



**Prefeitura
Municipal de
Campinas**



Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

1º RDQA 2019

Campinas/SP

Núcleo de Planejamento e Orçamento
Junho 2019

Conteúdo

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	1
Introdução	8
EIXO I– ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE	10
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.....	10
<i>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</i>	<i>10</i>
<i>Indicador 1.i.1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.....</i>	<i>10</i>
<i>Indicador 1.i.2. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família</i>	<i>13</i>
<i>Indicador 1.i.3. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.....</i>	<i>15</i>
<i>Indicador 1.i.4. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.....</i>	<i>18</i>
<i>Indicador 1.i.5. Percentual de Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três tipos de práticas do programa da saúde integrativa.....</i>	<i>20</i>
<i>Indicador 1.i.6- Proporção de medicamentos padronizados disponibilizados para Atenção Básica, de forma humanizada e qualificada:</i>	<i>22</i>
<i>Indicador 1.i.7 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)</i>	<i>24</i>
<i>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.</i>	<i>28</i>
<i>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:.....</i>	<i>28</i>
<i>Indicador 1.ii.2. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos:.....</i>	<i>30</i>
<i>Indicador 1.ii.3. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos:.....</i>	<i>33</i>
<i>Indicador 1.ii.4. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para residentes e população de mesma residência.....</i>	<i>35</i>

Indicador 1.ii.5. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade para residentes e população de mesma residência.....39

Objetivo 1.iii: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção hospitalar de alta complexidade no âmbito do SUS.....42

Indicador 1.iii.1. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de média complexidade de residentes e população de mesma residência.42

Indicador 1.iii.2. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência.44

EIXO II – INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE E LINHAS DE CUIDADO.....47

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.....47

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.....47

Indicador 2.i.1. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.....47

Indicador 2.i.2. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio.....49

Indicador 2.i.3. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.51

Indicador 2.i.4. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.....53

Indicador 2.i.5. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.....54

Indicador 2.i.6. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida.....56

Indicador 2.i.7. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.....58

Indicador 2.i.8. Ações de Matriciamento realizadas por Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS) com equipes de APS.....59

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.....61

Indicador 2.ii.1. Taxa de Mortalidade infantil	61
Indicador 2.ii.2. Razão da Mortalidade Materna.....	63
Indicador 2.ii.3. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	65
Indicador 2.ii.4. Proporção de óbitos maternos investigados.	66
Indicador 2.ii.5. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.....	67
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...)	69

EIXO III – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO73

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.73

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.73

Indicador 3.i.1. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano.....	73
Indicador 3.i.2. Número de testes de sífilis por gestante	74
Indicador 3.i.3. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	76
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 dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.....	78
Indicador 3.i.5. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	80
Indicador 3.i.6. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.....	82
Indicador 3.i.7. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida....	83
Indicador 3.i.8. Coeficiente de incidência de Câncer por sexo, no município de Campinas.	85
Indicador 3.i.9. Número de publicações da análise da situação de saúde de Campinas	86
Indicador 3.i.10. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.....	88

Indicador 3.i.11. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3.....	89
Indicador 3.i.12. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados	91
Indicador3.i.13. Número de testes sorológicos para HIV realizados.....	92
Indicador3.i.14. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	93
Indicador3.i.15.Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados	95
Indicador3.i.16. Coeficiente de letalidade por dengue.....	96
Indicador 3.i.17. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	97
Indicador 3.i.18. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	98
Indicador3.i.19. Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador notificados no SINAN, no Município de Campinas	100
Indicador3.i.20. Proporção de acidentes de trabalho (AT) fatais notificados e investigados na área de abrangência do CERESTde Campinas, exceto os ocorridos no trânsito.	101
Indicador3.i.21. Proporção dos acidentes de trabalho graves notificados e investigados em Campinas, exceto os ocorridos no trânsito.....	103
Indicador3.i.22. Número de egressos do Curso de Especialização / Extensão em Saúde do Trabalhador, e Capacitações em Saúde do Trabalhador realizados em Campinas,sob responsabilidade do CEREST, segundo cada público alvo	104
Indicador3.i.23. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	105
Indicador3.i.24. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalhonotificadosna área de abrangência do CEREST	106
<i>Objetivo 3.ii. Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor</i>	
Indicador 3.ii.1. Proporção deimplementação das ações de Vigilância Sanitária no município, considerando os sete grupos de ações necessárias a todos os municípios	108
Indicador3.ii.2. Proporção dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) com controle sanitário realizado no ano.....	109
Indicador 3.ii.3. Proporção dos serviços hemoterápicos inspecionados no ano, no município de Campinas.....	110
Indicador 3.ii.4. Proporção de Hospitais inspecionados ao ano, no município de Campinas.....	112
Indicador 3.ii.5.Proporção de indústrias de medicamentos e insumos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.....	113

Indicador 3.ii.6. Proporção de indústrias de produtos para saúde classe III e IV inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.....	114
Indicador 3.ii.7. Proporção de indústrias de saneantes e cosméticos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.....	115
Indicador3.ii.8.Número de reuniões técnicas realizadas com gerentes de lojas e gerentes regionais de hipermercados e supermercados ao ano.....	116
Indicador3.ii.9. Proporção de esterilizadora ETO (óxido de etileno) inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano, em ações integradas pelas áreas de produtos e serviços de saúde.	117

EIXO IV –GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - SUS FORMADOR 119

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. 119

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..... 119

Indicador 4.i.1. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas no Município.....119

Indicador4.i.2.Proporção de serviços de saúde do SUS no Município SUS como campo de prática para atividades ensino serviço.....121

Objetivo 4.ii.Recomposição do quadro da Secretaria Municipal de Saúde, considerando parâmetros e procedimentos para avaliação das necessidades de cada local. 123

Indicador4.ii.1.Proporção de serviços de saúde do SUS no Município com estudo de dimensionamento da força de trabalho realizado e atualizado.....123

EIXO V – GESTÃO COMPARTILHADA E CONTROLE SOCIAL..... 137

Diretriz5. Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral. 137

Objetivo 5.i. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS..... 137

Indicador5.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. 137

Objetivo 5.ii. Alimentação de forma qualificada os dados (mensal e sistemática) dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas:.....139

Indicador 5.ii.1. Proporção de serviços de serviços de saúde sob gestão Municipal do SUS informatizados.....139

EIXO VI – APOIO LOGÍSTICO E FINANCEIRO141

Diretriz6. Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto equalificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.144

Objetivo 6.i. Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.....144

Indicador 6.i.1. Percentual de gastos em saúde no Município de Campinas ..144

Objetivo 6.ii. Garantir e melhorar os processos de construção, reforma, ampliação, aquisição, manutenção de serviços, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.....145

Indicador6.ii.1. Proporção de equipamentos adquiridos para Atenção Básica em Campinas.....145

Indicador6.ii.2. Proporção de equipamentos adquiridos para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência em Campinas152

Indicador6.ii.3. Proporção de equipamentos para imunobiológicos adquiridos em Campinas (Câmaras fria e caixas térmicas para transporte de vacina).....155

Indicador6.ii.4. Proporção de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Básica157

Indicador6.ii.5. Proporção de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência.....160

Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EIXO I- ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE

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

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

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

Relevância do Indicador

Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária em constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais regionais 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 da atenção.

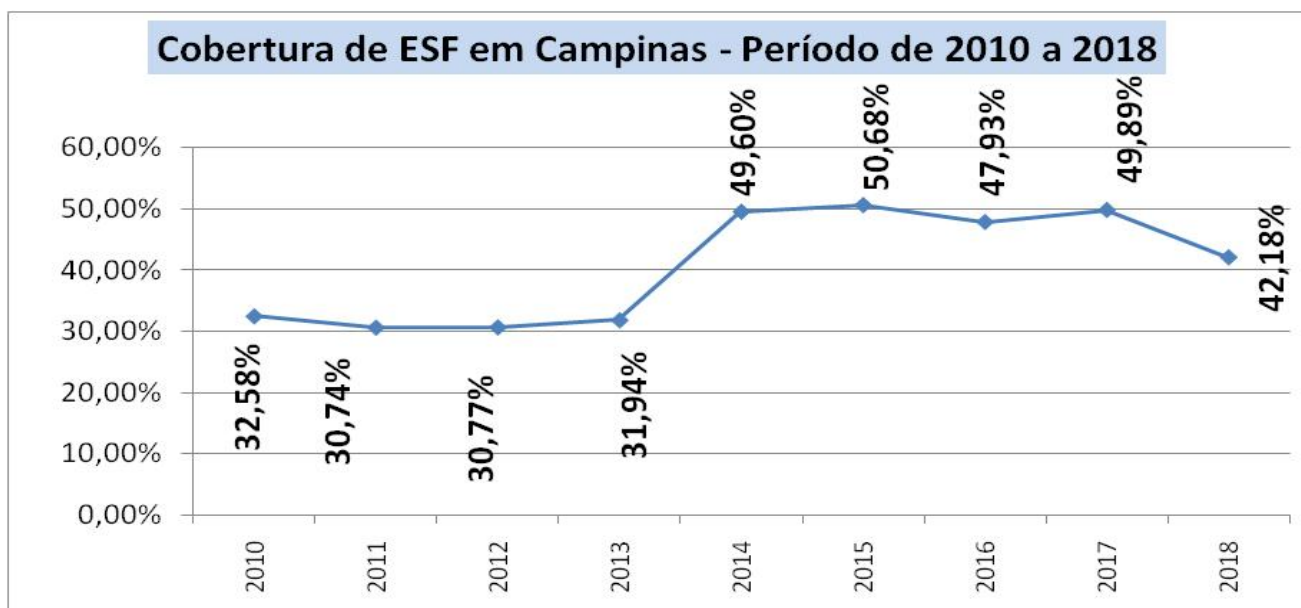
Série Histórica

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS EM CAMPINAS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
População	1.080.113	1.088.611	1.098.630	1.144.862	1.154.617	1.164.098	1.173.370	1.182.429	1.194.094
Nº ESF	102	97	98	106	166	171	163	171	146
Cob. CAMPINA	32,58%	30,74%	30,77%	31,94%	49,60%	50,68%	47,93%	49,89%	42,18%

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

Obs.: 1) Esta série histórica foi recalculada conforme parâmetro da Portaria nº 2.027, 25.08.2011 MS e Pop. IBGE sem correção do ano (sempre comum ano de atraso). 2) Corrigida a série histórica no dia 19.02.2019



Método de Cálculo

Numerador: N° de eSF(N° eAB + N° eSF equivalente) x 3.450 em determinado local e período dividido por Denominador: Estimativa populacional do ano anterior multiplicado por 100.

Meta:

Aumentar 5% ao ano a partir de 2018 até 2021

	2018	2019	2020	2021
População*	1.158.944	1.167.192	1.175.501	1.184.903
N° ESF	178	196	215	234
Cobertura Estimada	53%	58%	63%	68%

*Fonte: Fundação SEADE

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.i.1.a.	Contratar e repor recursos humanos, mediante concurso público, para manter as equipes completas continuamente.	Gabinete da SMS,DS, SRH.
1.i.1.b.	Realizar concurso público para enfermeiro e médicos em 2018.	Gabinete da SMS,DS, SRH.
1.i.1.c.	Implementar as ações de apoio matricial, intra e inter equipes, incluindo NASF, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis;	DS, Distritos.
1.i.1.d.	Realizar capacitações através do Curso de Especialização em Saúde da Família da UNICAMP e EP via CETS, incluindo gestores.	Gabinete da SMS,DS, CETS.
1.i.1.e.	Apoiar os gestores para ampliar sua potência em relação à implementação da garantia do acesso (acolhimento e organização das agendas).	DS, Distritos
1.i.1.f.	Atualizar sistematicamente o dimensionamento de população e	DS, Distritos

	territórios	
1.i.1.g.	Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes.	Gabinete SMS, Sec. Obras, serv. Contr.
1.i.1.j.	Aumentar o número de usuários com no CadWeb -SUS e mantê-lo atualizado.	Distritos, CS
1.i.1.k	Organizar e realizar matriciamento dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Prefeitura de Campinas/CHPEO.	Distritos, CS, COREMU do CHPEO/DGDO
1.i.1.l	Garantir a inclusão do profissional nutricionista nos NASFs, ou pelo menos nos distritos (1 por distrito de saúde),	Gabinete da SMS, DGETS, DS e Distritos
1.i.1.m	Estabelecer parceria com a Secretaria de Educação para desenvolver ações de prevenção da obesidade nas escolas municipais.	Distritos, CS, COREMU do CHPEO/DGDO

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	38,85%	<p>Competência Abril de 2019: ESF - 51 + ESF M1 - 64 + ESF M2 - 5 + ESF4 - 1 + ESF4 SB_M1 - 0 + ESF Trans - 4 + ESF Trans SB_M1 - 6 + EAB1 - 3 + EAB1 SB - 1: 135 OBS: *não consideradas as equipes de EACS, que são 30 na competência abril/2019. Memória de Cálculo: $(131 \text{ ESF} \times 3.450) + (4 \text{ EAB} \times 3.000) / 1.194.094 \text{ Hab} \times 100 = 38,85\%$ *Obs.: Port. Nº 2.027, 25.08.2011 MS Dados do Ministério da Saúde: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP.</p> <p>A cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica manteve tendência a queda à medida que houve baixa de equipes por desligamento de servidores, não sendo prevista reposição de profissionais pelo "Programa Mais Médicos" para o município. Houve acréscimo no total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde passando de 704 para 713.. A totalidade das 142 ESF homologadas no PMAQ estão avaliadas. O processo de revisão do modelo de atenção da APS em Campinas, com maior aproximação do previsto pelo Ministério de Saúde, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está sendo revisto à luz da nova PNAB, Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, o que deverá facilitar a reabilitação de equipes, o que ainda não ocorre por descompasso entre o DAB e a gerência do CNES no MS. Vem sendo pensado, para Campinas, o "Programa Mais Médicos Campineiro", em tramitação na CMC e a realização de concurso público.</p>

INDICADOR 1.i.1		SUB-FUNÇÃO 302		ATENÇÃO ESPECIALIZADA
PROPOSTAS	OBJETO	SETOR	VALOR	PROTOCOLO ENCAM. EXECUÇÃO
36000.1828472/01-800 36000.1828942/01-800	INCREMENTO PAB	CUSTEIO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE	800.000,00	Não Informado.

