmente acompanhadas:	12.341					

	<u>Famílias que ainda não foram totalmente acompanhadas:</u>	15.913
	Percentual de cobertura:	43,68%
	<u>Relação dos integrantes acompanhados em outro Municípios:</u>	100
	Total de Famílias Quilombolas:	2
	Total de Famílias Quilombolas totalmente acompanhadas:	2
	Percentual de Famílias Quilombolas:	100 %
	Gestantes Estimadas:	764
	Gestantes localizadas:	645
	Percentual de Gestantes localizadas:	84 %
	Por ser um indicador semestral temos que a percentagem de acompanhamento ainda deve ser monitorado para atingir a meta. A proposta é retomar as discussões a nível local, com participação das equipes. Houve melhora do indicador de acompanhamento das gestantes - 84%, sendo que a meta é atingir 100% em 2018.	
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'	2017'	2018'
	1.080.999	1.090.000	1.100.970	1.112.050	1.123.241	1.134.546	1.142.620	1.173.370	1.182.282
Nº equipes	153	140	142	139	146	159	150	125	95
Proporção	42,51	38,4	38,69	37,43	39,12	42,13	39,38	33	27,72
Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS IBGE									

Método de Cálculo

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

em determinado local e período.

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 - ASB por meio de concurso público;	Gabinete SMS, 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 toda equipe multiprofissional no processo .	DS, Distritos,CS DGTES,
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).	DS, Distritos,CS, Gab. SMS

	* 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.	
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,

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	27%	A meta para o quadrimestre não 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 a fim de cadastrar mais equipes e aumentar a cobertura
2o	27%	A meta não foi atingida, pois as equipes profissionais estão em número inferior ao preconizado para atendimento no município, em virtude de ausência de concursos públicos e ou contratações, aumento de aposentadorias e aumento de profissionais com limitações de saúde, problemas com aquisição de insumos (falta de materiais), reformas de unidades básicas e possíveis perdas de informações no sistema.
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. exotondia 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 um prédio 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 especialidade por Distrito.	DA, DS, Distritos
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	DS, Distritos, Gabinete SMS

	atual protocolo em periodontia nas referências já implantadas dando ênfase na questão da manutenção dos tratamentos periodontais pela atenção básica.	
--	---	--

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	8%	A meta para o quadrimestre foi atingida, houve uma diminuição das atividades coletivas, preventivas individuais por parte das equipes das unidades básicas
2o	8%	A meta foi atingida ,porém ainda persiste a necessidade da ampliação na implantação de CEOs no município para podermos aumentar a capacidade de reabilitação de elementos dentários ,a fim de se reduzir cada vez mais as exodontias, vale ressaltar que as porcentagens permaneceram iguais porém o número de extrações proporcionalmente ao número de procedimentos no RDQA anterior foi menor em relação ao segundo RDQA.
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 Microssistemas, 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	43%	O total de Unidades Básicas de Saúde são 64, sendo que 26 estão realizando três ou mais programas da Saúde Integrativa, sendo, por Distrito: Leste: 05 Unidades, Noroeste: 02 Unidades, Norte: 05

		<p>Unidades, Sudoeste: 06 Unidades e Sul: 08 Unidades.</p> <p>A queda em relação ao quadrimestre passado deve-se principalmente ao fechamento provisório da Botica da Família, que produzia medicamentos Fitoterápicos e às reformas nas Unidades Básicas de Saúde, que impediram a realização dos grupos da Saúde Integrativa.</p> <p>Programas desenvolvidos neste quadrimestre: Consciência Postural 1307 usuários; Práticas corporais em Medicina tradicional Chinesa (Lian Gong, Chikung, Tai chi Chuan) 6.387; Grupos de Passeio 3.039; Meditação 341; Acupuntura Sistemática 763; Microsistemas 1.347; Yoga 334; Homeopatia 532; Movimento Vital Expressivo, Dança Circular e Biodança 1.877; Shantala 16; Terapia Comunitária Integrativa 79 e Reike 07.</p> <p>Não está inserido nos dados da atual planilha, a produção do Ambulatório Municipal de Acupuntura e as atividades do Espaço CR Academia.</p>
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 Unidades de Saúde.	DS, Distritos

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	87%	Disponibilização de medicamentos - Licitações fracassadas, atraso nas entregas pelos fornecedores. Justificativa : Pode-se atribuir esse resultado a um conjunto de elementos que afetaram não apenas os procedimentos internos à administração municipal, mas também, fatores externos como atraso nas entregas por parte do fornecedor e itens desertos e fracassados

		<p>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: 81% Fizeram revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e medicamentos, a partir do consumo médio no período; 94% Monitoraram o estoque de medicamentos e materiais na Unidade; 95% Alimentaram o sistema de movimentação de estoque (GEMM); 94% Monitoraram o controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos; 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 Farmacovigilância 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: a) Ampliar o programa de farmacovigilância para todos serviços de saúde. 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	86%	<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 2 da Atenção Básica 2018: 84% Fizeram revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e medicamentos, a partir do consumo médio no período; 94% Monitoraram o estoque de medicamentos e materiais na Unidade; 92% Alimentaram o sistema de movimentação de estoque (GEMM); 94% Monitoraram o controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos; 94% Orientaram os funcionários da farmácia a estarem atentos para quantidade recebida do almoxarifado e a demanda da unidade e</p>

		<p>participar da sugestão de cotas, comunicando o Distrito o não recebimento de algum medicamento.</p> <p>O Programa de Farmacovigilância foi implantado em 56% dos serviços de saúde de forma plena, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA 2 da Atenção Básica 2018.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Ampliar o programa de farmacovigilância 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 13 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações de saúde integradas as Equipes de Saúde da Família</p>
3o		
RAG		

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

Relevânciado 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'	2017'	2018*
ICSAP	18,83	20,1	20,71	18,45	19,14	20,53	23,62	24,7	23,4	22,6	20,96
Fonte: DATASUS SIH/RDSP1801 a 1807DBC. Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC											

INDICADOR 1i7 - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DE RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

ICSAP	1º Quad 2018	2º Quad 2018 (Parcial)	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência 2018 a 2021
1 D evit p imun	46	30	0	76	
2 GEI e complic	43	33	0	76	
3 Anemia	4	6	0	10	
4 Def nutric	7	10	0	17	
5 Infec O N G	13	15	0	28	
6 Pneumonias bac	140	125	0	265	
7 Asma	122	108	0	230	
8 Bronquites	124	156	0	280	
9 Hipertensão	25	27	0	52	
10 Angina	96	82	0	178	
11 ICC	231	168	0	399	
12 Diabetes	96	72	0	168	
13 Epilepsias	66	52	0	118	
14 ITU	278	173	0	451	
15 Infec pele e TSC	132	94	0	226	
16 D infl pelv F	15	13	0	28	
17 SRubéola cong	0	1	0	1	
Total ICSAP	1.438	1.165	0	2.603	
Total Geral	6.889	5.528	0	12.417	

ICSAP	1º Quad 2018	2º Quad 2018 (Parcial)	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência 2018 a 2021
1 D evit p imun	0,67%	0,54%		0,61%	
2 GEI e complic	0,62%	0,60%		0,61%	
3 Anemia	0,06%	0,11%		0,08%	
4 Def nutric	0,10%	0,18%		0,14%	
5 Infec O N G	0,19%	0,27%		0,23%	
6 Pneumonias bac	2,03%	2,26%		2,13%	
7 Asma	1,77%	1,95%		1,85%	
8 Bronquites	1,80%	2,82%		2,25%	
9 Hipertensão	0,36%	0,49%		0,42%	
10 Angina	1,39%	1,48%		1,43%	
11 ICC	3,35%	3,04%		3,21%	
12 Diabetes	1,39%	1,30%		1,35%	
13 Epilepsias	0,96%	0,94%		0,95%	
14 ITU	4,04%	3,13%		3,63%	
15 Infec pele e TSC	1,92%	1,70%		1,82%	
16 D infl pelv F	0,22%	0,24%		0,23%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,02%		0,01%	
INDICADOR ICSAP	20,87%	21,07%		20,96%	
Meta PMS	21,07%				

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1801 a 1807.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CSAC

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 hipertensos e diabéticos nas UBS.	DS, Distritos
1.i.7.e.	Aumentar o percentual de pacientes com cadastro de Hiperdia, 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 conceito, 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 Infecciosas 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	20,96* (anual/*parcial)	1) Através do GT-CCNT, aprimorar as ações voltadas às análises das altas hospitalares com relatórios dos egressos para aumentar o índice dos registros (67%), uma vez que as ações de promoção e prevenção à saúde da população tiveram um sensível aumento de 91%. 2) Manter e aumentar o bom índice de 94% de assistência integral aos idosos acamados, aliado às ações de vida saudável desta população. 3) Afirmar ações voltadas para importância do cadastro de crônicos, quer seja, de maneira manual ou eletrônica, sendo que o número passou de 68% no primeiro quadrimestre para 77% no segundo quadrimestre, também trabalhadas no GT-CCNT.
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

RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS

Ano	2008'	2009'	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'	2018'
Proporção	0,59	0,59	0,54	0,52	0,45	0,43	0,44	0,18	0,34	0,27	0,31

Fonte: DATASUS/SIA PASP 1801 A 1807. DBC. Dados reprocessados pela SMS/DGDO/CAC

Indicador 111: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e população da mesma faixa etária

Município de residência = Campinas	1º Quad 2018	2º Quad 2018 (Parcial)	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência 2018 a 2021
Total	23.851	17.757	0	41.608	
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	82	46	0	128	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	7.243	5.329	0	12572	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	360	255	0	615	
2090236 FUNDAÇÃO PIO XII BARRETOS	15.889	11.592	0	27481	
Outros	277	535	0	812	
População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU*	343.001				
Indicador 111	0,209	0,104	0,000	0,312	
Meta PMS	0,375				

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1807.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CSAC



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 (0,08). 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	0,31	Meta estipulada para avaliação anual, sendo que neste segundo quadrimestre houve elevação da razão de cobertura de rastreamento do câncer de colo uterino comparativamente ao mesmo período do ano anterior (0,09). 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 é sempre de grande efeito para propiciar o aumento deste indicador, bem como o constante de coleta deste exame durante as consulta médica ginecológica e seu respectivo processo de registro do atendimento.
3o		
RAG		

Observações:

O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (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 Papanicolaou 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

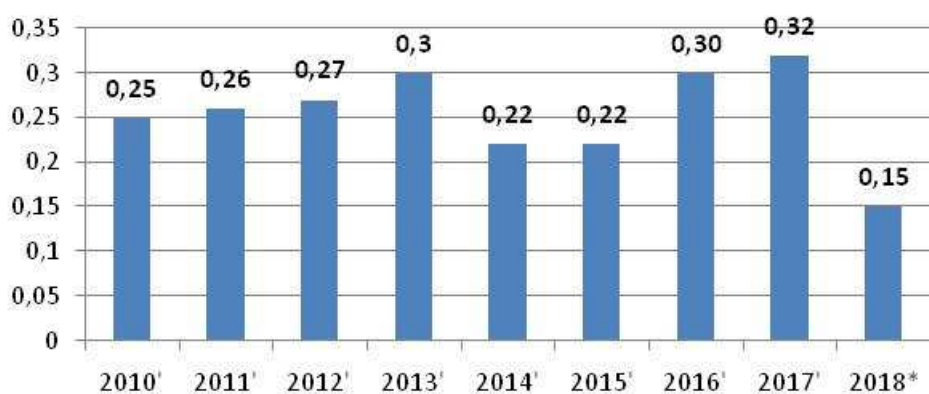
Série histórica em Campinas:

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS

Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'	2018*
Proporção	0,25	0,26	0,27	0,3	0,22	0,22	0,30	0,32	0,15

Fonte: DATASUS/ SIA PASPO1401 A 1607 e SIA 1801 a 1807. DBC - Dados reprocessados SMS/DGDO/CAC/

**RAZÃO DE MAMOGRAFIA EM MULHERES DE 50
A 69 ANOS - CAMPINAS 2010 ATÉ agosto de
2018***



Indicador 1ii2: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

Município de residência = Campinas	1º Quad 2018	2º Quad 2018 (Parcial)	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência 2018 a 2021
Total	6.675	3.287	0	9.962	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	2.269	1.765	0	4034	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	628	214	0	842	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	203	103	0	306	
7893922 POLICLINICA I	9	8	0	17	
2022710 POLICLINICA II	0	0	0	0	
Outros	3.566	1.197	0	4763	
População residente estimativa 2018 a 2021 - Plano Municipal de Saúde	132.379				
Indicador 1ii2	0,101	0,050	0,000	0,151	
Meta PMS	0,325				

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1807.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CSAC

Método de Cálculo

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

Denominador: População feminina na mesma faixa etária 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 (0,07). 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	0,18	Meta estipulada para avaliação anual, sendo que neste segundo quadrimestre houve redução da razão de cobertura de rastreamento do câncer de mama comparativamente ao mesmo período do ano anterior (0,16). 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.
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

Indicador 1i3: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 40 a 69 anos e população da mesma faixa etária					
Município de residência = Campinas	1º Quad 2018	2º Quad 2018 {Parcial}	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência 2018 a 2021
Total	10.643	5.166	0	15.809	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	3.374	2.691	0	6.065	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	893	334	0	1.227	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	267	140	0	407	
7893922 POLICLINICA I	23	25	0	48	
2022710 POLICLINICA II	0	0	0	0	
Outros	6.086	1.976	0	8.062	
População residente estimativa 2018 a 2021 - Plano Municipal de Saúde	220.586				
Indicador 1i3	0,096	0,047	0,000	0,143	
Meta PMS	0,325				

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1807.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CSAC

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 morbimortalidade 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	0,14	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 morbimortalidade nesta população.
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.

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Prop. Amb. Média Compl.	1,52	1,96	2,23	2,1	1,71	2,21	2,24	2,21	3,35	4,62	1,00

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC e SIA PASP 1801 a 1807 DBC. Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC

Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente: físico produzido por Forma de Organização

Forma de Organização	1º Quad 2018	2º Quad 2018 (Parcial)	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência 2018 a 2021
020101 Coleta de material por meio de	135	94	0	229	↘
020203 Exames sorológicos e imunológicos	1.602	1.127	0	2.729	↘
020301 Exames citopatológicos	27	37	0	64	↘
020302 Exames anatomopatológicos	127	107	0	234	↘
020501 Ultra-sonografias do sistema cir	2.473	2.063	0	4.536	↘
040503 Corpo vítreo, retina, coróide e e	305	279	0	584	↘
040505 Conjuntiva, córnea, câmara ante	513	468	0	981	↘
040904 Bolsa escrotal, testículos e cord	192	101	0	293	↘
040905 Pênis	122	65	0	187	↘
050601 Acompanhamento de paciente r	1.014	756	0	1.770	↘
Total	6.510	5.097	0	11.607	↘

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1807 e SIH RDSP1801 a 1807.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CSAC

Indicador 1ii4: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente: Procedimentos por 100 habitantes

Forma de Organização	1º Quad 2018	2º Quad 2018 (Parcial)	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência 2018 a 2021
020101 Coleta de material por meio de	0,012	0,008	0,000	0,020	↔
020203 Exames sorológicos e imunológicos	0,138	0,097	0,000	0,235	↔
020301 Exames citopatológicos	0,002	0,003	0,000	0,006	↔
020302 Exames anatomopatológicos	0,011	0,009	0,000	0,020	↔
020501 Ultra-sonografias do sistema cir	0,213	0,178	0,000	0,391	↘
040503 Corpo vítreo, retina, coróide e e	0,026	0,024	0,000	0,050	↔
040505 Conjuntiva, córnea, câmara ante	0,044	0,040	0,000	0,085	↔
040904 Bolsa escrotal, testículos e cord	0,017	0,009	0,000	0,025	↔
040905 Pênis	0,011	0,006	0,000	0,016	↔
050601 Acompanhamento de paciente r	0,087	0,065	0,000	0,153	↘
Indicador 1ii4	0,562	0,440	0,000	1,002	↘
Meta PMS	2,42				

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1807 e SIH RDSP1801 a 1807.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CSAC

População residente estimativa 2018 a 2021 - Plano Municipal de Saúde	1.158.944
---	-----------

Método de Cálculo

Numerador: Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade.

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%

Ações

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	DS, Distritos,

	Traumatologia Buco Maxilo Facial do CHOV em especial a área de cirurgias ortognáticas.	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 além de cirurgia. * Que sejam contemplados atendimentos de pacientes crônicos vinculados ao SAD e garantidos o transporte para estes pacientes.	DS, Distritos, DGDO
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 0,56	<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</p>

		<p>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 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	<p>Avaliação anual</p> <p>1,00*</p>	<p>1) Em junho de 2018, foi realizado evento no ambulatório do HMMG com disponibilização de 80 vagas de ultrassonografia de tireóide e região cervical, para agendamento pelas Unidades da rede pública de saúde do município de Campinas, e os exames foram</p>

	<p>*(valor acumulado de Jan a agos/2018)</p>	<p>complementados com biópsia, quando indicada, visando agilizar o diagnóstico de câncer e o acesso ao tratamento adequado.</p> <p>2) Em junho de 2018, foi realizado o segundo módulo do projeto de capacitação de profissionais da Atenção Primária para diagnóstico e uso racional de recursos na investigação de doenças hematológicas de alta prevalência, organizado em parceria com o Hemocentro da Unicamp, que teve como tema: As alterações mais frequentes do hemograma: abordagem nos serviços básicos de saúde.</p> <p>3) Em agosto de 2018, realizado o encontro de matriciadores com profissionais das Unidades de Referência próprias e apoiadores distritais, com a proposta de qualificar/ampliar as ações de apoio matricial e socializar as experiências.</p> <p>4) O grupo criado para discutir as demandas relacionadas às crianças e adolescentes nas áreas de Saúde Mental e Reabilitação, envolvendo técnicos do Departamento de Saúde e do DGDO, apoiadores distritais e coordenação das Unidades de Referência, elaborou um documento com o diagnóstico e propostas para superação das dificuldades no encaminhamento de crianças e adolescentes com necessidade de atendimento inter e multidisciplinar (SEI PMC.2018.00029332-02). Este documento foi enviado à Diretora do Departamento de Saúde.</p> <p>5) Retomada das reuniões das comissões gestoras dos convênios, contando com a participação dos técnicos do Departamento de Saúde e DGDO.</p> <p>6) Formalizado o termo de convênio com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor de Campinas), em agosto de 2018, que tem por objeto instalar, manter e monitorar o programa de rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo de útero, tendo como população alvo as mulheres da cidade de Campinas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O início do atendimento está previsto para setembro de 2018.</p> <p>7) A contratação de empresa para execução de exames de ultrassonografia está em fase de formalização, com início de atendimento em setembro de 2018.</p> <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Definir, em cada Distrito, a equipe responsável pela qualificação dos encaminhamentos, gestão do acesso e uso racional de recursos especializados. > Efetivar contratos de manutenção de equipamentos para as Policlínicas, bem como plano de reforma predial. > Ratificar a necessidade de recomposição das equipes das Unidades de Referência, visando a assistência qualificada e em tempo oportuno.
--	---	---

		<p>> Retomar a pesquisa periódica de satisfação dos usuários nas Policlínicas, em parceria com os usuários do Conselho Local das Policlínicas.</p> <p>> Em dezembro de 2017, foi promulgada a Lei Municipal nº 15.528, que instituiu o Mês Outubro Brilhante, incluído no calendário oficial do município de Campinas com o objetivo de desenvolver ações de prevenção e conscientização acerca da saúde visual. Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em parceria com Clínicas de Oftalmologia e Instituições de Ensino (Fundação Penido Burnier e PUC-Campinas), está organizando algumas atividades para outubro de 2018.</p> <p>> Programado para setembro de 2018 o início das ofertas do convênio firmado com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor) e da empresa contratada para realização de exames de ultrassonografia.</p>
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. Subsidiava processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de alta complexidade de responsabilidade do SUS.

