



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Avenida Anchieta, nº 200 - Bairro Centro - CEP 13015-904 - Campinas - SP - www.campinas.sp.gov.br
Paço Municipal - 11º Andar

PMC/PMC-SMS-GAB/PMC-SMS-DGDO

DESPACHO

Campinas, 07 de janeiro de 2019.

PMC.2018.00044108-60 Despacho PMC-SMS-DGDO 1151454

Ao responder usar esta referência

Ilmo(a). Sr(a).

Coordenador de Unidade

Assunto: Matrizes do 3RDQA2018 e RAG2018

Encaminho as matrizes do 3o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e também Relatório Anual de Gestão referentes a 2018 para que as unidades possam fazer o download, analisar, discutir com a equipe e preencher as questões e dados solicitados.

Todas as matrizes devem estar disponibilizadas até o dia 15 de fevereiro de 2019 para que sejam consolidadas ainda na mesma semana.

Solicitamos tomar ciência deste despacho e que a planilha respondida seja anexada como documento Externo tipo "Relatório" com o nome da unidade a este processo (PMC.2018.00044108-60).

Unidades Básicas de Saúde devem utilizar a Matriz da Atenção Básica - (1151492)

Unidades de Especialidades devem utilizar a Matriz de Especialidades - (1151498)

Unidades da Saúde Mental devem utilizar a Matriz da Saúde Mental - (1151501)

Qualquer dúvida deve ser reportada ao DGDO (2116-0881) aos cuidados de Moacyr ou Sheila.

Atenciosamente



Documento assinado eletronicamente por **MOACYR ESTEVES PERCHE**, Apoio à Gestão, em 07/01/2019, às 12:14, conforme art. 10 do Decreto 18.702 de 13 de abril de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.campinas.sp.gov.br/verifica> informando o código verificador **1151454** e o código CRC **876DF023**.

ATENÇÃO BÁSICA

Prezados Colegas,

Este material tem por finalidade sistematizar informações para monitoramento das Ações, Indicadores e Metas da Programação Anual de Saúde de 2018 (PAS), que está alinhada com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, por conseguinte, é parte integrante dos documentos dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e do Plano Plurianual.

A Lei 8080/90, em seu Art. 36, determina que o processo de Planejamento no SUS "(...) será **ascendente**, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União".

Ademais, entende-se que o processo de **planejamento e monitoramento sejam realizados com a equipe de saúde e com o controle social**. Os processos dialogados, compartilhados, com possibilidades de trocas, negociações e fluxos de comunicação, tendem a ter maiores possibilidade de realizar os compromissos para garantia da atenção à saúde.

Trocar experiências, compartilhar com a equipe é essencial neste processo. Dialoguem com o colegiado gestor da Unidade, com os colegas trabalhadores e com o Conselho Local de Saúde. Isto contribui para ampliar o olhar, diminuir fragilidades e e aprimorar processos de trabalho compartilhados. É importante que o responsável pela gestão do serviço planeje junto com a equipe de trabalhadores.

E com o intuito de contribuir com os processos orientamos o que segue:

1. Leitura do PMS 2018-2021 com todas as considerações que propusemos fazer para cada indicador analise o que foi realizado no ano de 2017, destacando o 3º quadrimestre (disponível em http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/rel_gest.htm#relatorio_quadrimestral). Este material deverá ser orientador do processo de trabalho das áreas técnicas da Unidade de Saúde para com as equipes.
2. Analisem os Planos Operativos para o cumprimento das metas e/ou se será necessária a elaboração de Plano de Trabalho, (com ação, prazo/tempo, custo, resultado esperado e responsável) para que se possa atingir o resultado proposto. Se houver necessidade de rever alguma meta, faça a proposição.
3. Após a elaboração dos resultados dos indicadores, avaliem se estão próximos ou distantes do esperado. Verifiquem se existem fragilidades no processo, bem como avaliem possibilidades de diminuílas
4. Leitura do 2º RDQA de 2018.
5. PRAZO: de 01 a 15 de fevereiro de 2019.

Obs.:

- a) Caso tenha dúvidas em relação à ficha técnica do indicador, utilizar a Ficha dos Indicadores Pactuação Interfederativa Ministério da Saúde de forma subsidiária.
- b) Utilizar o aplicativo **Adobe Acrobat Reader DC** disponível para download gratuito e aprovado pela IMA (qualquer dúvida entre em contato pelo 3755-6006 ou pelo email: resolvedoria@ima.sp.gov.br) para abrir e preencher o formulário, isso garantirá que as informações inseridas possam ser coletadas depois.
- c) Salvar o arquivo no formato PDF com o nome "*sigladodistrito-nomedoestabelecimento-3RDQA2018AB.pdf*" e enviar para o email "moacyr.perche@gmail.com" com cópia para "sheilacarmanhanesmoreira@gmail.com".
- c) O sistema salva suas respostas sempre que você solicitar.
- d) Atenção para o texto dos indicadores, onde está escrito ACUMULATIVO ou NO PERÍODO, refere-se no 1º RDQA a "de janeiro a abril" No 2ª RDQA a "de janeiro a agosto" No 3º RDQA a "de janeiro a dezembro"
- e) Utilizar número absoluto (nº de casos) dos indicadores MORTALIDADE INFANTIL, MORTALIDADE MATERNA, SÍFILIS CONGÊNITA, MORTALIDADE PRECOCE (30 anos até 69 anos).
- f) BOLSA FAMÍLIA não entra no primeiro quadrimestre, o número no período de janeiro a junho entra no 2o RDQA e no período de julho a dezembro no 3o RDQA.

Sugestão para uso:

- 1) Imprimir este formulário
- 2) Discutir em equipe ou grupo de trabalho as questões, incluindo os motivos para a resposta, as considerações e recomendações para melhorar o resultado no próximo período.

MATRIZ DE MONITORAMENTO 3o RDQA 2018 - ATENÇÃO BÁSICA

- 3) Digitar as respostas em arquivo de texto, para facilitar o lançamento neste formulário
- 4) Lançar as respostas no formulário e salvar com o nome "*sigladodistrito-nomedoestabelecimento-3RDQA2018AB.pdf* "
- 5) O Formulário PDF permite você salvar parcialmente e continuar depois ou editar as respostas.

Escolha a sua unidade de saúde da listagem do Tabnet do CNES:

Distrito/Nome do Centro de Saúde/CNES

-

-

Nome completo do responsável pelo preenchimento

-

-

Contatos

Sheila Carmanhanes e Moacyr Perche
Núcleo de Planejamento e Orçamento/DGDO/SMS/PMC
(19) 21160881
planomunicipaldesaudecampinas@googlegroups.com

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

Relevânciado 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.

Método de Cálculo

Número de equipes multiplicado por 3.450 em determinado local e período dividido pela Estimativa populacional do ano anterior

Fonte: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/biblioteca/relatorios_psf/2018/EQ_PMAQ_07_2018.pdf; população TABNET Campinas; Produção e-SUS AB.

Meta:

Aumentar 5% ao ano a partir de 2018 até 2021

Ações:

1.i.1.a. Selecione as ações que são realizadas em relação as ações de territorialização, promoção da saúde e intersetorialidade.

- 1.i.1.a.1. A unidade possui mapa do território atualizado com os setores censitários categorizados segundo risco e vulnerabilidades, agrupados em microáreas, com vinculação de Agentes comunitários de Saúde/ESF a partir desta lógica.
- 1.i.1.a.2. Mantém cadastro atualizado de domicílios e famílias do território, com identificação de riscos e vulnerabilidades.
- 1.i.1.a.3. Mantém cadastro atualizado dos equipamentos sociais do território: equipamentos governamentais, não governamentais, ONGs, Pastorais, Escolas e outras instituições, potenciais parceiras da Saúde em projetos intersetoriais
- 1.i.1.a.4. Implementa/ mantém Núcleo de Saúde Coletiva nas Unidades de Saúde, com planejamento e avaliação das ações da Vigilância em Saúde
- 1.i.1.a.5. Participa do Núcleo de Saúde Coletiva Distrital.
- 1.i.1.a.6. Mantém, estimula e qualifica as ações de combate ao sedentarismo, bem como as Práticas Integrativas de Saúde.
- 1.i.1.a.7. Não realiza.
- 1.i.1.a.8. Outro:
 -
 -
 -

MATRIZ DE MONITORAMENTO 3o RDQA 2018 - ATENÇÃO BÁSICA

1.i.1.b. Selecione a alternativa que mostra o funcionamento do Núcleo de Saúde Coletiva na unidade:

- 1.i.1.b.1. Funcionando sistematicamente (2 ou mais reuniões no quadrimestre) e de forma articulada com as ações de vigilância e planejamento.
- 1.i.1.b.2. Funcionando Parcialmente, realizou ao menos uma reunião no quadrimestre..
- 1.i.1.b.3. Não está funcionando. Qual o principal motivo?
-
-
-

1.i.1.c. Principais problemas abordados pelas ESF nos PTS:

-
-
-
-
-
-
-
-

Valores

1.i.1.v.1. Número de equipes (ESF+ESF M.I+ESF MII+ESF4+ESF4SB_M1+ESFTrans +EAB1+EAB1SB).....

1.i.1.v.3. Número de equipes x 3450.....

1.i.1.v.4. População adstrita da unidade (Estimativa Populacional da unidade) :.....

1.i.1.v.5. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

1.i.1.v.6. População cadastrada individual no e-SUS AB da unidade

1.i.1.v.7. Percentual de população cadastrada individual

Consulte o eSUS AB e indique a produção pela soma do campo "Total" do Relatório de atendimento Individual do eSUS AB de todos os médicos e enfermeiros da unidade.

Produção eSUS AB da unidade	Médicos	Enfermeiros
Janeiro/18	1.i.1.v.8.1.a.	1.i.1.v.8.1.b.
Fevereiro/18	1.i.1.v.8.2.a.	1.i.1.v.8.2.b.
Março/18	1.i.1.v.8.3.a.	1.i.1.v.8.3.b.
Abril/18	1.i.1.v.8.4.a.	1.i.1.v.8.4.b.
Mai/18	1.i.1.v.8.5.a.	1.i.1.v.8.5.b.
Junho/18	1.i.1.v.8.6.a.	1.i.1.v.8.6.b.
Julho/18	1.i.1.v.8.7.a.	1.i.1.v.8.7.b.
Agosto/18	1.i.1.v.8.8.a.	1.i.1.v.8.8.b.
Setembro/18	1.i.1.v.8.9.a.	1.i.1.v.8.9.b.
Outubro/18	1.i.1.v.8.10.a.	1.i.1.v.8.10.b.
Novembro/18	1.i.1.v.8.11.a.	1.i.1.v.8.11.b.
Dezembro/18	1.i.1.v.8.12.a.	1.i.1.v.8.12.b.

Considerações e Recomendações:

1.i.1.CR. Territorialização: A unidade possui mapa do território atualizado com os setores censitários categorizados segundo risco e vulnerabilidades, agrupados em microáreas, com vinculação de Agentes comunitários de Saúde/ ESF a partir desta lógica? A unidade mantém cadastro atualizado de domicílios e famílias do território, com identificação de riscos e vulnerabilidades? Situação atual dos cadastros domiciliares em % da população alvo. Descrever as estratégias e metas mensais utilizadas para cadastramento.

-
-
-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

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

Fonte: Relatório enviado pelo DS.

Meta:

Aumentar em 5,5% em 4 anos até 2021

Ações:

1.i.2.a. Selecione as ações que a unidade realiza em relação ao Bolsa Família:

- 1.i.2.a.1. Realiza visitas domiciliares para todas as famílias cadastradas;
- 1.i.2.a.2. Realiza vacinação, pesagem e consultas das crianças;
- 1.i.2.a.3. Realiza acompanhamento das gestantes mediante consultas de pré-natal;
- 1.i.2.a.4. Intensifica ações Inter setoriais envolvendo a unidade Básica e os serviços de referência da Assistência Social;
- 1.i.2.a.5. Alimenta o Banco de dados Bolsa Família.
- 1.i.2.a.6. Outro:

-
-
-

Valores

1.i.2.v.1. Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas na unidade

1.i.2.v.2. Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil

1.i.2.v.3. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

Considerações e Recomendações:

1.i.2.CR. Registrar considerações e recomendações sobre as ações.

-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

Numerador: $((ESF4_SB + ESF_Trans) * 3.450) + (EAB1SB + EACS\ SB) * 3.000$) em determinado local e período dividido pela população no mesmo local e período.

Fonte: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/biblioteca/relatorios_psf/2018/EQ_PMAQ_07_2018.pdf; população TABNET Campinas; Produção e-SUS AB.