Observações:

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONANTES DE SAÚDE DO PROGRAMA DE BOLSA FAMÍLIA														
Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cob. Bolsa Família	89,66	49,99	29,91	41,71	53,18	34,62	40,17	44,74	39,53	35,5	40,4	50,2	45,9	49,1

Fonte: DRS 7; DS - SMS/Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição_MS

Método de Cálculo

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

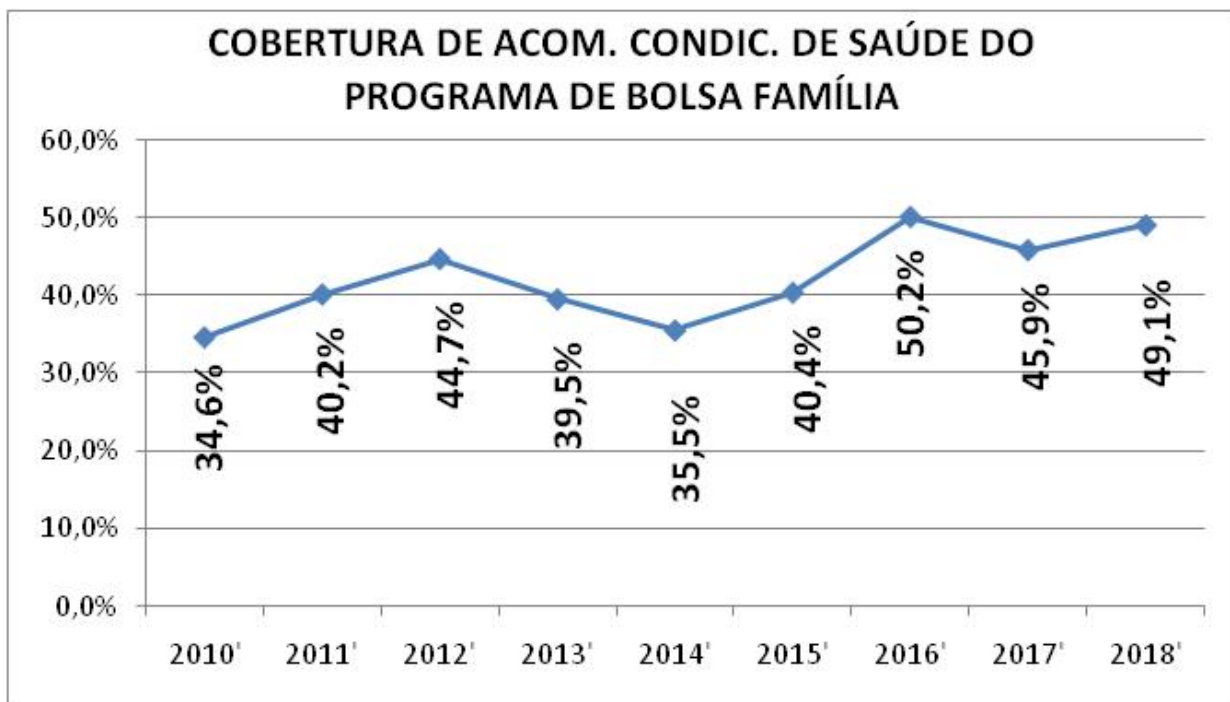
_____ x 100

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

Meta:

Aumentar em 5,5% em 4 anos até 2021

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



Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	-	<p>O Indicador é semestral, pois o acompanhamento das condicionalidades da saúde são registrados como 2 vigências, a primeira se encerra ao final de junho.</p> <p>As unidades estão realizando os atendimentos através de ações para informar através do sistema E-Gestor/PBF.</p> <p>Considerações e recomendações: manter a vigilância afim de realizar de forma sistemática os acompanhamentos.</p>

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

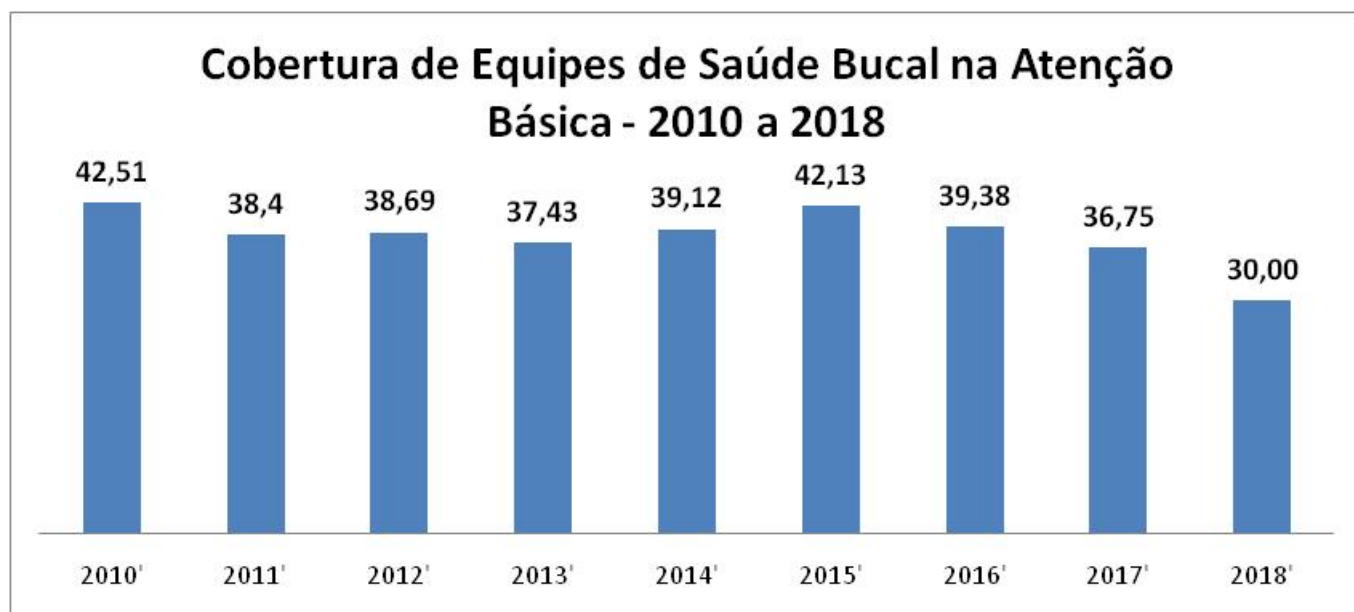
Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL									
Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'	2018'
	1.080.113	1.088.611	1.098.630	1.144.862	1.154.617	1.164.098	1.173.370	1.182.429	1.194.094
Nº equipes	153	139	142	143	151	163	154	125	95
Proporção	42,51	38,4	38,69	37,43	39,12	42,13	39,38	33	30

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS IBGE



Método de Cálculo

Numerador: $((n^{\circ} \text{ eSB} \times 3.450) + (n^{\circ} \text{ eSB equivalentes} \times 3.000))$ em determinado local e período dividido por Denominador: população no mesmo local e período multiplicado por 100.

Meta:

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

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

*Fonte: Fundação SEADE

Ações:

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	30%	A meta não foi atingida, pois as equipes profissionais estão em número inferior ao preconizado para atendimento no município, em virtude de ausência de concursos públicos e ou contratações, aumento de aposentadorias e aumento de profissionais com limitações de saúde, problemas com aquisição de insumos (falta de materiais), reformas de unidades básicas e possíveis perdas de informações no sistema. Está previsto a realização de concurso público para contratação de profissionais de saúde bucal.

Observações:

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

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

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

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

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

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

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

Relevânciado Indicador

Avalia o acesso à assistência odontológica, ao cuidado odontológico e implantação de uma estratégia de promoção e prevenção à saúde bucal, antecipação ao dano para as populações vulneráveis, intensificação de métodos de prevenção junto à comunidade na transversalidade da saúde bucal, no fluxo dos encaminhamentos para especialidades, em destaque para a endodontia.

Para uma análise mais adequada do indicador é importante que seja considerada a faixa etária das exodontias de dentes permanentes, quanto mais jovens perdendo

dentos, mais negativo será o indicador, em comparação com uma população com perdas dentárias acima dos 60 anos de idade.

Série Histórica

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

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

Método de Cálculo:

Numerador: Número total de extrações dentárias em determinado local e período. dividido por Denominador: Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período multiplicado por 100.

Meta:

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

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

Ações:

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	8%	A meta foi atingida, porém ainda persiste a necessidade da ampliação na implantação de CEOs no município para poder aumentar a capacidade de reabilitação de elementos dentários, a fim de se reduzir cada vez mais as exodontias. Existência de equipes mínimas no município para realização de atividades preventivas em escolas, creches municipais, bem como para atendimento e acolhimento das necessidades em saúde bucal dessa população em UBS. Houve falta de insumos, falta de manutenção de equipamentos, diminuindo o número de procedimentos restauradores e curativos.

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Passará a ser avaliada a partir de 2018

Método de Cálculo

Número de unidades básicas de saúde com três programas dividido por Número de unidades básicas de saúde no município multiplicado por 100.

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

Meta:

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	40,62 %	O total de Unidades Básicas de Saúde foi 64, sendo que 26 estão realizando três ou mais programas da Saúde Integrativa. com uma diminuição de 02 unidades em relação ao terceiro quadrimestre de 2018, sendo, por Distrito: Leste: 04 Unidades, Noroeste: 03 Unidades, Norte: 04

	<p>Unidades, Sudoeste: 07 Unidades e Sul: 08 Unidades.</p> <p>Programas desenvolvidos neste quadrimestre: Consciência Postural 1.427 usuários, Práticas corporais em Medicina tradicional Chinesa (Lian Gong, Chikung, Tai chi Chuan) 10.692, Grupos de Passeio 3.982, Meditação 226, Acupuntura Sistêmica 1.510, Microssistemas 1.805:, Yoga:294, Homeopatia:587, (Movimento Vital Expressivo, Dança Circular e Biodança):3.067, Terapia Comunitária Integrativa:92 e Reike:50, Fitoterapia 714.</p> <p>Solicitado que sejam inseridos nos dados da atual planilha, a produção do Ambulatório Municipal de Acupuntura e as atividades do Espaço CR Academia, além de inserir o questionamento em quais unidades básicas de saúde estão sendo desenvolvidos as hortas medicinais.</p>
--	---

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de Medicamentos Padronizados disponibilizados para Atenção Básica, de forma humanizada e qualificada				
Ano	2013	2014	2015	2016
Disponibilidade de medicamento	91%	94%	93%	88%
Fonte: Sistema Informatizado - SIG2M e GEMM				

Método de Cálculo

Número de medicamentos disponíveis no município no período dividido por Número de medicamentos padronizados para Atenção Primária multiplicado por 100.

Meta:

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

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.i.6.a.	Promover o uso racional dos medicamentos padronizados para Atenção Básica	DS, Distritos
1.i.6.b.	Realizar revisão das cotas de medicamentos, insumos e	DS, Distritos

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	76%	<p>Disponibilização de medicamentos - Licitações fracassadas, atraso nas entregas pelos fornecedores.</p> <p>Justificativa : Pode-se atribuir esse resultado a um conjunto de elementos que afetaram não apenas os procedimentos internos à administração municipal, mas também, fatores externos como atraso nas entregas por parte do fornecedor e itens desertos e fracassados em processos licitatórios.</p> <p>Em relação as Unidades de Saúde, de acordo com os dados da Matriz de Monitoramento RDQA 1 da Atenção Básica 2019:</p> <p>81% Fizeram revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e medicamentos, a partir do consumo médio no período;</p> <p>94% Monitoraram o estoque de medicamentos e materiais na Unidade;</p> <p>94% Alimentaram o sistema de movimentação de estoque (GEMM);</p> <p>89% Monitoraram o controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos;</p> <p>94% Orientaram os funcionários da farmácia a estarem atentos para</p>

		<p>quantidade recebida do almoxarifado e a demanda da unidade e participar da sugestão de cotas, comunicando o Distrito o não recebimento de algum medicamento.</p> <p>O Programa de Farmacovigilância foi implantado em 65% dos serviços de saúde de forma plena, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA 1 da Atenção Básica 2019.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Ampliar o programa de farmacovigilância para todos serviços de saúde.</p> <p>b) Envolvimento de toda a equipe de saúde das UBS para promoção e ampliação do programa de farmacovigilância.</p> <p>b) Envolvimento de todas as áreas técnicas do DS e DEVISA para promoção e ampliação do programa de farmacovigilância.</p> <p>Farmacêuticos - Atualmente contamos com farmacêuticos em 24 Unidades de Saúde, sendo que 17 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações essenciais e complementares integradas as Equipes de Saúde da Família.</p> <p>Agente de Apoio Farmácia - Atualmente contamos com Agente de Apoio Farmácia em todas Unidades de Saúde, sendo que 2 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações de saúde integradas às Equipes de Saúde da Família</p>
--	--	---

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA									
Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% ICSAP	25,34%	22,89%	23,82%	23,63%	23,62%	24,70%	23,36%	22,56%	21,03%
ICSAP: numerador	4.886	4.586	4.599	4.826	4.862	5.556	5.177	4.740	4.421
Total: denominador	19.279	20.034	19.304	20.423	20.581	22.493	22.160	21.014	21.024
Fonte: DATASUS/SIH RDSP 1401a 1712.DBC									
Referência: Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015									
Dados reprocessados na SMS/DGDO -DEAR/CAC									

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 D evit p imun	35	76	134	110	118	138	173	116	134
2 GEI e complic	183	152	169	179	226	205	274	113	126
3 Anemia	14	9	9	16	16	10	14	23	15
4 Defnutric	32	39	32	27	35	33	43	58	36
5 Infec O N G	52	43	64	58	52	58	49	62	49
6 Pneumonias bac	718	534	447	589	643	635	552	471	398
7 Asma	400	403	465	558	329	549	366	484	434
8 Bronquites	494	637	702	488	382	549	520	525	454
9 Hipertensão	390	244	192	166	100	151	233	152	123
10 Angina	281	325	329	398	435	436	412	332	282
11 ICC	605	572	522	621	626	687	635	719	714
12 Diabetes	360	298	276	270	236	298	283	242	264
13 Epilepsias	130	174	143	204	219	189	200	151	182
14 ITU	571	524	556	640	893	1085	850	870	766
15 Infec pele e TSC	560	518	518	455	512	487	500	370	395
16 D inflpelv F	60	38	40	46	40	42	70	49	47
17 SRubéolacong	1	0	1	1	0	4	3	3	2
% ICSAP	25,34%	22,89%	23,82%	23,63%	23,62%	24,70%	23,36%	22,56%	21,03%
ICSAP: numerador	4.886	4.586	4.599	4.826	4.862	5.556	5.177	4.740	4.421
Total: denominador	19.279	20.034	19.304	20.423	20.581	22.493	22.160	21.014	21.024

Fonte: DATASUS/SIH RDSP 1401a 1712.DBC

Referência: Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015

Dados reprocessados na SMS/DGDO -DEAR/CAC

1.i.7) o que facilita monitoramento e intervenção por prestador.