Série Histórica

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE											
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Prop. Amb. Alta Compl.	5,76	6,81	7,07	7,87	7,77	8,05	8,08	6,02	5,27	4,99	3,00
Fonte: DATASUS/ SIA PASP01401 A 1607 e SIA RDSP1401 A 1607. BPC - Dados reprocessados SMS/DGDO/CAC											

Indicador 185: Produção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade para população residente

Forma Organ. (2008+)	1º Quad 2018	2º Quad 2018 (Parcial)	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência 2018 a 2021
020101 Coleta de material por meio de punção/biópsia	515	303	0	818	↗
020203 Exames sorológicos e imunológicos	3.426	3.208	0	6.634	↗
020405 Exames radiológicos da cintura pélvica e dos	1.426	786	0	2.212	↗
020501 Ultra-sonografias do sistema circulatório (que	37	30	0	67	↗
020601 Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vert	2.862	2.107	0	4.969	↗
020602 Tomografia do torax e membros superiores	1.456	1.310	0	2.766	↗
020603 Tomografia do abdome, pelve e membros in	3.527	3.103	0	6.630	↗
020701 RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral	798	637	0	1.435	↗
020702 RM do torax e membros superiores	62	45	0	107	↗
020703 RM do abdome, pelve e membros inferiores	297	305	0	602	↗
020801 Aparelho cardiovascular	928	757	0	1.685	↗
020802 Aparelho digestivo	4	4	0	8	↗
020803 Aparelho endócrino	43	48	0	91	↗
020804 Aparelho geniturinário	122	128	0	250	↗
020805 Aparelho esquelético	394	317	0	711	↗
020807 Aparelho respiratório	34	24	0	58	↗
020808 Aparelho hematológico	9	13	0	22	↗
020809 Outros métodos de diagnóstico em medicina	4	5	0	9	↗
021001 Exames radiológicos de vasos sanguíneos e li	46	58	0	104	↗
021102 Diagnóstico em cardiologia	283	250	0	533	↗
030111 Atendimento/Acompanhamento queimados	14	11	0	25	↗
030112 Atendimento/accompanhamento de diagnósti	330	210	0	540	↗
030113 Acompanhamento em outras especialidades	104	60	0	164	↗
030312 Tratamentos por medicina nuclear in vivo	9	13	0	22	↗
030401 Radioterapia	0	0	0	0	↔
030402 Quimioterapia paliativa - adulto	2.490	1.793	0	4.283	↗
Total	19.220	15.525	0	34.745	↗

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1807.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CSAC

População residente: estimativa 2018 a 2021 - Plano Municipal de Saúde	1.158.914
--	-----------

Indicador 185: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente por 100 habitantes

	1º Quad 2018	2º Quad 2018 (Parcial)	3º Quad 2018	Indicador 2018	Tendência 2018 a 2021
Indicador 185	1,66	1,31	0,00	3,00	↗
Meta PMS				5,56	

Indicador 185: Produção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade por prestador

Hospital SP (CINES)	1º Quad 2018	2º Quad 2018 (Parcial)	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência 2018 a 2021
2022648 HOSPITAL IRMÃOS PENTEADO E SANTA CASA	16	15	0	31	↗
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFIC	1.223	900	0	2.123	↗
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CA	22.691	17.619	0	40.310	↗
2081482 BOLDIRINI CAMPINAS	2.194	1.615	0	3.809	↗
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAM	2.577	1.785	0	4.362	↗
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	8.225	7.199	0	15.424	↗
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDWALD	141	56	0	197	↗
Total	37.067	29.189	0	66.256	↗

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1807.DBC

Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CSAC

Método de Cálculo

Numerador: Total de procedimentos ambulatoriais de Alta complexidade.

x 100

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 2.021

	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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Avaliação anual 1,16	<p>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 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 PUC, 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 PUC 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.

<p>2o</p>	<p>Avaliação anual</p> <p>0,44</p>	<p>1) Em junho de 2018, foi realizado evento no ambulatório do HMMG com disponibilização de 80 vagas de ultrassonografia de tireóide e região cervical, para agendamento pelas Unidades da rede pública de saúde do município de Campinas, e os exames foram complementados com biópsia, quando indicada, visando agilizar o diagnóstico de câncer e o acesso ao tratamento adequado.</p> <p>2) Em junho de 2018, foi realizado o segundo módulo do projeto de capacitação de profissionais da Atenção Primária para diagnóstico e uso racional de recursos na investigação de doenças hematológicas de alta prevalência, organizado em parceria com o Hemocentro da Unicamp, que teve como tema: As alterações mais frequentes do hemograma: abordagem nos serviços básicos de saúde.</p> <p>3) Em agosto de 2018, realizado o encontro de matriciadores com profissionais das Unidades de Referência próprias e apoiadores distritais, com a proposta de qualificar/ampliar as ações de apoio matricial e socializar as experiências.</p> <p>4) O grupo criado para discutir as demandas relacionadas às crianças e adolescentes nas áreas de Saúde Mental e Reabilitação, envolvendo técnicos do Departamento de Saúde e do DGDO, apoiadores distritais e coordenação das Unidades de Referência, elaborou um documento com o diagnóstico e propostas para superação das dificuldades no encaminhamento de crianças e adolescentes com necessidade de atendimento inter e multidisciplinar (SEI PMC.2018.00029332-02). Este documento foi enviado à Diretora do Departamento de Saúde.</p> <p>5) Retomada das reuniões das comissões gestoras dos convênios, contando com a participação dos técnicos do Departamento de Saúde e DGDO.</p> <p>6) Formalizado o termo de convênio com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor de Campinas), em agosto de 2018, que tem por objeto instalar, manter e monitorar o programa de rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo de útero, tendo como população alvo as mulheres da cidade de Campinas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O início do atendimento está previsto para setembro de 2018.</p> <p>7) A contratação de empresa para execução de exames de ultrassonografia está em fase de formalização, com início de atendimento em setembro de 2018.</p> <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Definir, em cada Distrito, a equipe responsável pela qualificação dos encaminhamentos, gestão do acesso e uso racional de recursos especializados. > Efetivar contratos de manutenção de equipamentos para as Policlínicas, bem como plano de reforma predial.
------------------	------------------------------------	--

		<p>> Ratificar a necessidade de recomposição das equipes das Unidades de Referência, visando a assistência qualificada e em tempo oportuno.</p> <p>> Retomar a pesquisa periódica de satisfação dos usuários nas Policlínicas, em parceria com os usuários do Conselho Local das Policlínicas.</p> <p>> Em dezembro de 2017, foi promulgada a Lei Municipal nº 15.528, que instituiu o Mês Outubro Brilhante, incluído no calendário oficial do município de Campinas com o objetivo de desenvolver ações de prevenção e conscientização acerca da saúde visual. Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em parceria com Clínicas de Oftalmologia e Instituições de Ensino (Fundação Penido Burnier e PUC-Campinas), está organizando algumas atividades para outubro de 2018.</p> <p>> Programado para setembro de 2018 o início das ofertas do convênio firmado com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor) e da empresa contratada para realização de exames de ultrassonografia.</p>
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-cirurgicas realizadas de media complexidade

_____ x 100

. 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	<p>Considerações:</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 média complexidade.</p> <p>Foram realizadas reuniões no NAAS para construção de protocolos clínicos, classificação de risco e reavaliação das filas de espera.</p>

		Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos..
2o	1,54	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, que estão em processo de avliação. Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos.
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. Subsidiá 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	2,02	<p>Dado parcial, indicador anualmente</p> <p>Houve uma melhora do indicador pelo fato dos prestadores conseguirem cumprir a oferta atuando dentro das suas missões.</p> <p>Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos..</p>
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.

x 100

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 DEVISA

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	67,65%	<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>102</td> </tr> <tr> <td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td> <td>69</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</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>	Causa de óbito CID 10 V01 - X59		Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	102	Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	69	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	0	Número de residentes acidentados e que foram a	13														
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	102																									
Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	69																									
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	0																									
Número de residentes acidentados e que foram a	13																									

		óbito em domicílio	
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	19
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	0
		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	33
		Porcentagem de acesso hospitalar	67,65%
		Porcentagem em local não hospitalar	32,35%
		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, contudo houve uma piora em relação ao primeiro quadrimestre de 2018, o que pode indicar uma maior gravidade das ocorrências, e não necessariamente uma piora do acesso hospitalar, devendo ser somado a outros estudos para melhor elucidação da piora deste indicador.	
		Recomendações: Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito. Manter de 100% do município com cobertura do SAMU.	
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.

x 100

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	13%	Melhora do indicador, manter o protocolo de trombólise no SAMU; Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP; Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.
3o		
RAG		

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

Relevância do indicador:

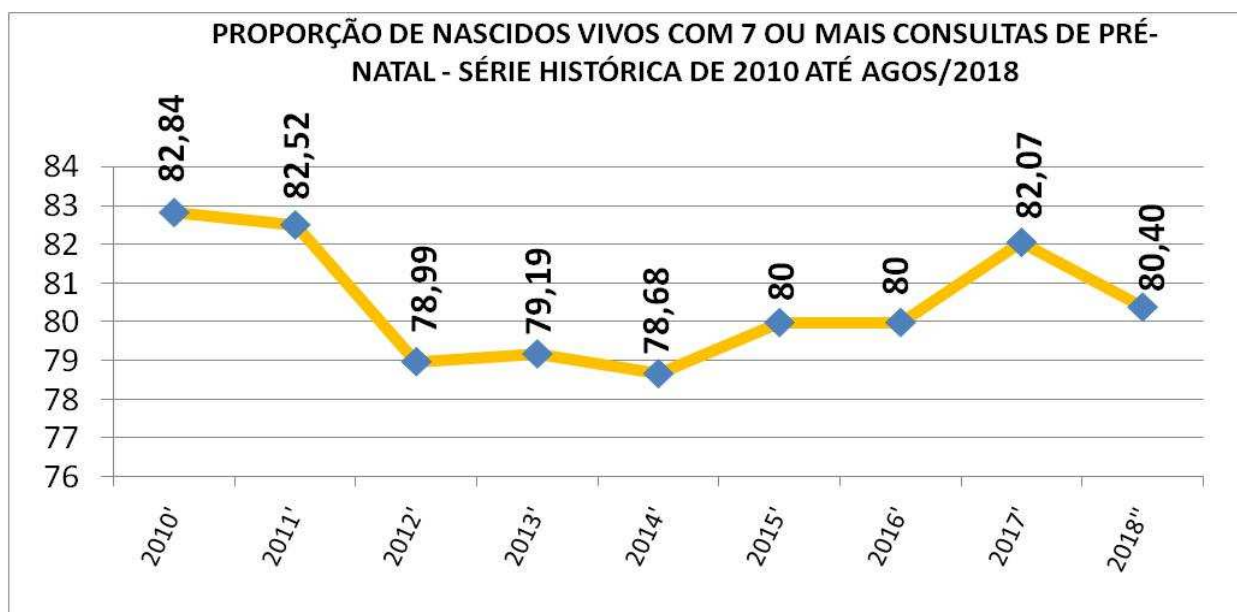
Este indicador é utilizado para avaliar cobertura, acesso, acolhimento e resolubilidade à atenção da saúde materna e infantil. Mede a cobertura do atendimento pré-natal identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui para a análise das condições 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'	2017'	2018''
Proporção	83,34	82,41	82,84	82,52	78,99	79,19	78,68	80	80	82,07	80,40

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 17/09/2018, 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 .

_____ x 100

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, DGES, SRH
2.i.3.e.	Realizar busca ativa de gestantes faltosas no pré-natal	DS, Distritos

Resultados

RDQ A	Valores	Comentários e Recomendações																																										
1o	79,99%	Observa-se uma discreta queda em relação ao mesmo período do ano anterior (81,33%) o que reforça a necessidade de avançarmos na participação de toda a equipe de saúde da família na assistência pré-natal.																																										
2o	80,40%	<p>Em Campinas temos mantido o percentual acima de 80% de gestantes que passam por 7 ou mais consultas de pré-natal.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL Jan- ago/2018</th> </tr> <tr> <th>Convenio2010</th> <th>Nenhuma</th> <th>1-3 consul.</th> <th>4-6 consul.</th> <th>7 e + consul.</th> <th>Ignorado</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sus</td> <td>20</td> <td>266</td> <td>935</td> <td>4663</td> <td>151</td> <td>6035</td> </tr> <tr> <td>Convenio</td> <td>3</td> <td>50</td> <td>587</td> <td>3661</td> <td>17</td> <td>4318</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>23</td> <td>316</td> <td>1522</td> <td>8324</td> <td>168</td> <td>10353</td> </tr> <tr> <td>PERCENTUAL</td> <td>0,22%</td> <td>3,05%</td> <td>14,70%</td> <td>80,40%</td> <td>1,62%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 17/09/2018, sujeitos à revisão.</p> <p>O pré-natal é uma área primordial de atenção na assistência. Avaliando-se os dados de 2018. A meta foi alcançada, considerando-se a proposta do Ministério da Saúde de avaliar o total de consultas do município somando-se rede pública com rede privada.</p> <p>Recomendações: Implementar a ação de intercalar os atendimentos de pré-natal entre médicos e enfermeiros(as) para otimizar as agendas nas equipes de saúde da família conforme o protocolo do Ministério da Saúde.</p>	PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL Jan- ago/2018							Convenio2010	Nenhuma	1-3 consul.	4-6 consul.	7 e + consul.	Ignorado	Total	Sus	20	266	935	4663	151	6035	Convenio	3	50	587	3661	17	4318	Total	23	316	1522	8324	168	10353	PERCENTUAL	0,22%	3,05%	14,70%	80,40%	1,62%	
PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL Jan- ago/2018																																												
Convenio2010	Nenhuma	1-3 consul.	4-6 consul.	7 e + consul.	Ignorado	Total																																						
Sus	20	266	935	4663	151	6035																																						
Convenio	3	50	587	3661	17	4318																																						
Total	23	316	1522	8324	168	10353																																						
PERCENTUAL	0,22%	3,05%	14,70%	80,40%	1,62%																																							
3o																																												
RAG																																												

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

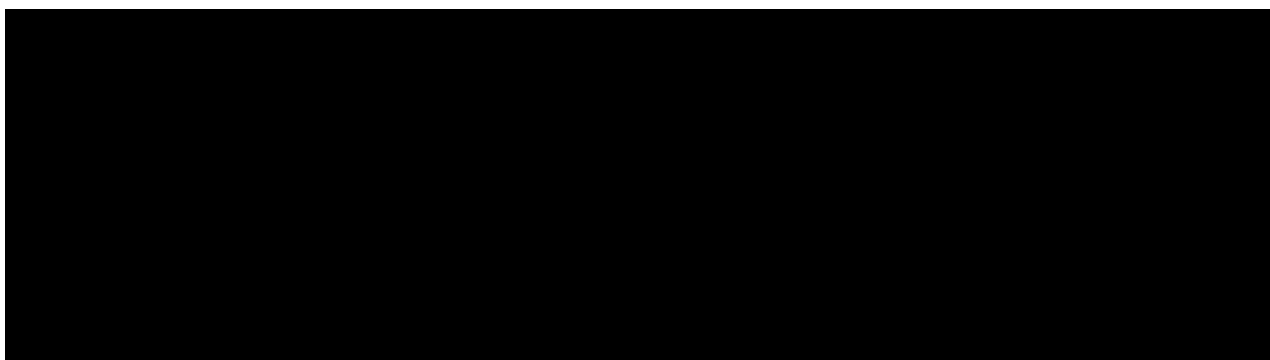
Relevância do Indicador

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



Método de Cálculo

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

x 100

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	DS, Distritos

	duração para faixas etárias mais jovens	
--	---	--

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 ano anterior (9,95%). Deve-se manter constantes esforços de oferecer grupos de adolescentes e opções de métodos contraceptivos apropriados para esta população.
2o	9,66% (Parcial: 895 gestantes adolescentes)	Indicador e avaliação anual. Tem-se mantido a meta abaixo de dois dígitos, bem abaixo da série histórica nacional e mantendo-se redução comparativamente ao ano anterior (9,95%). Deve-se manter constantes esforços de oferecer grupos de adolescentes e opções de métodos contraceptivos apropriados para esta população. A prevenção de gravidez na adolescência é um trabalho contínuo e deve ser mantido por todos os serviços, a fim de manter e superar a meta, como ocorrido no ano de 2017 (atingido 9,95% para uma meta de 10,69%).
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	2017	2018*
Proporção	39,71	37,33	37,00	38,21	38,73	36,96	33,97	34,80	32,92	33,30	35,80	35,99	37,06	39,28

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 17/09/2018, sujeitos à revisão.



Método de Cálculo

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

x 100

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 (36,65%). 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	39,28%	<p style="text-align: center;">TIPO DE PARTO - CAMPINAS - ANO 2018</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Convenio2010</th> <th style="text-align: center;">Vaginal</th> <th style="text-align: center;">Cesário</th> <th style="text-align: center;">Não informado</th> <th style="text-align: center;">Total</th> <th style="text-align: center;">Perc. parto vaginal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <td>Sus</td> <td style="text-align: center;">3164</td> <td style="text-align: center;">2869</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">6035</td> <td style="text-align: center;">52,43%</td> </tr> <tr> <td>Convenio</td> <td style="text-align: center;">903</td> <td style="text-align: center;">3415</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">4318</td> <td style="text-align: center;">20,91%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td style="text-align: center;">4067</td> <td style="text-align: center;">6284</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">10353</td> <td style="text-align: center;">39,28%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 17/09/2018, sujeitos à revisão.</p> <p>Observa-se um aumento do índice de parto vaginal em relação ao ano anterior (37,06%). 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.</p> <p>Vale destacar que nos partos SUS, o parto via vaginal representou, nos dois primeiros quadrimestres deste ano, mais da metade dos partos (52,43%).</p>	Convenio2010	Vaginal	Cesário	Não informado	Total	Perc. parto vaginal	Sus	3164	2869	2	6035	52,43%	Convenio	903	3415	0	4318	20,91%	Total	4067	6284	2	10353	39,28%
Convenio2010	Vaginal	Cesário	Não informado	Total	Perc. parto vaginal																					
Sus	3164	2869	2	6035	52,43%																					
Convenio	903	3415	0	4318	20,91%																					
Total	4067	6284	2	10353	39,28%																					
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
 _____ x 100

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	52%	Apesar da meta está superada, temos que manter a vigilância e monitorar, pois ainda há unidades de saúde que não realizam os atendimentos, o que impacta no acompanhamento da Linha de cuidado, principalmente na primeira infância. Das 64 UBS 33 disponibilizam a oferta de consulta.
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.

_____ x 100.000

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	1,47	Manter os serviços especializados em funcionamento (4 CAPSi, 3 CAPS AD III e 6 CAPS III). Realizado visita técnica às obras da sede do CAPS AD Sudoeste (previsão de entrega do prédio para novembro de 2018). Obs: não há diminuição de equipamentos. A queda do indicador relaciona-se a diferença de base populacional. Anteriormente 1.173.370 (IBGE 2016) e hoje 1.182.282 (projeção).
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.