Meta:

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

Ações:

1.i.3.a. Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação à cobertura de saúde bucal:

- 1.i.3.a.1. Capacita e atualiza os profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB.
- 1.i.3.a.2. Monitora e avalia a qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes no SISAB.
- 1.i.3.a.3. Organiza a oferta de serviços essenciais em saúde bucal na Atenção Básica.
- 1.i.3.a.4. Melhora o acesso e cobertura dos serviços de saúde bucal na atenção básica à saúde.
- 1.i.3.a.5. Outro:
 -
 -
 -

Valores

- 1.i.3.v.1. Número de ESF4_SB + ESF_Trans.....
- 1.i.3.v.2. Número de EAB1SB + EACS SB.....
- 1.i.3.v.3. Soma $((1.i.3.v.1) * 3450 + (1.i.3.v.2) * 3000)$
- 1.i.3.v.4. População adstrita da unidade (Estimativa Populacional da unidade):.....
- 1.i.3.v.5. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal.....
- 1.i.3.v.6. População cadastrada no e-SUS AB da unidade:.....
- 1.i.3.v.7. Percentual de população cadastrada.....
- 1.i.3.v.8. Carga horária semanal de todos os dentistas na unidade em Agosto/2018.....
- 1.i.3.v.9. Carga horária semanal de todos os ASB/TSB na unidade em Agosto/2018

MATRIZ DE MONITORAMENTO 3o RDQA 2018 - ATENÇÃO BÁSICA

Produção eSUS AB da unidade	Trat Concluído SB	1ª Consulta Odont Prog	Percentual de Tratamentos Concluídos em Saúde Bucal	Número Grupos Terapêuticos e atividades de promoção e prevenção
Janeiro/18	1.i.3.v.10.a.1.	1.i.3.v.10.b.1.	1.i.3.v.10.c.1.	1.i.3.v.10.d.1.
Fevereiro/18	1.i.3.v.10.a.2.	1.i.3.v.10.b.2.	1.i.3.v.10.c.2.	1.i.3.v.10.d.2.
Março/18	1.i.3.v.10.a.3.	1.i.3.v.10.b.3.	1.i.3.v.10.c.3.	1.i.3.v.10.d.3.
Abril/18	1.i.3.v.10.a.4.	1.i.3.v.10.b.4.	1.i.3.v.10.c.4.	1.i.3.v.10.d.4.
Mai/18	1.i.3.v.10.a.5.	1.i.3.v.10.b.5.	1.i.3.v.10.c.5.	1.i.3.v.10.d.5.
Junho/18	1.i.3.v.10.a.6.	1.i.3.v.10.b.6.	1.i.3.v.10.c.6.	1.i.3.v.10.d.6.
Julho/18	1.i.3.v.10.a.7.	1.i.3.v.10.b.7.	1.i.3.v.10.c.7.	1.i.3.v.10.d.7.
Agosto/18	1.i.3.v.10.a.8.	1.i.3.v.10.b.8.	1.i.3.v.10.c.8.	1.i.3.v.10.d.8.
Setembro/18	1.i.3.v.10.a.9.	1.i.3.v.10.b.9.	1.i.3.v.10.c.9.	1.i.3.v.10.d.9.
Outubro/18	1.i.3.v.10.a.10.	1.i.3.v.10.b.10.	1.i.3.v.10.c.10.	1.i.3.v.10.d.10.
Novembro/18	1.i.3.v.10.a.11.	1.i.3.v.10.b.11.	1.i.3.v.10.c.11.	1.i.3.v.10.d.11.
Dezembro/18	1.i.3.v.10.a.12.	1.i.3.v.10.b.12.	1.i.3.v.10.c.12.	1.i.3.v.10.d.12.

Produção eSUS AB da unidade	Núm de Participantes de Escov Bucal realizada nas Escolas púb (pré-escola, ens fund I e II) de 04 a 12 anos	Número de população matriculada em Escolas públicas (pré-escola, ensino fundamental I e II)	Proporção de Participantes de Ação coletiva de escovação bucal supervisionada
Janeiro/18	1.i.3.v.10.e.1.	1.i.3.v.10.f.1.	1.i.3.v.10.g.1.
Fevereiro/18	1.i.1.v.10.e.2.	1.i.3.v.10.f.2.	1.i.3.v.10.g.2.
Março/18	1.i.1.v.10.e.3.	1.i.3.v.10.f.3.	1.i.3.v.10.g.3.
Abril/18	1.i.1.v.10.e.4.	1.i.3.v.10.f.4.	1.i.3.v.10.g.4.
Mai/18	1.i.1.v.10.e.5.	1.i.3.v.10.f.5.	1.i.3.v.10.g.5.
Junho/18	1.i.1.v.10.e.6.	1.i.3.v.10.f.6.	1.i.3.v.10.g.6.
Julho/18	1.i.1.v.10.e.7.	1.i.3.v.10.f.7.	1.i.3.v.10.g.7.
Agosto/18	1.i.1.v.10.e.8.	1.i.3.v.10.f.8.	1.i.3.v.10.g.8.
Setembro/18	1.i.1.v.10.e.9.	1.i.3.v.10.f.9.	1.i.3.v.10.g.9.
Outubro/18	1.i.1.v.10.e.10.	1.i.3.v.10.f.10.	1.i.3.v.10.g.10.
Novembro/18	1.i.1.v.10.e.11.	1.i.3.v.10.f.11.	1.i.3.v.10.g.11.
Dezembro/18	1.i.1.v.10.e.12.	1.i.3.v.10.f.12.	1.i.3.v.10.g.12.

Considerações e Recomendações:

1.i.3.CR

-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo: Municipal, Distrital e Local

Número total de extrações dentárias em determinado local e período, dividido pelo Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período.

Fonte: eSUSAB

Meta:

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

Ações:

1.i.4.a. Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação à endodontia:

- 1.i.4.a.1. A Unidade realiza classificação de risco para atendimento assistencial em Saúde Bucal
- 1.i.4.a.2. Para a população considerada de alto risco em Saúde Bucal, a equipe intensifica ações individuais de educação e prevenção
- 1.i.4.a.3. A Unidade classifica risco para priorizar o encaminhamento à endodontia
- 1.i.4.a.4. Não realiza.
- 1.i.4.a.5. Outro:
 -
 -

Valores

1.i.4.v.1. Número total de extrações de dentes permanentes em determinado local e período

1.i.4.v.2. Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período

1.i.4.v.3. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos selecionados.....

Considerações e Recomendações:

1.i.4.CR. Descrever como a unidade faz para:Ampliar ações de promoção e prevenção à Saúde Bucal;Garantir acesso à população de maior risco e vulnerabilidade;Garantir acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade; Garantir acolhimento humanizado (a 100%) da demanda espontânea em tempo integral de funcionamento da Unidade;Garantir agendamento de consultas eletivas à população vulnerável (Hipertensão Arterial Sistêmica HAS/ Diabetes Mellitus DM) cadastrada de acordo com os critérios de risco estabelecidos.

-
-
-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo - Municipal

Número de unidades básicas de saúde com três programas dividido pelo Número de unidades básicas de saúde no município (64).

Fonte: eSUS AB e Dados Internos da Unidade

Meta:

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

Ações:

Identificar o que é realizado nos campos abaixo.

Valores

Quais são os **tipos de práticas integrativas** ofertadas na UBS e Total de Procedimentos registrados no eSUS AB no período?

Produção eSUSAB da unidade	Consciência Postural (Nº de Usuários)	Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa: Lian gong, Chikung Tai Chi Chuan 0101050011		Passeio - Caminhar para a saúde (Nº de Usuários)
Janeiro/18	1.i.5.v.1.a.	1.i.5.v.1.b.	1.i.5.v.1.c.	1.i.5.v.1.d.
Fevereiro/18	1.i.5.v.2.a.	1.i.5.v.2.b.	1.i.5.v.2.c.	1.i.5.v.2.d.
Março/18	1.i.5.v.3.a.	1.i.5.v.3.b.	1.i.5.v.3.c.	1.i.5.v.3.d.
Abril/18	1.i.5.v.4.a.	1.i.5.v.4.b.	1.i.5.v.4.c.	1.i.5.v.4.d.
Mai/18	1.i.5.v.5.a.	1.i.5.v.5.b.	1.i.5.v.5.c.	1.i.5.v.5.d.
Junho/18	1.i.5.v.6.a.	1.i.5.v.6.b.	1.i.5.v.6.c.	1.i.5.v.6.d.
Julho/18	1.i.5.v.7.a.	1.i.5.v.7.b.	1.i.5.v.7.c.	1.i.5.v.7.d.
Agosto/18	1.i.5.v.8.a.	1.i.5.v.8.b.	1.i.5.v.8.c.	1.i.5.v.8.d.
Setembro/18	1.i.5.v.9.a.	1.i.5.v.9.b.	1.i.5.v.9.c.	1.i.5.v.9.d.
Outubro/18	1.i.5.v.10.a.	1.i.5.v.10.b.	1.i.5.v.10.c.	1.i.5.v.10.d.
Novembro/18	1.i.5.v.11.a.	1.i.5.v.11.b.	1.i.5.v.11.c.	1.i.5.v.11.d.
Dezembro/18	1.i.5.v.12.a.	1.i.5.v.12.b.	1.i.5.v.12.c.	1.i.5.v.12.d.

Produção eSUSAB da unidade	Meditação 0101050070			Yoga. 0101050046
Janeiro/18	1.i.5.v.1.e.	1.i.5.v.1.f.	1.i.5.v.1.g.	1.i.5.v.1.h.
Fevereiro/18	1.i.5.v.2.e.	1.i.5.v.2.f.	1.i.5.v.2.g.	1.i.5.v.2.h.

MATRIZ DE MONITORAMENTO **3o RDQA** 2018 - ATENÇÃO BÁSICA

Março/18	1.i.5.v.3.e.	1.i.5.v.3.f.	1.i.5.v.3.g.	1.i.5.v.3.h.
Abril/18	1.i.5.v.4.e.	1.i.5.v.4.f.	1.i.5.v.4.g.	1.i.5.v.4.h.
Maió/18	1.i.5.v.5.e.	1.i.5.v.5.f.	1.i.5.v.5.g.	1.i.5.v.5.h.
Junho/18	1.i.5.v.6.e.	1.i.5.v.6.f.	1.i.5.v.6.g.	1.i.5.v.6.h.
Julho/18	1.i.5.v.7.e.	1.i.5.v.7.f.	1.i.5.v.7.g.	1.i.5.v.7.h.
Agosto/18	1.i.5.v.8.e.	1.i.5.v.8.f.	1.i.5.v.8.g.	1.i.5.v.8.h.
Setembro/18	1.i.5.v.9.e.	1.i.5.v.9.f.	1.i.5.v.9.g.	1.i.5.v.9.h.
Outubro/18	1.i.5.v.10.e.	1.i.5.v.10.f.	1.i.5.v.10.g.	1.i.5.v.10.h.
Novembro/18	1.i.5.v.11.e.	1.i.5.v.11.f.	1.i.5.v.11.g.	1.i.5.v.11.h.
Dezembro/18	1.i.5.v.12.e.	1.i.5.v.12.f.	1.i.5.v.12.g.	1.i.5.v.12.h.

Produção eSUSAB da unidade	Acupuntura Sistêmica 0309050022	Acupuntura Microssistemas (Yamamoto - YNSA; Microssistema de Su Jok; auriculoterapia; e outros) 0309050049	Homeopatia (Nº de Usuários)	Fitoterapia (Nº de Usuários)
Janeiro/18	1.i.5.v.1.i.	1.i.5.v.1.j.	1.i.5.v.1.k.	1.i.5.v.1.l.
Fevereiro/18	1.i.5.v.2.i.	1.i.5.v.2.j.	1.i.5.v.2.k.	1.i.5.v.2.l.
Março/18	1.i.5.v.3.i.	1.i.5.v.3.j.	1.i.5.v.3.k.	1.i.5.v.3.l.
Abril/18	1.i.5.v.4.i.	1.i.5.v.4.j.	1.i.5.v.4.k.	1.i.5.v.4.l.
Maió/18	1.i.5.v.5.i.	1.i.5.v.5.j.	1.i.5.v.5.k.	1.i.5.v.5.l.
Junho/18	1.i.5.v.6.i.	1.i.5.v.6.j.	1.i.5.v.6.k.	1.i.5.v.6.l.
Julho/18	1.i.5.v.7.i.	1.i.5.v.7.j.	1.i.5.v.7.k.	1.i.5.v.7.l.
Agosto/18	1.i.5.v.8.i.	1.i.5.v.8.j.	1.i.5.v.8.k.	1.i.5.v.8.l.
Setembro/18	1.i.5.v.9.i.	1.i.5.v.9.j.	1.i.5.v.9.k.	1.i.5.v.9.l.
Outubro/18	1.i.5.v.10.i.	1.i.5.v.10.j.	1.i.5.v.10.k.	1.i.5.v.10.l.
Novembro/18	1.i.5.v.11.i.	1.i.5.v.11.j.	1.i.5.v.11.k.	1.i.5.v.11.l.
Dezembro/18	1.i.5.v.12.i.	1.i.5.v.12.j.	1.i.5.v.12.k.	1.i.5.v.12.l.

Produção eSUSAB da unidade	Movimento Vital Expressivo, Dança Circular e Biodança 0101050038	Shantala 0101050054	Terapia Comunitária Integrativa (TCI) 0101050020	Reiki 0309050103
Janeiro/18	1.i.5.v.1.m.	1.i.5.v.1.n.	1.i.5.v.1.o.	1.i.5.v.1.p.
Fevereiro/18	1.i.5.v.2.m.	1.i.5.v.2.n.	1.i.5.v.2.o.	1.i.5.v.2.p.
Março/18	1.i.5.v.3.m.	1.i.5.v.3.n.	1.i.5.v.3.o.	1.i.5.v.3.p.
Abril/18	1.i.5.v.4.m.	1.i.5.v.4.n.	1.i.5.v.4.o.	1.i.5.v.4.p.
Maió/18	1.i.5.v.5.m.	1.i.5.v.5.n.	1.i.5.v.5.o.	1.i.5.v.5.p.
Junho/18	1.i.5.v.6.m.	1.i.5.v.6.n.	1.i.5.v.6.o.	1.i.5.v.6.p.
Julho/18	1.i.5.v.7.m.	1.i.5.v.7.n.	1.i.5.v.7.o.	1.i.5.v.7.p.

MATRIZ DE MONITORAMENTO 3o RDQA 2018 - ATENÇÃO BÁSICA

Agosto/18	1.i.5.v.8.m.	1.i.5.v.8.n.	1.i.5.v.8.o.	1.i.5.v.8.p.
Setembro/18	1.i.5.v.9.m.	1.i.5.v.9.n.	1.i.5.v.9.o.	1.i.5.v.9.p.
Outubro/18	1.i.5.v.10.m.	1.i.5.v.10.n.	1.i.5.v.10.o.	1.i.5.v.10.p.
Novembro/18	1.i.5.v.11.m.	1.i.5.v.11.n.	1.i.5.v.11.o.	1.i.5.v.11.p.
Dezembro/18	1.i.5.v.12.m.	1.i.5.v.12.n.	1.i.5.v.12.o.	1.i.5.v.12.p.