INDICADOR 117 - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DE RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

ICSAP	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
1 D evit p imun	46	43	45	134	
2 GEI e complic	43	43	40	126	
3 Anemia	4	8	3	15	
4 Def nutric	7	15	14	36	
5 Infec O N G	13	20	16	49	
6 Pneumonias bac	140	144	114	398	
7 Asma	122	136	176	434	
8 Bronquites	124	177	153	454	
9 Hipertensão	25	36	62	123	
10 Angina	96	102	84	282	
11 ICC	231	227	256	714	
12 Diabetes	96	87	81	264	
13 Epilepsias	66	65	51	182	
14 ITU	278	225	263	766	
15 Infec pele e TSC	132	130	133	395	
16 D infl pelv F	15	16	16	47	
17 SRubéola cong	0	1	1	2	
Total ICSAP	1.438	1.475	1.508	4.421	
Total Geral	6.889	7.171	6.964	21.024	

Método de Cálculo

Numerador: Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período dividido por Denominador: Total de internações clínicas, em determinado local e período multiplicado por 100.

Meta:

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

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.i.7.a.	Implantar o Protocolo de DCNT e Risco Cardiovascular proposto pelo MS em todas as unidades de saúde.	DS, Distritos, DGDO
1.i.7.b.	Organizar os processos de trabalho da ESF em consonância com as necessidades de saúde da população adstrita.	DS, Distritos
1.i.7.c.	Aumentar o percentual de pacientes crônicos e acamados com cadastro com classificação de risco e vulnerabilidade, considerando-se outros agravos crônicos de relevância para o território (UBS).	DS, Distritos
1.i.7.d.	Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento de hipertensos e diabéticos nas UBS.	DS, Distritos
1.i.7.e.	Aumentar o percentual de pacientes com cadastro de Hiperdia, com grau de risco / vulnerabilidade.	DS, Distritos
1.i.7.f.	Cadastrar outros agravos crônicos de relevância para Unidade de Saúde (Asma, anemia ferropriva infantil, obesidade, doenças ocupacionais, acidentes de trabalho) - Mapa de saúde.	DS, Distritos
1.i.7.g.	Cadastrar os pacientes "acamados" ou com grau de limitação em domicílio (UBS/ SAD).	DS, Distritos
1.i.7.h.	Ampliar as práticas integrativas.	DS, Distritos
1.i.7.i.	Qualificar processos regulatórios de acesso (serviços especializados e de referência; Alta qualificada / ICSAP; acompanhamento compartilhado; matriciamento).	DS, Distritos, DGDO
1.i.7.j.	Articular os diversos pontos de atenção das Linha do Cuidado, visando à integralidade da assistência.	DS, Distritos, DGDO
1.i.7.k.	Analisar as necessidades de saúde (Parâmetros SUS) e a oferta de serviços, em tempo oportuno.	DS, Distritos

Observações:

Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) Critério de Seleção: Tabulação dos dados por município de residência do usuário Tipo de AIH = Normal; Complexidade do procedimento = Média complexidade; Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhante do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do conceito, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da

mãe/puérpera e permanência do recém-nascido. Internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, conforme lista a seguir: Condições Sensíveis Lista CID-10:

1. Doenças preveníveis por imunização e outras DIP A15-A199; A33-A379; A50-A539; A95-A959; B05-B069; B16-B169; B26-B269; B50-B549; B77-B779; G000; I00-I029.
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações A00-A099; E86-E869.
3. Anemia D50-D509.
4. Deficiências nutricionais E40-E469; E50-E649.
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta H66-H669; J00-J009; J01-J019; J02-J029; J03-J039; J06-J069; J31-J319.
6. Pneumonias bacterianas J13-J139; J14-J149; J153-J154; J158-J159; J181.
7. Asma J45-j459.
8. Bronquites J20-J229; J40-J429.
9. Hipertensão I10-I109; I11-I119.
10. Angina I20-I209.
11. Insuficiência cardíaca I50-I509.
12. Diabetes mellitus E10-E149.
13. Epilepsias G40-G409.
14. Infecção no rim e trato urinário N30-N309; N34-N349; N390.
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo A46-A469; L01-L019; L02-L029; L03-L039; L04-L049; L08-L089.
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos N70-N709; N71-N719; N72-N729; N73-N739; N75-N759; N76-N769.

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	19,21%	<p>Aumentar o acompanhamento do idoso acamado e incentivar a atenção integral do mesmo. Os índices continuam altos em 92%, nos mesmos patamares do 3º Quadrimestre de 2018.</p> <p>Manter o incentivo às ações de promoção de vida saudável, como grupos de atividade física, de tabagismos e alimentação saudável, programas de horto comunitários e outras ações semelhantes que atingem níveis de 92% das UBS.</p> <p>Incentivar a utilização do Protocolo de CCNT-RC, que obteve um aumento de 64% para 66%, mostrando o cuidado às UBS e consequentemente ESF.</p> <p>Através da implantação do Projeto Alta Articulada em 2019, espera-se melhorar o acompanhamento dos relatórios de alta hospitalar que diminui de 67% para 63% em relação ao último quadrimestre de 2018.</p> <p>Manter e aprimorar o banco de dados de cadastro de pacientes crônicos para monitoramento dos riscos e agravos que se mantem em 73%.</p>

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

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

Relevância do indicador:

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

Série histórica nacional:

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

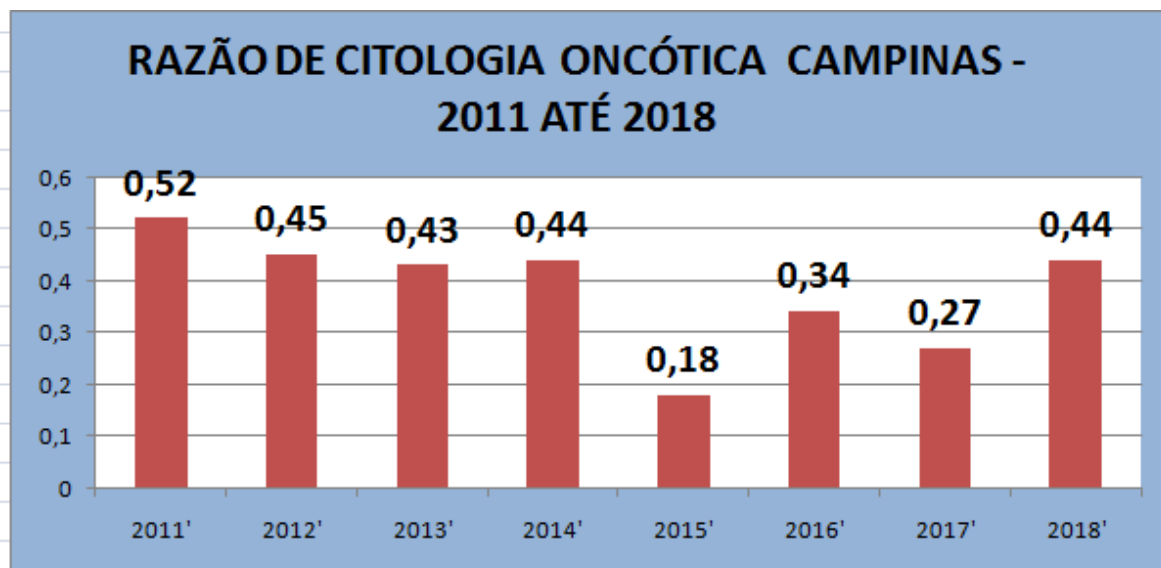
Série histórica região sudeste:

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

Série histórica Campinas

RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS											
Ano	2008'	2009'	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'	2018'
Proporção	0,59	0,59	0,54	0,52	0,45	0,43	0,44	0,18	0,34	0,27	0,44

Fonte: DATASUS/ SIA PASPO1801 A 1812. DBC - Dados reprocessados SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA e e-SUS AB informados Matriz da AB e consolidados no DGDO



Método de Cálculo

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

Meta:

Meta de Campinas: 0,42

Meta Pactuada Regional 2019: 0,45

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

	2018	2019	2020	2021
Razão de CO	0,42	0,45	0,46	0,48

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.ii.1.a.	Consolidar a execução de capacitação para médicos da saúde da família e equipe de enfermagem para aumentar a coleta qualificada das citologias oncóticas	DS, Distritos, CETS
1.ii.1.b.	Buscar alteração da Resolução do COFEN em relação a proibição de coleta pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, a fim de garantir a oferta de exames de rastreamento para o câncer de colo de útero.	Gabinete do Secretário, Assessoria Jurídica do Gabinete e DS e DRS7
1.ii.1.c.	Formalizar programa de rastreamento organizado em parceria com o CAISM e Fundação Pio XII – Hospital de Barretos Hospital de Amor para melhor acompanhamento dos grupos de risco;	Gabinete da Saúde DS, DGDO
1.ii.1.d.	Incentivar os mutirões de coleta da Papanicolau nas Unidades Básicas especialmente aquelas que não têm número suficiente de ginecologistas;	DS, Distritos e CS

1.ii.1.e.	Adotar o protocolo de Atenção à saúde das mulheres do DAB/MS-HSL.	DS, Distritos e CS
1.ii.1.f	Implementar estratégias de captação de mulheres para realização do exame	DS, Distritos e CS
1.ii.1.g	Incentivar a realização de grupo em sala de espera	Distritos e CS
1.ii.1.h	Apoiar e monitorar a implementação do SISCAN	DGDO/CII, DS e Distritos

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	0,09	Indicador cumulativo ao longo do ano. Foram realizadas 9.799 coletas de exames citopatológicos, para um total de 343.001 mulheres na faixa etária de 25 a 64. Vemos porém que estamos em defasagem com o período do ano anterior e devemos intensificar as ações de divulgação e sensibilização das equipes e mulheres para alcançarmos nossa meta.

Observações:

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

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

Relevância do indicador:

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

Série histórica nacional:

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

Série histórica região sudeste:

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS -
Série Histórica Região Sudeste

Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'
Proporção	0,22	0,26	0,29	0,32	0,35	0,34

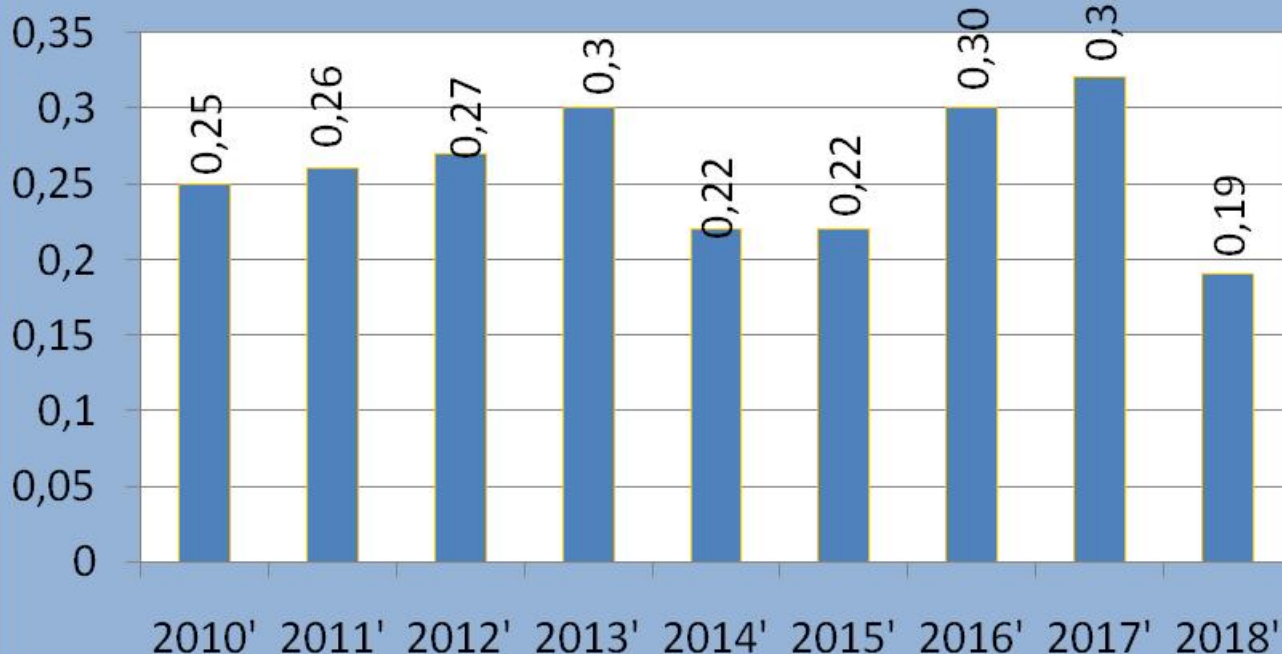
Série histórica em Campinas:

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS

Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'	2018'
Proporção	0,25	0,26	0,27	0,3	0,22	0,22	0,30	0,32	0,19

Fonte: DATASUS/ SIA PASPO1801 A 1812. DBC - Dados reprocessados SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA

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



Indicador 1ii2: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária					
Município de residência = Campinas	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
Total	6.675	3.955	2.445	13.075	
2082128 HOSPITAL E	2.269	2.341	1.945	6555	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	628	253	282	1163	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	203	134	140	477	
9462023 HOSPITAL DE AMOR	0	0	0	0	
7893922 POLICLINICA I	9	15	15	39	
2022710 POLICLINICA II	0	0	0	0	
Outros	3.566	1.212	63	4841	
População residente estimativa 2018 a 2021 - Plano Municipal de	132.379				
Indicador 1ii2	0,101	0,060	0,037	0,198	
Meta PMS	0,325				

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

Método de Cálculo

Numerador: Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano dividido por
Denominador: População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano dividido por 2.