Método de Cálculo

Número de UBS matriciadas por CAPS

x 100

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

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> <p>a) Manter o matriciamento dos CAPS para atenção primária, mantido os fóruns de discussão distritais.</p> <p>b) Estimular a construção de instrumento de monitoramento dos casos de saúde mental na atenção primária;</p> <p>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.</p>
2o	100	<p>Mantido o matriciamento dos CAPS para atenção primária, mantido os fóruns de discussão distritais. Estimular a construção de instrumento de monitoramento dos casos de saúde mental na atenção primária prioritariamente utilizando o e-SUS. Realizado o II Encontro de Políticas Públicas de Saúde Mental e Cuidado Integral em junho/2018 com a participação de 400 pessoas (gestores, trabalhadores, estudantes e controle social). Priorizar o processo de constituição de equipe do CECO Boa Vista.</p>
3o		
RAG		

Observações:

OBS.: N° 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	2017	2018
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	8,87	8,19

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 17/09/2018, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

Numerador: Nº de óbitos em menores de 1 ano.

_____ x 1.000

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 equipe de saúde da família).	DS, Distritos, UBS
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	8,9*	Este indicador é de avaliação anual. Ocorreram no 1º e 2º quadrimestre 87 óbitos em menores de 1 ano; destes 63 foram investigados, sendo 75,9% 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.
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 DE CAMPINAS (residentes)												
ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
NASCIDOS VIVOS	13.581	13.891	14.451	14.806	14.997	14.767	15.122	15.342	15.996	15.798	14.797	15.430
ÓBITOS MATERNS	7	6	4	8	2	5	5	9	9	6	5	4
RAZÃO MORT. MATER.	51,54	43,19	27,68	54,03	13,34	33,86	33,06	58,66	56,26	37,98	33,79	25,92

Fonte: SIM e SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. -DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
Dados atualizados em 17/09/2018, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

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

_____ x 100.000

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 eventos.	DS, Distritos

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	2 óbitos/3971 NV = 50,3/100.0000 NV	Os dois óbitos maternos foram investigados, sendo ao dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável e de pacientes atendidas no SUS.
2o	3 óbitos/9261 NV = 32,4/100.0000 NV	Os três óbitos maternos foram investigados, sendo dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável. e um caso de mortalidade obstétrica materna indireta evitável. Os três casos são do SUS.
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

Faixa Etária (13)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Total	298	308	282	332	278	288	280	273	186

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 17/09/2018, sujeitos à revisão.

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	90%dos	90%dos	90%dos

	óbitos MIF investigados	óbitos MIF investigados	óbitos MIF investigados	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	33/81 40,7% investigados	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	86/174 49,4% investigados	86/174 -> O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.
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	2017
NASCIDOS VIVOS	13.581	13.891	14.451	14.806	14.997	14.767	15.122	15.342	15.996	15.798	14.797	15.430
ÓBITOS MATERNOS	7	6	4	8	2	5	5	9	9	6	5	4
PERC. ÓB. MATER. INVES	100%	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.

_____ x 100

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	2 = 100%	Os dois óbitos maternos foram investigados, sendo os dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável, ambos ocorridos no SUS.
2o	3 = 100%	Os três óbitos maternos foram investigados, sendo sendo dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável. e um caso de mortalidade obstétrica materna indireta evitável. Os três casos são do SUS.
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	ÓBITOS INFANTIS	ÓBITOS FETAIS
	Nº	Nº
2014	130	126
2015	130	135
2016	137	110
2017	137	108

Fonte: SIM/CII dados até 31/12/2017

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.

_____ x 1.000

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	<p>Infantis: 20/46 = 48,5%</p> <p>Fetais: 18/37 = 43,8%</p> <p>Total: 38/83 = 45,8%</p>	<p>Porcentagem de óbito infantil investigado por faixa etária:</p> <p>0 - 6 dias = 11/29 = 37,9%</p> <p>7 - 27 dias = 2/4 = 50%</p> <p>28 - 364 dias = 7/13 = 53,8%</p> <p>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.</p>

2o	<p>Infantis: 63/83= 75,9%</p> <p>Fetais: 51/76=67,1% 7 em atraso e 18 dentro do prazo</p> <p>Total: 114/159 = 71,7%</p>	<p>Porcentagem de óbito infantil investigado por faixa etária:</p> <p>0-6 dias=35 /46= 76,0% -faltam 11 sendo 8 em atraso e 3 dentro do prazo de investigação</p> <p>7 – 27 dias= 7/11= 63,6% -faltam 4 sendo 1 em atraso e 3 dentro do prazo de investigação</p> <p>28 – 364 dias= 21/26= 80,7% -faltam 5 sendo 1 em atraso e 4 dentro do prazo de investigação</p> <p>O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.</p>
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.

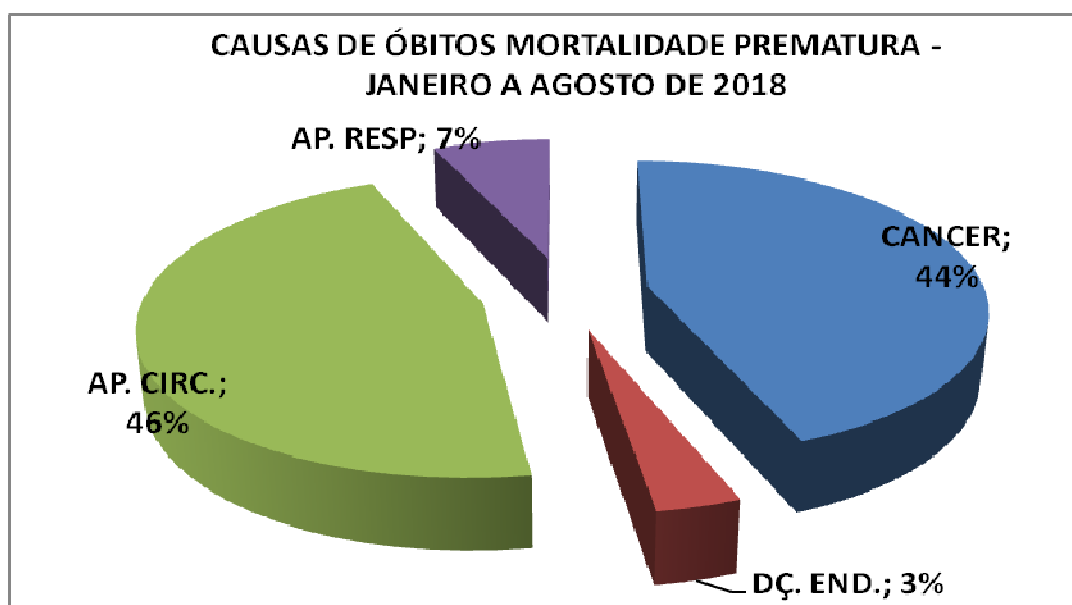
Relevância do Indicador

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*	2017*	2018*
Taxa mort. Prematura (< 70 anos)	334,94	311,02	307,58	307,93	297,62	299,1	290,93	286,65	284,37	307,06	282,95	217,07	197,09

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
Dados atualizados em 017/09/2018, sujeitos à revisão.



Método de Cálculo

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

_____ X
100.000

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 Secretária, DS, Distritos, NASF e CS

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 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 receberam insumos.</p>

2o	197,09	<p>Manter e incentivar as ações de alta positividade já desenvolvidas no primeiro quadrimestre e repetidas no segundo, como: cadastro domiciliar e atendimento de idosos acamados (92%) e imunização contra influenza (95%) desses mesmos pacientes.</p> <p>Mesmo tendo aumentado o índice no segundo quadrimestre (91%), continuar incentivando PTS para os pacientes mais vulneráveis.</p> <p>Diminuição no registro e acompanhamento dos relatórios de egressos hospitalares (66%) em relação ao quadrimestre anterior.</p> <p>Recomendação de monitorar mais efetivamente essas altas para aumentar o índice.</p> <p>Melhora significativa em ações de incentivo à alimentação saudável (84%) em relação ao primeiro RDQA (73%) e combate ao sedentarismo (89%), registrada também no segundo quadrimestre.</p> <table border="1" data-bbox="496 660 1428 940"> <thead> <tr> <th colspan="6">ANO 2018* PARCIAL</th> </tr> <tr> <th>Causa (CID 10 3C)</th> <th>30-39</th> <th>40-49</th> <th>50-59</th> <th>60-69</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C00 -C97</td> <td>18</td> <td>62</td> <td>147</td> <td>274</td> <td>501</td> </tr> <tr> <td>E10-E14</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>14</td> <td>18</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>I00-I99</td> <td>26</td> <td>68</td> <td>162</td> <td>266</td> <td>522</td> </tr> <tr> <td>J30-J98</td> <td>2</td> <td>10</td> <td>14</td> <td>49</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>48</td> <td>145</td> <td>337</td> <td>607</td> <td>1.137</td> </tr> </tbody> </table> <p>memória de cálculo: (jan- ago2018) 1137/ pop. 576.876 (POP.2017) x 100.000</p> <p>Em conjunto com o CETS, Capacitação programada para 24 de outubro de 2018 para o programa de atendimento ao tabagismo. Implementação em conjunto com Assistência Farmacêutica de planilha para alimentar o FORMSUS. Planejamento de reunião com as todas as 29 equipes das UBS. 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. Cadastramento de 4 unidades básicas na DRS7 e Cratod. Visita nas unidades com equipes capacitadas. Comentário: Formado 12 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 receberam insumos.</p> <p>Mantido as supervisões mensais de Lian Gong primeira, segunda e terceira parte. Manutenção de curso de capacitação de onze profissionais da rede em Movimento Vital Expressivo no sistema Rio Abierto, pois um profissional desistiu por problema de saúde (acidente com fratura de membro inferior). No Grupo de Trabalho da Saúde Integrativa, esperando levantamento da Secretarias de Esportes e Lazer e a Cultura dos eventos realizados nas respectivas Secretarias para elaboração de trabalho em conjunto, visando as ações de promoção e prevenção as Condições Crônicas não transmissíveis. Mantido atendimento do Ambulatório Municipal de Acupuntura, visando tratamento de Condições Crônicas Não transmissíveis (CCNT) no Espaço CR Academia.</p> <p>Negociação com a Fundação Movimento, visando a manutenção de bolsas para o curso de formação de Movimento Vital Expressivo, para funcionários da rede municipal de saúde, para o ano que vem.</p>	ANO 2018* PARCIAL						Causa (CID 10 3C)	30-39	40-49	50-59	60-69	TOTAL	C00 -C97	18	62	147	274	501	E10-E14	2	5	14	18	39	I00-I99	26	68	162	266	522	J30-J98	2	10	14	49	75	TOTAL	48	145	337	607	1.137
ANO 2018* PARCIAL																																												
Causa (CID 10 3C)	30-39	40-49	50-59	60-69	TOTAL																																							
C00 -C97	18	62	147	274	501																																							
E10-E14	2	5	14	18	39																																							
I00-I99	26	68	162	266	522																																							
J30-J98	2	10	14	49	75																																							
TOTAL	48	145	337	607	1.137																																							
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

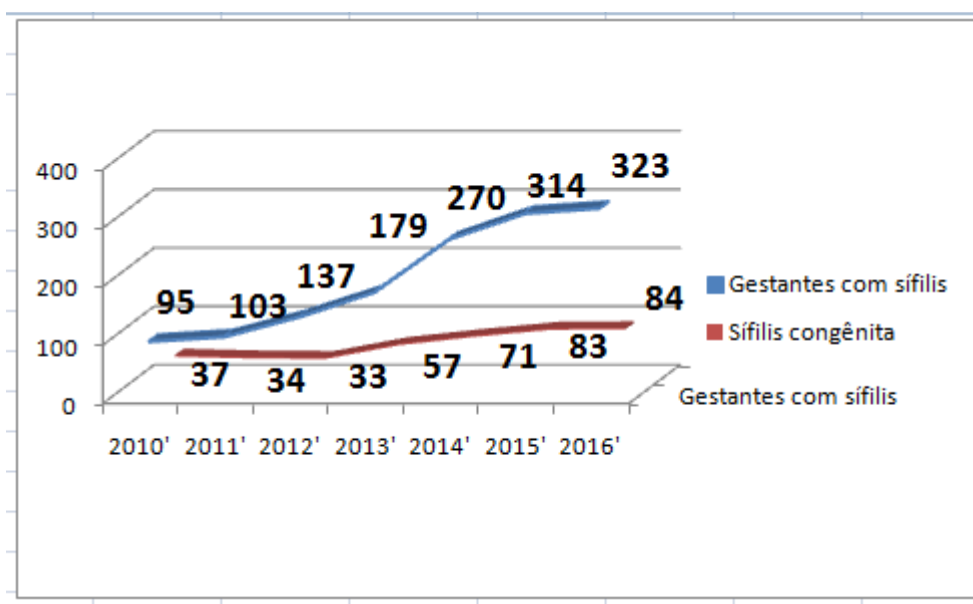
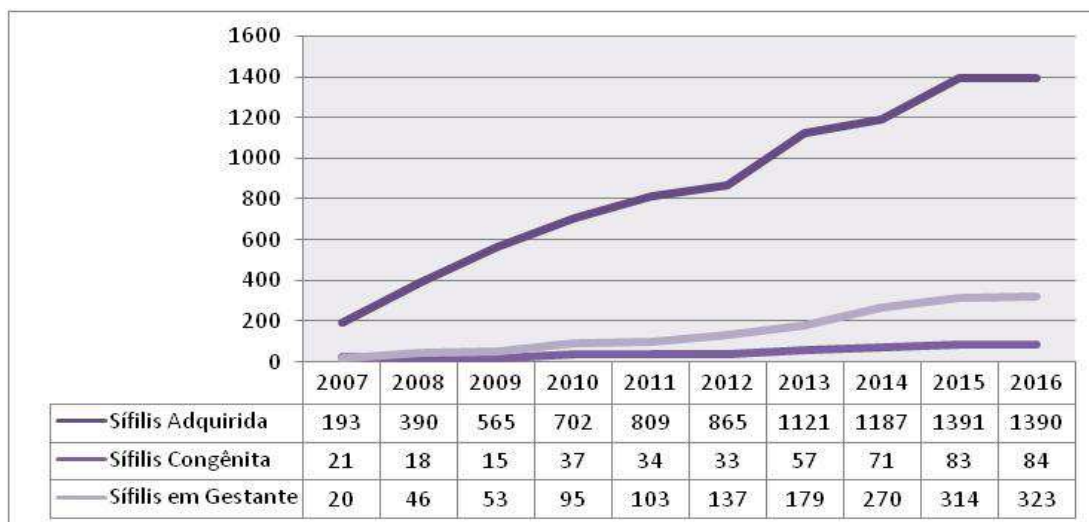
Freqüência por Agravos Compulsórios segundo Ano de Diagnóstico

Ano da Notific.	Sífilis Adquirida	Sífilis Congênita	Sífilis em Gestante	CI CONGÊNITA	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 24 ^a e 34 ^a 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 1 ^o 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 congênicas. 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	40	Nos dois primeiros quadrimestres de 2018, houve 135 notificações de sífilis congênita. Entre estas, 95 foram descartadas, após avaliação do tratamento da gestante, parceiro, exames laboratoriais e quadro clínico do recém nascido. Restaram 40 casos de sífilis congênita (34 crianças nascidas vivas, 3 abortos e 3 natimortos). Há aumento do número de casos entre a população em geral aumentando o número de casos de gestantes, inclusive se infectando durante a gestação o que torna a realização de dois testes durante o pré natal imprescindível. Este tema está sendo reforçado nas capacitações. Já houve duas capacitações com as Visas Sudoeste, Norte e Leste; para este quadrimestre está programada capacitação para os hospitais da rede privada e Visa Sul. Na Visa Sudoeste a sífilis será pauta da próxima reunião do Núcleo de Saúde Coletiva. Na Visa Sul os casos estão sendo discutidos no comitê de morte materna e infantil. Em 17 de outubro haverá o 1 ^o Seminário de Sífilis de

		Campinas: "Sífilis Congênita -Porque e até quando?" com objetivo de abordar a situação epidemiológica, e compartilhar experiências exitosas na prevenção da sífilis congênita. No próximo mês será divulgada a segunda nota técnica de tratamento de sífilis em gestante, reforçando a realização dos dois testes rápidos no PN e mudanças no tratamento do parceiro.
3o		
RAG		

Observações:

Parâmetro esperado para 2017 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 24ª e 34ª 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
3.i.2.e	Garantir os exames de sorologia de sífilis para gestantes	Departamento de Saúde
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 (1º e 3º trimestre) e mais dois testes rápidos na 24º e na 36ª 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. Destaca-se o pequeno número de testes rápidos realizados em gestantes, considerando a nota técnica 01/2016, que determina a realização de dois testes rápidos durante a gestação além dos dois perfis obstétrico. Pode-se questionar a não realização ou não preenchimento dos registros de produção. Os testes rápidos de sífilis em gestantes devem ser registrados com o código de faturamento: 0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE. A CAC e o DATASUS só dispõem de dados até março de 2018..
2o	2,32	Até julho de 2018 foram realizados 9.434 exames de sífilis em gestantes (dados CAC), e 3155 testes rápidos para sífilis em gestantes (dados de TR de sífilis computados até o segundo quadrimestre), totalizando 12.589 exames. O número total de partos até julho foi de 5.424* (*este indicador é melhor avaliado no RAG devido a disponibilização da informação do total do nº de partos). A implantação dos testes rápidos foi discutido nas reuniões do NAAP e já foi observado impacto em algumas unidades.
3o		
RAG		

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	Enviar 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	84,67	Meta atingida.
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 = 80%.