1.i.5.v.x Outros (Citar e indicar a quantidade realizada)

-
-

Considerações e Recomendações:

1.i.5.CR.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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

Método de Cálculo

Número de medicamentos disponíveis no município no período dividido pelo Número de medicamentos padronizados para Atenção Primária

Fonte: Produção eSUS AB, Dados Internos da Unidade

Meta:

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

Ações e Valores

1.i.6.a. Selecione as ações realizadas em relação a itens padronizados:

- 1.i.6.a.1. Fez revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e medicamentos, a partir do consumo médio no período;
- 1.i.6.a.2. Monitora o estoque de medicamentos e materiais na Unidade;
- 1.i.6.a.3. Alimenta o sistema de movimentação de estoque (GEMM)
- 1.i.6.a.4. Monitora o controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos;

MATRIZ DE MONITORAMENTO 3o RDQA 2018 - ATENÇÃO BÁSICA

- 1.i.6.a.5. Orienta 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.
- 1.i.6.a.6. Outro:
 -
 -
 -

1.i.6.b. Selecione as opções em relação ao Programa de Farmacovigilância na Unidade:

- 1.i.6.b.1. Existe uma cópia acessível do Programa de Farmacovigilância.
- 1.i.6.b.2. Tem programa de farmacovigilância implantado conforme o protocolo.
- 1.i.6.b.3. Tem fluxo estabelecido para notificar as ocorrências (ex.:desvio de qualidade, reação adversa).
- 1.i.6.b.4. Não tem programa de farmacovigilância implantado. Motivo:
 -
 -
 -

Valores

Em relação a integração do **Farmacêutico** nas ações **essenciais** de saúde da ESF informe:

Produção eSUS AB da unidade	No. de consultas farmacêuticas	No. de Visita Domiciliar
Janeiro/18	1.i.6.v.1.a.	1.i.6.v.1.b.
Fevereiro/18	1.i.6.v.2.a.	1.i.6.v.2.b.
Março/18	1.i.6.v.3.a.	1.i.6.v.3.b.
Abril/18	1.i.6.v.4.a.	1.i.6.v.4.b.
Mai/18	1.i.6.v.5.a.	1.i.6.v.5.b.
Junho/18	1.i.6.v.6.a.	1.i.6.v.6.b.
Julho/18	1.i.6.v.7.a.	1.i.6.v.7.b.
Agosto/18	1.i.6.v.8.a.	1.i.6.v.8.b.
Setembro/18	1.i.6.v.9.a.	1.i.6.v.9.b.
Outubro/18	1.i.6.v.10.a.	1.i.6.v.10.b.
Novembro/18	1.i.6.v.11.a.	1.i.6.v.11.b.
Dezembro/18	1.i.6.v.12.a.	1.i.6.v.12.b.

Em relação a integração do **Farmacêutico** nas ações **complementares** de saúde da ESF informe:

Produção eSUS AB da unidade	No Atendimento compartilhado / Matriciamento	No. Grupos Terapêuticos	Atividades de Educação em Saúde
Janeiro/18	1.i.6.v.1.c.	1.i.6.v.1.d.	1.i.6.v.1.e.
Fevereiro/18	1.i.6.v.2.c.	1.i.6.v.2.d.	1.i.6.v.2.e.
Março/18	1.i.6.v.3.c.	1.i.6.v.3.d.	1.i.6.v.3.e.
Abril/18	1.i.6.v.4.c.	1.i.6.v.4.d.	1.i.6.v.4.e.
Mai/18	1.i.6.v.5.c.	1.i.6.v.5.d.	1.i.6.v.5.e.
Junho/18	1.i.6.v.6.c.	1.i.6.v.6.d.	1.i.6.v.6.e.
Julho/18	1.i.6.v.7.c.	1.i.6.v.7.d.	1.i.6.v.7.e.
Agosto/18	1.i.6.v.8.c.	1.i.6.v.8.d.	1.i.6.v.8.e.
Setembro/18	1.i.6.v.9.c.	1.i.6.v.9.d.	1.i.6.v.9.e.

MATRIZ DE MONITORAMENTO 3o RDQA 2018 - ATENÇÃO BÁSICA

Outubro/18	1.i.6.v.10.c.	1.i.6.v.10.d.	1.i.6.v.10.e.
Novembro/18	1.i.6.v.11.c.	1.i.6.v.11.d.	1.i.6.v.11.e.
Dezembro/18	1.i.6.v.12.c.	1.i.6.v.12.d.	1.i.6.v.12.e.

Em relação a integração do **Agente de Apoio da Farmácia** nas ESF e indique a quantidade realizada (considere o conjunto de profissionais):

Produção eSUS AB da unidade	No. de Visita Domiciliar	No. Grupos Terapêuticos	Atividades de Educação em Saúde
Janeiro/18	1.i.6.v.1.f.	1.i.6.v.1.g.	1.i.6.v.1.h.
Fevereiro/18	1.i.6.v.2.f.	1.i.6.v.2.g.	1.i.6.v.2.h.
Março/18	1.i.6.v.3.f.	1.i.6.v.3.g.	1.i.6.v.3.h.
Abril/18	1.i.6.v.4.f.	1.i.6.v.4.g.	1.i.6.v.4.h.
Mai/18	1.i.6.v.5.f.	1.i.6.v.5.g.	1.i.6.v.5.h.
Junho/18	1.i.6.v.6.f.	1.i.6.v.6.g.	1.i.6.v.6.h.
Julho/18	1.i.6.v.7.f.	1.i.6.v.7.g.	1.i.6.v.7.h.
Agosto/18	1.i.6.v.8.f.	1.i.6.v.8.g.	1.i.6.v.8.h.
Setembro/18	1.i.6.v.9.f.	1.i.6.v.9.g.	1.i.6.v.9.h.
Outubro/18	1.i.6.v.10.f.	1.i.6.v.10.g.	1.i.6.v.10.h.
Novembro/18	1.i.6.v.11.f.	1.i.6.v.11.g.	1.i.6.v.11.h.
Dezembro/18	1.i.6.v.12.f.	1.i.6.v.12.g.	1.i.6.v.12.h.

Considerações e Recomendações:

1.i.6.CR. Apontar: se ocorreu a falta de itens essenciais ou alguma situação excepcional que acarretou prejuízo no abastecimento.

Apontar: Considerações sobre as ações do Farmacêutico e Agentes de Apoio a Saúde - Farmácia.

Apontar: ações, encaminhamentos e/ou dificuldades relativas às notificações ou à implantação do programa.

Orientações para o fluxo padronizado: as unidades fazem a notificação no site do CVS ([Eventos Adversos e Queixas Técnicas de Produtos](#)) e encaminham para o distrito o número e o comprovante dos desvios de qualidade e possíveis reações adversas a medicamentos (RAM).

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

Numero de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período, dividido pelo total de internações clínicas, em determinado local e período.

Fonte: TABNET Campinas

Meta:

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

Ações:

1.i.7.a. Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação ao fortalecimento de linhas de cuidado para doenças crônicas:

- 1.i.7.a.1. Implantado protocolo e desenvolve ações de acordo com os indicadores da unidade, visando o fortalecimento das linhas de cuidado para doenças crônicas.
- 1.i.7.a.2. Recebe e analisa relatórios de internação dos pacientes que foram internados com patologias da AB e realizou busca ativa dos egressos da área adstrita.
- 1.i.7.a.3. Garante a Atenção Integral aos idosos, garantindo acesso para os acamados e com alguma limitação de locomoção
- 1.i.7.a.4. Tem grupo para ações de promoção à Saúde voltadas para abordagem de Alimentação Saudável, Tabagismo, Alcoolismo, sedentarismo
- 1.i.7.a.5. Alimentar o banco de dados do cadastro de pacientes crônicos para monitoramento dos riscos e agravos de saúde
- 1.i.7.a.6. Os ACS realizam ações coletivas para redução das DCNT Se afirmativo Quais? (descreva abaixo no campo OUTRO quais ações são realizadas)
- 1.i.7.a.7. Não realiza.
- 1.i.7.a.8. Outro:
 -
 -
 -
 -

1.i.7.b. Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação a Avaliação de Riscos e Vulnerabilidade:

- 1.i.7.b.1. A Unidade mantém cadastro atualizado com estratificação por risco dos diabéticos e hipertensos do território.
- 1.i.7.b.2. A unidade garante oferta de consulta médica programada, consulta de enfermeiro, exames laboratoriais e ações educativas com frequência estabelecida pelo grau de risco para os pacientes acompanhados.
- 1.i.7.b.3. A unidade garante realização de PTS para os pacientes de alto risco.
- 1.i.7.b.4. Não realiza.
- 1.i.7.b.5. Outro:
 -
 -
 -
 -

1.i.7.c. Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação as Estratégias utilizadas pela unidade para Gestão de egressos de internações hospitalares por condições sensíveis a Atenção Básica

- 1.i.7.c.1. A Unidade recebe e analisa os Relatórios mensais de pacientes internados por patologias da lista de condições sensíveis à Atenção Básica.
- 1.i.7.c.2. A unidade ao receber um relatório de alta (ICSAP), realiza busca ativa, cadastro, avaliação e registro em prontuário e articula a seqüência de ofertas na unidade/domicílio.
- 1.i.7.c.3. A unidade desenvolve ações em parceria com a Unidade de Pronto Atendimento de referência para garantir a continuidade do cuidado de usuários portadores de doenças crônicas.
- 1.i.7.c.4. A unidade define como evento sentinela e realiza ações a partir dos óbitos por ICSAP.
- 1.i.7.c.5. Não realiza.
- 1.i.7.c.6. Outro:
 -
 -
 -

1.i.7.d. Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação as Estratégias utilizadas pela unidade para Atenção Integral ao idoso e gestão da Atenção domiciliar.

- 1.i.7.d.1. A unidade possui cadastro atualizado dos idosos acamados ou com alguma limitação de locomoção.
- 1.i.7.d.2. A unidade desenvolve de projetos terapêuticos individuais em parceria com o SAD de referência.
- 1.i.7.d.3. A unidade mantém cobertura vacinal do idoso maior que 90%.
- 1.i.7.d.4. A Unidade possui mecanismos de acesso específicos para a população masculina.
- 1.i.7.d.5. Não realiza.
- 1.i.7.d.6. Outro:
 -
 -
 -

Valores

O indicador municipal é calculado pela Coordenadoria de Avaliação e Controle.

Considerações e Recomendações:

1.i.7.CR. Estratégias utilizadas pela unidade para fortalecimento das linhas de cuidado às doenças crônicas, descrever:

As estratégias utilizadas e as razões pelas quais existe dificuldade em garantir esta oferta; Número de reuniões clínicas realizadas no período para discussão de diretrizes e protocolos existentes apontar as estratégias desenvolvidas e dificuldades identificadas; Tipo de atividade, frequência, número de trabalhadores e usuários participantes; Tipos de ações desenvolvidas; As estratégias ainda não formais desenvolvidas planejadas; Quais ações ACS participam com que frequência e quantos são envolvidos.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano dividido pela População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano, dividida por 3.

Fonte: População TABNET, Produção eSUS AB . Considerações - livro interno da unidade.

Meta:

Meta de Campinas:0,42

Meta Pactuada Regional: 0,45

Ações:

1.ii.1.a. Selecione as ações realizadas pela unidade em relação ao cancer de colo de utero:

- 1.ii.1.a.1. Realiza mutirões de coleta da Papanicolau .
- 1.ii.1.a.2. Adota o protocolo de Atenção à saúde das mulheres do DAB/MS-HSL.
- 1.ii.1.a.3. Faz captação de mulheres para realização do exame
- 1.ii.1.a.4. Faz grupo em sala de espera
- 1.ii.1.a.5. Nenhuma ação é realizada pela unidade.
- 1.ii.1.a.6.Outro:
-
-
-

Valores

Produção eSUSAB da unidade	Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos	Acumulado de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos		Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária
Janeiro/18	1.ii.1.v.1.a.	1.ii.1.v.1.b.	População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos	1.ii.1.v.1.c
Fevereiro/18	1.ii.1.v.2.a.			1.ii.1.v.2.c.
Março/18	1.ii.1.v.3.a.			1.ii.1.v.3.c.
Abril/18	1.ii.1.v.4.a.			1.ii.1.v.4.c.
Maio/18	1.ii.1.v.5.a.		População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos dividida por 3	1.ii.1.v.5.c.
Junho/18	1.ii.1.v.6.a.			1.ii.1.v.6.c.
Julho/18	1.ii.1.v.7.a.			1.ii.1.v.7.c.
Agosto/18	1.ii.1.v.8.a.			1.ii.1.v.8.c.
Setembro/18	1.ii.1.v.9.a.			1.ii.1.v.9.c.
Outubro/18	1.ii.1.v.10.a.			1.ii.1.v.10.c.

MATRIZ DE MONITORAMENTO 3o RDQA 2018 - ATENÇÃO BÁSICA

Novembro/18	1.ii.1.v.11.a.		1.ii.1.v.11.c.
Dezembro/18	1.ii.1.v.12.a.		1.ii.1.v.12.c.

Considerações e Recomendações:

1.ii.1.CR. Apontar: como se dá a oferta de coleta deste exame (agenda, quais profissionais envolvidos na coleta, demanda espontânea, capacidade física, realização de campanhas e mutirões e necessidade de capacitação); apontar as ações necessárias para o alcance da meta.

-
-
-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano dividido pela População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano dividida por dois.

Fonte: População TABNET, Produção - livro interno da unidade.