Meta:

Meta de Campinas: 0,32

Meta Pactuada Regional: 0,34

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

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

Ações:

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

1.ii.2.f	Agilizar consulta de retorno, principalmente, dos resultados dos exames alterados.	DGDO, DS, Distritos, CS
1.ii.2.g	Incentivar utilização do Programa Mulheres de Peito	DGDO, DS, Distritos, CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	0,07	Indicador cumulativo ao longo do ano. Os dados são entregues até o 15º dia do mês subsequente necessitando correções no próximo relatório. No entanto, uma vez que a questão de oferta tem se mostrado não ser o fator de entrave, devido a parceria com o Hospital de Barretos (Hospital de Amor) que tem conseguido absorver a demanda do município, necessitamos intensificar a conscientização das mulheres desta faixa etária para incrementar a cobertura da população alvo por meio de estratégias de rastreamento organizado com ações no território.

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

Relevância do indicador:

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

Série histórica nacional:

Não é monitorada nesta faixa etária

Série histórica em Campinas:

Passará a ser monitorado a partir de 2018

Indicador 1ii3: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 40 a 69 anos e população da mesma faixa etária					
Município de residência = Campinas	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
Total	10.643	6.206	3.607	20.456	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	3.374	3.601	2.899	9.874	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	893	392	407	1.692	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	267	181	185	633	
9462023 HOSPITAL DE AMOR	0	0	0	0	
7893922 POLICLINICA I	23	37	33	93	
2022710 POLICLINICA II	0	0	0	0	
Outros	6.086	1.995	83	8.164	
População residente estimativa 2018 a 2021 - Plano Municipal de Saúde	220.586				
Indicador 1ii3	0,096	0,056	0,033	0,185	
Meta PMS	0,325				

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

Método de Cálculo

Numerador: Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 40 a 69 anos em determinado local e ano dividido por
Denominador: População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano dividido por 2.

Meta:

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

	2018	2019	2020	2021
População fem.40 a 49 anos (total)	88.207	89.691	91.164	92.712
Nº de proc.. de 40 a 49 anos	14.334	15.696	17.093	18.542
Nº de proc. 50 a 69 anos	21.512	23.682	25.932	28.287
Proporção	0,325	0,35	0,375	0,40
Total Ex. de 40 a 69 anos	35.846	39.378	43.025	46.294

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	0,07	Indicador cumulativo ao longo do ano. Este indicador nos auxilia a perceber a efetividade da ampliação da faixa etária para mamografia de rastreamento a partir de 40 anos no município de Campinas de acordo com a portaria 22 de 05-12-2016. Os valores serão ajustados no próximo relatório.

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

Relevânciado Indicador

Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS.

Série Histórica

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE											
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Prop. Amb. Média Compl.	1,52	1,96	2,23	2,1	1,71	2,21	2,24	2,21	3,35	4,62	1,17

Fonte: DATASUS/ SIA PASP01801 A 1812. DBC - Dados reprocessados SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA

Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente: físico produzido por Forma de Organização					
Forma de Organização	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
020101 Coleta de material por meio de	135	138	114	387	
020203 Exames sorológicos e imunológicos	1.602	1.635	1.610	4.847	
020301 Exames citopatológicos	27	38	37	102	
020302 Exames anatomopatológicos	127	157	104	388	
020501 Ultra-sonografias do sistema cir	2.473	2.772	2.212	7.457	
040503 Corpo vítreo, retina, coróide e e	305	376	473	1.154	
040505 Conjuntiva, córnea, câmara ante	513	610	608	1.731	
040904 Bolsa escrotal, testículos e cord	192	165	236	593	
040905 Pênis	122	85	97	304	
050601 Acompanhamento de paciente r	1.014	992	914	2.920	
Total	6.510	6.968	6.405	19.883	

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1812 e SIH RDSP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

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

Forma de Organização	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
020101 Coleta de material por meio de	0,012	0,012	0,010	0,033	
020203 Exames sorológicos e imunológicos	0,138	0,141	0,139	0,418	
020301 Exames citopatológicos	0,002	0,003	0,003	0,009	
020302 Exames anatomopatológicos	0,011	0,014	0,009	0,033	
020501 Ultra-sonografias do sistema cir	0,213	0,239	0,191	0,643	
040503 Corpo vítreo, retina, coróide e e	0,026	0,032	0,041	0,100	
040505 Conjuntiva, córnea, câmara ante	0,044	0,053	0,052	0,149	
040904 Bolsa escrotal, testículos e cord	0,017	0,014	0,020	0,051	
040905 Pênis	0,011	0,007	0,008	0,026	
050601 Acompanhamento de paciente r	0,087	0,086	0,079	0,252	
Indicador 1ii4	0,562	0,601	0,553	1,716	
Meta PMS	2,42				

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1812 e SIH RDSP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

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

Método de Cálculo

Numerador: Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade dividido por Denominador: População residente mesmo local e período.

Meta

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

Ações

Código	Ações	Responsáveis
1.ii.4.a.	Implementar ações de apoio matricial, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis;	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.b.	Manter convênios e contratos de gestão em conformidade com capacidade instalada e habilitações junto ao Ministério da Saúde, visando garantir a oferta de serviços conforme Portaria de Contratualização nº 3410/2014 (Ministério da Saúde);	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.c.	Incorporar novas tecnologias fundamentadas em evidências	DS, Distritos,

	científicas, visando o acesso da população a recursos efetivos e seguros e com impacto positivo na qualificação da assistência ofertada à população (equipamentos, laboratório, digitalização de laudos, etc);	DGDO, DEAR
1.ii.4.d.	Implementar o processo de informatização das Unidades de Saúde (a imagem objetiva é a implantação do prontuário eletrônico e laudos online);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.e.	Implementar os protocolos de acesso existentes e implantar novos, junto à Atenção Primária, a fim de reduzir o tempo de espera para acesso ao recurso especializado, de acordo com os princípios da integralidade e da equidade;	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.f.	Efetivar a regulação, pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso/SMS Campinas, de ações e serviços de saúde elencados como prioritários, para garantir equidade e qualificar o acesso (por ex. cirurgias eletivas);	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.g.	Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório;	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.h.	Adequar a estrutura física e ambiência das Unidades de Referência para a atenção humanizada aos usuários;	DS, Distritos, DGDO, DA
1.ii.4.i.	Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório.	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.j	Rediscutir o protocolo vigente das especialidades odontológicas com Ambulatório do HC da UNICAMP.	DS, Distritos, DGDO, Gabinete da Saúde
1.ii.4.k	Reforçar o sistema de Referência e Contra Referência das especialidades em odontologia implantadas, CEOs, Centro de Referência DST-AIDS, HMMG e Clínica de Diagnóstico Bucal da ACDC, garantindo a integralidade do cuidado.	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.l	Qualificar o fluxo institucional para tratamento de pacientes com necessidades especiais em centro cirúrgico no HMMG e CHOV. Recomendações: * Ofertar procedimentos nas áreas de dentística e endodontia além de cirurgia. * Que sejam contemplados atendimentos de pacientes crônicos vinculados ao SAD e garantidos o transporte para estes pacientes.	DS, Distritos, DGDO
1.i.i1.m	Garantir a inclusão do profissional nutricionista nos SAD e nos Ambulatórios de Atenção Especializada.	Gabinete da SMS, DGETS e DS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	0,53	<p>1) Foram convocados médicos especialistas para as Policlínicas e Centros de Referência (editais nº 01/2016 e nº 02/2016). A partir de abril/2019, estes profissionais começaram a ingressar nas Unidades, possibilitando ampliação da oferta, principalmente de consultas especializadas.</p> <p>2) Foi efetivada a renovação do convênio com a Fundação Dr. João Penido Burnier, com inclusão de procedimentos diagnósticos e</p>

	<p>terapêuticos: tomografia de coerência óptica (OCT), radiação para cross linking corneano, implante intra-estromal (mais conhecido como anel de ferrara).</p> <p>3) Através de aditamento do convênio com a PUC-Campinas, houve regularização da oferta de exames laboratoriais contemplados na tabela SUS e que serão processados pelo LAC do Hospital da PUC-Campinas, como laboratório de apoio à rede.</p> <p>4) Foi estruturado grupo de trabalho envolvendo técnicos do DGDO/ Departamento de Saúde/ Rede Mário Gatti/ DEAR para negociação e elaboração da proposta para novo convênio com a Rede Mário Gatti, que está sendo formalizado.</p> <p>5) Fortalecimento da articulação entre as Unidades da rede pública de saúde do município e o Hospital de Amor - Unidade Campinas, com pactuação de responsabilidades na linha do cuidado ao câncer de colo uterino e intensificação das ações de rastreamento do câncer de mama.</p> <p>6) Através de parceria com a FEAC, a APAE Campinas iniciou projeto que será desenvolvido durante todo o ano de 2019, com ampliação de vagas para atendimento de clientela com suspeita de transtorno do neurodesenvolvimento (atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, deficiência intelectual, transtorno de déficit de atenção, entre outros transtornos) e realização de apoio matricial aos profissionais da rede pública de saúde e educação de Campinas.</p> <p>7) Em abril/2019, foi realizado evento em comemoração aos 30 anos do Ambulatório de Homeopatia da rede pública de saúde do município de Campinas, localizado na Policlínica 2, visando compartilhar conhecimento e potencializar a integração entre AP e AAE.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Ampliar a oferta de procedimentos da atenção ambulatorial especializada, visando a assistência integral e qualificada, em tempo oportuno, por meio de reestruturação das Unidades de Referência em relação à recomposição das equipes, aos equipamentos necessários e à adequação predial, bem como através de monitoramento e ajuste contínuo da oferta das instituições conveniadas;</p> <p>b) Considerando que não foi possível preencher a necessidade de todas as vagas de especialistas (em especial neurologia e pneumologia), será necessário a abertura de novo concurso para médicos especialistas e outras categorias profissionais.</p> <p>c) Ampliar e qualificar as ações de apoio matricial, em consonância com a implantação do protocolo de condições crônicas não transmissíveis (CCNT), otimizando os espaços de troca/compartilhamento do cuidado aos usuários;</p> <p>d) Conforme consta no plano de trabalho da Fundação Dr. João Penido Burnier, é necessário habilitar esta instituição para realização de transplante de córnea.</p> <p>e) Qualificar a regulação dos procedimentos de média complexidade e o fluxo das solicitações dos procedimentos de alta complexidade, tendo como uma das estratégias a definição de equipe, em cada Distrito, com a atribuição de gestão do acesso e uso racional de recursos especializados.</p> <p>f) Aplicar a pesquisa de satisfação dos usuários nas Policlínicas, em parceria com os usuários do Conselho Local das Policlínicas;</p> <p>g) Inauguração do AME Regional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo prevista para o segundo quadrimestre de 2019, com</p>
--	--

		ampliação de oferta e redefinição de fluxos assistenciais.
--	--	--

INDICADOR 1.ii.4		SUB-FUNÇÃO 302		ATENÇÃO ESPECIALIZADA
PROPOSTAS	OBJETO	SETOR	VALOR	PROTOCOLO ENCAM. EXECUÇÃO
36000.159953-2017-00	INCREMENTO MAC	FUNDAÇÃO SÍNDROME DE DOWN	R\$ 150.000,00	PMC.2018.00027008-79

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

Relevância do Indicador

Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de alta complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de alta complexidade de responsabilidade do SUS.

Série Histórica

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE											
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Prop. Amb. Alta Compl.	5,76	6,81	7,07	7,87	7,77	8,05	8,08	6,02	5,27	4,99	5,28
Fonte: DATASUS/ SIA PASP01801 A 1812. DBC - Dados reprocessados SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA											

Indicador 1ii5: Produção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade para população residente

Forma Organ.[2008+	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
020101 Coleta de material por meio de punção/bióps	515	390	316	1.221	
020203 Exames sorológicos e imunológicos	3.426	4.215	4.070	11.711	
020406 Exames radiológicos da cintura pélvica e dos r	1.426	1.174	1.287	3.887	
020501 Ultra-sonografias do sistema circulatório (qua	37	43	41	121	
020601 Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vert	2.862	2.825	2.917	8.604	
020602 Tomografia do torax e membros superiores	1.456	1.750	1.770	4.976	
020603 Tomografia do abdomen, pelve e membros in	3.527	4.088	4.220	11.835	
020701 RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral	798	949	1.440	3.187	
020702 RM do torax e membros superiores	62	75	72	209	
020703 RM do abdomen, pelve e membros inferiores	297	399	421	1.117	
020801 Aparelho cardiovascular	928	947	847	2.722	
020802 Aparelho digestivo	4	6	2	12	
020803 Aparelho endócrino	43	60	51	154	
020804 Aparelho geniturinário	122	168	160	450	
020805 Aparelho esquelético	394	415	358	1.167	
020807 Aparelho respiratório	34	31	25	90	
020808 Aparelho hematológico	9	15	18	42	
020809 Outros métodos de diagnóstico em medicina	4	8	11	23	
021001 Exames radiológicos de vasos sanguíneos e lin	46	74	58	178	
021102 Diagnóstico em cardiologia	283	311	289	883	
030111 Atendimento/Acompanhamento queimados	14	14	17	45	
030112 Atendimento/accompanhamento de diagnóstico	330	316	304	950	
030113 Acompanhamento em outras especialidades	104	85	89	278	
030312 Tratamentos por medicina nuclear in vivo	9	18	13	40	
030401 Radioterapia	0	0	0	0	
030402 Quimioterapia paliativa - adulto	2.490	2.442	2.332	7.264	
Total	19.220	20.818	21.128	61.166	

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

População residente estimativa 2018 a 2021 - Plano Municipal de Saúde	1.158.944				
Indicador 1ii5: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente por 100 habitantes					
	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Indicador 2018	Tendência
Indicador 1ii5	1,66	1,80	1,82	5,28	
Meta PMS	5,56				

Método de Cálculo

Numerador: Total de procedimentos ambulatoriais de Alta complexidade dividido por
Denominador: População residente mesmo local e período multiplicado por 100.