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

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 sistemática nas unidades básicas	VISAs, Distrito e UBS
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;	A avaliação deste indicador é realizada anualmente. A avaliação da cobertura vacinal é realizada acumulativamente durante o ano, atingindo-se 100% ao final do ano avaliado. Para acompanhamento do indicador foi realizado uma cobertura vacinal proporcional, 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. 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

	<p>Tríplice Viral: 87,35</p>	<p>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> <p>a) dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia;</p> <p>b) abastecimento prejudicado de vacinas por parte do estado; câmaras frias quebrando com maior recorrência e demora no conserto das câmaras; e erros no sistema de informação (SI-PNI) que fazem com que diversas doses não sejam contabilizadas na cobertura vacinal.</p> <p>Esses erros são reportados rotineiramente ao GVE e dependem de correção por parte do DataSus.</p> <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>												
<p>2o</p>	<p>Pentavalente: 91,52%;</p> <p>Pneumocócica 10- valente: 98,16%;</p> <p>Poliomielite: 93,50%</p> <p>Tríplice Viral: 108,26</p>	<p>A avaliação deste indicador é realizada anualmente. A avaliação da cobertura vacinal é realizada acumulativamente durante o ano, com o objetivo de alcançar a cobertura vacinal de 95% de cada uma das quatro vacinas selecionadas. Para acompanhamento do indicador foi realizado uma cobertura vacinal proporcional, no qual, foram avaliados os dados referentes do período de 01 de Janeiro a 30 de agosto de 2018, extraídos do sistema SIPNI WEB em 12/09/2018.</p> <p>Atualmente todas as salas de vacina já foram informatizadas conforme determinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), e estão utilizando o Sistema SIPNI Web.</p> <p>Alguns fatores afetaram positivamente nas coberturas vacinais, a saber: atualização do Sistema SIPNI, realizada no final do mês de abril/18, pelo MS para corrigir alguns erros no sistema; houve melhora expressiva no conserto das câmaras frias, o que contribuiu na captação oportuna da criança para vacinação; ea Campanha Nacional contra Sarampo e Polio se estendeu de 04/08 a 14/09, contribuindo na ampliação do horário de atendimento das salas de vacina.</p> <p>No entanto, algumas situações ainda persistem na rede municipal de saúde, as quais precisam ser enfrentadas para que não haja impacto negativo neste indicador, tais como: dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia (em período fora da campanha); o abastecimento prejudicado de vacinas por parte do Estado; dificuldades operacionais com o sistema de informação (SI-PNI), as quais são rotineiramente reportadas ao GVE para envio ao DataSus.</p> <p>Segue cobertura acumulada de 01/Janeiro a 30/agosto:</p> <table border="1" data-bbox="533 1738 1347 1944"> <thead> <tr> <th>Imunobiológico</th> <th>Cob Acumulada –Ago/18</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pneumocócica(<1 ano)</td> <td>98,16%</td> </tr> <tr> <td>Pentavalente (< 1 ano)</td> <td>91,52%</td> </tr> <tr> <td>Tríplice Viral - D1</td> <td>108,26%</td> </tr> <tr> <td>Tríplice Viral - D2</td> <td>100,65%</td> </tr> <tr> <td>Poliomielite(< 1 ano)</td> <td>93,5%</td> </tr> </tbody> </table>	Imunobiológico	Cob Acumulada –Ago/18	Pneumocócica(<1 ano)	98,16%	Pentavalente (< 1 ano)	91,52%	Tríplice Viral - D1	108,26%	Tríplice Viral - D2	100,65%	Poliomielite(< 1 ano)	93,5%
Imunobiológico	Cob Acumulada –Ago/18													
Pneumocócica(<1 ano)	98,16%													
Pentavalente (< 1 ano)	91,52%													
Tríplice Viral - D1	108,26%													
Tríplice Viral - D2	100,65%													
Poliomielite(< 1 ano)	93,5%													
<p>3o</p>														

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.

x 100

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%	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. Dos 28 casos de abandonos, 18 deles tinham história de etilismo e/ou drogadição. Reitera-se a recomendação de fortalecimento do tratamento

		supervisionado, e o estabelecimento de parcerias com a assistência social e saúde mental para diminuição dos casos de abandono de tratamento. Esse indicador é acumulativo, e espera-se atingir até o final do ano uma taxa de cura de 85%.
2o	72,13	Foram analisados casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial com início de tratamento em 2017, nesta coorte analisada encontramos um total de 183 casos, sendo que até o momento, 132 evoluíram para cura, 32 abandonaram o tratamento, houveram 10 óbitos por tuberculose e 9 encontram-se ainda em tratamento. À que se considerar, que mesmo que os 9 casos, que estão em tratamento, alcancem a cura, não atingiremos a meta para este indicador. O desafio de alcançar a cura dos pacientes de tuberculose, passa por enfrentar a coexistência de situações e agravos que dificultam a adesão ao tratamento. Entre os 32 abandonos de tratamento observa-se que 11 tem história de alcoolismo e drogadição, 6 tem história de alcoolismo apenas, 6 com história de drogadição apenas, 1 ex-presidiário e 9 sem informação de cofatores que contribuam para o abandono. Na região leste 06 abandonos foram de pessoas em situação de rua, que não foram mais localizados. Aponta-se a necessidade de reforçar ações conjuntas entre as UBS, serviços de saúde mental e o consultório na rua, além de equipamentos da assistência social com o objetivo de diminuir os casos de abandono.
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° de casos novos de TB com HIV realizado no ano da avaliação.

_____ x 100

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	86,82	O período avaliativo e de casos novos de tuberculose foram os de início de tratamento de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2018. <u>Houve uma redução no percentual de pacientes de tuberculose com exame de HIV realizado</u> Todas as unidades de saúde foram capacitadas para realizar o teste rápido de HIV e é necessário incentivar a testagem para atingir a meta e promover o cuidado aos pacientes com o diagnóstico da coinfeção TB/HIV e a precocidade da oferta da TARV a estes pacientes com vulnerabilidade acrescida
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.

_____ x 100

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	98,46%	4152/4217*100 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.
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 população mundial	122,16/ 100.000 hab.	164,31/ 100.000 hab.

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

Método de Cálculo

Numerador: Nº de casos novos de câncer no ano

_____ x 100.000

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	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre.
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	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre.
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: SII/AII -										

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	CR DST/AIDS e rede assistencial

	existência de filhos menores de 20 anos de idade e verificar se todos realizaram o teste anti-HIV.	
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	0	Sem ocorrências de casos novos de AIDS em menores de 5 anos
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 COMO 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 31/09/2016						

Método de Cálculo

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

x 100

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 diagnóstico rápido para HIV para a Rede SUS.	CR DST/AIDS
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 disponibilizou.
2o	N/A	Indicador anual. As informações necessárias para cálculo desta meta são fornecidas pelo Ministério da Saúde, que não as disponibilizou.

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	Aumentar em 10% em relação ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico	Aumentar em 10% em relação ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico	Aumentar em 10% em relação 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	CR DST/AIDS

paciente.

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	22.200	Em relação à meta de realizar 70.000 exames(↑ de 10% em relação ao ano de 2016), atingimos até agora 31,71% da meta. Os dados referem-se apenas à produção da CAC, (sem informações do consolidado do e-SUS dos dois primeiros quadrimestres) disponíveis até o momento.
3o		
RAG		

Indicador3.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 IMUNOFLUORESCENCIA;

0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO 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.
2o	22.200	Em relação à meta de realizar 70.000 exames(↑ de 10% em relação ao ano de 2016), atingimos até agora 31,71% da meta. Os dados referem-se apenas à produção da CAC, (sem informações do consolidado do e-SUS dos dois primeiros quadrimestres) disponíveis até o momento.
3o		
RAG		

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

Relevância do 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.

_____ x 100

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	VISAs, DS,

	Hanseníase em todos os atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde.	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. Esta meta é acumulativa, e deverá atingir 90% no terceiro quadrimestre
2o	68,42%	Quanto ao desfecho, 13 evoluíram para cura, houve um óbito, 2 estão em tratamento, 2 transferiram para outro estado e um abandonou tratamento.
3o		
RAG		

Indicador 3.i.15. Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados

Relevânciado 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)

x 100.

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	92,72%	Meta atingida no período. O período analisado foi: contatos de casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados em 2017 e contatos de casos novos Multibacilares (MB) de 2016.
2o	92,72%	Meta não atingida no período se avaliados os contatos de casos novos Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB) dos dois primeiros quadrimestres de 2018. Neste período foram diagnosticados 12 casos novos de Hanseníase, que totalizaram 33 contatos (14 pessoas do distrito sul, 07 pessoas do distrito sudoeste, e 12 pessoas do distrito noroeste); porém, até o momento, apenas 8,82% dos contatos 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.
3o		
RAG		

Indicador 3.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

x 1.000

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.	Igual ou menor que 0,30/1000.	Igual ou menor que 0,30/1000.	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	DEVISA

	com Arboviroses para a rede pública e privada	
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	0	Não houve óbitos por dengue no período.
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 pactuação 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 e trabalha 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	0	O município não trabalha na lógica de ciclos de visitas, e sim, na 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 68.268 domicílios (acumulado: 144.000), 1.482 vistorias em pontos estratégicos (acumulado: 3.803) e 29.175 visitas a domicílios para avaliação de densidade larvária (acumulado: 81.891). Este total de domicílios visitados (225.891) equivale a 47% dos imóveis cadastrados no município.
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

_____ x 100

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

RD QA	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	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>Desta forma, considerando o acumulado dos dois quadrimestres, foram realizadas 192 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 192 análises em campo de cloro residual combinado.</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</p>

		<p>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>
3o		
RAG		

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

Relevânciado 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 trimestre): 195</p> <p>Total de notificações (Meta 2018): 787 Total de notificações (Meta 2018 / 1º trimestre): 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 trimestre (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	424	<p>Total de notificações (2017): 768 Total de notificações (2017 / 2º trimestre): 507</p> <p>Total de notificações (Meta 2018): 787 Total de notificações (Meta 2018 / 2º trimestre): 424</p> <p>Dados obtidos no SINAN em 05/09/2018. Frequência por Município segundo ano de notificação.</p> <p>Comparando os dados de 2017 e 2018 no mesmo trimestre (2º), verifica-se diminuição das notificações. Não há como avaliar o que levou a esta diminuição, mas ressalta a importância de realizar ações</p>

		de sensibilização dos profissionais de saúde, além de capacitação técnica para que estes profissionais qualifiquem a anamnese do trabalhador.
3o		
RAG		

Indicador 3.i.20. Proporção de acidentes de trabalho (AT) fatais notificados e investigados na área de abrangência do CEREST de Campinas, exceto os ocorridos no trânsito.

Relevância do 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

_____ x 100

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	100%	Meta atingida. Registro de ocorrência de 03 (três) acidentes de trabalho fatais típicos no município de Campinas, sendo um no trânsito. Nenhum acidente de trabalho fatal típico nos municípios da região. Dados obtidos no SINAN em 05/09/2018 - agravos segundo ano de notificação. Todos os AT foram investigados, exceto os ocorridos em trânsito, pois são objeto do programa de violência no município.
3o		
RAG		

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

Relevânciado 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

_____ x 100

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	18%	Meta atingida. Foram notificados 102 (cento e dois) acidentes de trabalho típicos graves (AT), sendo 18 (dezoito) acidentes graves em Campinas investigados. Os demais acidentes continuarão sendo investigados no próximo quadrimestre.
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

Indicador 3.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 Campinas sob 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 essa capacitação.
2o	29	O CEREST, com apoio do DEVISA, CETS e Depto Administrativa/SMS estão concluindo a elaboração do Projeto Básico para o programa de Especialização. Está planejado para que no 3º quadrimestre o CEREST abra processo administrativo para solicitar a compra. As capacitações técnicas com os municípios da área de abrangência do CEREST são realizadas 1x/mês, na primeira 4ªfeira do mês, no período da manhã; totalizando 12 participantes da área de abrangência do CEREST não compareceram os municípios de Cosmópolis, Artur Nogueira e Nova Odessa. O gestor do CEREST tem estabelecido contato com os municípios da sua área de abrangência, a fim de facilitar a liberação dos profissionais para a participação. 17 profissionais do CEREST receberam capacitação de qualificação de sua prática.
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.

_____ x 100

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, sendo este último não obrigatório. Além disso não estão incluídas as identificações de “ignorado” e “em branco”.
2o	93% (Cps) 85% (região)	Meta não atingida: As considerações são as mesmas do 1º quadrimestre e como recomendação para melhoria dos resultados, o CEREST irá estudar uma maneira de sensibilizar, orientar e monitorar este indicador junto a Atenção Básica.
3o		

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

Observações:

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

- Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
- Acidente de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes);
- 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° de Municípios com doenças e agravos relacionados ao trabalho notificados por município de residência

_____ x 100

Denominador: N° 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	100%	Meta atingida. Todos os municípios da área de abrangência do CEREST(*) notificaram agravos de Saúde do Trabalhador. (*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa. Recomendação: manter estratégias de orientação e qualificação às referências dos municípios, orientando a Vigilância Epidemiológica e solicitando a Secretaria de Saúde à capacitarem seus profissionais.
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.

Indicador 3.i.25. Proporção de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado – este indicador será proposto para inserção no PMS 2018-2021 a partir do ano 2019 – mas já estamos em processo de monitoramento

Relevância do Indicador

O indicador mede o número de notificações de todas as violências ocorridas na população atendida nos nossos serviços e norteia as ações de prevenção aos impactos das violências na saúde da População.

Série Histórica

Indicador Novo

Método de Cálculo

Numerador: Nº de Unidades Básicas com notificação de violências no SIS NOV

x 100

Denominador: Nº Total de Unidades Básicas

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	80%	90%	100%	100%

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.25.a.1.	Utilizar protocolo de atendimento a vítima de violência doméstica, sexual e outras na unidade.	CS/Distritos, DS e DEVISA
3.i.25.a.2.	Acolher, assistir e notificar casos de pessoas em risco ou submetidas a violência.	CS/Distritos, DS e DEVISA
3.i.25.a.3.	Dispor de profissionais capacitados e atualizados	CS/Distritos, DS e DEVISA
3.i.25.a.4.	Realizar capacitação local através de profissionais capacitados.	CS/Distritos, DS e DEVISA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o		As estratégias para que as notificações atinjam 100% de todas as unidades estão em andamento desde 2016 quando iniciamos capacitação dos profissionais para inserção no SISNOV de todas as unidades ainda sem notificador cadastrado.
2o	87,50% (56 CS informaram que notificam)	Lançamento do boletim do SISNOV nos territórios envolvendo os profissionais das políticas envolvidas, saúde, educação, assistência sócia, com escolha de apresentação dos casos exitosos para estimular o trabalho em rede e valorizar as equipes que realizam um bom trabalho. Avaliação dos casos do alerta SISNOV para acompanhamento dos casos de violência sexual em crianças e adolescentes. Continuação da 3ª turma do “Curso – Impactos das Violências nas Famílias – Construir Políticas, Garantir Direitos” para profissionais do SUS, SUAS e da Educação.
3o		
RAG		

Observações:

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.

_____ x 100

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	100% dos grupos de ações implementadas	100% dos grupos de ações implementadas	100% dos grupos de ações implementadas

Ações

	Ações	Responsáveis
3.ii.1.a.	Cadastrar e inspecionar estabelecimentos sujeitos à	DEVISA, Coordenadoria

	Vigilância Sanitária.	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	
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.
2o	100%	Todas ações dos 7 grupos pertinentes à Vigilância Sanitária previstas no indicador nacional foram realizadas.
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
_____ x 100
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 trimestre de 2017, com um total de 100% de TRS inspecionadas e licenciadas. No primeiro trimestre de 2018 realizamos a inspeção mediante denúncia em 02 serviços que estavam em acompanhamento. Foi priorizado neste primeiro trimestre a inspeção sanitária em hospitais. Há um cronograma de inspeção nos serviços de TRS, que prevê inspeções nos próximos trimestres.
2o	20%	As inspeções em serviços de TRS serão priorizadas no terceiro trimestre. A insuficiência de técnicos e de transporte tem impactado negativamente no cumprimento da meta.
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

_____ x 100

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 ultimo quadrimestre de 2017, com um total de 100% de Hemoterapia inspecionadas e licenciadas. No primeiro quadrimestre de 2018 realizamos a inspeção mediante denuncia 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	13,4%	As inspeções sanitárias em serviços hemoterápicos serão priorizadas no terceiro quadrimestre, uma vez que os técnicos responsáveis por estas inspeções são os mesmos que realizam as inspeções nos serviços hospitalares, os quais foram priorizados nos dois últimos quadrimestres.
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

_____ x 100

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	28,13%	Foram 02 hospitais inspecionados neste quadrimestre, totalizando 9 inspeções. A insuficiência de técnicos e transportes, bem como o grande volume de processos e solicitações junto à equipe de serviços tem impactado no cumprimento da meta.
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

_____ x 100

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	67%	A equipe está conseguindo atualizar o cronograma das inspeções e a meta deverá ser atingida no próximo quadrimestre.
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

_____ x 100

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	45%	O cronograma de inspeção está atualizado e a meta será alcançada no próximo quadrimestre.
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

_____ x 100

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

3.ii.7.b.	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	Sanitária e Setor da Vigilância Sanitária de Produtos e DEVISA
-----------	--	--

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	25%	As inspeções estão programadas para o próximo quadrimestre.
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	04	<p>Foram realizadas reuniões com representantes (gerentes e equipe) das redes Galassi, Carrefour, Dia % e Oba.</p> <p>Além disso, representantes de supermercados participaram das ações educativas que estão acontecendo paralelamente voltadas para outros grupos (Projeto Educação), como por exemplo no caso de reclamações voltadas para as padarias e açougues dos supermercados.</p> <p>Como dificuldade principal, apontamos a necessidade de equipamentos e materiais: Data Show (o da Casa está com defeito), Notebook (Só há 1 para toda a equipe da Sanitária), pincéis atômicos, canetas, lápis, papéis, papel para Flip Chart, café (estes materiais foram comprados e levados pela Equipe de Alimentos).</p> <p>Como ponto positivo, destacou-se a viabilização da Cartilha Cinco Chaves Para a Segurança dos Alimentos, que também serve para as reuniões com redes de supermercados.</p> <p>Para os próximos meses, pretende-se abordar redes que ainda não foram trabalhadas, especialmente localizadas em bairros mais afastados e que têm reclamações no 156.</p>
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

_____ x 100

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	67%	O cronograma de inspeções foi atualizado e a meta deverá ser atingida no próximo quadrimestre.
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	12	Ocorreram 12 ações educativas, realizadas e/ou apoiadas pelo CETS, com a participação de 1237 profissionais . Fonte: Lista de presença das ações realizadas no 2º quadrimestre de 2018 Conforme relatório consolidado das unidades, as mesmas relatam realização de 60 ações de EPS . Pela descrição, observamos que ainda aparece descrita a participação nas ações de EPS organizadas por outros níveis e não efetiva realização na

		Unidade., apontando para a necessidade de ajustes no registro deste indicador.
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
------	---------	-----------------------------

<p>1o</p>	<p>58 serviços Fonte: Planilha de Estágios monitoradas pelo CETS, 1º semestre 2018</p>	<p>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.</p> <p>Para que estas ações se realizassem durante o período ocorreram 66 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>
<p>2o</p>	<p>60 serviços Fonte: Planilhas de Estágios monitoradas pelo CETS, 1º e 2º semestres 2018</p>	<p>Neste quadrimestre, 60 serviços foi campo de prática de formação de estudantes de graduação, residência e cursos técnicos, sendo 49 de Atenção Básica, 09 de Atenção Especializada, 01 de Vigilância em Saúde e 01 de Apoio Diagnóstico.</p> <p>Para que as ações formativas em serviço se realizassem durante o período ocorreram 40 fóruns de pactuação e avaliação, sendo 20 com Cursos de Graduação, 03 com Programas de Residência Médica, 07 com Programas de Residências Multiprofissionais, 10 com Cursos Técnicos de Enfermagem e 04 ações internas (CETS, Distritos e Unidades).</p> <p>O CETS realizou a capacitação de 13 profissionais para atuarem como articuladores de ensino serviço nas unidades e está prevista a realização de mais 02 turmas ainda no ano de 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>
<p>3o</p>		
<p>RAG</p>		

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	Gab. Do SMS, DGTES, DS/ Distritos e CS

	quadros atuais. Recomendações : * Estabelecer critérios claros para a priorização de contratação (utilizando indicadores) e pactuarmetas para os recursos adquiridos; utilização do documento sobre “ Dimensionamento RH ” doDGTES 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.	
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. * Discutir quais as especialidades odontológicas que deverão ter concurso próprio.	Gab. Do SMS, DGTES, DEVISA, DS/ Distritos e CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100% da AB	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. Recomendações: Apresentação em Oficina da Atenção Básica no município de Campinas, prevista para ocorrer em 13 de junho de 2018.
2o	56% da VISA	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. Criado Grupo de Trabalho para revisão do Projeto de Dimensionamento no eixo Vigilância em Saúde, com início previsto para o 3º quadrimestre de 2018. Atualizado quadro demonstrativo dos serviços de dimensionamento por eixo, com a exclusão da Urgência/Emergência (PA's e SAMU) pertencentes à Rede Mario Gatti. Recomendações: Realizada Oficina da Atenção Básica onde foi apresentado o Projeto de Dimensionamento no novo Modelo de Saúde do município de Campinas, sendo constituído Grupo de Trabalho com representantes dos níveis Central, Distrital e Local.