Meta:

Meta de Campinas:0,32

Meta Pactuada Regional: 0,34

Ações:

1.ii.2.a. Selecione as ações realizadas pela unidade em relação ao cancer de mama:

- 1.ii.2.a.1. Oferta mamografias de rastreamento de demanda espontânea a partir dos 50 anos, conforme protocolo
- 1.ii.2.a.2. Faz captação de mulheres para realização do exame
- 1.ii.2.a.3. Agiliza consulta de retorno, principalmente, dos resultados dos exames alterados.
- 1.ii.2.a.4. Incentiva utilização do Programa Mulheres de Peito
- 1.ii.2.a.5. Nenhuma ação é realizada pela unidade.
- 1.ii.2.a.6. Outro:
 -
 -
 -

Valores

- 1.ii.2.v.1. Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etaria de 50 a 69 anos
- 1.ii.2.v.2a. População feminina na mesma faixa etaria no mesmo local e ano
- 1.ii.2.v.2b. População feminina na mesma faixa etaria no mesmo local e ano dividido por 2
- 1.ii.2.v.3. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos

Considerações e Recomendações:

1.ii.2.CR.

-
-
-
-
-
-
-
-

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.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.

Método de Cálculo

Número de nascidos vivos de mães residentes(em determinado local e ano) com sete ou mais consultas de pré-natal dividido peloNúmero de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período multiplicado por 100.

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

Meta

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

Ações:

2.i.3.a. Selecione as ações que são realizadas em relação as consultas de pré-natal:

- 2.i.3.a.1. Realiza teste rápido de gravidez na Unidade, no momento da procura;
- 2.i.3.a.2. Atualiza o cadastro do eSUSAB no momento da confirmação da gravidez ;
- 2.i.3.a.3. Faz classificação de risco;
- 2.i.3.a.4. Faz busca ativa das gestantes faltosas cadastradas na Unidade.
- 2.i.3.a.5. Outro:
 -
 -
 -

Valores

2.i.3.v.1. Número de nascidos vivos de mães residentes com sete ou mais consultas de pré-natal

2.i.3.v.2. Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período

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

Considerações e Recomendações:

2.i.3.CR. Apontar: descrever como faz busca ativa das gestantes faltosas cadastradas na Unidade; como a unidade garante as consultas de pré-natal e puerpério (agenda específica); analisar a relação de gestantes acompanhadas pelo serviço e pela saúde suplementar; de que forma a unidade acompanha as gestantes sob cuidado de pré-natal de alto risco; de que forma oferece ações de Planejamento Familiar; apontar necessidade de capacitação para os profissionais; lembrar de apontar as perdas de médicos GO e generalista, ACSs, enfermeiros e outros; descrever como faz gestão do processo de trabalho para garantir aumento deste indicador; analisar a disponibilidade de oferta do teste rápido de gravidez.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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.

BÁSICA *Método de Cálculo*

Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes (em determinado local e período) dividido pelo Número de nascidos vivos de mães residentes (no mesmo local e período) multiplicado por 100.

Fonte: SINASC

Meta

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

Ações:

2.i.4.a. Selecione as ações que são realizadas em relação as consultas de pré-natal:

- 2.i.4.a.1. Realiza teste rápido de gravidez na Unidade, no momento da procura;
- 2.i.4.a.2. Atualiza o cadastro do eSUSAB no momento da confirmação da gravidez;
- 2.i.4.a.3. Faz classificação de risco;
- 2.i.4.a.4. Faz busca ativa das gestantes adolescentes.
- 2.i.4.a.5. Realiza ações de prevenção de gravidez na adolescência
- 2.i.4.a.6. Outras
-
-
-

Valores

- 2.i.4.v.1. Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes
- 2.i.4.v.2. Número de nascidos vivos de mães
- 2.i.4.v.3. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos

Considerações e Recomendações:

2.i.4.CR. Apontar: descrever como faz busca ativa das gestantes adolescentes; como a unidade garante as consultas de pré-natal e puerpério (agenda específica) para estas gestantes adolescentes; de que forma oferece ações de prevenção de gravidez na adolescência; apontar necessidade de capacitação para os profissionais para trabalhar com adolescentes; lembrar de apontar as perdas de médicos GO e generalista, ACSs, enfermeiros e outros; descrever como faz gestão do processo de trabalho para garantir diminuição deste indicador; analisar a disponibilidade de oferta do teste rápido de gravidez.

-
-
-
-
-
-
-
-
-

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. Considerando que a nova diretriz da SMS não é de atendimento isolado do RN, mas sim de forma conjunta com sua mãe, este indicador permite também inferir indiretamente o "percentual de binômios recém-nascidos e suas mães atendidos na primeira semana de vida", conforme definido pela AMAQ-PMAQ.

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

Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida dividido pelo Total de recém-nascidos a serem acompanhados multiplicado por 100.

Fonte: eSUS AB

Meta:

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

Ações:

2.i.6.a. Secione a alternativa que descreve a atividade da unidade em relação a 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.

- 2.i.6.a.1. Não desenvolve.
- 2.i.6.a.2. Quais atividades desenvolve:

-
-
-

Valores

2.i.6.v.1. Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida

2.i.6.v.2. Total de recém-nascidos a serem acompanhados

2.i.6.v.3. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida

Considerações e Recomendações:

2.i.6.CR.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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 - Municipal

Número de UBS matriciadas por CAPS dividido pelo Número total de UBS do município multiplicado por 100.

Fonte: Produção eSUS AB e dados internos da unidade.

Meta

100% das unidades matriciadas.

Ações:

2.i.8.a. Selecione as unidades que atuam em relação ao matriciamento das ESF:

- 2.i.8.a.1. Equipe de Saúde Mental da Unidade
- 2.i.8.a.2. CAPS II e/ou CAPS III
- 2.i.8.a.3. CAPS AD II e/ou CAPS AD III
- 2.i.8.a.4 CAPSi CECCO NASF
- 2.i.8.a.5. Não possuem.
- 2.i.8.a.6. Outra:
 -
 -
 -

2.i.8.b. Selecione quais ações de saúde são ofertadas aos usuários de saúde mental na unidade básica:

- 2.i.8.b.1. Consulta individual com profissional de saúde mental
- 2.i.8.b.2. Consulta médica individual (clínico, GO, pediatra, médico generalista)
- 2.i.8.b.3. Atendimentos compartilhados na ESF
- 2.i.8.b.4. Grupos
- 2.i.8.b.5. Visitas Domiciliares
- 2.i.8.b.6. Atendimentos compartilhados com serviços especializados (CAPSi, CAPS II OU III, CAPS AD, CECCOS, CnaR)
- 2.i.8.b.7. Intersectoriais
- 2.i.8.b.8. Não realiza.
- 2.i.8.b.9.Outro:
 -
 -
 -

Valores

2.i.8.v.1.Quantos casos de usuários adultos foram acompanhados no período

2.i.8.v.2. Usuários de Alcool e Outras Drogas (F10 a F19)

2.i.8.v.3. Transtornos de Humor (depressao F32, ansiedade F41, sind panico F41.2, transtorno afetivo bipolar F31)

2.i.8.v.4. Transtornos Psicoticos (F20 a F29 -esquizofrenia, esquizoafetivos, transtorno agudo)

2.i.8.v.5. Reações de ajustamento F43 (variação da normalidade psiquica de curta duração que não necessita de aporte medicamentoso - luto prolongado, separação, perda de emprego)

2.i.8.v.6. Quantos casos de crianças e adolescentes com transtornos mentais são acompanhados pela unidade?

Considerações e Recomendações:

2.i.8.CR. Descrever com qual frequência as equipes de PSF recebem o matriciamento.

-
-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

Número de óbitos em menores de 1 ano dividido pelo Número de nascidos vivos multiplicado por 1000.

Fonte: SIM

Meta

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

Ações

2.ii.1.a. Selecione as ações que a unidade realiza em relação a assistência:

- 2.ii.1.a.1. Garante acesso oportuno ao atendimento das intercorrências do período gravídico, com reconhecimento adequado das situações de risco a saúde
- 2.ii.1.a.2. Garante acesso ao pré-natal de alto-risco e recursos tecnológicos assistenciais para o binômio mãe/bebê em tempo oportuno, conforme necessidade.
- 2.ii.1.a.3. Estabelece vinculação da gestante a uma unidade de referência para o parto e garante transporte seguro.
- 2.ii.1.a.4. Estimula o aleitamento materno e o acompanhamento precoce na unidade básica de saúde (vinculando a uma equipe de saúde da família).
- 2.ii.1.a.5. Desenvolve estratégias, para prevenção, diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno, da Infecção de Trato Urinário (ITU), com monitoramento de cura pós-tratamento, priorizando mulheres grávidas.
- 2.ii.1.a.6. Desenvolve 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.
- 2.ii.1.a.7. Outro:
 -
 -
 -
 -

Valores

- 2.ii.1.v.1. Número de nascidos vivos
- 2.ii.1.v.2. Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida (Mortalidade neonatal precoce)
- 2.ii.1.v.3. Número de óbitos de 7 a 27 dias de vida (Mortalidade neonatal tardia)
- 2.ii.1.v.4. Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida (Mortalidade pós-neonatal)
- 2.ii.1.v.5. Número de óbitos em menores de 1 ano(Mortalidade infantil)
- 2.ii.1.v.6. Número de óbitos de 1 a < 5 anos (Mortalidade em menores de 5 anos)

Considerações e Recomendações:

2.ii.1.CR. Apontar: Como realiza as investigações de óbitos; se possui Núcleo de Saúde Coletiva na Unidade e se os casos são considerados “eventos sentinelas” e discutidos com a equipe.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Indicador 2.ii.2. Razão da Mortalidade Materna

Método de Cálculo

Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna dividido pelo Número de nascidos vivos de mães residentes multiplicado por 100000.

Fonte: SIM

Meta

Manter até 40 mortes/100.000 nascidos vivos em cada ano e que a media 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 avaliação seja pela média dos quatros, 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

2.ii.2.a. Seleccione as ações realizadas pela unidade:

- 2.ii.2.a.1. Capacita as ESF para acompanhamento de pré-natal de baixo risco.
- 2.ii.2.a.2. Organiza o processo de trabalho visando à qualificação do pré-natal.
- 2.ii.2.a.3. Utiliza eventos sentinela para qualificar as equipes de saúde no atendimento pré-natal e prevenir a ocorrência de outros eventos.

- 2.ii.2.a.4. Intensifica a imunização de mulheres durante a gestação,
- 2.ii.2.a.5. Prioriza a vacinação contra a Coqueluche.
- 2.ii.2.a.6. Outro:
 -
 -
 -

Valores

- 2.ii.2.v.1. Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna
- 2.ii.2.v.2. Número de nascidos vivos de mães residentes
- 2.ii.2.v.3. Razão da Mortalidade Materna por 100.000 Nascidos Vivos.....

Considerações e Recomendações:

2.ii.2.CR. Quais ações são realizadas para garantir a assistência qualificada no PN (avaliação de risco, exames, vacinas conforme protocolo e grupos educativos); como garante encaminhamento ao PN de alto risco quando necessário; como mantém o acompanhamento e vigilância destas gestantes; vigilância de faltosas, atenção ao retorno puerperal; registrar se há participação no Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil distrital; relatar como realiza o atendimento às intercorrências na gravidez.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

Total de óbitos de MIF investigados dividido pelo Total de óbitos de MIF. Fator de multiplicação: 100

Fonte: SIM

Meta

Meta pactuada Região: 90%

Ações:

- 2.ii.3.a. Selecione as ações que a unidade realiza em relação a investigação de óbitos:
 - 2.ii.3.a.1. Possui profissionais de saúde capacitados para investigação de casos MIF
 - 2.ii.3.a.2. Participa ativamente do Comitê Distrital de Vigilância de Morte Materna, Infantil e Fetal

2.ii.3.a.3. Outro:

-
-
-

Valores

2.ii.3.v.1. Número Total de óbitos em mulher em idade fértil(10 a 49 anos)investigados.....

2.ii.3.v.2. Número Total de óbitos em mulher em idade fértil (10 a 49 anos)

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

Considerações e Recomendações:

2.ii.3.CR. Apontar: como a equipe faz para investigar os óbitos; se utiliza os dados encontrados na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil para programar ações voltadas a mulher e se faz Evento Sentinela.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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 e avaliar a assistência ao PN, ao parto e puerpério, medindo a cobertura e o acesso, acolhimento e resolutividade à atenção da saúde materna e infantil.

Método de Cálculo

Total de óbitos maternos investigados dividido pelo Total de óbitos maternos.

Fonte: SIM

Meta:

100% dos óbitos maternos investigados e reduzir o número de óbitos maternos.

Ações:

2.ii.4.a. Desenvolve estratégias para investigar os óbitos maternos de sua área:

- 2.ii.4.a.1. Não desenvolve.
- 2.ii.4.a.2. Quais atividades desenvolve:
 -
 -
 -

Valores

2.ii.4.v.1. Total de óbitos maternos investigados

2.ii.4.v.2. Total de óbitos de maternos

2.ii.4.v.3. Proporção de óbitos maternos investigados

Considerações e Recomendações:

2.ii.4.CR. Apontar: Como a equipe faz para investigar os óbitos maternos; se possui Núcleo de Saúde Coletiva na Unidade e se os casos são considerados eventos sentinelas e discutidos com a equipe; descrever a classificação dos óbitos do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil (EVITÁVEL ou INEVITÁVEL).

Quais ações são realizadas para garantir a assistência qualificada no PN (exames, vacinas conforme protocolo e grupos educativos); Como garante encaminhamento ao PN de alto risco quando necessário e como mantém o acompanhamento destas gestantes; Registrar se há participação no Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil; Relatar como realiza o atendimento adequado às intercorrências na gravidez; registrar a classificação dos óbitos (EVITÁVEL ou INEVITÁVEL).

Apontar o número de óbitos evitáveis ocorridos no período na unidade e de que maneira impactaram na gestão da equipe sobre a assistência ao pré-natal.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

Número de óbitos em menores de 1 ano, segundo o ano e território selecionado dividido pelo Número de nascidos vivos, segundo o ano e território selecionado multiplicado por 100

Fonte: SIM

Meta:

100%

Ações:

2.ii.5.a. Desenvolve estratégias para investigar os óbitos infantis e fetais de sua área:

- 2.ii.5.a.1. Não desenvolve.
- 2.ii.5.a.2. Quais atividades desenvolve:
 -
 -
 -

Valores

- 2.ii.5.v.1. Número Total de óbitos infantis e fetais do período investigados.....
- 2.ii.5.v.2. Número Total de óbitos infantis e fetais ocorridos no período.....
- 2.ii.5.v.3. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.....