Méta:

Aumentar 5,59% ao ano, atingindo 5,56 em 2108; 5,88 em 2019; 6,20 em 2020 e 6,5 em 2.021

	2018	2019	2020	2021
População	1.158.944	1.167.192	1.175.501	1.184.903
Nº de Proc. Estimado	64.437	68.631	72.881	77.019
Perc. esperado	5,56%	5,88%	6,20%	6,50%

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.ii.5.a.	Implementar as ações de apoio matricial, visando	DS, Distritos,

	potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis;	DGDO, DEAR
1.ii.5.b.	Reformular convênios e contratos de gestão em conformidade com capacidade instalada e habilitações junto ao Ministério da Saúde, visando garantir a oferta de serviços conforme Portaria de Contratualização nº 3410/2014 (Ministério da Saúde);	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.5.c.	Analisar as necessidades de saúde / Parâmetros SUS (portaria GM/MS nº 1631 de 01/outubro/2015) e a oferta de ações e serviços, visando assegurar o acesso em tempo oportuno e o cuidado integral à saúde (dúvida se inclui ou não);	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.5.d.	Incorporar novas tecnologias fundamentadas em evidências científicas, visando o acesso da população a recursos efetivos e seguros e com impacto positivo na qualificação da assistência ofertada à população (equipamentos, laboratório, digitalização de laudos, etc);	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.5.e.	Implementar o processo de informatização das Unidades de Saúde (a imagem objetiva é implantação do prontuário eletrônico e laudos online);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.5.f.	Implementar os protocolos de acesso existentes, junto à Atenção Primária, a fim de reduzir o tempo de espera para acesso ao recurso especializado, de acordo com os princípios da integralidade e da equidade;	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.5.g.	Implantar a Unidade de Referência em Oncologia para diagnóstico e realização de procedimentos cirúrgicos de menor complexidade em parceria com o Hospital do Câncer de Barretos – Fundação Pio XII;	DS, Distritos, DGDO, Gabinete da SMS
1.ii.5.h.	Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório;	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.5.i.	Efetivar a regulação das ações e serviços de oncologia, visando oferecer assistência efetiva e em tempo oportuno à população;	DS, Distritos, DGDO, DEAR

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	1,37	<p>Efetivada a oferta de exames de ressonância nuclear magnética (RNM), por meio do convênio firmado com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor – Unidade Campinas);</p> <p>Recomendações</p> <p>Conforme consta no plano de trabalho da Fundação Dr. João Penido Burnier, é necessário habilitar esta instituição para realização de transplante de córnea.</p> <p>Conforme consta no plano de trabalho do CHPEO, para garantir a regularização da oferta de exames de tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética com necessidade de sedação, é necessário o equipamento denominado capnógrafo, que será fornecido mediante TAC – Termo de Ajuste de Conduta, mediado pela SMS, firmado entre Ministério Público e instituição privada de saúde do Município de Campinas.</p>

		<p>Efetivar a regularização da oferta de biópsias percutâneas guiadas por imagem no CHPEO, por meio do novo convênio com a Rede Mário Gatti.</p> <p>Inauguração do AME Regional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo prevista para o segundo quadrimestre de 2019, com ampliação de oferta e redefinição de fluxos assistenciais.</p>
--	--	--

Observações

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

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

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

Relevância do Indicador

Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico cirúrgica de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de média complexidade de responsabilidade do SUS.

Série Histórica

RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO- CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE											
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Internações Média Compl.	2,7	2,78	2,78	2,8	2,64	2,93	2,86	3,04	2,93	4,62	2,63

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1801 a 1812.DPC Dados reprocessados SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA

Indicador 1iii1: Produção de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente					
Sub-grupo de procedimentos	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
0201 Coleta de material	23	21	19	63	
0209 Diagnóstico por endoscopia	2	1	2	5	
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	4.954	5.376	5.102	15.432	
0304 Tratamento em oncologia	396	348	357	1.101	
0305 Tratamento em nefrologia	190	191	186	567	
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes	184	178	199	561	
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mu	157	150	169	476	
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	16	16	24	56	
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	101	79	72	252	
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pe	300	280	296	876	
0405 Cirurgia do aparelho da visão	62	78	50	190	
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	129	133	104	366	
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdom	886	814	917	2.617	
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	843	798	745	2.386	
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	960	864	930	2.754	
0410 Cirurgia de mama	82	108	93	283	
0411 Cirurgia obstétrica	259	312	289	860	
0412 Cirurgia torácica	72	70	87	229	
0413 Cirurgia reparadora	62	67	70	199	
0414 Bucomaxilofacial	12	5	30	47	
0415 Outras cirurgias	382	410	392	1.184	
Total	10.072	10.299	10.133	30.504	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

População residente estimativa 2018 a 2021 - Plano Municipal de Saúde	1.158.944				
Indicador 1iii1: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente por 100 habitantes					
	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Indicador 2018	Tendência
Indicador 1iii1	0,87	0,89	0,87	2,63	
Meta PMS	2,94				

Método de Cálculo

Numerador: Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de média complexidade dividido por . Denominador: População residente mesmo local e período multiplicado por 100

Meta:

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

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

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.iii.1.a.	Elaborar, implantar e monitorar protocolos entre atenção básica, especializada e atenção hospitalar, para qualificar as filas de indicação cirúrgica, com inclusão da classificação de risco.	DS, Distritos, DEAR
1.iii.1.b.	Monitorar os casos de indicação cirúrgica, acompanhar as filas.	DS, Distritos, DEAR
1.iii.1.c.	Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de	DS,

	Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde.	Distritos, DGDO, DEAR
1.iii.1.d.	Formular protocolos de acesso aos serviços conveniados visando otimizar a capacidade instalada.	DS, Distritos, DGDO, DEAR

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	0,72	<p>Considerações:</p> <p>Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual. Devido ao processo de transição do CHPEO, houve diminuição das ofertas para cirurgia de média complexidade. Está em processo de contratação serviço de cirurgia para o CHPEO o que aumentará a oferta municipal, com conseqüente redução do tempo de espera.</p> <p>Há que se ressaltar que houve redução no Convênio da meta pactuada com o HMCP (média complexidade) sendo priorizado procedimentos de alta complexidade em conformidade com a missão da instituição, entretanto a entidade manteve a produção alta.</p> <p>Em relação ao HMMG não houve redução da meta de média complexidade nos termos do Convênio, mas houve diminuição significativa na produção da entidade</p> <p>Foram realizadas reuniões para construção de protocolos clínicos, classificação de risco e reavaliação das filas de espera.</p> <p>Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos..</p> <p>Elaborar, implantar e monitorar protocolos entre atenção básica, especializada e atenção hospitalar, para qualificar as filas de indicação cirúrgica, com inclusão da classificação de risco.</p> <p>Monitorar os casos de indicação cirúrgica, acompanhar as filas.</p> <p>Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde e formular protocolos de acesso aos serviços conveniados, visando otimizar a capacidade instalada.</p> <p>Atuar junto a Autarquia Pública Municipal Rede Municipal Dr. Mário Gatti de U/E e Hospitalar com a finalidade de efetivar a oferta dos procedimentos cirúrgias de média complexidade.</p> <p>Estudar a possibilidade de habilitação de leitos de longa permanência junto ao Ministério da Saúde, garantindo maior otimização dos leitos existentes. Ressanto que somente os leitos clínicos ficam com morador.</p> <p>Para atendimento às ações propostas faz-se necessária a recomposição da equipe da CSRA/DEAR.</p>

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

Relevânciado Indicador

Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico-cirúrgica de alta complexidade, segundo as

necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de alta complexidade de responsabilidade do SUS.

Série Histórica

RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO- CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE											
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Internações Alta Compl.	3,46	3,06	3,33	3,85	3,69	4,05	4,17	3,27	3,45	3,37	3,36

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1801 a 1812.DPC Dados reprocessados SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA

Indicador 1iii2: Produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência					
Sub-grupo de procedimentos	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
Proced p/ diagnose	22	28	11	61	
Int. clínicas	130	127	128	385	
Int. Cirúrgicas	1.096	1.064	979	3.139	
Transplantes	28	23	25	76	
Interc. pós transpl	86	73	73	232	
Total	1.362	1.315	1.216	3.893	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

População residente estimativa 2018 a 2021 - Plano Municipal de Saúde	1.158.944				
Indicador 1iii2: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente (por 1.000 hab)					
	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Indicador 2018	Tendência
Indicador 1iii2	1,18	1,13	1,05	3,36	
Meta PMS	3,50				

Método de Cálculo

Numerador: Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de alta complexidade dividido por Denominador: População residente mesmo local e período multiplicado por 1000.

Meta

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

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

Ações

Código	Ações	Responsáveis
1.iii.2.a.	Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde.	DS, Distritos, DGDO, DEAR

1.iii.2.b.	Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos de cirurgias de alta complexidade.	DS, Distritos, DGDO, DEAR
------------	---	---------------------------

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	0,94	<p>Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual.</p> <p>Foram realizadas reuniões para construção de protocolos clínicos, classificação de risco e reavaliação das filas de espera especialmente o HMCP.</p> <p>Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos</p> <p>Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde.</p> <p>Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos de cirurgias de alta complexidade.</p>

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

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

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

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

Relevância do Indicador

Permite avaliar a suficiência e eficiência da atenção prestada à vítima antes e após chegada ao hospital auxiliando na avaliação, planejamento e adequada estruturação da rede de atenção à urgência e emergência.

Série Histórica

PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE																			
Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'	2018'
Proporção	61,31	52,61	57,89	50,74	53,85	57,76	54,77	55,83	64,88	64,53	64,99	63,26	59,38	58,89	59,87	60,00	61,86	74,3	71,13

Fonte: DRS 7 SIH - DATASUS e SIM atualizado até 19.02.2019



Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos hospitalares por acidente. dividido por Denominador: Número total de óbito por acidente em determinado local e período. multiplicado por 100.

Meta

Manter acima de 64,00%

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
2.i.1.a.	Manter a cobertura do SAMU em 100%	DS, Distritos, DA, Gabinete da SMS
2.i.1.b.	Aprimorar o serviço de Motolância	DS, Distritos, DA
2.i.1.c.	Aprimorar a linha de cuidado do trauma nos serviços de pronto atendimento fixo e nos serviços de referência;	DS, Distritos
2.i.1.d.	Monitorar plano de contingência para atendimento de múltiplas vítimas no pronto atendimento fixo e nos serviços de referência;	DS, Distritos
2.i.1.e.	Manter e incrementar as ações intersetoriais de prevenção junto à Secretaria de Educação (PARTY) e EMDEC (Maio Amarelo).	DS, Distritos e DEVISA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações																									
1º RDQA 2019	71,26%	<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Causa de óbito CID 10 V01 - X59</th></tr></thead><tbody><tr><td>Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período</td><td>87</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td><td>62</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde</td><td>1</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio</td><td>3</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública</td><td>16</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local</td><td>5</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena</td><td>0</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado</td><td>0</td></tr><tr><td>Total de óbito em local não hospitalar</td><td>25</td></tr><tr><td>Porcentagem de acesso hospitalar</td><td>71,26%</td></tr><tr><td>Porcentagem em local não hospitalar</td><td>28,74%</td></tr></tbody></table>		Causa de óbito CID 10 V01 - X59		Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	87	Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	62	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	1	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	3	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	16	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	5	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	0	Total de óbito em local não hospitalar	25	Porcentagem de acesso hospitalar	71,26%	Porcentagem em local não hospitalar	28,74%
Causa de óbito CID 10 V01 - X59																											
Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	87																										
Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	62																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	1																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	3																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	16																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	5																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	0																										
Total de óbito em local não hospitalar	25																										
Porcentagem de acesso hospitalar	71,26%																										
Porcentagem em local não hospitalar	28,74%																										
		<p>Comentários: Este indicador é de avaliação anual. Comparado com o resultado anual (2018 - 71,13%), observa-se uma melhora do encaminhamento dos pacientes graves aos hospitais que pode ser creditada às campanhas educativas de prevenção de acidentes, contudo houve uma piora em relação ao primeiro quadrimestre de 2018 (74,39%), o que pode indicar uma maior</p>																									

		<p>gravidade das ocorrências, e não necessariamente uma piora do acesso hospitalar, devendo ser somado a outros estudos para melhor elucidação da piora deste indicador.</p> <p>Recomendações: Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito.</p> <p>Manter de 100% do município com cobertura do SAMU</p> <p>Aprimorar o serviço de Motolância;</p> <p>Aprimorar a linha de cuidado do trauma nos serviços de pronto atendimento fixo e nos serviços de referência;</p> <p>Monitorar plano de contingência para atendimento de múltiplas vítimas no pronto atendimento fixo e nos serviços de referência;</p> <p>Manter e incrementar as ações intersetoriais de prevenção junto à Secretaria de Educação (PARTY) e EMDEC (Maio Amarelo).</p>
--	--	--

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO											
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Proporção	15,69	14,96	11,35	15,77	15,45		13,76	15,63	13,01	11,5	13,09
Fonte: DATASUS SIH/RDSP1801 a 1812.DPC Dados reprocessados SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA											

Internações SUS por IAM de residentes em Campinas					
Hospital SP (CNES)	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	49	57	48	154	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	23	21	29	73	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	34	49	26	109	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	66	46	62	174	
Outros	11	17	10	38	
Total	183	190	175	548	

Óbitos por IAM em internações SUS de residentes					
Hospital SP (CNES)	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	8	9	4	21	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	6	4	9	19	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	8	5	6	19	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	3	6	5	14	
Outros	0	2	1	3	
Total	25	26	25	76	

Indicador 2i2: Proporção de óbitos de residentes nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)					
Hospital SP (CNES)	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	16,3%	15,8%	8,3%	13,6%	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	26,1%	19,0%	31,0%	26,0%	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	23,5%	10,2%	23,1%	17,4%	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	4,5%	13,0%	8,1%	8,0%	
Outros	0,0%	11,8%	10,0%	7,9%	
Indicador 2i2	13,7%	13,7%	14,3%	13,9%	
Meta PMS	12,6%				

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos das internações por IAM. dividido por Denominador: Número total das internações por IAM, em determinado local e período multiplicado por 100.