		Ocorreram 2 encontros onde ficou decidida a proposta de apresentação ao Colegiado Gestor no 1º quadrimestre de 2019.
3o		
RAG		

Observações:

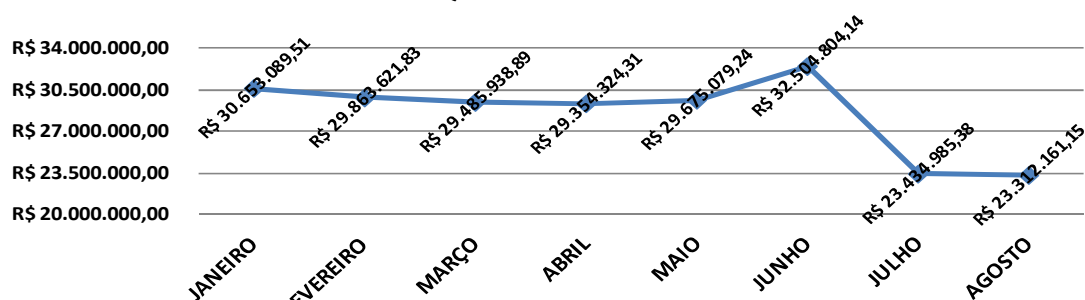
Relação dos serviços de saúde que comporão o denominador deste indicador:

EIXO	Atenção primária (AB)	VISA	Especialidades e Referências		Outros	Total
	Centro de Saúde	Serv. VISA	CAPS e TEAR	POLI e CR	CII/CMR/CAC	
Nº de serv.	64	9	4	11	3	91
Nº de serv. Inf.	64	5	1	3	3	76
Percent. Inform.	100,0%	55,6%	25,0%	27,3%	100,0%	83,5%

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
MAIO	4872	R\$ 29.675.079,24
JUNHO	4860	R\$ 32.504.804,14
JULHO	4136	R\$ 23.434.985,38
AGOSTO	4131	R\$ 23.312.161,15
	33703	R\$ 228.284.004,45

CUSTO FOLHA DE PAGAMENTO - SMS 2018 2º QUADRIMESTRE



Fonte: Folha Consist

INGRESSO QUALIFICADO

Em 2018, no período de maio a agosto, tendo como fim último a assistência integral e com qualidade à saúde da população de Campinas e a valorização e fixação do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, o setor de Ingresso Qualificado do DGTES realizou as seguintes ações visando à entrada de novos profissionais ou à movimentação de servidores:

MOVIMENTAÇÃO DE SERVIDORES

No segundo 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 agosto de 2018, o Programa Permuta Qualificada contava com **295** servidores inscritos à espera de possibilidade de mudança de lotação.

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA		
Categoria Profissional	Nº de Permutas	Nº Profissionais Envolvidos
Agente Apoio Saúde Farmácia	1	3
Auxiliar de Enfermagem	1	2
TOTAL	2	5

*Não computadas tentativas não efetivadas

INGRESSO DE PROFISSIONAIS

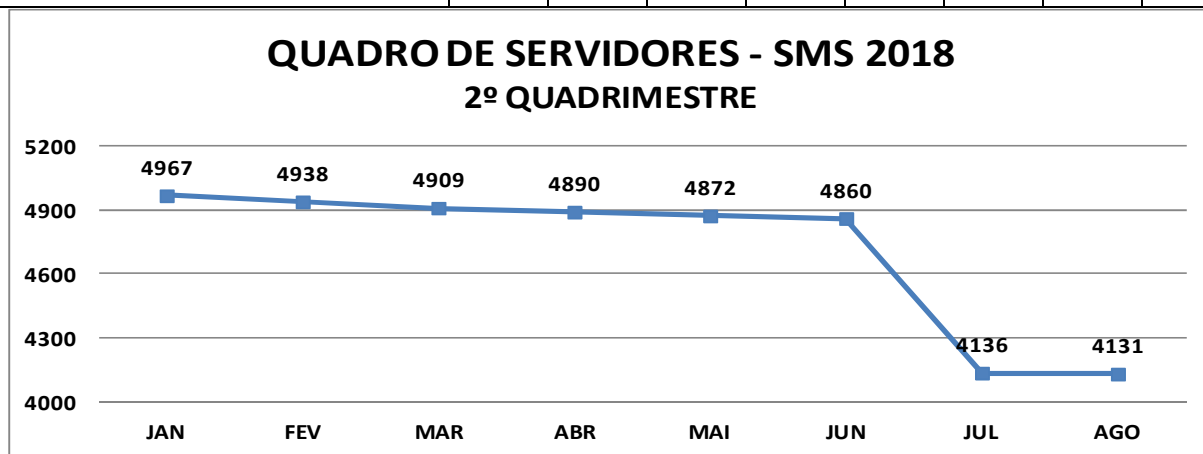
CONCURSO PÚBLICO

No primeiro quadrimestre houve autorização de admissão de 01 Fonoaudiólogo e no segundo 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	ja n	fe v	m ar	ab r	m ai	ju n	jul	ag o
ADMINISTRATIVO	25 5	25 3	25 2	25 2	25 1	25 0	22 3	22 3
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	70 9	70 6	70 4	70 2	70 0	69 9	69 8	69 6

AUXILIAR DE ENFERMAGEM	81 6	81 1	80 3	79 8	79 3	78 9	68 1	67 9
AUXILIAR DE SAUDE PUBLICA	4	4	4	4	4	4	4	4
DENTISTA	19 9	19 9	19 8	19 8	19 7	19 5	19 1	19 1
ENFERMEIRO	49 9	49 4	49 2	49 1	49 2	49 1	40 0	39 9
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	11 3	11 3	11 3	11 2	11 0	11 0	10 9	10 9
EQUIPE FARMACIA	16 6	16 5	16 5	16 5	16 5	16 5	15 7	15 8
EQUIPE SAUDE BUCAL	14 1	14 1	13 9	13 9	13 9	13 9	13 7	13 7
ESTAGIARIO	28	31	29	32	28	30	31	33
FARMACEUTICO	59	57	57	57	56	56	54	55
MEDICO	82 8	81 9	81 4	80 6	80 5	80 0	59 8	59 6
MOTORISTA DE AMBULANCIA	96	96	95	94	94	94	2	2
OPERACIONAL	19 8	19 7	19 5	19 5	19 4	19 4	17 4	17 3
OUTROS NIVEL MEDIO	17	17	17	17	17	17	16	16
OUTROS NIVEL TECNICO	81	80	77	76	76	75	75	75
OUTROS UNIVERSITARIOS	28 9	28 7	28 7	28 4	28 3	28 4	28 0	28 0
TECNICO EM RADIOLOGIA	53	53	53	53	53	53	10	10
TECNICO ENFERMAGEM	41 6	41 5	41 5	41 5	41 5	41 5	29 6	29 5
Total geral	49 67	49 38	49 09	48 90	48 72	48 60	41 36	41 31



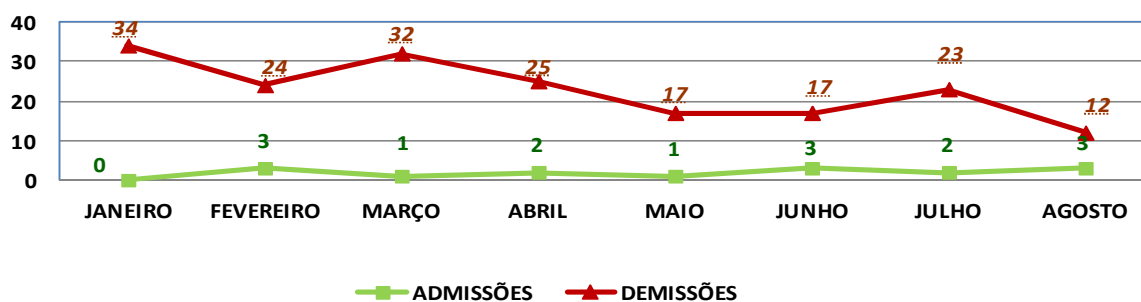
Fonte: Folha Consist/RH Gestão

EVOLUÇÃO DO QUADRO DAS ADMISSÕES - SMS 2018								
CARGO AGRUPADO	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto
OUTROS UNIVERSITARIOS	0	0	1	0	0	0	0	0
ESTAGIARIO	0	3	0	2	1	3	2	3
Total	0	3	1	2	1	3	2	3

EVOLUÇÃO DO QUADRO DOS DESLIGAMENTOS - SMS 2018

CARGO AGRUPADO	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	Agosto
ADMINISTRATIVO	2	2	0	1	0	0	0	0
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	2	2	2	3	1	1	1	0
DENTISTA	0	1	0	0	1	2	1	0
ENFERMEIRO	3	3	2	1	0	1	3	1
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	0	0	1	1	1	1	0	0
EQUIPE ENFERMAGEM	12	4	8	6	5	4	6	3
EQUIPE FARMACIA	1	0	0	0	0	0	1	0
EQUIPE SAUDE BUCAL	2	0	2	0	0	0	0	0
FARMACEUTICO	1	1	0	0	1	0	0	0
MEDICO	10	7	8	5	4	5	6	6
MOTORISTA	0	0	0	0	0	0	1	0
MOTORISTA DE AMBULANCIA	0	0	1	1	0	0	0	0
OPERACIONAL	1	0	2	0	1	0	1	1
OUTROS NIVEL TECNICO	0	1	3	1	0	1	0	0
OUTROS UNIVERSITARIOS	0	3	2	3	1	0	2	0
VETERINARIO	0	0	0	0	0	0	1	0
ESTAGIARIO	0	0	1	3	2	2	0	1
Total geral	34	24	32	25	17	17	23	12

**QUADRO ADMISSÕES E DESLIGAMENTOS - SMS 2018
2º QUADRIMESTRE**



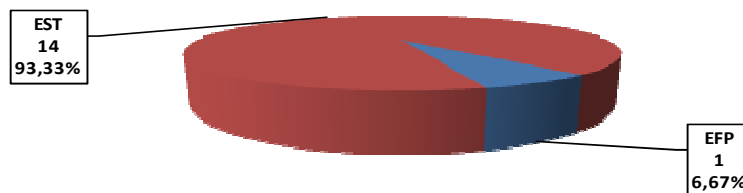
Fonte: Folha Consist/RH Gestão

ADMISSÕES POR CATEGORIA - SMS 2018

CATEGORIA	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	Agosto
EFP	0	0	1	0	0	0	0	0
EST	0	3	0	2	1	3	2	3

Total geral	0	3	1	2	1	3	2	3
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---

ADMISSÕES POR CATEGORIA - SMS 2018 2º QUADRIMESTRE

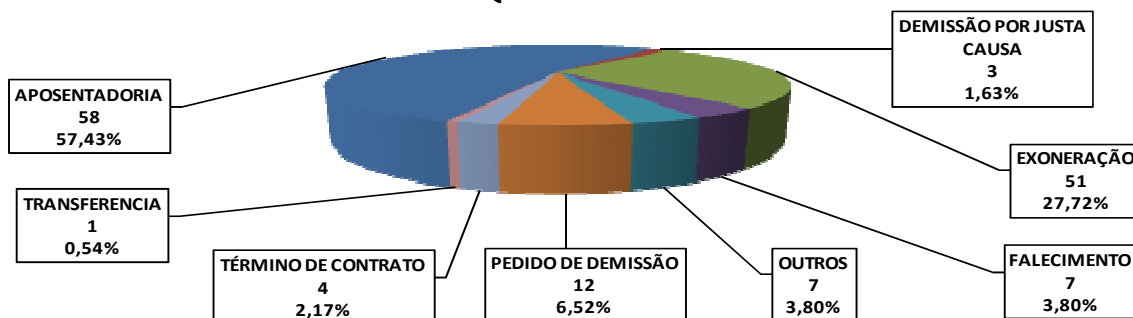


Fonte: Folha Consist/RH Gestão

DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2018

MOTIVO	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	Agosto
Aposentadoria	16	14	16	12	10	9	14	8
Demissão por justa causa	0	0	2	1	0	0	0	0
Exoneração	14	7	8	4	3	5	7	3
Falecimento	1	0	3	2	0	0	1	0
Outros	1	2	0	1	3	0	0	0
Pedido de Demissão	2	1	1	3	1	2	1	1
Término de Contrato	0	0	1	2	0	1	0	0
Transferencia	0	0	1	0	0	0	0	0
Total geral	34	24	32	25	17	17	23	12

DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2018 2º QUADRIMESTRE



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

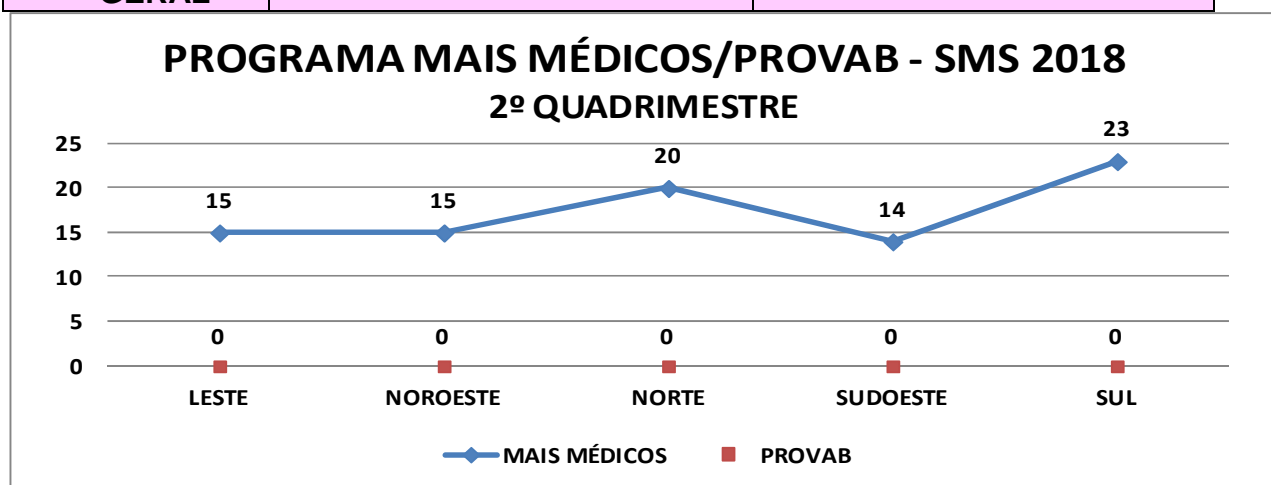
CONVÊNIOS & PROGRAMAS

Em 2018, no período de maio a agosto, tendo como fim último a assistência total aos profissionais lotados nas Unidades de Saúde de Campinas e a valorização do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, o setor de Programas e Convênios do DGTES realizou as seguintes ações:

PROGRAMA MAIS MÉDICOS/PROVAB - SMS 2018

DISTRITOS	UNIDADES DE SAÚDE (PROFISSIONAIS “MAIS MÉDICOS”)
LESTE	CENTRO DE SAÚDE ANTONIO DA COSTA SANTOS (CONCEICAO)
	CENTRO DE SAÚDE CONEGO MILTON SANTANA (TAQUARAL)
	CENTRO DE SAÚDE COSTA E SILVA
	CENTRO DE SAÚDE JOAQUIM EGIDIO
	CENTRO DE SAÚDE SAO QUIRINO
	CENTRO DE SAÚDE SOUSAS
NOROESTE	CENTRO DE SAÚDE DR. PEDRO AGAPIO A NETTO(BALAO DO LARANJA)
	CENTRO DE SAÚDE INTEGRACAO
	CENTRO DE SAÚDE ITAJAI
	CENTRO DE SAÚDE JARDIM FLORENCE
	CENTRO DE SAÚDE LAURA SIMOES C AMICUCCI (PERSEU)
	CENTRO DE SAÚDE LISA
	CENTRO DE SAÚDE MARGARIDA SANTOS SILVA (FLORESTA)
	CENTRO DE SAÚDE PARQUE VALENCA
	CENTRO DE SAÚDE ROSSIM
	CENTRO DE SAÚDE SANTA ROSA
	CENTRO DE SAÚDE SATELITE IRIS
NORTE	CENTRO DE SAÚDE ANCHIETA
	CENTRO DE SAÚDE ATILLIO VICENTIN (BARAO GERALDO)
	CENTRO DE SAÚDE BOA VISTA
	CENTRO DE SAÚDE JARDIM AURELIA
	CENTRO DE SAÚDE JARDIM EULINA
	CENTRO DE SAÚDE ROSALIA
	CENTRO DE SAÚDE SAN MARTIN
	CENTRO DE SAÚDE SANTA BARBARA
	CENTRO DE SAÚDE SAO MARCOS
	CENTRO DE SAÚDE VILLAGE
SUDOESTE	CENTRO DE SAÚDE AEROPORTO
	CENTRO DE SAÚDE CAMPOS ELISEOS
	CENTRO DE SAÚDE DIC I
	CENTRO DE SAÚDE SANTA LUCIA
	CENTRO DE SAÚDE SAO CRISTOVAO
	CENTRO DE SAÚDE UNIAO DE BAIROS
	CENTRO DE SAÚDE VILA UNIAO/CAIC
	CENTRO DE SAÚDE VISTA ALEGRE
SUL	CENTRO DE SAÚDE ANTONIO MONETA JUNIOR (OZIEL/M.CRISTO)
	CENTRO DE SAÚDE CAMPO BELO
	CENTRO DE SAÚDE DR. MANOEL RIOS MURARO (PARANAPANEMA)
	CENTRO DE SAÚDE ESMERALDINA
	CENTRO DE SAÚDE FERNANDA
	CENTRO DE SAÚDE 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"	QUADRO "PROVAB"
LESTE	15	0
NOROESTE	15	0
NORTE	20	0
SUDOESTE	14	0
SUL	23	0
TOTAL GERAL	87	0



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

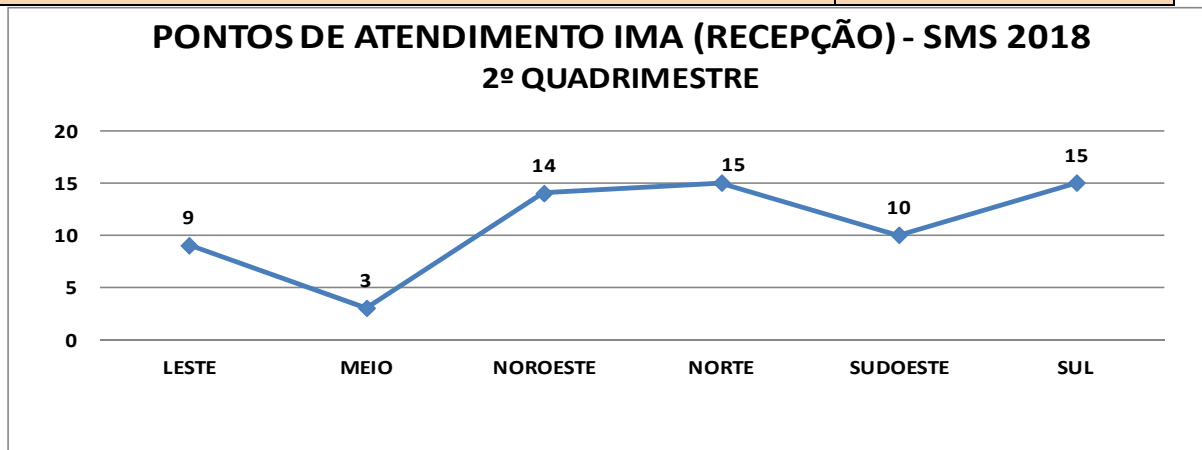
Referente ao Projeto Mais Médicos Brasil, das **98** vagas autorizadas pelo Ministério da Saúde, o município de Campinas possui **87** profissionais em atividade.