Considerações e Recomendações:

2.ii.5.CR. Apontar as necessidades que influenciaram no alcance das metas (falta de capacitação; dificuldade na coleta de dados e/ou na discussão da investigação na equipe; necessidade de apoio do comitê ou do distrito de saúde) para a realização das investigações de óbitos no período.

-
-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT em determinado ano e local, dividido pela População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local multiplicado por 100000.

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

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.

Ações:

2.ii.6.a. Selecione as ações realizadas em relação a reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT :

- 2.ii.6.a.1. Desenvolve pelo menos uma atividade de combate ao sedentarismo.
- 2.ii.6.a.2. Desenvolve pelo menos uma atividade de incentivo à alimentação saudável.
- 2.ii.6.a.3. Possui cadastro e atende no domicílio, idosos acamados ou limitados na locomoção.
- 2.ii.6.a.4. Realiza imunização contra Gripe para estes pacientes.
- 2.ii.6.a.5. Tem o SISCAN implantado na Unidade.
- 2.ii.6.a.6. A unidade realiza classificação por grau de risco para os hipertensos e diabéticos segundo o protocolo de risco cardiovascular.
- 2.ii.6.a.7. A Unidade tem ofertas de grupos educativos e/ou práticas integrativas para corroborar com o acompanhamento destes pacientes.
- 2.ii.6.a.8. Faz Projeto Terapêutico Singular para os pacientes de maior vulnerabilidade.
- 2.ii.6.a.9. Faz busca ativa e acompanhamento dos egressos de internações hospitalares/pronto atendimento.
- 2.ii.6.a.10. A unidade utiliza a Entrevista Motivacional, como ferramenta para mudança de comportamento e ampliação da capacidade de autocuidado do usuário.
- 2.ii.6.a.11. A unidade possui profissionais com conhecimento da ferramenta da Entrevista Motivacional.
- 2.ii.6.a.12. Não realiza.

☐ 2.ii.6.a.13. Outro:

-
-

Valores

- 2.ii.6.v.1. Número total de hipertensos cadastrados.....
- 2.ii.6.v.2. Número de hipertensos cadastrados por autoreferidos.....
- 2.ii.6.v.3. Número de hipertensos estimados (21,4% da população acima de 18 anos).
- 2.ii.6.v.4. Número total de diabéticos cadastrados.....
- 2.ii.6.v.5. Número de diabéticos cadastrados por autoreferencia.....
- 2.ii.6.v.6. Número de diabéticos estimados (6,9% da população acima de 18 anos).....
- 2.ii.6.v.7. Número de mortes por CID C00-C97 na faixa etária de 30 a 69 anos
- 2.ii.6.v.8. Número de mortes por CID E10-E14 na faixa etária de 30 a 69 anos
- 2.ii.6.v.9. Número de mortes por CID I00-I99 na faixa etária de 30 a 69 anos
- 2.ii.6.v.10. Número de mortes por CID J30-J98 na faixa etária de 30 a 69 anos
- 2.ii.6.v.11. Número Total de mortes CIDs selecionados na faixa etária de 30 a 69 anos ..

Considerações e Recomendações:

2.ii.6.CR. Apontar qual atividade de combate ao sedentarismo realiza; qual atividade de incentivo à alimentação saudável; Quantos cadastros de idosos acamados ou limitados na locomoção; de que formatem o SISCAN implantado na Unidade; de que forma faz busca ativa e acompanhamento dos egressos de internações hospitalares/pronto atendimento.

-
-
-
-
-
-
-
-
-

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 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.

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. Fonte: Relatório DEVISA

Meta

Nº absoluto de casos:

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

Ações:

3.i.1.a. Seleciona as atividades que a unidade realiza em relação a sífilis na gestação:

- 3.i.1.a.1. Oferta exames de sífilis para todas as gestantes, no primeiro e terceiro trimestre (testes laboratoriais) e na 24ª e 34ª semanas de gestação (testes rápidos).
- 3.i.1.a.2. Trata todas as gestantes com sífilis em tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina.
- 3.i.1.a.3. Trata os parceiros sexuais das gestantes com sífilis.
- 3.i.1.a.4. Disponibiliza capacitações e atualizações constantes quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis, e no manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.
- 3.i.1.a.5. Estimula o Núcleo de Saúde Coletiva na UBS para monitorar o acompanhamento de todas as gestantes e parceiros com sífilis.
- 3.i.1.a.6. Aperfeiçoa a rotina de consultas, retornos e exames no Pré-natal, estimulando início no 1º trimestre, intensificando busca ativa de faltosas
- 3.i.1.a.7. Outro:
 -
 -

Valores

3.i.1.v.1. Número absoluto de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade

Considerações e Recomendações:

Apontar: descrever como se deu a implantação do teste rápido de sífilis; como realiza busca ativa e tratamento efetivo das gestantes e parceiros; se existe articulação da Unidade com o Consultório na Rua.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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 durante a gestação e durante o parto.

Método de Cálculo - Municipal

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. Nas UBS considerar o número de nascidos vivos excetuando os gemelares. Periodicidade para avaliação: anual

Monitoramento: quadrimestral Fonte: eSUSAB

Meta:

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

Ações:

3.i.2.a. Selecione as ações que são realizadas em relação às consultas de pré-natal:

- 3.i.2.a.1. Reserva a agenda para início do pré-natal.
- 3.i.2.a.2. Prioriza nos dias de coleta os exames de gestante.
- 3.i.2.a.3. Faz busca ativa dos resultados alterados.
- 3.i.2.a.4. Faz busca ativa de todos os casos de faltosos ou de abandono de tratamento da sífilis (gestante e parceiros).
- 3.i.2.a.5. Não realiza.
- 3.i.2.a.6. Outro:
 -
 -

Valores

3.i.2.v.1. Número de testes rápidos para sífilis em gestante realizados pela unidade.....

3.i.2.v.2. Número de sorologias para sífilis em gestante realizados pela unidade.....

3.i.2.v.3. Número Total de Gestantes (por SINASC excluindo duplos)

3.i.2.v.4. Número de testes de sífilis por gestante

Considerações e Recomendações:

3.i.2.CR. Em Campinas segundo a Nota Técnica 001/2016 foi avaliada a importância do indicador estabelecendo a oferta e realização, durante a gestação, de 02 testes rápido para sífilis além dos 2 exames preconizados pelo Ministério da Saúde.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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:

Método de Cálculo

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

Fonte: SIPNI e SINASC

Meta

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

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

Ações:

3.i.4.a. Selecione as ações realizadas em relação a Cobertura Vacinal da unidade:

- 3.i.4.a.1. A Sala de Vacina fica aberta, com profissional de enfermagem em todo horário de funcionamento da unidade.
- 3.i.4.a.2. A unidade realiza monitoramento a partir das declarações de nascidos vivos (DNV) e faz convocação de faltosos.
- 3.i.4.a.3. É utilizado o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização via Web (SIPNIWEB) na unidade.
- 3.i.4.a.4. Houve descontinuidade no abastecimento de vacina no local no quadrimestre.
- 3.i.4.a.5. Outro:
 -
 -
 -
 -

3.i.4.b. Como você avalia sua sala de vacina em relação a RH, estrutura física e climatização:

- 3.i.4.b.1. Adequado
- 3.i.4.b.2. Parcialmente Adequado - Justifique:
 -
 -
 -
 -
- 3.i.4.b.3. Inadequado - Quais medidas encaminhadas para correção:
 -
 -
 -
 -

Valores

3.i.4.v.1. Vacina BCG

- 3.i.4.v.1.a. Número de doses aplicadas de BCG em < de um ano
- 3.i.4.v.1.b. População menor de um ano (SINASC/TABNET).....
- 3.i.4.v.1.c. Cobertura vacinal de BCG

3.i.4.v.2. Vacina Influenza de 6 meses a < de 2 anos

- 3.i.4.v.2.a. Número de 1ª doses aplicadas de influenza na população de 6 meses a < 2 anos de idade
- 3.i.4.v.2.b. População na mesma faixa etária (Nascidos Vivos do ano anterior multiplicado por 1,5)
- 3.i.4.v.2.c. Cobertura vacinal - Influenza

3.i.4.v.3. Vacina Rotavírus

- 3.i.4.v.3.a. Número de 2ª doses aplicadas de rotavírus em < de um ano
- 3.i.4.v.3.b. População menor de um ano
- 3.i.4.v.3.c. Cobertura vacinal - Vacina Rotavírus

3.i.4.v.4. Vacina Pneumo 10

- 3.i.4.v.4.a. Número de 2ª doses aplicadas de Pneumocócica em < de um ano
- 3.i.4.v.4.b. População menor de um ano
- 3.i.4.v.4.c. Cobertura vacinal - Pneumo 10

3.i.4.v.5. Vacina Meningo C

- 3.i.4.v.5.a. Número de 2ª doses aplicadas de Meningocócica C em < de um ano
- 3.i.4.v.5.b. População menor de um ano
- 3.i.4.v.5.c. Cobertura vacinal - Meningo C

3.i.4.v.6. Vacina Penta (+Tetra)

- 3.i.4.v.6.a. Número de 3ª doses aplicadas de Pentavalente (DTP, Hib, Hep B) em < de um ano
- 3.i.4.v.6.b. População menor de um ano
- 3.i.4.v.6.c. Cobertura vacinal - Penta

3.i.4.v.7. Vacina Poliomielite

- 3.i.4.v.7.a. Número de 3ª doses aplicadas de Poliomielite em < de um ano
- 3.i.4.v.7.b. População menor de um ano
- 3.i.4.v.7.c. Cobertura vacinal - Vacina Poliomielite

3.i.4.v.8. Vacina Sarampo, Rubéola e Caxumba (SRC)

- 3.i.4.v.8.a. Número de 1ª doses aplicadas de Tríplice Viral aos 12 meses
- 3.i.4.v.8.b. População menor de dois anos
- 3.i.4.v.8.c. Cobertura vacinal - Vacina Sarampo, Rubéola e Caxumba (SRC)

3.i.4.v.9. Vacina Influenza 60 anos e mais

- 3.i.4.v.9.a. Número de doses aplicadas de influenza em >= 60 anos
- 3.i.4.v.9.b. População 60 anos e mais

3.i.4.v.9.c. Cobertura vacinal Influenza 60 anos e mais

Considerações e Recomendações:

3.i.4.CR. Apontar: os fatores institucionais que impactaram a cobertura vacinal; os fatores relacionados as características do território que impactaram a cobertura vacinal. Citar se houve supervisão externa (VISA e Distrito) na sala de vacina, no período.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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 conseqüente 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.

Método de Cálculo

Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados dividido pelo Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial diagnosticados.

OBS Considerar a coorte do ano anterior ao ano de avaliação. Fonte: TBWeb

Meta

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

Ações:

3.i.5.a. Selecione as ações realizadas em relação a sintomáticos respiratórios investigados:

- 3.i.5.a.1. A equipe multiprofissional está sempre atenta aos tossidores que frequentam a unidade por diferentes motivos aumentando a vigilância em relação aos sintomáticos respiratórios.
- 3.i.5.a.2. Estão sendo investigados os pacientes com tosse crônica (tosse há três semanas ou mais), pneumonias de repetição, asma e bronquite com tosse produtiva, dentre outros.
- 3.i.5.a.3. A equipe está atenta às populações mais vulneráveis (bolsões de pobreza, instituições fechadas, alcoolistas, tabagistas, pessoas em situação de rua, drogadição, dentre outras).
- 3.i.5.a.4. Os ACS sabem reconhecer e realizam a suspeição de sintomáticos respiratórios no território.
- 3.i.5.a.5. Outro:
 -
 -
 -

Valores

3.i.5.v.1. Número de pacientes com Tuberculose Pulmonar Bacilífera em tratamento

3.i.5.v.2. Número de pacientes com Tuberculose em Tratamento Diretamente Observado (TDO) com três ou mais doses semanais

Considerações e Recomendações:

3.i.5.CR. Como está organizado o Tratamento Observado Direto (TOD) para aumentar a proporção de cura dos pacientes? Como é feita a busca ativa dos pacientes faltosos para diminuir o abandono? Comente se ocorreram casos de abandono/óbitos por TB neste período e os desafios para evitar estas ocorrências.

-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

Número de casos novos de TB com HIV realizado no ano da avaliação dividido pelo Total de casos novos de TB no ano da avaliação.

Fonte: TBWeb

Meta

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

Ações:

3.i.6.a. Selecione as ações realizadas em relação aos testes de HIV em Tuberculose:

- 3.i.6.a.1. Oferta o teste anti-HIV para todos os casos novos de TB.
- 3.i.6.a.2. Realiza capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.
- 3.i.6.a.3. Realiza o diagnóstico precoce da coinfeção TB/HIV e garante introdução precoce de TARV a estes pacientes.
- 3.i.6.a.4. Outro:
 -
 -

Valores

3.i.6.v.1. Número de casos novos de TB com HIV realizado no período

3.i.6.v.2. Total de casos novos de TB no período

3.i.6.v.3. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose

Considerações e Recomendações:

3.i.6.CR. Comente as estratégias utilizadas no período para o alcance da meta.