Meta

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

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

Ações

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

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	10,7%	<p>Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual.</p> <p>Indicador com melhora gradual, há realização de trombólise pelo SAMU, foram criados protocolos de priorização para acesso ao especialista para Atenção Básica, ampliação das ações de Matricimanelo da Policlínica III, através das ações da CSRA, agilização do procedimento de cateterismo realizado de resgate em até 12 horas e de 24 a 48 horas as outras solicitações</p> <p>Recomendações:</p> <p>Manter protocolo de trombólise no SAMU</p> <p>Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP;</p> <p>Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.</p>

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

Relevância do indicador:

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

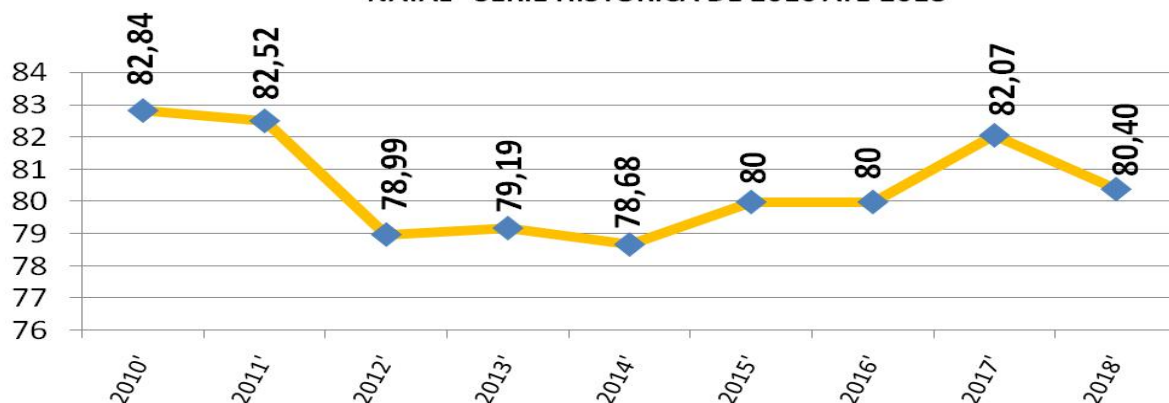
Série Histórica

PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Ano	2008'	2009'	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'	2018'
Propoção	83,34	82,41	82,84	82,52	78,99	79,19	78,68	80	80	82,07	80,40

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

PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL - SÉRIE HISTÓRICA DE 2010 ATÉ 2018



Método de Cálculo

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

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações																																				
1º RDQA 2019	79,34%	<table border="1"><thead><tr><th colspan="4">Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos jan-abr/2019</th></tr><tr><th>Nº de consultas de pré-natal</th><th>SUS</th><th>Convênio</th><th>Total</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nenhuma</td><td>0</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>1-3 consultas</td><td>129</td><td>24</td><td>153</td></tr><tr><td>4-6 consultas</td><td>417</td><td>222</td><td>639</td></tr><tr><td>7 e+ consultas</td><td>1.847</td><td>1.518</td><td>3365</td></tr><tr><td>Ignorado+não informado</td><td>70</td><td>11</td><td>81</td></tr><tr><td>Total</td><td>2.463</td><td>1.778</td><td>4241</td></tr><tr><td>Perc. 7e+ consultas</td><td>74,99%</td><td>85,38%</td><td>79,34%</td></tr></tbody></table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 24/05/2019, sujeitos à revisão.</p> <p>Este indicador demonstra que estamos próximos da meta mas devemos otimizar o acesso a assistência ao pré-natal na rede pública. Com a</p>	Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos jan-abr/2019				Nº de consultas de pré-natal	SUS	Convênio	Total	Nenhuma	0	3	3	1-3 consultas	129	24	153	4-6 consultas	417	222	639	7 e+ consultas	1.847	1.518	3365	Ignorado+não informado	70	11	81	Total	2.463	1.778	4241	Perc. 7e+ consultas	74,99%	85,38%	79,34%
Percentual de consultas de pré-natal por nascidos vivos jan-abr/2019																																						
Nº de consultas de pré-natal	SUS	Convênio	Total																																			
Nenhuma	0	3	3																																			
1-3 consultas	129	24	153																																			
4-6 consultas	417	222	639																																			
7 e+ consultas	1.847	1.518	3365																																			
Ignorado+não informado	70	11	81																																			
Total	2.463	1.778	4241																																			
Perc. 7e+ consultas	74,99%	85,38%	79,34%																																			

	proposta de qualificação de profissionais de enfermagem e médicos generalistas para atuar em consultas de pré-natal, deveremos alcançar a meta estipulada.
--	--

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

Relevância do Indicador

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

Série histórica nacional:

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

Série Histórica do Município de Campinas

GESTANTES RESIDENTES EM CAMPINAS POR ANO DE ANSCIMENTO E FAIXA ETÁRIA DA MÃE									
SÉRIE HISTÓRICA 2010 A 2018									
Faixa Etária Mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ate 14	90	86	96	84	115	92	71	50	0
15 a 19	1822	1739	1865	1860	2046	1879	1709	1485	1347
ADOLESC	1912	1825	1961	1944	2161	1971	1780	1535	1347
% GRAV ADOL.	12,75%	12,36%	12,97%	12,67%	13,51%	12,17%	11,75%	9,95%	8,97%
20 a 34	10949	10752	10838	10931	11118	11391	10678	10800	10427
35 e mais	2134	2187	2323	2467	2717	2833	2695	3095	3248
Total	14995	14764	15122	15342	15996	16195	15153	15430	15022

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 06/02/2019, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

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

Meta

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
2.i.4.a	Promover ações educativas em escolas em parceria com a secretaria de educação	DS, Distritos

2.i.4.b	Fortalecer a conscientização dos profissionais da atenção básica com o objetivo de oferecer alternativas de contracepção de maior adesão por parte das adolescentes como métodos contraceptivos injetáveis e reversíveis de longa duração para faixas etárias mais jovens	DS, Distritos
---------	---	---------------

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	7,98%	Parcial: 348 nascidos vivos de adolescentes entre 10 e 19 anos de janeiro a abril de 2019. Indicador de avaliação anual. Estamos garantindo uma taxa abaixo de dois dígitos bem abaixo da média nacional. Temos intensificado as ações de planejamento reprodutivo nas UBS com incentivo a ampliar os grupos educativos e divulgação dos diversos métodos contraceptivos disponíveis. Essas ações devem ser constantes para reduzirmos cada vez mais a gravidez não planejada.

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

Relevânciado Indicador

Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de Saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.

Parâmetro nacional de referência:

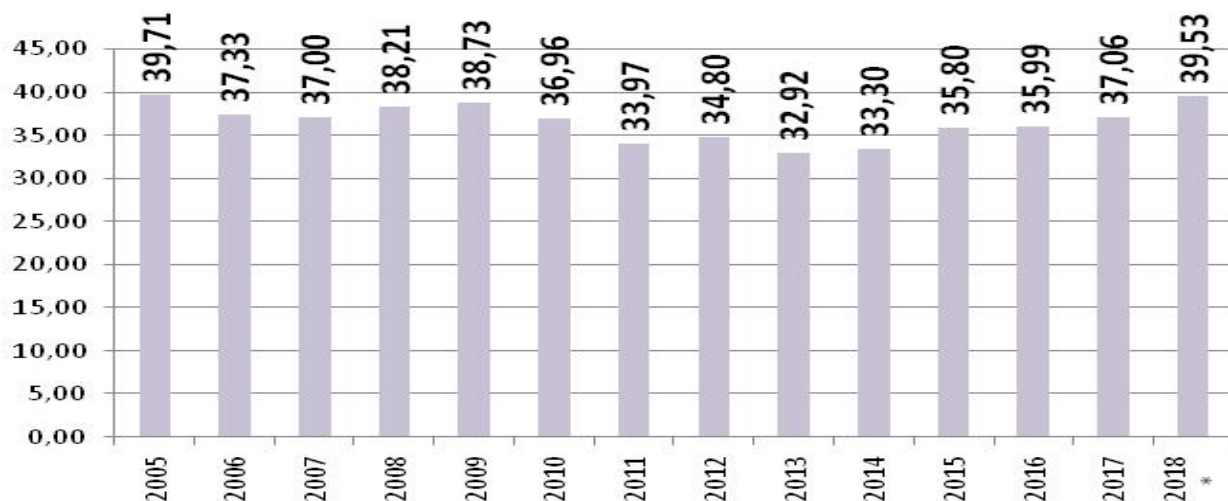
70% de partos normais, admitindo-se até 30% de partos cesáreos. Segundo os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15 a 25% dos partos (Fonte: OMS, 1996).

Série Histórica do Município de Campinas

PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL DE MÃES RESIDENTES EM CAMPINAS														
Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
vaginal	5.423	4.997	5.069	5.440	5.634	5.441	4.917	5.155	4.945	5.210	5.655	5.454	5.716	5.794
cesaria	8.224	8.373	8.602	8.788	8.902	9.271	9.547	9.657	10.073	10.421	10.136	9.699	9.701	8.862
ignorado	9	16	30	8	12	8	12	0	2	13	7	0	6	2
total	13.656	13.386	13.701	14.236	14.548	14.720	14.476	14.812	15.021	15.644	15.798	15.153	15.423	14.658
Proporção	39,71	37,33	37,00	38,21	38,73	36,96	33,97	34,80	32,92	33,30	35,80	35,99	37,06	39,53

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 06/02/2019, sujeitos à revisão.

Propoção de parto vaginal mulheres residentes em Campinas -
Série histórica 2010 até 2018



Método de Cálculo

Numeador: Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano. dividido por Denominador: Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano.multiplicado por 100

Meta

Aumentar 0,5% a proporção de parto vaginal.

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	41,17%	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Percentual de nascidos vivos por tipo de parto jan-abr/2019 </div>

	SUS	Convênio	Total
Vaginal	1.328	418	1.746
Cesariana	1.135	1.359	2.494
Não informado	0	1	1
Total	2.463	1.778	4.241
Percentual Parto Vaginal	53,92%	23,51%	41,17%
Percentual Parto Cesariana	46,08%	76,43%	58,81%
Percentual de Partos por tipo de sistema de saúde	58,08%	41,92%	100,00%

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 24/05/2019, sujeitos à revisão.

A média municipal de parto vaginal tem se mantido ao redor de 40% sendo que a taxa nacional de 45% se mantém ainda longe das recomendações da OMS de 75%. Tem sido reforçado junto as maternidades privadas conveniadas ao nosso sistema público de saúde municipal a importância das boas práticas em obstetrícia para melhorarmos nossa assistência ao parto, e assim nos posicionarmos frente ao indicadores internacionais.

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

Relevância do Indicador

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

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

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	18%	<p>Trata-se do pior resultado do indicador desde o início de seu monitoramento, ficando abaixo da nossa pouco ousada meta, de 25% dos RN atendidos na 1ª semana de vida. A justificativa para esta piora precisa ser buscada junto às UBS / Distritos. É perceptível a grande heterogeneidade do resultado entre os Distritos e entre as UBS (2 acima de 85% e 24 com menos de 10%, 8 destas com zero). Quarenta e seis unidades (74%) referem desenvolver estratégias para ampliar o número de binômios mãe-bebê atendidos entre o 3º ao 5º dia de vida.</p> <p>É importante entender a involução do indicador, o que exige avaliação da situação junto aos Distritos e a cada UBS, com nova pactuação sobre a importância deste.</p> <p>Recomendações:</p> <p>Retomar junto às eSF das UBS a necessidade de atualização por Distrito de Saúde, para o melhor atendimento e acompanhamento do binômio mãe - bebê.</p> <p>Que os Distritos, com apoio do Departamento de Saúde, analisem estes dados com os coordenadores de suas respectivas UBS e repactuem esforços para melhorá-lo.</p> <p>Retornar as discussões sobre os encaminhamentos e referenciamentos às UBS por Distritos e apropriar as unidades com maior número de nascimentos a fim de acompanhar e qualificar os acompanhamentos.</p> <p>A proposta é viabilizar o Projeto Entrelaços e manejo do Aleitamento Materno.</p>

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

COBERTURA DE CENTROS DE APOIO PSICO-SOCIAL

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

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

Método de Cálculo

Numerador: (Nº Caps I X 0,5) + (nº Caps II) + (Nº Caps III X 1,5) + (Nº de Caps IJ) + (Nº Caps AD) + (Nº de Caps AD III X 1,5) em determinado local e período dividido por
Denominador: População residente no mesmo local e período multiplicado por 100.000

Meta:

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

Ações:

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

Obs.:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA	1.54	Implantado o CAPS AD Sudoeste, como CAPS AD II, com

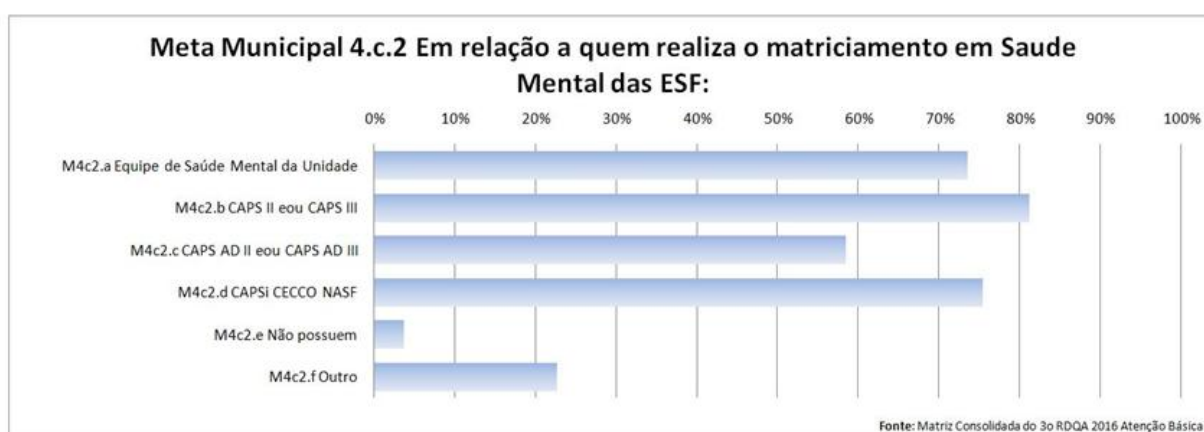
2019		<p>funcionamento de segunda a sexta, das 8h00 às 18h00. Para funcionamento 24 horas (CAPS AD III) faz-se necessário aporte de recursos humanos não disponíveis no momento. Está previsto concurso público para este ano.</p> <p>Considerações:</p> <p>Manter os serviços especializados em funcionamento (4 CAPSi, 3 CAPS AD III e 6 CAPS III).</p> <p>Não há diminuição de equipamentos. A queda do indicador relaciona-se a diferença de base populacional. Anteriormente 1.173.370 (IBGE 2016) e hoje 1.194.094</p>
------	--	--

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica



Método de Cálculo

Nº de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano dividido pelo Número total de UBS do município multiplicado por 100.