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 **11** 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 BOA ESPERANCA
	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)	

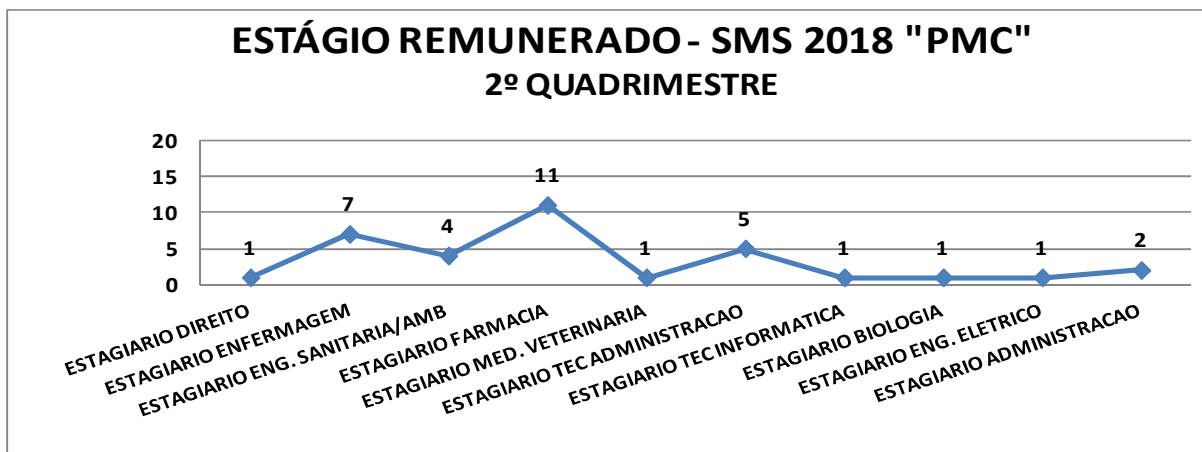
DISTRITOS	QUADRO
LESTE	9
MEIO	3
NOROESTE	14
NORTE	15
SUDOESTE	10
SUL	15
TOTAL GERAL	66



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

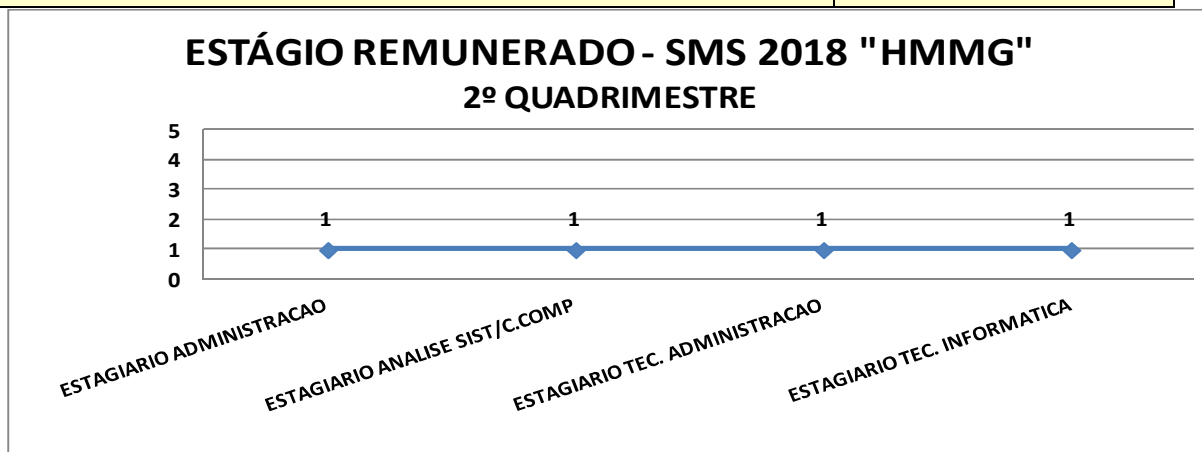
Apesar da grande rotatividade de funcionários, ocasionando ausência em algumas unidades, e também considerando a no novo contrato de prestação de serviços (Posições de Atendimento Recepção – IMA), o município encerrou este quadrimestre com todas as **66** posições de atendimento contratadas preenchidas e em atividade.

ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2018 “PMC”	
CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO DIREITO	1
ESTAGIARIO ENFERMAGEM	7
ESTAGIARIO ENG. SANITARIA/AMB	4
ESTAGIARIO FARMACIA	11
ESTAGIARIO MED. VETERINARIA	1
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	5
ESTAGIARIO TEC INFORMATICA	1
ESTAGIARIO BIOLOGIA	1
ESTAGIARIO ENG. ELETRICO	1
ESTAGIARIO ADMINISTRAÇÃO	2
TOTAL GERAL	34



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

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

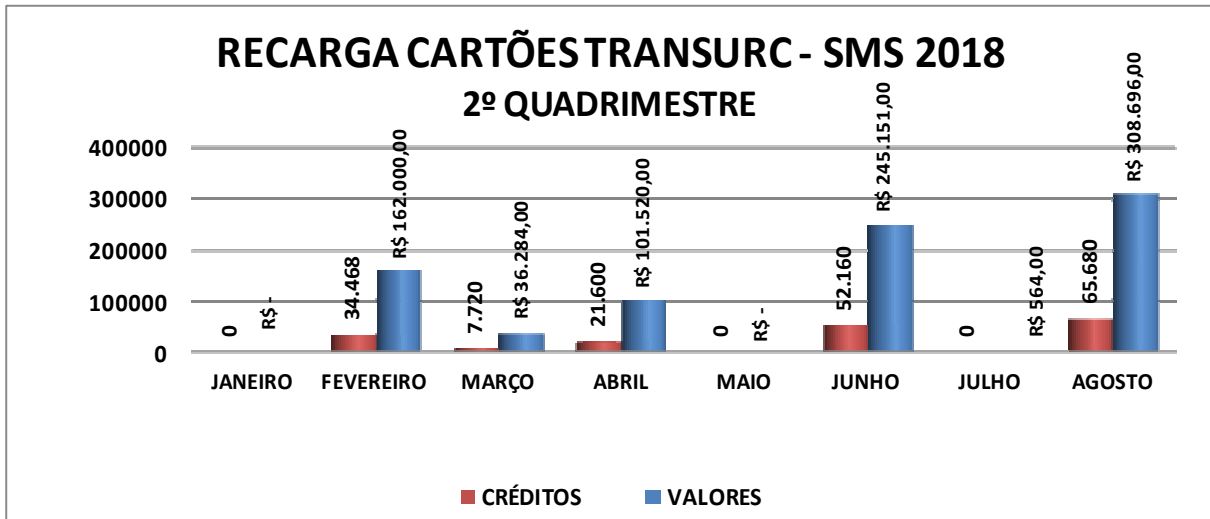


Fonte: Folha Consist/HMMG Gestão

Neste quadrimestre de 2018, ingressaram **09** estagiários na Rede PMC e **02** estagiários 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
MAIO	0	R\$ 245.151,00
JUNHO	52.160	R\$ 564,00
JULHO	65.680	R\$ 308.696,00

AGOSTO	83.570	R\$ 392.779,00
	265.198	R\$ 1.246.994,00

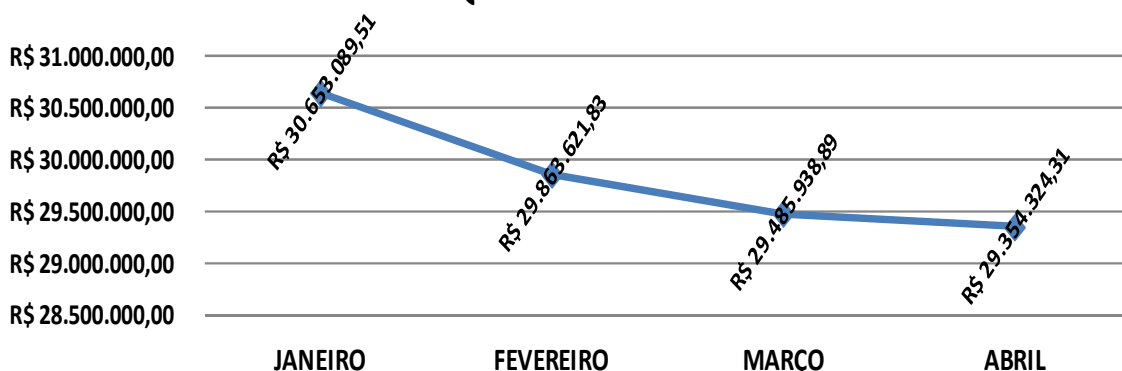


Fonte: Convênios & Programas

Referente ao transporte público para as diversas atividades em campo, a Secretaria Municipal de Saúde possui atualmente **798** cartões de passes ativos, sendo que o valor unitário da passagem é de **R\$ 4,70** (em vigor desde janeiro/2018).

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

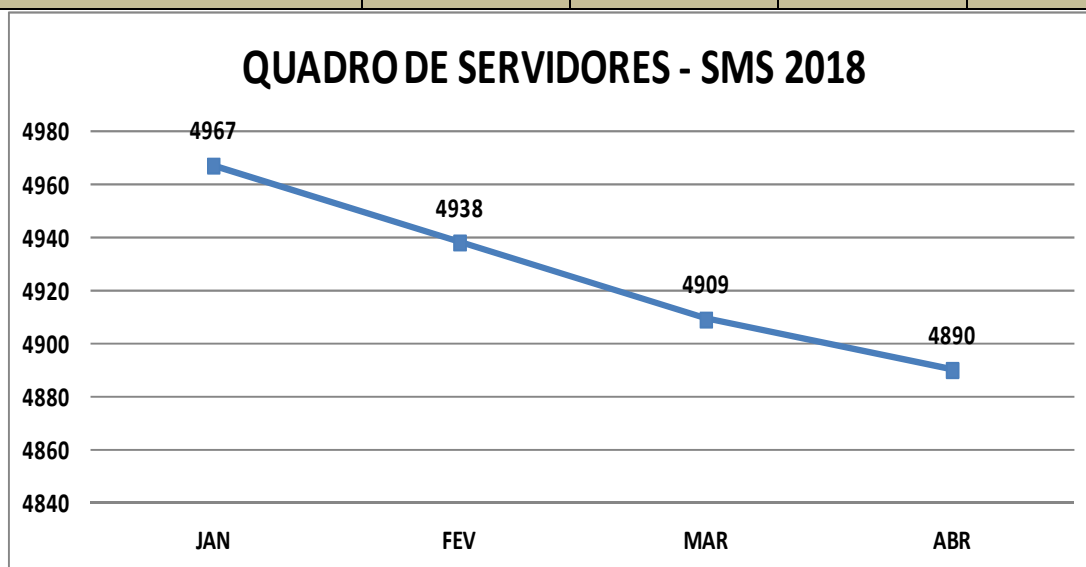
INGRESSO DE PROFISSIONAIS

CONCURSO PÚBLICO

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

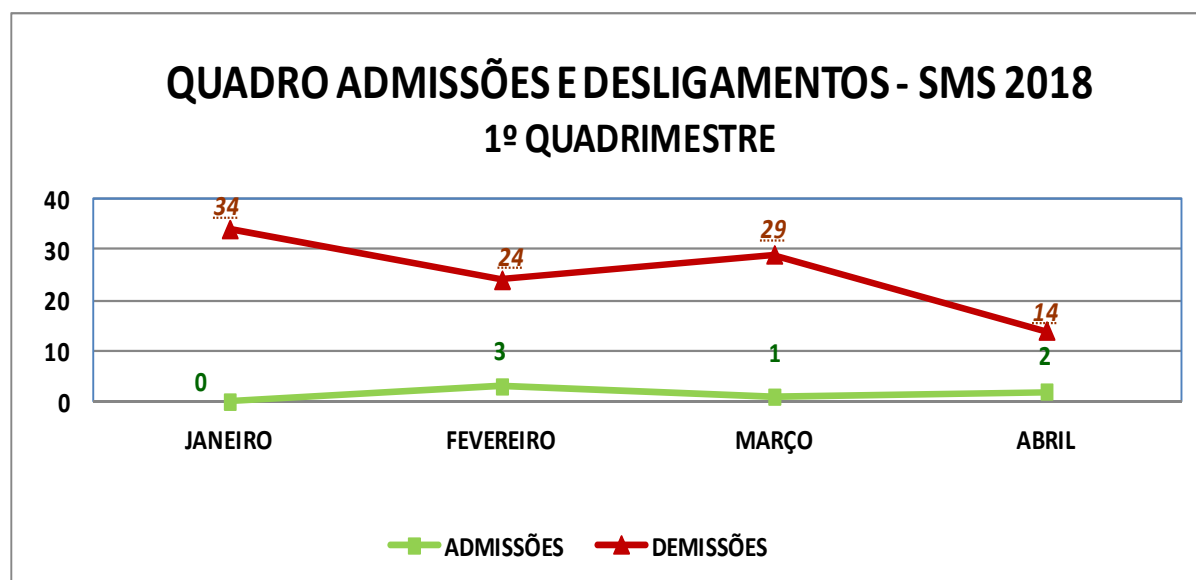
A Secretaria Municipal de Saúde solicitou a abertura de novos editais de concurso público para **227** vagas de **48** cargos sem edital válido ou candidatos remanescentes por meio de protocolados em tramitação na SMRH e SMF.

EVOLUÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES - SMS 2018				
CARGO AGRUPADO	jan	fev	mar	abr
ADMINISTRATIVO	255	253	252	252
AGENTE COMUNITARIOSAUDE	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

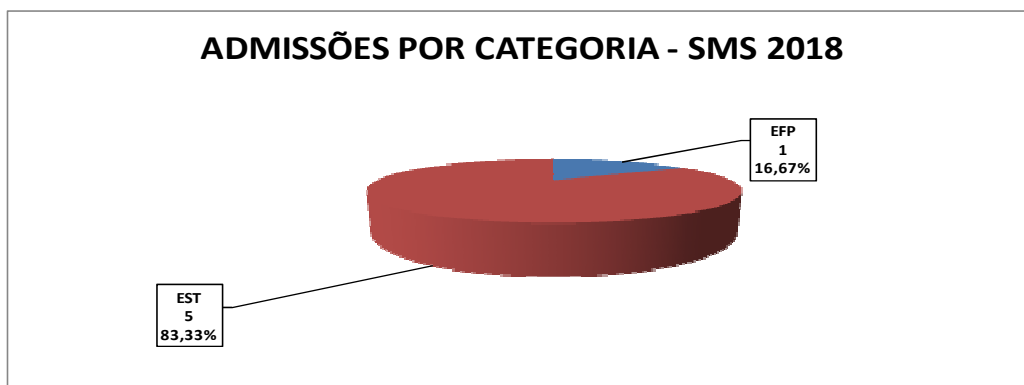


Fonte: Folha Consist/RH Gestão

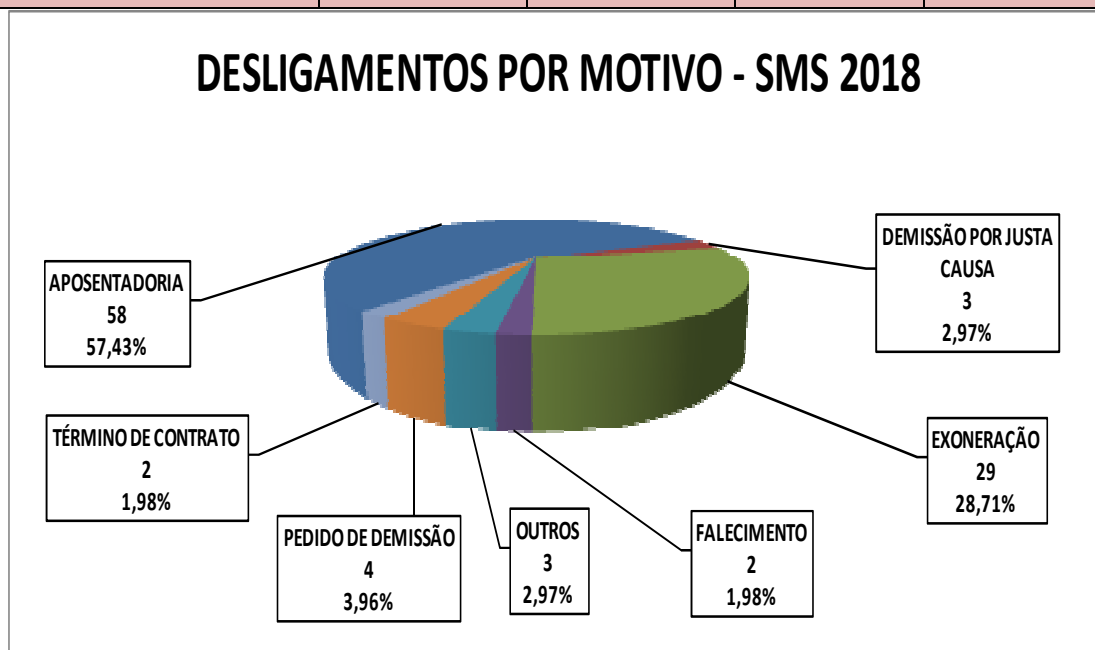
EVOLUÇÃO DO QUADRO DAS ADMISSÕES - SMS 2018				
CARGO AGRUPADO	janeiro	fevereiro	março	abril
ESTAGIO	0	3	0	2
OUTROS UNIVERSITARIOS	0	0	1	0
Total	0	3	1	2
EVOLUÇÃO DO QUADRO DOS DESLIGAMENTOS - SMS 2018				
ADMINISTRATIVO	2	2	0	0
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	2	2	2	0
DENTISTA	0	1	0	0
ENFERMEIRO	3	3	2	0
EQUIPE 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



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



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

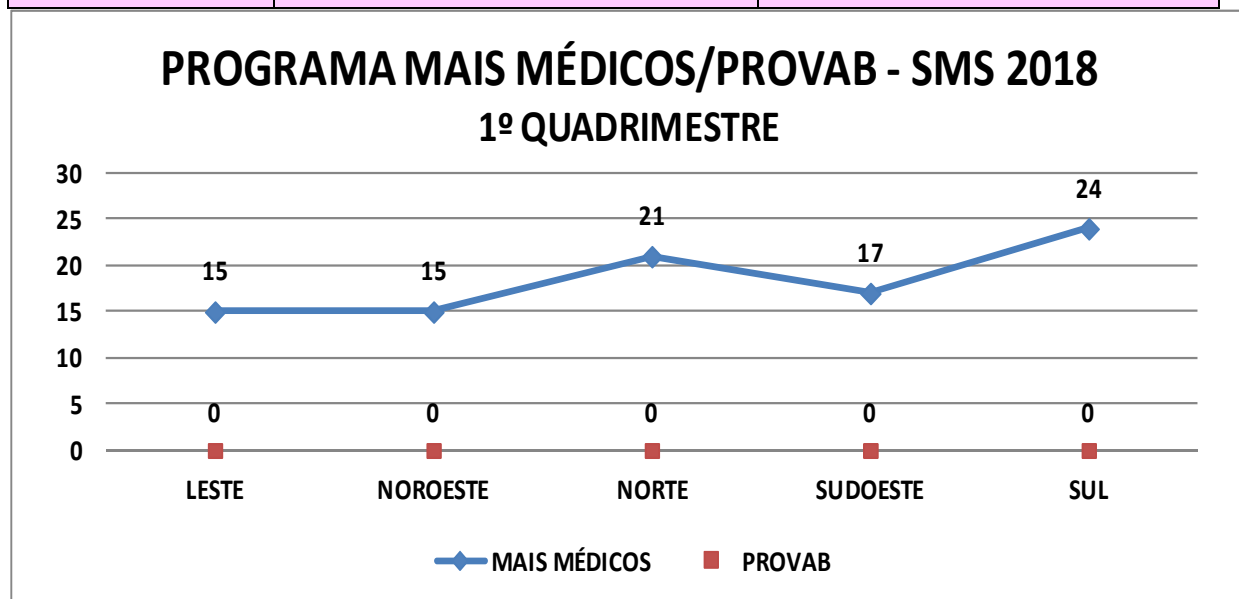


CONVÊNIO & PROGRAMAS

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 BAIRROS
	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

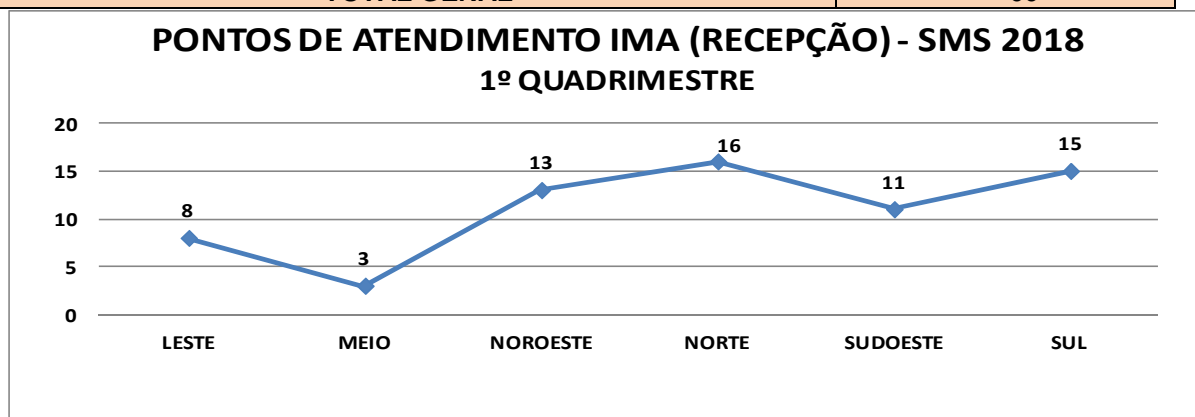
OBS.: Referente ao Projeto Mais Médicos Brasil, das **98** vagas autorizadas pelo Ministério da Saúde, o município de Campinas possui **92** profissionais em atividade.