-
-
-
-
-
-

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

Relevânciado Indicador

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

Método de Cálculo

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 dividido pelo 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

3.i.14.a. Selecione as ações realizadas em relação a casos de Hanseníase:

- 3.i.14.a.1. Realiza diagnóstico precoce e acompanhamento adequado dos pacientes.
- 3.i.14.a.2. Garante a realização de baciloscopia e biopsia de pele para diagnóstico.
- 3.i.14.a.3. Identifica pessoas com Sinais e Sintomas sugestivos de Hanseníase em todos os atendimentos realizados na Unidade.
- 3.i.14.a.4. Realiza orientações de Prevenção de Incapacidades Físicas.
- 3.i.14.a.5. Identifica o grau de incapacidade física e encaminhamento adequado.
- 3.i.14.a.6. Realiza Busca Ativa de 100% dos pacientes faltosos
- 3.i.14.a.7. Utiliza Evento Sentinela dos casos de Abandono.
- 3.i.14.a.8. Realiza Campanha de Busca de Sintomáticos Dermatológicos na Comunidade.
- 3.i.14.a.9. Outro:
 -
 -

BÁSICA *Considerações e Recomendações:*

3.i.14.CR. Registrar como está organizado o programa de hanseníase na sua unidade. Descrever como é feita a busca ativa dos pacientes faltosos para diminuir o abandono.

-
-
-
-
-
-
-

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.

Método de Cálculo

Número de contatos intradomiciliares examinados dos casos que iniciaram tratamento no período avaliativo (quadrimestre ou anual) dividido pelo total de contatos intradomiciliares dos casos diagnosticados no período avaliativo (quadrimestre ou anual) multiplicado por 100.

OBS. Caso não tenha ocorrência de diagnósticos no período informar "0" (zero). Fonte: Dados Internos/eSUS AB

Meta

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

Ações

3.i.15.a. Selecione a atividade que a Unidade realiza em relação a contatos intradomiciliares de hanseníase:

- 3.i.15.a.1. Realiza exame dermatoneurológico em 100% dos contatos intradomiciliares dos casos novos
- 3.i.15.a.2. Realiza a vacina BCG, conforme recomendações;
- 3.i.15.a.3. Monitora os casos para melhora da adesão ao tratamento e avaliação de comunicantes.
- 3.i.15.a.4. Outro:

-
-

Valores

3.i.15.v.1. Número de contatos intradomiciliares examinados dos casos que iniciaram tratamento no período avaliativo

3.i.15.v.2. Total de contatos intradomiciliares dos casos diagnosticados no período avaliativo .

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

Considerações e Recomendações:

3.i.15.CR. Registrar estratégias e dificuldades na avaliação dos contatos de MH.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Indicador 3.i.16. Coeficiente de letalidade por dengue

Relevânciado Indicador

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

Método de Cálculo

Óbitos por dengue dividido pelo 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

3.i.16.a. Selecione as ações realizadas pela unidade em relação a dengue:

- 3.i.16.a.1. Realiza capacitações para o manejo clínico dos casos de arboviroses.
- 3.i.16.a.2. O processo de trabalho (coleta e transporte de exames, monitoramento diário dos hemogramas, kit hidratação....) está organizado para atender os casos de arboviroses em epidemia.
- 3.i.16.a.3. Garante acesso rápido à assistência à saúde dos suspeitos de dengue.
- 3.i.16.a.4. Acompanha e monitora os casos graves de dengue na sua unidade.
- 3.i.16.a.5. Esteve abastecida de insumos no quadrimestre para o atendimento dos casos de dengue.
- 3.i.16.a.6. Outro:
 -
 -

Valores

- 3.i.16.v.1. Número de Óbitos por dengue
- 3.i.16.v.2. Total de casos de dengue notificados
- 3.i.16.v.3. Total de casos de chikungunya notificados
- 3.i.16.v.4. Total de casos de zika notificados
- 3.i.16.v.5. Total de casos de febre amarela notificados

Considerações e Recomendações:

3.i.16.CR. Se houve caso de óbito na sua unidade e, em caso de óbito informar se realizou evento sentinela do caso. Comente os resultados obtidos e as estratégias adotadas.

-
-
-
-
-
-
-
-

Indicador 3.i.25. Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

Relevância do Indicador:

Possibilita o acompanhamento e monitoramento do SISNOV para garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco.

Meta:

Meta da unidade: 100% dos casos de violências atendidos e notificados no SISNOV.

Cálculo:

Número de notificações no Serviço no período.

Fonte: SISNOV

Ações:

3.i.25.a Selecione as ações que a unidade realiza em relação a notificação de violência:

- 3.i.25.a.1. Utiliza o protocolo de atendimento a vítima de violência doméstica, sexual e outras na unidade.
- 3.i.25.a.2. Acolhe, assiste e notifica os casos de pessoas em risco ou submetidas a violência.
- 3.i.25.a.3. Dispõe de profissionais capacitados e atualizados.
- 3.i.25.a.4. Realiza capacitação local através de profissionais capacitados.
- 3.i.25.a.5. Outro:

-
-

Valores

3.i.25.v.1. Número de Notificações de Violência realizadas no SISNOV

Considerações e Recomendações:

3.i.25.CR.

-
-
-
-
-
-
-

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. CETS

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.

Método de Cálculo

Conceito de EP – atividades de ensino-aprendizagem, realizadas na UBS, que buscam a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. Esta fundamentada nos conceitos de 'ensino problematizador (aquele que está inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando), e da 'aprendizagem significativa' (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais). Número de ações de EPS realizadas/ implementadas dividido pelo Total de ações EPS previstas multiplicado por 100. Fonte: UBS Periodicidade de monitoramento: quadrimestral.

Fonte: Dados internos da unidade.

Meta:

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

Ações:

4.i.1.a. Selecione a opção em relação a ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas:

4.i.1.a.1. Realiza ações de educação permanente com a equipe da unidade. Quais?

-

-

4.i.1.a.2. Realiza parcialmente ações de educação permanente

4.i.1.a.3. Não realiza ações de educação permanente

4.i.1.b. Selecione a opção em relação a capacitar profissionais de saúde em mediação de conflitos, qualificando as ações na lógica da transparência e controle social.

4.i.1.b.1. Sim, existem profissionais com formação em mediação de conflito e multiplica ações com a equipe

4.i.1.b.2. Existem profissionais com formação em mediação de conflito, mas sem ações de multiplicação com a equipe

4.i.1.b.3. Não possui profissionais com formação em mediação de conflito

4.i.1.c. Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação as estratégias utilizadas pela unidade para Ações educativas.

4.i.1.c.1. A unidade desenvolve ações de promoção à saúde voltadas a abordagem de Alimentação saudável e/ou Segurança Alimentar.

4.i.1.c.2. A unidade desenvolve Ações de promoção à saúde e/ou práticas corporais voltadas à redução do sedentarismo, incluindo as práticas Integrativas.

- 4.i.1.c.3. A unidade desenvolve ações educativas (individuais ou coletivas) voltadas à população insulinorequerente.
- 4.i.1.c.4. A unidade desenvolve Ações de promoção à Saúde voltadas para abordagem de alcoolismo e uso de drogas em geral desenvolve ações.
- 4.i.1.c.5. A unidade possui Grupo de Tabagismo formalmente instituído, recebendo insumos e registrando produção nos instrumentos específicos.
- 4.i.1.c.6. Os Agentes Comunitários de Saúde participam das ações educativas.
- 4.i.1.c.7. Não realiza.
- 4.i.1.c.8. Outro:
 -
 -
 -

Valores

- 4.i.1.v.1. Número de atividades de EP realizadas no período
- 4.i.1.v.2. Número de pessoas que participaram de atividades de EP no período
- 4.i.1.v.3. Número de profissionais da unidade

Considerações e Recomendações:

4.i.1.CR. Analisar a capilarização das ações de educação permanente. Avaliar se as atividades de EP ofertadas pela instituição, ou pelo Distrito, ou de iniciativa da Unidade de Saúde foram capilarizadas para os profissionais da unidade. Registrar ações, recomendações e encaminhamentos referentes a educação permanente na Unidade.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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

Relevânciado Indicador

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

Método de Cálculo

Numero de serviços de saúde do SUS Campinas como campo de prática para atividades de ensino-serviço dividido pelo número de 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:

4.i.2.a. Selecione que atividades a unidade realiza como campo de prática para atividades de ensino-serviço.

4.i.2.a.1. Não é campo de prática para atividades de ensino-serviço.

4.i.2.a.2. Recebe alunos na unidade. Quais atividades desenvolve:

-

-

Valores

4.i.2.v.1. Número de programas de ensino-serviço vigentes no período

4.i.2.v.2. Número de pessoas que passaram em atividades de ensino-serviço no período

Considerações e Recomendações:

4.i.2.CR.

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

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 Detalhado do Quadrimestre Anterior.

Relevânciado Indicador

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

Método de Cálculo

Número de PMS, PAS, RAG e RDQA enviados aos conselhos de saúde dividido pelo 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 e apresentar o RDQA ao CLS, a cada quadrimestre

Ações:

5.i.1.a. Selecione as ações que a unidade realiza em relação ao processo de planejamento:

- 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.
- 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.
- 5.i.1.a.3. Reune a equipe e discute a matriz do RDQA quadrimestralmente.
- 5.i.1.a.4. Apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde todo quadrimestre
- 5.i.1.a.5. Apresentou o RDQA no CLS no quadrimestre anterior.
- 5.i.1.a.6. Apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde uma vez ao ano
- 5.i.1.a.7. Não apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde
- 5.i.1.a.8. Outro:
 -
 -

Considerações e Recomendações:

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

Método de Cálculo

Número de Unidades de saúde da SMS informatizadas dividido pelo Total de Unidades de saúde da SMS

Fonte: Dados internos da unidade

Meta:

Informatizar 100% das Unidades de Saúde da SMS até 2021

Ações:

5.ii.1.a. Selecione as ações realizadas em relação ao uso da informática na unidade:

- 5.ii.1.a.1. utiliza o e-SUS AB com uso das planilhas CDS digitados por digitador profissional fora da unidade.
- 5.ii.1.a.2. utiliza o e-SUS AB com uso das planilhas CDS digitados por digitador profissional na unidade.
- 5.ii.1.a.3. utiliza o e-SUS AB com uso das planilhas CDS digitados pelo profissional de saúde.
- 5.ii.1.a.4. utiliza o e-SUS AB com uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) digitado pelo profissional em ato.

5.ii.1.a.5. Outro:

-
-

Valores

5.ii.1.v.1. Número de profissionais utilizando o PEC

5.ii.1.v.2. Número de computadores utilizando o CDS

5.ii.1.v.3. Número de computadores utilizando o PEC

Considerações e Recomendações:

5.ii.1.CR.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

ANALISE O PROCESSO DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE NA UNIDADE.

Cite pontos fortes deste processo de monitoramento do planejamento?

Analise.1.

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Cite pontos fracos deste processo de monitoramento do planejamento?

Analise.2.

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Você teria alguma sugestão adicional a fazer?

Analise.3.

-
-
-
-
-
-
-
-
-

QUESTIONÁRIO MATRIZ DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA 3º RDQA 2018 e RAG 2018

Prezados Colegas,

Este material tem por finalidade sistematizar informações para monitoramento das Ações, Indicadores e Metas da Programação Anual de Saúde de 2018 (PAS), que está alinhada com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, e por conseguinte é parte integrante dos documentos dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Lembrando que o Art. 36 da Lei 8080/90 determina que o processo de Planejamento no SUS "(...) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União".

Trocar experiências, compartilhar com a equipe é essencial neste processo. Dialoguem com o colegiado gestor da Unidade, com as equipes e com o Conselho Local de Saúde. Isto amplia o olhar, diminui as fragilidades e contribui com o processo de trabalho compartilhado. É importante que o responsável pela gestão do serviço planeje junto com a equipe, na lógica da roda da cogestão: co-análise, co-decisão e co-implementação, refazendo constantemente o ciclo da co-análise, co-decisão e co-implementação.

E com o intuito de contribuir com os processos antes de preencherem o RDQA sugerimos:

1. Leitura do RAG 2017, PMS 2018-2021 e da PAS 2018 com todas as considerações que propusemos fazer para cada indicador, analise o que foi realizado no ano de 2017, destacando o 3º quadrimestre. Este material deverá ser orientador do processo de trabalho das áreas técnicas da Unidade de Saúde para com as equipes.
2. Analisem os Planos Operativos para o cumprimento das metas e/ou se será necessário a elaboração de Plano de Trabalho, (com ação, prazo/tempo, custo, resultado esperado e responsável) para que se possa atingir o resultado proposto. Se houver necessidade de rever alguma meta, faça a proposição.
3. Após a elaboração dos resultados dos indicadores, avaliem se estão próximos ou distantes do esperado. Verifiquem se existem fragilidades no processo, bem como avaliem possibilidades de diminuí-las.
4. Analisar o 2º RDQA de 2018.
5. Formulário para preenchimento do 3º RDQA ESP 2018 conforme metas e ações da PAS 2018, alinhada com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021

OBS:

- a) 3º RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA) - PRAZO PARA PREENCHIMENTO E ENVIO DE: 01 a 15 de Fevereiro de 2019;
- b) Caso tenha dúvidas em relação a ficha técnica do indicador, utilizar o Caderno de Diretrizes, Indicadores e Metas do Ministério da Saúde de forma subsidiária.
- c) Imprimir este formulário
- d) Discutir em equipe ou grupo de trabalho as questões, incluindo os motivos para a resposta, as considerações e recomendações para melhorar o resultado no próximo período. Digitar as respostas em arquivo de texto, para facilitar o lançamento neste formulário

f) Utilizar o aplicativo **Adobe Acrobat Reader** disponível para download gratuito e aprovado pela IMA (qualquer dúvida entre em contato pelo 3755-6006 ou pelo email: resolvedoria@ima.sp.gov.br) para abrir e preencher o formulário, isso garantirá que as informações inseridas possam ser coletadas e consolidadas posteriormente.

g) **IMPORTANTE:** Salvar o arquivo no formato PDF com o nome "3RDQA2018ESP- nomedoestabelecimento.pdf" e enviar para email o "moacyr.perche@gmail.com" e "sheilacarmanhanesmoreira@gmail.com".

h) O sistema salva suas respostas sempre que você solicitar.