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

Meta

100% das unidades matriciadas:

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	100	Mantido o matriciamento dos CAPS para atenção primária, mantido os fóruns de discussão distritais. Todas as unidades básicas de saúde recebem, ao menos 1 vez ao mês, matriciamento de um serviço especializado em saúde mental (CAPS). No primeiro quadrimestre foram acompanhados, pela atenção primária, 19.162 adultos com adoecimento mental, sendo a maioria por diagnóstico de transtorno de humor, seguido por Transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas; e 1.223 crianças e adolescentes. Das ações assistenciais realizadas pelas equipes de atenção primária, nota-se o predomínio de atendimentos individuais, visitas domiciliares e atendimentos compartilhado com equipes matriciadoras.

Observações:

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

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

Indicador 2.ii.1.Taxa de Mortalidade infantil

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL													
Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taxa de Mort. Inf.	10,7	10,23	8,59	11,09	10,34	9,17	10,19	9,91	8,07	7,9	9,04	8,87	9,33

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
Dados atualizados em 19/02/2019, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

Número de óbitos em menores de 1 ano dividido pelo Número de nascidos vivos multiplicado por 1.000.

Meta

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

Ações

	Ações	Responsáveis
2.ii.1.a	Promoção da saúde da mulher antes da concepção..	DS, Distritos
2.ii.1.b	Garantir acesso oportuno ao atendimento das intercorrências do período gravídico, com reconhecimento adequado das situações de risco a saúde.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.1.c	Garantir acesso ao pré-natal de alto-risco e recursos tecnológicos assistenciais para o binômio mãe/bebê em tempo oportuno, conforme necessidade.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.1.d	Estabelecer vinculação da gestante a uma unidade de referência para o parto e garantir transporte seguro.	DS, Distritos, UBS
2.ii.1.e	Estimular o aleitamento materno e o acompanhamento precoce na unidade básica de saúde (vinculando a uma equipe de saúde da família).	DS, Distritos, UBS
2.ii.1.f	Manter as investigações e análises dos óbitos no Comitê de Morte Materna e Infantil.	DS, Distritos e DEVISA
2.ii.1.g	Capacitar os profissionais de saúde para investigação de casos.	DS, Distritos, VISAs, DEVISA e CETS

2.ii.1.h	Realizar Seminários periódicos para a discussão da Mortalidade Materno Infantil.	DS, Distritos, DEVISA, CETS
2.ii.1.i	Fortalecer as ações de promoção de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável em todos os serviços, em especial nas Unidades Básicas de Saúde e nas Maternidades.	DS, Distritos, UBS, DGDO
2.ii.1.j	Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável.	DS, Distritos
2.ii.1.k	Desenvolver estratégias, em todos os serviços, para prevenção, diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno, da Infecção de Trato Urinário (ITU), com monitoramento de cura pós-tratamento, priorizando mulheres grávidas.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.1.l	Desenvolver estratégias para ampliar o número de binômios “mãe-bebê” com primeiro atendimento na Atenção Básica entre o 3º e o 5º dia de vida do recém-nascido.	DS, Distritos e UBS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	6,48 óbitos/1000 NV	<p>Ocorreram: 30 óbitos em menores de 1 ano e o número de Nascidos Vivos foi de 4.630. Este indicador é de avaliação anual.</p> <p>Ocorreram, no 1º quadrimestre, 30 óbitos em menores de 1 ano; destes 11 foram investigados, 36,7%. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. 18 casos estão dentro do prazo de investigação e 1 com atraso.</p> <p>Considerações: Tendo em vista serem os dados ainda preliminares, temos que as ações devem focar nas Equipes de Saúde da Família - eSF, as capacitações / atualizações têm como finalidade implementar o Protocolo (a partir de março de 2019), e a interface com as ações discutidas no Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil - CMMI, com foco nas causas evitáveis, a fim de acompanhar e subsidiar as equipes locais nos casos de óbito infantil.;</p> <p>Recomendações: Manter as ações de vigilância assim como, atualização dentro da Linha de Cuidado Materno Infantil, a fim de garantir Pré natal e parto adequado. Articular as ações de atendimento do binômio com o Projetos Entrelaços e de vivência em Aleitamento Materno na Maternidade de Campinas.</p>

Observações

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

Indicador 2.ii.2. Razão da Mortalidade Materna

Série Histórica

SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE MATERNA DE CAMPINAS (residentes)													
ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NASCIDOS VIVOS	13.581	13.891	14.451	14.806	14.997	14.767	15.122	15.342	15.996	15.798	14.797	15.430	14.680
ÓBITOS MATERNOS	7	6	4	8	2	5	5	9	9	6	5	4	5
RAZÃO MORT. MATER.	51,54	43,19	27,68	54,03	13,34	33,86	33,06	58,66	56,26	37,98	33,79	25,92	34,06

Fonte: SIM e SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. -DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
Dados atualizados em 19/02/2019, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna. dividido por Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes multiplicado por 100.000

Meta

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

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

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

Monitoramento: quadrimestral (acompanhar número de óbitos maternos)

Avaliação: anual

Ações

	Ações	Responsáveis
2.ii.2.a	Fortalecer o pré-natal de alto risco.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.2.b	Capacitar ESF para acompanhamento de pré-natal de baixo risco.	DS, Distritos, CETS
2.ii.2.c	Organizar o processo de trabalho visando à qualificação do pré-natal.	DS, Distritos
2.ii.2.d	Fortalecer a implementação dos componentes da Rede Cegonha.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.2.e	Utilizar eventos sentinela para qualificar as equipes de saúde no atendimento pré-natal e prevenir a ocorrência de outros eventos.	DS, Distritos
2.ii.2.f	Participar do Comitê Regional de Vigilância a Morte Materna, Infantil e Fetal.	DS e DEVISA
2.ii.2.g	Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Investigação de	DS, Distritos,

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	1 óbito/4.630 NV = 21,60 por 100.000 NV	Indicador de cálculo anual. Até o momento tivemos a ocorrência de um (1) óbito materno frente a 4.630 nascidos vivos. Este foi investigado e, para conclusão de evitabilidade, aguarda-se o laudo de SVO. Nível considerado aceitável por estarmos bem a baixo do máximo tolerável de 40 mortes maternas/100.000 nascidos vivos. Devemos manter sempre a vigilância de boas práticas em obstetrícia e a condução de capacitações em assistência ao pré-natal.

Observações

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

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

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

Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde

que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte.

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

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

Relevância do indicador

Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Possibilita, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema, que possam evitar a ocorrência de eventos similares.

Série Histórica

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados									
Faixa Etária (13)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
10ate14	7	8	5	14	8	6	8	5	3
15-19	13	10	17	13	9	12	11	9	8
20-29	43	50	54	56	31	44	42	44	23
30-39	82	97	72	89	87	88	85	70	51
40-49	153	143	134	160	143	138	134	145	101
Total	298	308	282	332	278	288	280	273	256
Nº óbitos MIF in	298	308	282	332	278	288	280	273	251*
Prop. óbitos MIF	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	#VALOR!

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 01/02/2019 sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

Numerador: total de óbitos de MIF investigados dividido por Denominador: total de óbitos de MIF multiplicado por 100

Meta

Meta pactuada Região: 90%

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	40,54%	Foram investigados 30 óbitos em MIF de um total de 74. Os 44 casos não investigados ainda estão no prazo de investigação. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. Recomendações: Manter as ações propostas e os Comitês Regionais e Municipal de Mortalidade Infantil e Materna são imprescindíveis para análises dos casos e contribuição na qualificação da atenção.

Indicador 2.ii.4. Proporção de óbitos maternos investigados.

Relevância do indicador:

Identificar a causa do óbito materno e o que a originou, com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos similares.

Série Histórica

SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE MATERNA DE CAMPINAS (residentes) E INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS													
ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NASCIDOS VIVOS	13.581	13.891	14.451	14.806	14.997	14.767	15.122	15.342	15.996	15.798	14.797	15.430	14.680
ÓBITOS MATERNS	7	6	4	8	2	5	5	9	9	6	5	4	5
PERC. ÓB. MATER. INVES	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SIM e SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
DEVISA - Comitê de Mortalidade Materna/ Atualizado até 19/02/2019

Método de Cálculo

Numerador: total de óbitos maternos investigados dividido por Denominador: total de óbitos de maternos multiplicado por 100

Meta:

100% dos óbitos maternos investigados

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	100%	<p>O único óbito materno ocorrido neste período foi investigado.</p> <p>Considerações: Os Comitês Regionais e Municipal de Mortalidade Infantil e Materna são imprescindíveis para análises dos casos e contribuição na qualificação da atenção.</p> <p>Recomendações: Garantir a participação regular de todos os representantes das unidades de saúde e apoiadores distritais nas reuniões de Comitê de Mortalidade Materno Infantil dos Distritos de Saúde realizando a discussão de todos os óbitos maternos, infantis e fetais e buscando a qualificação da assistência e revendo fluxos internos e ações gerenciais dentro das unidades de saúde.</p>

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.

Proporção de óbitos infantis e fetais investigados de residentes Campinas- Série Histórica 2014 a 2018						
Ano		2014	2015	2016	2017	2018
Nº Ob. Fetal		126	135	110	108	111
Nº de investigados		121	134	84	81	98
Per. Invest		96%	99%	76%	75%	88%
Ob.< 1 ano	< 1 dia	31	28	27	38	40
	1-6 dias	33	38	32	42	29
	7-27 dias	24	21	25	18	26
	28d-<1 ano	42	43	53	39	42
	Total	130	130	137	137	137
Nº de investigados		122	129	113	107	119
Per. Invest		94%	99%	82%	78%	87%
Nº total de óbitos Infantis e Fetais		248	264	223	215	248
Nº total óbitos Investigados		243	263	197	188	217
Perc. Obitos invest.		97,98%	99,62%	88,34%	87,44%	87,50%

OBS.: Fonte: SIM. Atualizado até 19/02/2018

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos em menores de 1 ano, segundo o ano e território selecionado dividido por Denominador: número de nascidos vivos, segundo o ano e território selecionado multiplicado por 1000.

Meta:

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	Infantis: 11/30 = 36,67% Fetais: 11/38 = 28,95% Total: 22/68 = 32,35%	% Fetal inestigado = 11/38 = 29% investigado % Óbito infantil investigado por faixa etária 0-6 dias= 6/12= 50,0% investigado 7 – 27 dias= 2/6= 33,3% investigado 28 – 364 dias= 3/12= 25% investigado

		O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. Considerações e recomendações: manter as investigações e socializar as demandas que tem a classificação de evitáveis.
--	--	---

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

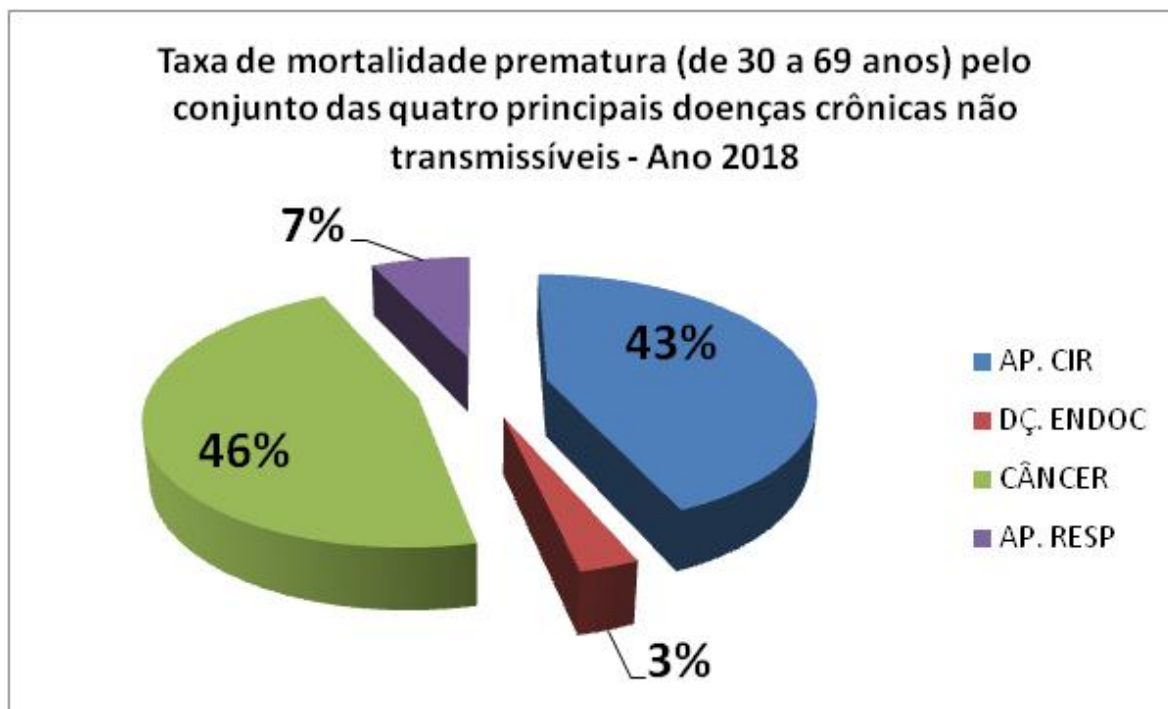
Relevância do Indicador

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

Série Histórica

TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (< 70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS QUATRO PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS													
Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014'	2015'	2016'	2017'	2018'
Taxa mort. Prematura (< 70 anos)	334,94	311,02	307,58	307,93	297,62	299,13	290,93	286,65	284,37	307,06	282,95	217,07	279,28

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 19/02/2019, sujeitos à revisão.