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	
LESTE	8
MEIO	3
NOROESTE	13
NORTE	16
SUDOESTE	11
SUL	15
TOTAL GERAL	
	66

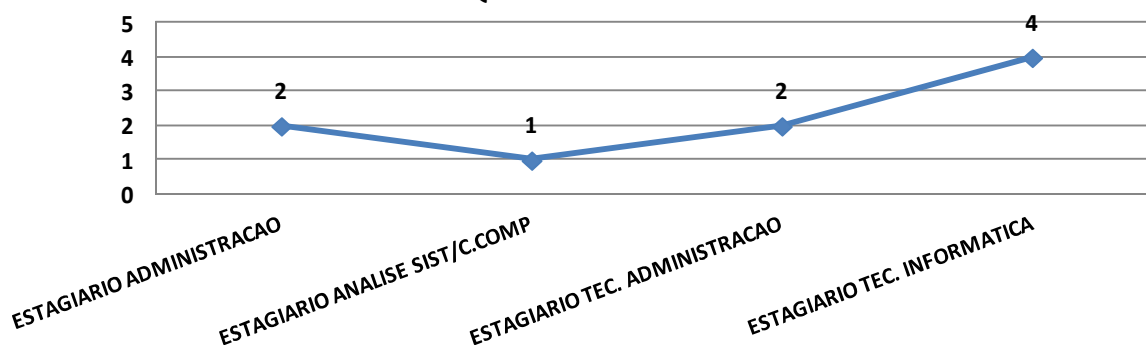


Fonte: Folha Consist/RH Gestão

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

ESTÁGIO REMUNERADO - SMS 2018 "HMMG" 1º QUADRIMESTRE

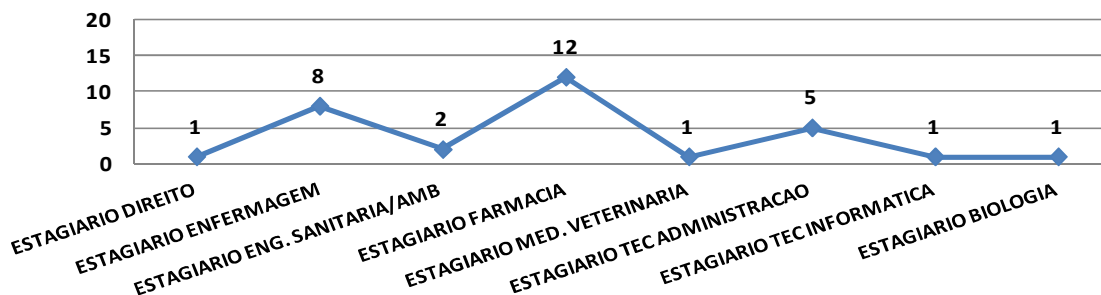


Fonte: Folha Consist/RH Gestão

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

ESTÁGIO REMUNERADO - SMS 2018 "PMC" 1º QUADRIMESTRE



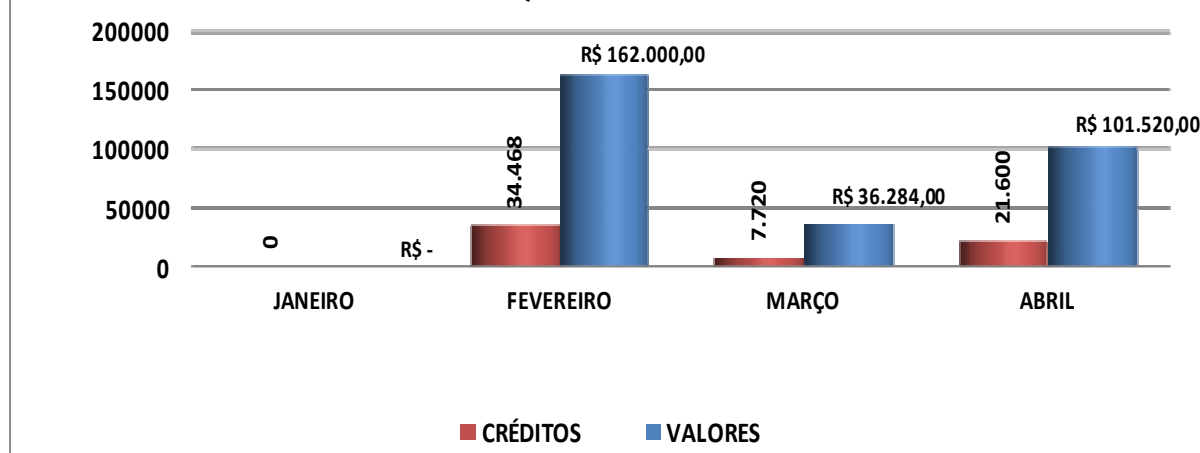
Fonte: Folha Consist/HMMG Gestão

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 CARTÕES TRANSURC - 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

Diretriz 5. 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

Indicador 5.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	Colegiado Gestor da

	estimular, analisar, monitorar ações de planejamento na SMS, visando maior capilaridade e o planejamento ascendente.	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

RDQ A	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	01	<p>No primeiro e segundo quadrimestre deste ano foram realizadas reunião nos 5 Conselhos Distritais de Saúde e no 5 Colegiados Gestores Distritais que tiveram por finalidade apresentar e dialogar sobre o PMS 2018-2021, bem como apresentar propostas de correções, caso se fizessem necessárias. As reuniões acontecem conforma as datas abaixo:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DATA</th> <th>LOCAL</th> <th>HORÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28/03</td> <td>Distrito Sul</td> <td>08:00</td> </tr> <tr> <td>03/04</td> <td>Distrito Noroeste</td> <td>08:00</td> </tr> <tr> <td>04/04</td> <td>Distrito Sudoeste</td> <td>08:00</td> </tr> <tr> <td>04/04</td> <td>Conselho de Saúde Distrito Noroeste</td> <td>16:00</td> </tr> </tbody> </table>	DATA	LOCAL	HORÁRIO	28/03	Distrito Sul	08:00	03/04	Distrito Noroeste	08:00	04/04	Distrito Sudoeste	08:00	04/04	Conselho de Saúde Distrito Noroeste	16:00
DATA	LOCAL	HORÁRIO															
28/03	Distrito Sul	08:00															
03/04	Distrito Noroeste	08:00															
04/04	Distrito Sudoeste	08:00															
04/04	Conselho de Saúde Distrito Noroeste	16:00															

		10/04	Conselho de Saúde Distrito Sul	18:00	3ª fei
		17/04	Conselho de Saúde Distrito Sudoeste	19:00	3ª fei
		18/04	Distrito Leste	08:00	4ª fei
		25/04	Distrito Norte	08:00	4ª fei
		08/05	Conselho de Saúde Distrito Norte	17:00	2ª fei
		28/05	Conselho de Saúde Distrito Leste	19:00	3ª fei
		<p>Após estas reuniões foram realizadas três reuniões com a Comissão executiva do CMS afim de apresentação do PMS na reunião do Pleno que ocorreu em 08/08/2018.</p> <p>Entregue e apresentado o 1º RDQA em reunião do Pleno no dia 08/08/2018, na mesma data foi apresentado e aprovado com ressalvas o PMS 2018-2021.</p> <p>No segundo quadrimestre ocorram reuniões nos 5 Distritos de Saúde, com o Colegiado gestor Distrital, visando o monitoramento da PAS 2018 tendo como enfoque o 1º RDQA.</p>			
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
<i>5.i.1.a. Seleccione 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 quadrimestralmente.	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 Atendimentos 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 formatação 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), com estrutura adequada de equipamentos e conexão de internet de qualidade e estável. * Reforçar a importância do registro das planilhas de produção nos sistemas. E-SUS para a Atenção Básica e SIGA para as Especialidades. * Discutir e propor o desenvolvimento de indicadores de avaliação para os serviços de especialidade (CEO).	Gab. do Secretário, DS, Distritos e CS e CII

Resultados

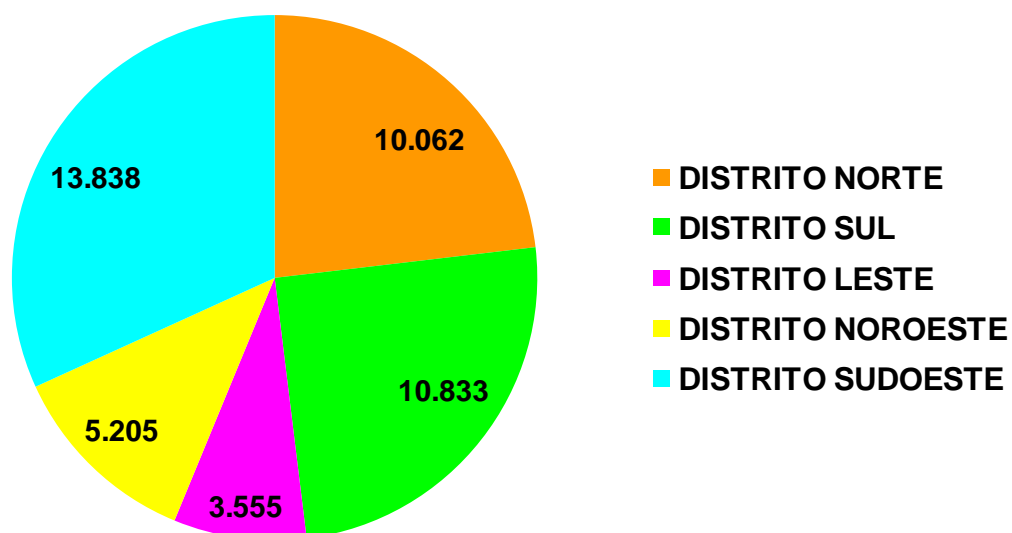
RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	18,35 (total de serviços de saúde)	Unidades totalmente informatizadas: CS Boa Esperança, CS Capivari, CS Carlos Gomes, CS Centro, CS Orozimbo Maia, CS Rosália, CS San Martin, CS Santo Antônio, CS São Marcos, CS Oziel/Monte Cristo, CS Rossin, CS São Cristovão, CS São Quirino, CS São Vicente, CS Tancredo Neves, CS União dos Bairros, CS Vila União, Policlínica I, VISA Noroeste e VISA Sul. 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 Sousas, CS Vila União, CS Vila Ipê, CS

	<p>E</p> <p>26,56 (CS)</p>	<p>Vila Rica.</p> <p>As demais unidades de saúde se encontram parcialmente cabeadas.</p>															
<p>2o</p>	<p>22,94 (total de serviços de saúde)</p> <p>e</p> <p>34,88 (CS)</p>	<p>Unidades totalmente informatizadas: CS Boa Esperança, CS Capivari, CS Carlos Gomes, CS Centro, CS DIC III, CS Orozimbo Maia, CS Oziel, CS Rossin, CS Rosália, CS San Diego, CS San Martin, CS Santo Antônio, CS São Cristovão, CS São Domingos, CS São Marcos, CS São Quirino, CS São Vicente, CS Tancredo Neves, CS União dos Bairros, , CS Vila Rica, CS Vila União, CS Village, 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 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 Sosas, CS Vila União, CS Vila Ipê.</p> <p>As demais unidades de saúde se encontram parcialmente cabeadas.</p> <table border="1" data-bbox="435 869 1481 1442"> <thead> <tr> <th data-bbox="435 869 858 920">Indicador</th> <th data-bbox="858 869 1171 920">1º Quadrim.</th> <th data-bbox="1171 869 1481 920">2º Quadrim.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="435 920 858 1050">1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas</td> <td data-bbox="858 920 1171 1050">$\frac{17}{64} \times 100$ = 26,56</td> <td data-bbox="1171 920 1481 1050">$\frac{22}{64} \times 100$ = 34,38</td> </tr> <tr> <td data-bbox="435 1050 858 1180">2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados</td> <td data-bbox="858 1050 1171 1180">$\frac{20}{109} \times 100$ = 18,35</td> <td data-bbox="1171 1050 1481 1180">$\frac{25}{109} \times 100$ = 22,94</td> </tr> <tr> <td data-bbox="435 1180 858 1310">3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas</td> <td data-bbox="858 1180 1171 1310">$\frac{41}{64} \times 100$ = 64,06</td> <td data-bbox="1171 1180 1481 1310">$\frac{45}{64} \times 100$ = 70,31</td> </tr> <tr> <td data-bbox="435 1310 858 1442">4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas</td> <td data-bbox="858 1310 1171 1442">$\frac{44}{109} \times 100$ = 40,37</td> <td data-bbox="1171 1310 1481 1442">$\frac{48}{109} \times 100$ = 44,04</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p>	Indicador	1º Quadrim.	2º Quadrim.	1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{17}{64} \times 100$ = 26,56	$\frac{22}{64} \times 100$ = 34,38	2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{20}{109} \times 100$ = 18,35	$\frac{25}{109} \times 100$ = 22,94	3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas	$\frac{41}{64} \times 100$ = 64,06	$\frac{45}{64} \times 100$ = 70,31	4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas	$\frac{44}{109} \times 100$ = 40,37	$\frac{48}{109} \times 100$ = 44,04
Indicador	1º Quadrim.	2º Quadrim.															
1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{17}{64} \times 100$ = 26,56	$\frac{22}{64} \times 100$ = 34,38															
2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{20}{109} \times 100$ = 18,35	$\frac{25}{109} \times 100$ = 22,94															
3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas	$\frac{41}{64} \times 100$ = 64,06	$\frac{45}{64} \times 100$ = 70,31															
4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas	$\frac{44}{109} \times 100$ = 40,37	$\frac{48}{109} \times 100$ = 44,04															
<p>3o</p>																	
<p>RAG</p>																	

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%

Gráfico. Apresentação gráfica do aumento no número absoluto de cadastros registrados no Sistema e-SUS AB, de 01/05/2018 a 31/08/2018.