CAPÍTULO 1 - IDENTIFICAÇÃO

1.a. Unidade (CNES-Nome)

1.b. Responsável pelo preenchimento (Nome completo)

CAPÍTULO 2 – GESTÃO DA OFERTA, DO ACESSO, DO CUIDADO E DA INTEGRAÇÃO COM A REDE DE SAÚDE

Ampliar o Acesso e qualificar o cuidado na Atenção Especializada e sua integração com a Rede de Atenção

2.a. Gestão da Oferta e do Acesso - sobre a gestão da oferta e do acesso, marque as afirmativas que se aplicam a sua unidade:

- 2.a.1. Há acolhimento e estratégias de atendimento às necessidades dos usuários, seguindo critérios de avaliação de risco/vulnerabilidade
- 2.a.2. As ações e serviços de saúde são ofertados de acordo com as necessidades de saúde da população, considerando a gravidade do risco individual e coletivo
- 2.a.3. Os pacientes têm assegurado o acesso aos serviços de diagnóstico e terapia para elucidação do diagnóstico e intervenção necessária
- 2.a.4. Garante acesso com fluxos estabelecidos de atendimento a serviços de apoio diagnóstico
- 2.a.5. Há protocolos e normativas acerca da utilização dos serviços de apoio, bem como rotinas atualizadas dos serviços disponibilizados
- 2.a.6. Realiza análise de otimização da oferta, seja por não agendamento ou absenteísmo dos usuários
- 2.a.7. Realiza regulação e/ou monitoramento das filas de espera internas
- 2.a.8. Gerencia a lista de espera ambulatorial e de cirurgias em conjunto com o gestor público responsável pelo agendamento
- 2.a.9. Atua sob regulação do gestor do SUS no limite do complexo regulador
- 2.a.10. Há observância do que está pactuado no contrato com o gestor do SUS para a área de abrangência
- 2.a.11. Possui mecanismo definido ou estrutura interna de regulação de acesso aos seus serviços
- 2.a.12. Outra atividade (especificar):

2.b. Gestão do cuidado - sobre a gestão do cuidado, marque as afirmativas que se aplicam a sua unidade:

- 2.b.1. Conta com equipes estruturadas na lógica de equipes multiprofissionais de referência, atuando conforme as diretrizes da clínica ampliada
- 2.b.2. Possui Projeto terapêutico individualizado ou singular para o paciente de acordo com a condição patológica
- 2.b.3. Possui dimensionamento de trabalho dos profissionais com garantia de horizontalidade em escala
- 2.b.4. Possui mecanismos de vínculo e responsabilização do cuidado aos usuários por meio de metodologias específicas
- 2.b.5. Os pacientes atendidos neste ambulatório têm assegurado atendimento de retorno, caso seja necessário
- 2.b.6. Realiza vigilância e monitoramento de usuários com maior vulnerabilidade/risco, incluindo doenças crônicas, agravos de notificação, saúde do trabalhador, violência
- 2.b.7. Possui mecanismos de gestão da clínica instituídos: elaboração e gestão de PTS, auditoria clínica, estratificação de risco da clientela em seguimento e gestão da lista de espera.
- 2.b.8. O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio
- 2.b.9. Possui acompanhamento de indicadores de qualidade dos serviços de apoio disponibilizados
- 2.b.10. A Unidade dispõe de uma relação de medicamentos padronizados
- 2.b.11. Há procedimentos gerenciais para definição de necessidades e aquisições, incluindo metodologia de aquisição de medicamentos não padronizados
- 2.b.12. A equipe de Unidade tem acesso a alguma fonte de informação sobre os medicamentos
- 2.b.13. Outra atividade (especificar):

2.c. Gestão da Integração com a Rede de Saúde - sobre a gestão da integração com a rede de saúde, marque as afirmativas que se aplicam a sua unidade:

- 2.c.1. Desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias em parceria com a Atenção Primária
- 2.c.2. Participa da pactuação de fluxos para os usuários entre os diversos pontos de atenção da rede, garantindo a referência e contrarreferência respeitando a centralidade do cuidado na atenção primária
- 2.c.3. A Atenção Ambulatorial Especializada é complementar e integrada à Atenção Básica
- 2.c.4. A equipe contrarreferencia os pacientes às Unidades que solicitaram o atendimento, após definirem a conduta terapêutica deles, garantido alta responsável e articulação com a equipe que dará continuidade ao cuidado.
- 2.c.5. Monitora sistematicamente a qualidade dos encaminhamentos recebidos, considerando protocolos, capacitações e apoio matricial
- 2.c.6. Há integração dos serviços de apoio com as unidades, em relação às atividades finalísticas
- 2.c.7. Desenvolve alguma atividade de educação permanente para os trabalhadores da sua área de abrangência
- 2.c.8. Realiza apoio matricial
- 2.c.9. Participa do Telessaúde
- 2.c.10. Realiza cuidado compartilhado dos casos com atenção básica outros serviços, de acordo com a necessidade, para qualificação da assistência aos

pacientes de maior risco/vulnerabilidade

- 2.c.11. Organiza o seu processo de trabalho, visando a sua inserção como componente/ ponto de atenção na rede de assistência, conforme a pactuação.
- 2.c.12. Realiza parceria com serviços conveniados/contratados na articulação em Rede ou em Linhas de Cuidado
- 2.c.13. Participa de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde.
- 2.c.14. Outra atividade (especificar):

2.d. Considerações e Recomendações:

CAPÍTULO 3 - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

Promover a democratização da Gestão no SUS Campinas.

Mecanismos/estratégias de gestão colegiada/participativa: Colegiado gestor, Reuniões de toda a Equipe, Reuniões por áreas. A equipe utiliza esses momentos para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outras.

3.a. Promover a democratização da Gestão no SUS Campinas - sobre a promoção da democratização da gestão no SUS, marque as afirmativas que se aplicam a sua unidade:

- 3.a.1. Tem Colegiado Gestor - que se reúne com frequência:
- 3.a.2. Realiza Reuniões de toda a Equipe- que se reúne com frequência:
- 3.a.3. Realiza Reuniões por áreas, monitora e analisa as ações e resultados alcançados com base em indicadores previamente estabelecidos - que se reúne com frequência:
- 3.a.4. Discute questões referentes à organização do processo de trabalho, avaliação e planejamento.
- 3.a.5. Discute casos, promove a integração com troca de experiências e conhecimentos e incentiva a educação permanente.

- 3.a.6. A equipe da Unidade de Referência tem facilidade na relação com representantes dos diversos departamentos e áreas da SMS.
- 3.a.7. Realiza registro das reuniões (encaminhamentos e responsáveis).
- 3.a.8. Outra atividade (especificar):

3.b. Considerações e Recomendações:

3.c. A Unidade de Referência apóia e promove a formação do Conselho Local de Saúde (CLS).

A Unidade de Referência tem CLS instituído e ativo, com a participação de profissionais da equipe, de usuários e representantes de movimentos sociais; com reuniões mensais ou bimensais de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

Sobre o controle social local, marque as afirmativas que se aplicam a sua unidade:

- 3.c.1. Tem CLS instituído e ativo.
- 3.c.2. Participação de profissionais, de usuários e representantes de movimentos sociais.
- 3.c.3. Realiza reuniões de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde.
- 3.c.4. Realiza registro das reuniões (encaminhamentos e responsáveis).
- 3.c.5. Outra atividade (especificar):

3.d. Considerações e Recomendações:

3.e. A equipe da atenção especializada disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações.

A equipe institui mecanismos e processos de acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou outro mecanismo existente, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe procura debater criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do processo de trabalho e qualificação da atenção especializada.

Sobre os canais de comunicação com os usuários, marque as afirmativas que se aplicam a sua unidade:

- 3.e.1. Institui mecanismos e processos de acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários.
- 3.e.2. Debate criticamente as demandas recebidas e leva-as em consideração.
- 3.e.3. Outra atividade (especificar):

3.f. Considerações e Recomendações:

3.g. A Unidade de Referência desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde prestados no âmbito da atenção especializada.

A Unidade de Referência utiliza métodos e instrumentos de monitoramento do grau de satisfação do usuário em relação a: acesso, acolhimento, qualidade do atendimento, tempo de espera para ser atendido, qualificação da referência e contrarreferência, acompanhamento do usuário na rede de serviços, qualidade do vínculo, comprometimento do profissional, entre outros. Além disso, a gestão promove discussão com as equipes a partir das análises de levantamentos realizados, as utilizando como reorientadoras dos processos de trabalho.

Sobre o monitoramento da satisfação do usuário, marque se a unidade monitora o grau de satisfação do usuário em relação a:

- 3.g.1. Acesso.
- 3.g.2. Acolhimento.

- 3.g.3. Qualidade do atendimento.
- 3.g.4. Tempo de espera para ser atendido.
- 3.g.5. Qualificação da referência e contra-referência .
- 3.g.6. Acompanhamento do usuário na rede de serviços .
- 3.g.7. Qualidade do vínculo.
- 3.g.8. Comprometimento do profissional.
- 3.g.9. A unidade leva em consideração os resultados da pesquisa de satisfação do usuário.
- 3.g.10. O monitoramento/pesquisa é realizado periodicamente.
- 3.g.11. Outro (especificar):

3.h. Considerações e Recomendações:

3.i. A equipe de atenção especializada disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários.

A equipe disponibiliza informações aos usuários por meio de cartilhas e boletins diversos sobre: horário de funcionamento da unidade; identificação dos trabalhadores; serviços oferecidos; fluxos do acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários.

Sobre a disponibilidade de informações sobre a unidade, marque se a unidade disponibiliza:

- 3.i.1. horário de funcionamento da unidade;
- 3.i.2. identificação dos trabalhadores;
- 3.i.3. serviços oferecidos;
- 3.i.4. fluxos do acolhimento e seguimento na rede;
- 3.i.5. direitos e deveres dos usuários.
- 3.i.6. Outro (especificar):

3.j. Considerações e Recomendações:

CAPÍTULO 4 - GESTÃO DE INFORMAÇÃO

4.a. Em relação à gestão da informação, marque as afirmativas que se aplicam a sua unidade:

- 4.a.1. A Unidade mantém atualização periódica do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Ficha de Programação Físico Orçamentária (FPO), sempre que necessário, para evitar perda de validade da produção realizada na unidade.
- 4.a.2. Há prontuário único com registros sistemáticos e regulares dos atendimentos, das evoluções e das intercorrências no prontuário dos pacientes.
- 4.a.3. A Unidade responsabiliza-se pela guarda e pelo acesso do prontuário do paciente
- 4.a.4. A Unidade utiliza as informações e os indicadores de gestão e da assistência para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais.
- 4.a.5. A Unidade divulga a informação e os indicadores de gestão e da assistência com o objetivo de coletivizá-los de forma transparente.
- 4.a.6. Outro (especificar):

4.b. Considerações e Recomendações:

4.c. Em relação aos protocolos administrativos e clínicos, marque as afirmativas que se aplicam a sua unidade:

- 4.c.1. A Unidade possui protocolos/POPs e rotinas administrativas formalmente instituídas e acessíveis
- 4.c.2. A Unidade possui protocolos/diretrizes clínicos formalmente instituídos e acessíveis
- 4.c.3. Possui estratégia de educação permanente e/ou relacionadas com a implantação dos protocolos administrativos e clínicos
- 4.c.4. Os protocolos, as rotinas e os procedimentos operacionais usados são validados e atualizados sistematicamente
- 4.c.5. Os protocolos e as rotinas são definidos com a participação dos trabalhadores, obedecendo as especificidades técnicas e administrativas destes.

4.d. Considerações e Recomendações:

CAPÍTULO 5 – GESTÃO DE INFRAESTRUTURA, LOGÍSTICA E AMBIÊNCIA

5.a A Unidade de Referência, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações de saúde e o acolhimento dos usuários. marque as afirmativas que se aplicam a sua unidade:

- 5.a.1. Possui condições físicas, de fluxo e de limpeza adequadas
- 5.a.2. Garante a continuidade da assistência em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica
- 5.a.3. É realizada manutenção predial corretiva e preventiva
- 5.a.4. Garante ambiente acolhedor, incluindo sinalização, climatização e iluminação, entre outros.
- 5.a.5. Garante acessibilidade a usuários e trabalhadores
- 5.a.6. Existe programa de segurança que atenda às normas de prevenção, combate e segurança contra incêndios
- 5.a.7. Os equipamentos necessários estão em condições de uso para o exercício de suas atividades
- 5.a.8. São disponibilizados materiais e insumos adequados e em quantidade suficiente para o exercício de suas atividades
- 5.a.9. É realizada manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos com garantia de reposição de peças
- 5.a.10. Possui sistema/mecanismos de controle de estoque, reposição, padronização e qualidade dos materiais e insumos disponibilizados
- 5.a.11. Materiais, insumos e equipamentos são armazenados/ acondicionados de forma adequada
- 5.a.12. A Unidade realiza monitoramento e controle de estoque de roupas e materiais
- 5.a.13. Os profissionais recebem orientação do fluxo de processamento de roupas e materiais
- 5.a.14. Possui metodologia definida para utilização racional de roupas e materiais cirúrgicos
- 5.a.15. Outro (especificar):

5.b. Considerações e Recomendações:

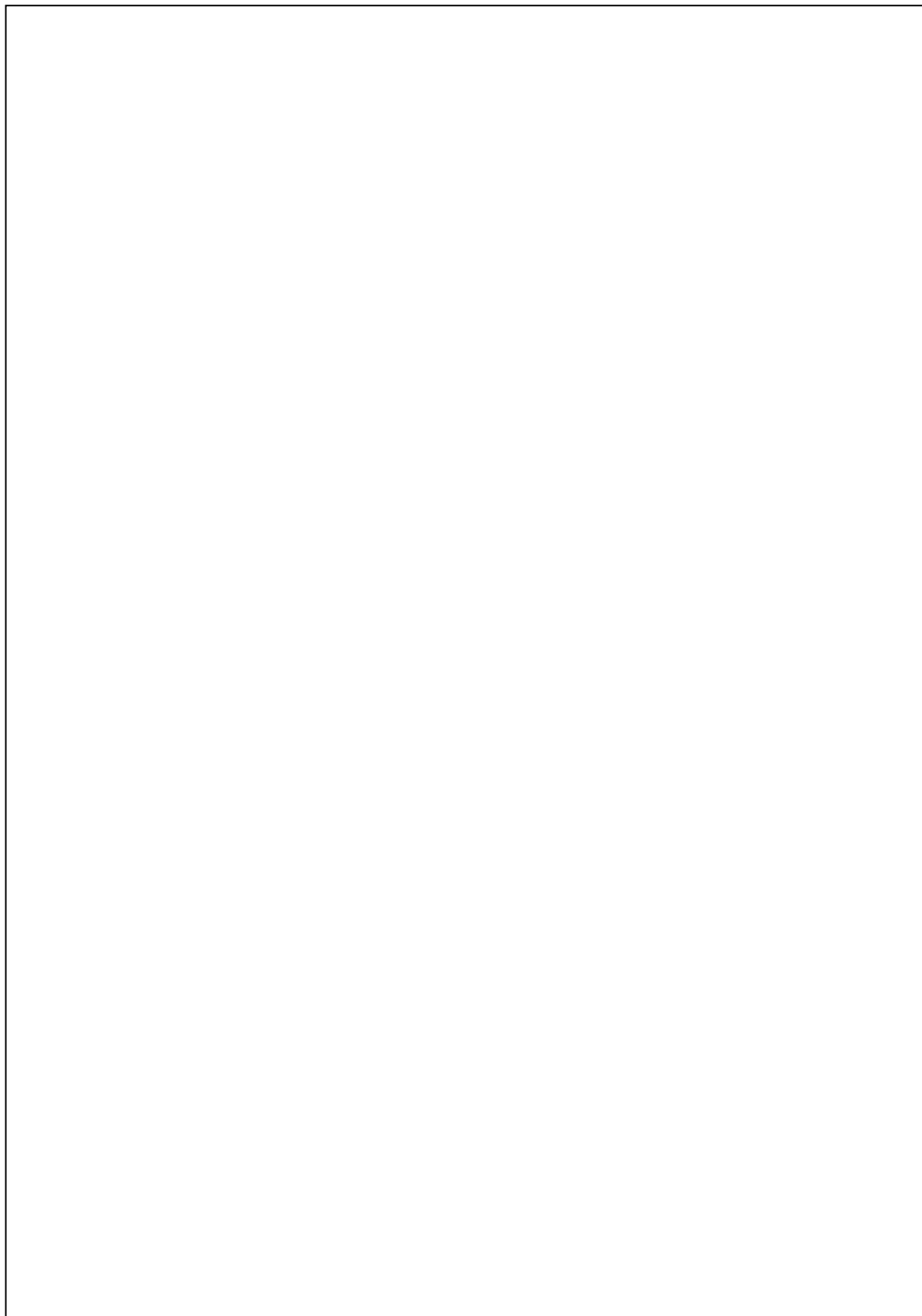
CAPÍTULO 6 – INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

6.a. A unidade de referência é campo de formação e/ou especialização em medicina e outras áreas da saúde:

- Sim
- Não
- Em termos (especificar):

6.b. Considerações e Recomendações:

7.a. Síntese das considerações e recomendações



ANÁLISE DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE NA UNIDADE.

Quais foram dois pontos fortes deste processo de monitoramento do planejamento?



Quais foram dois pontos fracos deste processo de monitoramento do planejamento?



Você teria alguma sugestão adicional a fazer?

Prezados Colegas,

Este material tem por finalidade sistematizar informações para monitoramento das Ações, Indicadores e Metas da Programação Anual de Saúde de 2018 (PAS), que está alinhada com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, por conseguinte, é parte integrante dos documentos dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e do Plano Plurianual.

A Lei 8080/90, em seu Art. 36, determina que o processo de Planejamento no SUS "(...) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União".

Ademais, entende-se que o processo de planejamento e monitoramento sejam realizados com a equipe de saúde e com o controle social. Os processos dialogados, compartilhados, com possibilidades de trocas, negociações e fluxos de comunicação, tendem a ter maiores possibilidades de realizar os compromissos para garantia da atenção à saúde.

Trocar experiências, compartilhar com a equipe é essencial neste processo. Dialoguem com o colegiado gestor da Unidade, com os colegas trabalhadores e com o Conselho Local de Saúde. Isto contribui para ampliar o olhar, diminuir fragilidades e e aprimorar processos de trabalho compartilhados. É importante que o responsável pela gestão do serviço planeje junto com a equipe de trabalhadores.

E com o intuito de contribuir com os processos orientamos o que segue:

Antes de preencherem o RDQA sugerimos:

1. Leitura do PMS 2018-2021 com todas as considerações que propusemos fazer para cada indicador analise o que foi realizado no ano de 2017, destacando o 3º quadrimestre (disponível em http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/rel_gest.htm#relatorio_quadrimestral). Este material deverá ser orientador do processo de trabalho das áreas técnicas da Unidade de Saúde para com as equipes.
2. Analisem os Planos Operativos para o cumprimento das metas e/ou se será necessária a elaboração de Plano de Trabalho, (com ação, prazo/tempo, custo, resultado esperado e responsável) para que se possa atingir o resultado proposto. Se houver necessidade de rever alguma meta, faça a proposição.
3. Após a elaboração dos resultados dos indicadores, avaliem se estão próximos ou distantes do esperado. Verifiquem se existem fragilidades no processo, bem como avaliem possibilidades de diminuí-las
4. Leitura do 2º RDQA de 2018.
5. PRAZO: de 01 a 15 de Fevereiro de 2019.

Obs.:

- a) Caso tenha dúvidas em relação à ficha técnica do indicador, utilizar o Caderno de Diretrizes, Indicadores e Metas do Ministério da Saúde de forma subsidiária.
- b) Utilizar o aplicativo Adobe Acrobat Reader DC disponível para download gratuito e aprovado pela IMA (qualquer dúvida entre em contato pelo 3755-6006 ou pelo email: resolvedoria@ima.sp.gov.br) para abrir e preencher o formulário, isso garantirá que as informações inseridas possam ser coletadas depois.
- c) Salvar o arquivo no formato PDF com o nome "sigladodistrito-nomedoestabelecimento-3RDQA2018SM.pdf" e enviar para o email "moacyr.perche@gmail.com" com cópia para "sheilacarmanhanesmoreira@gmail.com".
- d) O sistema salva suas respostas sempre que você solicitar.

Sugestão para uso:

- 1) Imprimir este formulário

2) Discutir em equipe ou grupo de trabalho as questões, incluindo os motivos para a resposta, as considerações e recomendações para melhorar o resultado no próximo período.

3) Digitar as respostas em arquivo de texto, para facilitar o lançamento neste formulário

4) Lançar as respostas no formulário e salvar com o nome "sigladodistrito-nomedoestabelecimento-3RDQA2018SM.pdf "

5) O Formulário PDF permite você salvar parcialmente e continuar depois ou editar as respostas.

Escolha a sua unidade de saúde da listagem do Tabnet do CNES:

CAPÍTULO IDENTIFICAÇÃO

1. Identificação da unidade (CNES - Nome)

2. Identificação do responsável pelo preenchimento (Nome Completo) _

-

3. Promover a democratização da Gestão no SUS Campinas.

Relevância do Indicador: Desenvolver a justificativa deste indicador no seu contexto.

Meta: Meta Municipal 100% dos serviços de Saúde Mental com mecanismos/estratégias de gestão colegiada/participativa.

Cálculo: mecanismos de gestão colegiada implantados.

Fonte: Relatório interno da unidade.

Orientações para Considerações e Recomendações: Descrever as dificuldades e potencialidades...

3.a. Sobre mecanismos/estratégias de gestão colegiada/participativa a unidade:

- 3.a.1 Tem colegiado gestor
- 3.a.2. Realiza reunião de equipe semanal
- 3.a.3. Realiza reunião de equipe de referencia semanal
- 3.a.4. Realiza assembleia com participação de toda a equipe
- 3.a.5. Outros (especificar):

3.b. Considerações e recomendações para o quadrimestre seguinte

4. Garantir a participação e o controle social através dos Conselhos Locais de Saúde

Relevância do Indicador: Desenvolver a justificativa deste indicador no seu contexto.

Meta: Meta Municipal: 100% dos serviços de Saúde Mental com CLS atuante (eleição regular e reuniões ordinárias mensais). Métrica para a unidade: mecanismos de participação e controle social implantados.

Cálculo: mecanismos de gestão colegiada implantados.

Fonte: Relatório interno da unidade.

Orientações para Considerações e Recomendações: Descrever as dificuldades e potencialidades...

4.a. Sobre participação e o controle social através dos Conselhos Locais de Saúde a unidade:

- 4.a.1 Tem conselho local de saúde regularizado.
- 4.a.2. Tem grupo de usuários e trabalhadores iniciando conselho local na equipe
- 4.a.3. Realiza reuniões mensais regulares
- 4.a.4. Realiza reuniões irregulares
- 4.a.5. Não tem mecanismo participação e controle social local.
- 4.a.6. Outros (especificar):

4.b. Considerações e recomendações para o quadrimestre seguinte

5. Promover o envolvimento de trabalhadores e usuários na construção do processo de trabalho e avaliação de satisfação do usuário com o serviço.

Relevância do Indicador: Desenvolver a justificativa deste indicador no seu contexto.

Meta: Meta Municipal: 100% unidades com mecanismos de envolvimento de trabalhadores e usuários na construção do processo de trabalho e avaliação de satisfação do usuário com o serviço implantados. Métrica para a unidade: mecanismos de envolvimento de trabalhadores e usuários implantados.

Cálculo: mecanismos de gestão colegiada implantados.

Fonte: Relatório interno da unidade.

Orientações para Considerações e Recomendações: Descrever as dificuldades e potencialidades...

5.a Sobre promover o envolvimento de trabalhadores e usuários na construção do processo de trabalho a unidade:

- 5.a.1 Realiza assembleia semanal.
- 5.a.2. Realiza assembléia quinzenal
- 5.a.3. Realiza assembléia mensal.
- 5.a.4. Outros (especificar):

5.b. Considerações e recomendações para o quadrimestre seguinte *

CAPÍTULO ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL DE FORMA INTEGRAL E EM REDE.

6. Planejar e executar, junto às equipes de saúde da rede básica, ações/atividades da linha do cuidado e de formação em Saúde Mental, de forma pactuada entre os atores envolvidos e gestores locais e regularidade.

Relevância do Indicador: Desenvolver a justificativa deste indicador no seu contexto.

Meta: Meta Municipal: 100% dos serviços realizando matriciamento em saúde mental para a atenção primária da rede SUS em seu território. Métrica para a unidade: quantidade de ações/atividades realizadas, regularidade e unidades atendidas.

Cálculo: mecanismos de gestão colegiada implantados.

Fonte: Relatório interno da unidade.

Orientações para Considerações e Recomendações: Descrever as dificuldades e potencialidades...

6.a Sobre planejar e executar junto às equipes de saúde da rede básica ações/atividades da linha do cuidado e de formação em Saúde Mental, a unidade: Preencher a quantidade (número absoluto) com que realizou a atividade em cada mês

Frequência

- 6.a.1. Realiza discussão compartilhada de caso
- 6.a.2. Realiza visitas domiciliares
- 6.a.3. Realiza atividades de grupos conjuntas
- 6.a.4 Realiza atividades/eventos de formação, atualização e outras relacionadas à educação em saúde
- 6.a.5 Outros (especificar):

6.b. Especifique a quantidade que realiza Matriciamento

6.b.1. Em quantas UBS realiza ao menos um encontro mensal de matriciamento: unidades.

6.b.2. Informe os Nomes das unidades (Separe com ponto e virgula) em que realiza matriciamento:

6.b.2.a. Leste

6.b.2.b. Norte

6.b.2.c. Noroeste

6.b.2.d. Sudoeste

6.b.2.e. Sul

6.c. Encaminhamento qualificado

6.c.1. Número total de pacientes inseridos no quadrimestre pacientes inseridos.

6.c.2. Número total de acolhimentos realizados: pacientes acolhidos.

6.c.3. Proporção de Pacientes inseridos na unidade:

6.d. Considerações e recomendações para o quadrimestre seguinte

7. Elaborar Plano Terapêutico Singular (PTS) de forma compartilhada com a Rede de Atenção Primária, para todos os usuários inseridos nos serviços de saúde mental.

Relevância do Indicador: Desenvolver a justificativa deste indicador no seu contexto.

Meta: Meta Municipal: 100% dos Usuários inseridos nos serviços de saúde mental, com PTS compartilhados com o Centro de Saúde do território respectivo. Métrica para a unidade: numero de usuários inseridos compartilhados com a atenção primária dividido pelo total de usuários da unidade.

Cálculo: mecanismos de gestão colegiada implantados.

Fonte: Relatório interno da unidade.

Orientações para Considerações e Recomendações: Descrever as dificuldades e potencialidades...

7.a. Número de usuários inseridos compartilhados com a atenção primária: usuários

7.b. Número total de usuários da unidade: usuários

7.c. Percentual de usuários inseridos compartilhados com a atenção primária (Método de cálculo: Número de usuários inseridos compartilhados com a atenção primária dividido pelo total de usuários da unidade): %

7.d. Considerações e recomendações para o quadrimestre seguinte

ANÁLISE DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE NA UNIDADE.

Quais foram dois pontos fortes deste processo de monitoramento do planejamento?



Quais foram dois pontos fracos deste processo de monitoramento do planejamento?



Você teria alguma sugestão adicional a fazer?