EIXO VI – APOIO LOGÍSTICO E FINANCEIRO

Diretriz 6. 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. Percentual 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	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de elaboração do Edital para abertura da licitação.
2o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de respostas às impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018.
3o		
RAG		

Indicador 6.ii.2. Percentual 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	NCG/ DGDO e

	governamentais para captação de recursos para aquisições	FMS
6.ii.2.h.	Informar periodicamente (quadrimestralmente) os equipamentos adquiridos e entregues no Almoarifado	DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de elaboração do Edital para abertura da licitação.
2o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de respostas às impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018.
3o		
RAG		

Indicador 6.ii.3. Percentual 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 Almojarifado	DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para imunobiológicos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de elaboração do Edital para abertura da licitação.
2o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de respostas às impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018.
3o		
RAG		

PPA ação23	sub-função	2018
AÇÃO 23		100
PPA R\$	122	R\$ 12.644.000,00
LOA R\$		R\$ 50.000,00
AÇÃO 23		880
PPA R\$	126	R\$ 1.428.580,00
LOA R\$		R\$ 573.385,00
AÇÃO 23	301	Equipamentos (2.708) e Veículos (30);
PPA R\$		R\$ 10.759.588,00
LOA R\$		R\$ 6.530.751,00
AÇÃO 23	302	Equipamento (398) e Veículo (7 Ambulâncias do Samu e 1 Veículo especial Para Saúde Mental
PPA R\$		R\$ 9.532.031,00
LOA R\$		R\$ 6.027.018,00
AÇÃO 23		20
PPA R\$	305	R\$ 374.715,00
LOA R\$		R\$ 374.000,00

Indicador 6.ii.4. Percentual 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 manutenção de privacidade dos pacientes e propor que em novas unidades ou após reformas, os consultórios estejam dentro dessas normas. Recomendações: * Sanar de forma efetiva os problemas encontrados nos atuais consultórios odontológicos das UBSs. * Readequar o número de cadeiras odontológicas por unidades.	Gabinete do Secretário, DS e Distritos, NCG/ DGDO e DA
6.ii.4.h.	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. Recomendações:	Gabinete do Secretário, DS e Distritos e CS, NCG/ DGDO, DEVISA e DA

	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar seminários e capacitações pela VISA(s) destinado a rede sobre biossegurança e vigilânciasanitária. * Estabelecer protocolo claro e realizar divulgação efetiva sobre as ações com os resíduos sólidosdas UBSs e apontar o local de destinação destes resíduos. * Solicitar que as VISA(s) realizem vistoria sanitária uma vez por ano em todos os consultóriosodontológicos das UBS e que aponte as adequações quando necessárias. * Garantir a participação de profissionais da área de saúde bucal nas discussões sobre Vigilância dospróprios. 	
--	---	--

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0%	Os processos estão em fase de licitação, conforme quadro abaixo. As obras do Projeto Saúde em Ação, com recursos do BID e sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde, encontram-se em fase final de construção: CS Santos Dumont, CS Perseu Leite de Barros, CS Satélite Iris I e Satélite Iris II, CS DIC VI, CS Florence e CAPS III, as reformas: CS Costa e Silva, CS Conceição, CS São Quirino, CS Aeroporto, CS São José, CS Ipaussurama, CS Floresta, CS Integração e CAPS Integração, e as construções: CS Boa Vista, CS Nova América, CS Bassoli, CS Esmeraldina, CS São Cristóvão, estão em fase final de licitação da obra.
2o	16,66%	Os processos estão em diversas fases, conforme planilha 1 abaixo. As obras do Projeto Saúde em Ação, com recursos do BID e sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde, conforme planilha 2 abaixo.
3o		
RAG		

A	B	C	D	E	F
PPA ação23	sub-função	2018	2019	2020	2021
AÇÃO 24		18	7	2	2
PPA R\$		R\$ 23.974.020,00	R\$ 5.280.766,00	R\$ 3.410.000,00	R\$ 3.407.000,00
LOA R\$		R\$ 12.457.178,00			
PREVISÃO DE SERVIÇOS	302	<p>CS Construídos: Nova América, Esmeraldina, Boa Vista, Satélite Íris I, Perseu, Santos Dumont, Dic VI, Florence, Satélite Íris II e São Cristovão; CS</p> <p>Reformados/Ampliados: Integração, São José, São Quirino, Rosália, Santa Rosa, Ipê e Ipaussurama, Aeroporto, Conceição, Costa e Silva, Floresta.</p>	<p>Cs Construídos: Carlos Gomes, Sousas, Bassoli, Campina Grande, Lisa, Village;</p> <p>Reformado/Ampliado: cs Santo Antonio, Capivari, Santa Odila);</p>	<p>Cs Construído: Jambeiro, Cosmo.</p>	<p>Construção Real Parque, Jardim Mirian</p>

Unidade	Tipo de obra	2º RDQA - 2018
CS Capivari	Ampliação (remanescente)	Na SMA para conhecimento e parecer. Prot. 2017/10/09106 na SMA para conhecimento, análise e encaminhamento para licitação do remanescente.
CS Santo Antônio	Ampliação	Obra iniciada - empresa: CONSTRUTORA EDIZA INCORPORAÇÃO E COMÉRCIO LTDA.
CS Santa Odila	Ampliação	PROT. 2013/10/29694 - Obra iniciada - empresa: ENGTECH CONSTRUÇÕES E COMÉRCIO LTDA. ME
CS Vila Ipê	Reforma	Prot. 2015/10/38166 - Obra iniciada - empresa: R&K CONSTRUÇÕES, REFORMAS E ARQUITETURA LTDA.-ME
CS Rosália	Reforma	Prot. 2015/10/38465 - Obra iniciada - empresa: R&K CONSTRUÇÕES, REFORMAS E ARQUITETURA LTDA.-ME
CS Santa Rosa	Reforma	Prot. 2015/10/38164 - Na SEINFRA para atualização de orçamento.
CS Village	Construção	Em projeto na SEINFRA.
CS Lisa	Construção	Prot. 2013/10/29693. Obra Licitada. Empresa habilitada: Construtora Ediza Incorporação e Comércio LTDA. EPP Encontra-se em finalização para emissão da Ordem de Serviço.
CS Campina Grande	Construção	Prot. 2013/10/32538 Projeto arquitetônico concluído. Aguardando recurso.
CS São Vicente	Ampliação	T.A.C. com a empresa MRV - Projeto em elaboração na SEINFRA.

OBRA	UNIDADE	PORTE	ASSINATURA DA O.S (*previsão)	PREVISÃO DE ENTREGA PROVISÓRIA DA OBRA
NOVA	UBS PERSEU	UBS 2	Out/2016	Jul/2018
NOVA	UBS ST. DUMOUNT	UBS 2 E	Out/2016	Inaugurado 03/05/2018
NOVA	UBS SATÉLITE ÍRIS I	UBS 2	Out/2016	Jun/2018
NOVA	CS SATÉLITE ÍRIS	UBS 2	Jul/2017	Out/2018
NOVA	CS DIC VI	UBS 2	Jul/2017	Out/2018
NOVA	UBS SAÚDE FLORENCE	UBS 2	Jul/2017	Out/2018
NOVA	AME CAMPINAS	AME	Ago/2017	Fev/2019
NOVA	CAPS CAMPINAS	CAPS AD III	Out/2016	Set/2018
NOVA	CS NOVA AMÉRICA	UBS 2	*Mai/2018	Jun/2019
NOVA	CS ESMERALDINA	UBS 2	*Jun/2018	Jul/2019
NOVA	CS BOA VISTA	UBS 2	*Mai/2018	Jun/2019
REFORMA	CS SÃO QUIRINO	UBS	*Jun/2018	Jul/2019
REFORMA	CS JARDIM AEROPORTO	UBS	*Jun/2018	Jul/2019
REFORMA	CS SÃO JOSÉ	UBS	*Jun/2018	Jul/2019
REFORMA	CS INTEGRAÇÃO	UBS	*Jun/2018	Jul/2019
REFORMA	CS PARQUE FLORESTA	UBS	*Jun/2018	Jul/2019
REFORMA	CS JARDIM CONCEIÇÃO	UBS	*Jun/2018	Jul/2019
REFORMA	CS COSTA E SILVA	UBS	*Jun/2018	Jul/2019
NOVA	CS SÃO CRISTÓVÃO	UBS 2	*Jun/2018	Jul/2019
REFORMA	CS IPAUSSURAMA	UBS	*Jun/2018	Jul/2019
REFORMA	CAPS NOROESTE INTEGRAÇÃO	CAPS III	*Jun/2018	Jul/2019

Indicador 6.ii.5. Percentual 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:

	2018	2019	2020	2021
Nº de Obras Previstas PPA				
Ação 24 - sub-função 302	5	1	1	1

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.ii.5.a.	Realizar previsão e solicitação de construção, reforma e ampliação Unidades de Saúde junto ao DA	Gabinete do 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

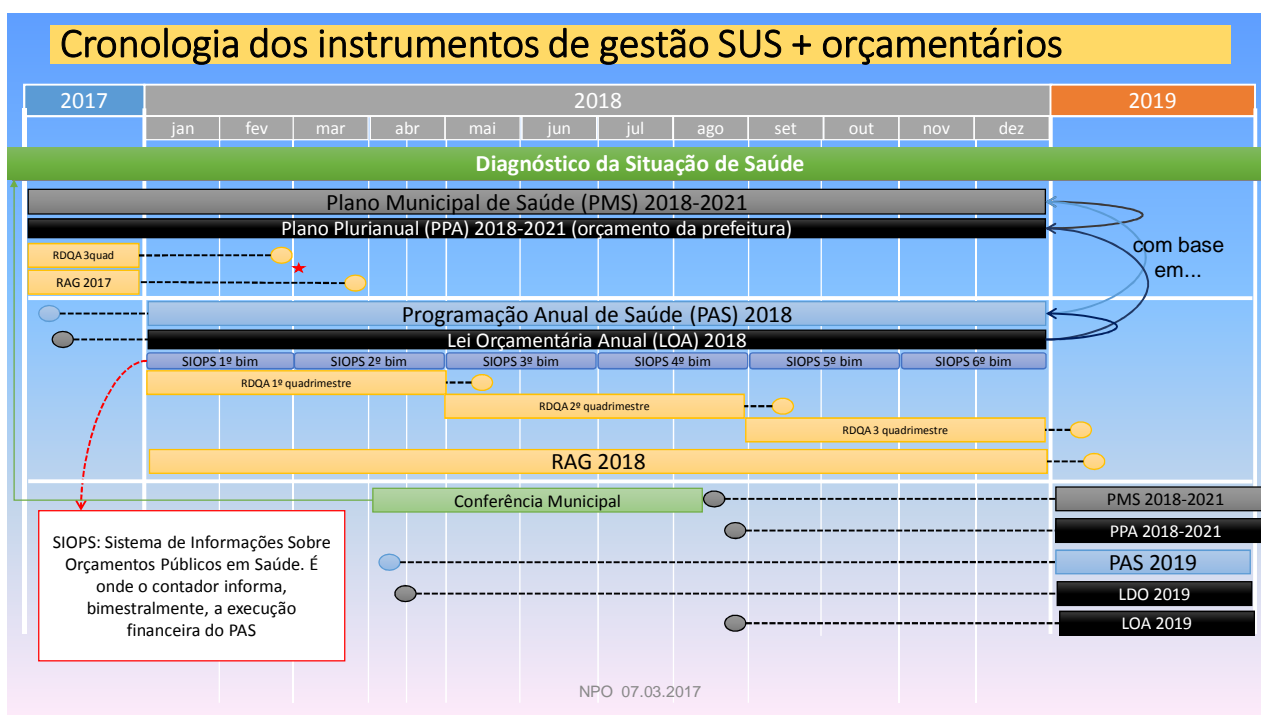
Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	Os processos estão em fase de licitação conforme quadro abaixo.
2o	0	Os processos estão em fase de licitação, conforme planilha 1, abaixo. As obras do Projeto Saúde em Ação, com recursos do BID e sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde, conforme planilha 2, abaixo.
3o		
RAG		

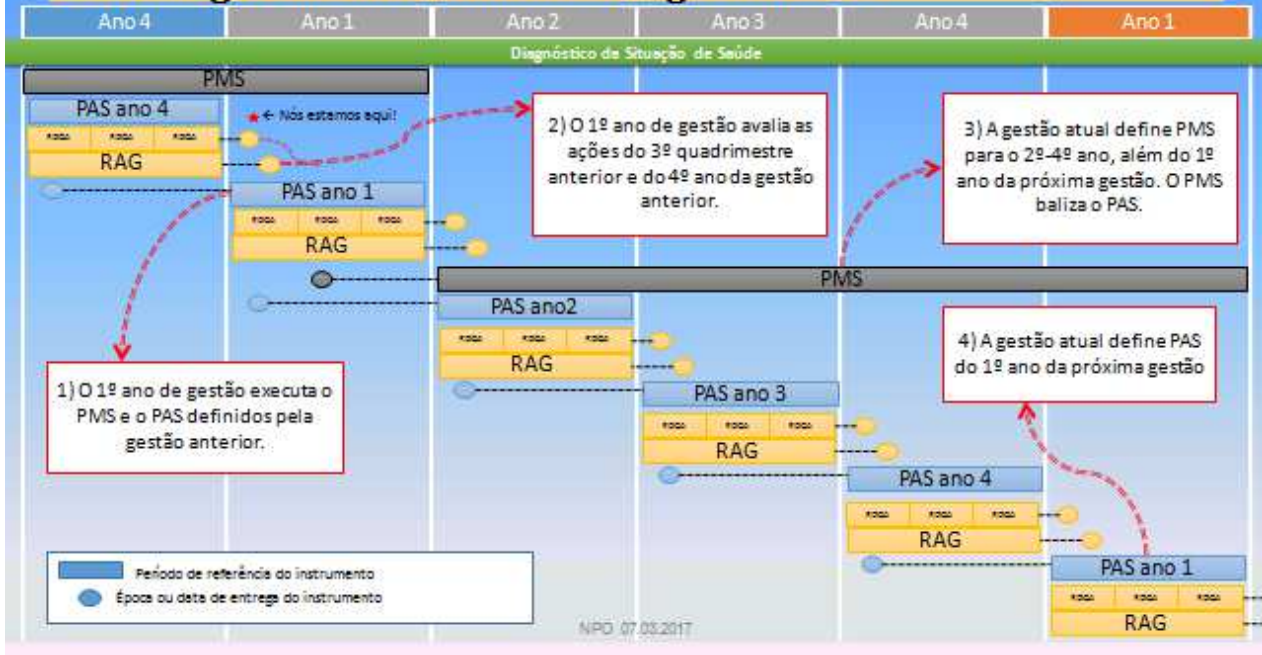
PPA ação23	sub-função	2018	2019	2020	2021
AÇÃO 24		5	1	1	1
PPA R\$		R\$ 19.098.440,00	R\$ 13.843.440,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
LOA R\$		R\$ 9.029.211,00			
	301	Construção: Caps III Sudoeste e Jardim dos Sentidos; e Reforma : Caps AD Integração, Cerest e PS Ouro Verde;	Construção: Craim e PS Metropolitano	Reforma: Oncologia do Mário Gatti	

UNIDADE	TIPO DE OBRA	2º RDQA - 2018
P.S Ouro Verde	Reforma	Prot. 2018/10/01058 - Obra licitada - empresa: REFORMA ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA.
P.S Metropolitano	Construção	Prot. 2016/10/36657- Obra iniciada - empresa: CONSTRUTORA ALPHA VITÓRIA LTDA EPP.
CRAIM	Construção	Em andamento a adequação do projeto arquitetônico, em razão de novo escopo de serviços de atendimento.

OBRA	UNIDADE	PORTE	ASSINATURA DA O.S (*previsão)	PREVISÃO DE ENTREGA PROVISÓRIA DA OBRA
NOVA	AME CAMPINAS	AME	Ago/2017	Mar/2019
NOVA	CAPS CAMPINAS	CAPS AD III	Out/2016	Mar/2019
REFORMA	CAPS NOROESTE INTEGRAÇÃO	CAPS III	*Jun/2018	Jul/2019




Cronologia dos instrumentos de gestão SUS




















ANEXOS:

ATENÇÃO BÁSICA














Distrito Norte:

-  DSN- CS STA BÁRBARA - 2RDQA2018AB
-  DSN-CSAURÉLIA-2RDQA2018AB.APDF
-  DSN-CSBARÃOGERALDO-2RDQA2018AB
-  DSN-CSBOAVISTA-2RDQA2018AB
-  DSN-CSCASSIORAPOS0-2RDQA2018AB
-  DSN-CSEULINA_2RDQA2018AB
-  DSN-CSPADREANCHIETA-2RDQA2018AB
-  DSN-CSROSALIA-2RDQA2018AB
-  DSN-CSSANMARTIN-2RDQA2018AB
-  DSN-CSSANTAMONICA-2RDQA2018AB
-  DSN-CSSAOMARCOS-2RDQA2018AB
-  DSN-CSVILLAGE-2RDQA2018AB













Distrito Sul

-  DSS_CSOZIEL_2RDQA2018AB
-  DSS-CS PARANAPANEMA_2RDQA2018AB
-  DSS-CSCAMPOBELO_2RDQA2018AB_FIN...
-  DSS-CSCARVALHODEMOURA-2RDQA20...
-  DSS-CSFERNANDA_2RDQA2018AB
-  DSS-CSFIGUEIRA-2RDQA2018AB
-  DSS-CSNOVAAMERICA -2RDQA2018
-  DSS-CSO.MAIA-2RDQA2018AB
-  DSS-CSSANDIEGO-GERALDOELIAS-2RDQ...
-  DSS-CSSANTAODILA_2RDQA2018AB
-  DSS-CSSÃOJOSÉ-2RDQA2018AB
-  DSS-CSSAOVICENTE-2RDQA2018AB
-  DSS-CSSBERNARDO-2RDQA2018AB
-  DSS-CSSDOMINGOS- 2RDQA2018AB
-  DSS-CSVILAÍPE-2RDQA2018AB
-  DSS-CSVILARICA_2RDQA2018AB
-  DSUL-CSESMERALDINA-2RDQA2018AB











Distrito Noroeste

-  DSNO_CSINTEGRACAO_2RDQA2018AB
-  DSNO-Centro de Saúde Jardim Ipaussura...
-  DSNO-CENTRODESAUDEJDFLORENCE-2...
-  DSNO-CSCAMPINAGRANDE-2RDQA201...
-  DSNO-CSFLORESTA-2RDQA 2018
-  DSNO-CSITAJAI_2RDQA2018AB CS ITAJAÍ
-  DSNO-CSLISA-2RDQA2018AB
-  dsno-cspedroaquino-2RDQA2018AB
-  DSNO-cspereuleitedebarros-2RDQA201...
-  DSNO-CSROSSIN-2RDQA2018AB.pdf
-  DSNO-CSSATÉLITEIRIS-2RDQA2018AB_FI...
-  DSNO-CSVALENÇA-2RDQA2018
-  NO-CSSANTAROSA-2RDQA2018AB









Distrito Sudoeste

-  DSO-CSSANTOSDUMONT-2RDQA2018AB
-  DSSO-CSAEROPORTO-2RDQA2018AB
-  DSSO-CSCAPIVARI-2RDQA2018AB
-  DSSO-CSDICI- 2RDAQ2018AB
-  DSSO-CSDICIII-2RDQA2018AB
-  DSSO-CSSANTOANTONIO-2RDQA2018AB
-  DSSO-CSSAOCRISTOVAO-2RDQA2018AB
-  DSSO-CSSTALUCIA_2RDQA2018AB
-  DSSO-CSTANCRÊDO-2RDQA2018AB
-  DSSO-CSUNIÃO DOS BAIRROS-2RDQA201...
-  DSSO-CSVILAUNIÃO-2RDQA2018AB
-  DSSO-VISTA ALEGRE-2RDQA2018AB

Distrito Leste:

-  DSL-CS31marco-2RDQA2018AB
-  DSL-CSBOAESPERANÇA-2RDQA2018AB
-  DSL-CSCARLOSGOMES-2RDQA2018AB
-  DSL-CSCENTRO-2RDQA2018AB
-  DSL-CSCONCEICAO-2RDQA2018AB
-  DSL-CSCOSTAESILVA-2RDQA2018AB
-  DSL-CSJOAQUIM Egidio-2RDQA2018AB
-  DSL-CSSAOQUIRINO-2RDQA2018AB
-  DSL-CSSOUSAS-2RDQA2018AB
-  DSL-CSTAQUARAL-2RDQA 2018

SERVIÇOS DE ESPECIALIDADES:

-  2RDQA 2018 ESP-POLICLINICA 3
-  2RDQA2018ESP-CEO Noroeste
-  2RDQA2018ESP-CEOOUROVERDE
-  2RDQA2018ESP-POLICLÍNICA2
-  2RDQA2018ESP-POLICLINICA1
-  DSL-CRI-2RDQA2018
-  DSL-CRR-2ºRDQA2018ESP
-  DSSO-CTAOUROVERDE- 2º RDQAESP2018-

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO, CAC, CII, CONVÊNIO HOSPITALARES E OUTROS

-  DA- 2º RDQA 2018
-  DGDO - APAE - 2º RDQA 2018
-  DGDO - APASCAMP - 2º RDQA 2018
-  DGDO - CAC-2º RDQA 2018
-  DGDO - CASA CRIANÇA PARAL. - 2º RDQA 2018
-  DGDO - CHPEO - 2º RDQA 2018
-  DGDO - CII -2º RDQA 2018
-  DGDO - CONV. ENSINO - 2º RDQA 2018
-  DGDO - HMMG - 2º RDQA 2018
-  DGDO - IRMANDADE MIS. CAMPINAS - 2º RDQA 2018
-  DGDO - NÚCLEO CONV. GOVERN. -2ºRDQA 2018
-  DGDO - PADRE HAROLDO - 2º RDQA 2018
-  DGDO - PUCC - 2º RDQA 2018
-  DGDO - REAL SOC. BENEF. PORTUGUESA - 2º RDQA 2018
-  DGDO - SERV. SAUDE CÂNDIDO FERREIRA - 2º RDQA 2018
-  DGDO- FUN. PENIDO BURNIER- 2º RDQA 2018
-  DGDO- FUND. SÍNDROME DE DOWN -2º RDQA 2018
-  DGDO-GRUPO VIDA -2º RDQA 2018