Método de Cálculo

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

Meta

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

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

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
2.ii.6.a	Implantar o Protocolo de DCNT e Risco Cardiovascular proposto pelo MS em todas as unidades de saúde.	DS, Distritos, DGDO
2.ii.6.b	Aumentar o percentual de pacientes com cadastro de pacientes crônicos e acamados com classificação de risco/vulnerabilidade, considerando outros agravos crônicos de relevância para o território (UBS), para que a meta possa ser atingida.	DS, Distritos e CS
2.ii.6.c	Aumentar as ações de promoção e prevenção em todas as UBS, voltadas para as práticas corporais e alimentação saudável.	DS, Distritos
2.ii.6.d	Estimular a implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva nas UBS para apoiar a gestão dos PTS dos casos de maior vulnerabilidade e gravidade.	DS, Distritos e VISAs
2.ii.6.e	Realizar campanhas sobre alimentação com pouco sal e seus impactos,	DS, Distritos e CS
2.ii.6.f	Monitorar as redes de cardiologia e de doenças crônicas,	DS, Distritos, DGDO e CS
2.ii.6.g	Implementar rastreamento para detecção precoce de câncer de mama e de colo do útero	DS, Distritos, DGDO e CS
2.ii.6.h	Manter a academia da saúde e estimular a utilização das academias das praças e praças esportivas	Gab. Do Secretaria, DS, Distritos, NASF e CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações										
1º RDQA 2019	79,87	<p>Meta 2019 = 277,13</p> <p>População 2018 (30 a 69 anos) = 582.209</p> <p>Memória Cálculo = $(465 \times 100.000) / 582.209 = 79,87$</p> <p>Melhora no índice de cadastramento e atendimento ao idoso acamado ou com limitação na locomoção de 92% para 94%.</p> <p>Redução na realização de atividades de combate ao sedentarismo de 92% para 87% e de oferta às práticas integrativas de 94% para 89%. Apesar da diminuição dos indicadores, os patamares se mantem elevados (orientação de</p>										
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>C00-C97</td> <td>208</td> </tr> <tr> <td>E10-E14</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>I00-I99</td> <td>217</td> </tr> <tr> <td>J30-J98</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>465</td> </tr> </tbody> </table>	C00-C97	208	E10-E14	19	I00-I99	217	J30-J98	21	Total	465	
C00-C97	208											
E10-E14	19											
I00-I99	217											
J30-J98	21											
Total	465											

		<p>incentivar estas atividades).</p> <p>Melhorar busca ativa do acompanhamento de egressos hospitalares de 68% através da aplicação do Projeto Alta Articulada.</p> <p>Incentivar a prática de atividade direcionada à alimentação saudável, que sofreu redução de 83% para 77%.</p> <p>Apesar do discreto aumento de 14% para 16%, entende-se que a Ferramenta de Entrevista Motivacional deve ser usada com maior ênfase para promover o estreitamento do vínculo com o usuário. Sugestão de promover capacitação voltada para essa especificidade/finalidade.</p> <p>Mantido atendimento do Ambulatório Municipal de Acupuntura, visando tratamento de Condições Crônicas Não transmissíveis (CCNT) no Espaço CR Academia.</p> <p>Iniciado curso de formação de Movimento Vital Expressivo, em fevereiro se 2019, com 13 profissionais ligados a Prefeitura Municipal de Campinas, Priorizado junto ao CETS para o segundo semestre, curso de Meditação visando apoio as ações para a prevenção e promoção as pessoas com Condições Crônicas não Transmissíveis. Apoio a XVII Semana de Fitoterapia de Campinas, realizada na CATI.</p> <p>TABAGISMO:</p> <p>Manter as atuais unidades atendendo e ampliar o número de unidades credenciadas para ofertar tratamento para tabagismo em Campinas;</p> <p>Melhorar os informes da farmanet dos quantitativos de medicações para o tabagismo existentes nas unidades de saúde;</p> <p>Ampliar o farmanet para o almoxarifado informar a movimentação das medicações do programa de tabagismo que lá se encontram;</p> <p>Agilizar os preenchimentos dos dados dos pacientes para o informe do formsus;</p> <p>Manter as ofertas de capacitação do programa de tabagismo de acordo com o preconizado pelo PCNT (Programa Nacional de Controle de Tabagismo) no primeiro e segundo semestres ao longo de um ano;</p> <p>Ampliar oferta de capacitação (no modelo do saber saúde) voltada para os profissionais nível médio das unidades básicas (agente de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, ACD e THD) no mínimo uma capacitação por distrito por ano.</p>
--	--	--

Observações:

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

vinculação à unidade básica, continuidade do tratamento, acesso à atenção especializada e reabilitação.

EIXO III - PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

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

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

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

Relevância do Indicador

Ajuda analisar a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e também durante o parto., tendo como imagem objetiva atingir o recomendado pela OPAS (acima do parâmetro nacional de referência) - 0,5/1.000 nascidos vivos: meta de eliminação.

Série Histórica

NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES RESIDENTES EM CAMPINAS, DE SÍFILIS CONGÊNITA, TAXA DE DETECÇÃO E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA*										
ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sífilis Gestantes	95	103	149	175	272	318	327	359	351	85
Sífilis congênita	37	35	57	57	72	83	84	66	47	14
Taxa de detecção de sífilis gestante	6,3	7,0	9,9	11,4	17,0	19,6	21,6	23,3	23,3	19,5
Coeficiente de incidência sífilis congênita	2,5	2,4	3,8	3,7	4,5	5,1	5,5	4,3	3,1	3,2

Fonte: SINAN/TABNET/DeVISA Campinas. Atualizado até 13.05.2019.

*Taxa de detecção de sífilis em gestante e coeficiente de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo ano de diagnóstico.

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.

*Os casos notificados e posteriormente descartados, correspondem àquelas crianças que foram expostas a sífilis materna e não há informações sobre o tratamento no momento do parto, no momento da notificação, encaixando-se no critério de caso; no decorrer do atendimento da criança é feita a investigação epidemiológica, e excluídos os casos que não caracterizaram-se como sífilis congênita.

Meta

Nº absoluto de casos:

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

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

Valor	70 casos/ano	56 casos/ano	45 casos/ano	36 casos/anos
-------	--------------	--------------	--------------	---------------

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1 ^o RDQA 2019	14	Foram notificados 59 casos de Sífilis Congênita (SC) até dia 30/04/2019. Entre esses casos, 14 de SC confirmados e 45 descartados. Entre os confirmados, 1 aborto e 2 natimortos. Distribuição dos casos no município: 3 Sul, 4 Norte, 3 Leste, 2 Sudoeste, 2 Noroeste. No mesmo período de 2018 foram confirmados 27 casos.

Observações:

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

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

Relevância do indicador:

Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto.

Série Histórica

NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Nº teste sífilis em gestante	0,26	1,18	1,19	1,26	2,84	2,78	2,75	2,07	2,54	2,06	1,86	0,96

Fonte: CAC, DATASUS. Atualizado até 31.03.2019

Método de Cálculo

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

0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE;

0214010082 TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE.

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

0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO;

0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO;

0411010034 PARTO CESARIANO;

0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.

Periodicidade para avaliação: anual

Monitoramento: quadrimestral

Meta:

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

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

Periodicidade para avaliação: anual

Monitoramento: quadrimestral

*Nota técnica nº 01/2016- SMS-Campinas

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.2.a	Ofertar exames de sífilis para todas as gestantes, no primeiro e terceiro trimestre (testes laboratoriais) e na 24ª e 34ª semana de gestação (testes rápidos).	Unidades de saúde, VISAs
3.i.2.b	Tratar todas as gestantes com sífilis no tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina.	

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	0,96	Total de 1.849 exames realizados em gestantes (distribuídas em sorologias do Laboratório Municipal = 1.344 e Testes Rápidos = 505 realizados nas unidades básicas). Resultado abaixo da meta que é de 4 exames. Não é possível avaliar se está havendo sub-registro ou baixa adesão à realização dos Teste Rápido nas unidades.

Observações:

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

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

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

Proporção de Casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas até 60 dias após notificação									
Ano	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
%Encerramento oportuno DNCI	65%	88%	76%	78,79%	83,26%	83,25%	79,13%	79,70%	59,78%*
Fonte< SESSP/CCD/CVE/Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN									
Atualizado em 08/11/2018.									

Método de Cálculo

Numerador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. dividido por Denominador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação multiplicado por 100.

*Relatório gerado automaticamente para esse fim no SINAN.

Meta

Meta de Campinas: 80%

Meta Regional Pactuada: 80%

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	83,33%	Meta atingida. Este indicador permite inferir a qualidade do processo de trabalho da vigilância epidemiológica quanto ao fluxo de notificação, acompanhamento e encerramento dos casos.

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

Relevânciado Indicador

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

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

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

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

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

Série Histórica

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

Proporção de vacinas selecionadas** para < 2 anos com cobertura vacinal preconizada							
Ano	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017**	2018**
% de vacinas com cobertura preconizada	75%	100%	100%	87,50%	87,50%	0%	50%
*Este indicador, até 2016, tinha no denominador um total de 8 vacinas selecionadas.							
**Este indicador, a partir de 2017, tem o denominador composto de 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10 valente, Poliomielite e Tríplice Viral.							
Fonte: DEVISA - atualizado fev/19							

Método de Cálculo

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

Fonte: SIPNI

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

Para as vacinas BCG e Rotavírus a cobertura vacinal esperada: > ou = a 90%; Meningocócica a cobertura esperada: é > ou = 95% e para Influenza a cobertura esperada é de > ou = 80%.

Numerador: Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada dividido pelo Denominador: 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral multiplicado por 100%.

Meta

Meta de Campinas: 75%

Meta Regional Pactuada: 75%

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

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.4.a	Priorizar abertura de sala de vacina e RT profissional de enfermagem em todo horário de funcionamento da unidade	DS, Distritos e UBS
3.i.4.b	Incrementar estratégias de vacinação de rotina e campanha e instituir a busca ativa de faltosos de forma sistemática nas unidades básicas	VISAs, Distrito e UBS
3.i.4.c	Ampliar o número de funcionários da sala de vacina	DGTES, DS e DEVISA
3.i.4.d	Implantar o SI-PNI web em todas as salas de vacina do município	DEVISA, VISAs, Distritos, CII e UBS
3.i.4.e	Garantir câmara fria em condições adequadas de funcionamento em todas as salas de vacina do município	DEVISA, DA, DS e UBS
3.i.4.f	Capacitar funcionários monitorando as ações, realizar monitoramento dos casos de procedimentos inadequados de vacinação (impresso da Vigilância) para eventos sentinela	DEVISA, VISAs, Distritos e UBS
3.i.4.g	Realizar supervisão das salas de vacina uma vez ao ano	VISAs, Distritos e UBS
3.i.4.h	Intensificar vacinação nos "bolsões" de baixa cobertura vacinal, após análise de homogeneidade	VISAs, DS, Distritos e UBS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	Resultado Anual	A avaliação deste indicador é realizada anualmente. A avaliação da cobertura vacinal é realizada acumulativamente durante o ano, com o objetivo de alcançar a cobertura vacinal de 95% de cada uma das quatro vacinas selecionadas ao final do ano avaliado. Para acompanhamento do indicador foi realizado uma cobertura vacinal proporcional, no qual, foram avaliados os dados referentes do período de 01 de Janeiro a 30 de abril de 2019, extraídos do sistema SIPNI WEB em 09/05/2019.

Segue cobertura vacinal 2019 (Janeiro a Abril)	
Imunobiológico	Cobertura Vacinal 2019
Pneumocócica(<1 ano)	81,95%
Pentavalente (< 1 ano)	82,66%
Poliomielite(< 1 ano)	82,42%
Tríplice Viral – D1	91,80%

Atualmente todas as salas de vacina já foram informatizadas conforme determinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), e estão utilizando o Sistema SIPNI Web.

Alguns fatores afetaram positivamente as coberturas vacinais, a saber: registro em tempo real das doses aplicadas na sala de vacina através do sistema SIPNI Web; houve melhora expressiva no conserto das câmaras frias, o que contribui na captação oportuna da criança para vacinação; e para as vacinas avaliadas neste indicador não ocorreu desabastecimento no município de Campinas nos primeiros meses de 2019.

No entanto, algumas situações ainda persistem na rede municipal de saúde, as quais precisam ser enfrentadas para que não haja impacto negativo neste indicador, tais como: dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia e a não extensão do horário de funcionamento das salas de vacinas para períodos fora do comercial, facilitando o acesso para a população que trabalha; dificuldades operacionais com o sistema de informação (SI-PNI), as quais são rotineiramente reportadas ao GVE para envio ao DataSus; não apontamento das doses aplicadas no SIPNI Web no momento da aplicação da vacina, sendo fatores como acesso a internet e recursos humanos as justificativas apontadas.

Não menos importante, há um crescente movimento anti-vacina, do qual, os trabalhadores de saúde tem papel fundamental no esclarecimento sobre os imunobiológicos, sua importância e desmitificação das notícias falsas divulgadas.

Observações:

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

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

Relevânciado Indicador

Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a 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.

Série Histórica

INCIDÊNCIA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE*, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2007 A 2018												
ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
casos novos	274	295	313	280	280	315	299	306	326	311	330	331
Pop	1050299	1061316	1072418	1080036	1090888	1101875	1113022	1124291	1135623	1173370	1187282	1.199.542
coef inc	26,09	27,8	29,19	25,93	25,67	28,59	26,86	27,22	28,71	26,5	27,79	27,59

Fontes: Sistema TB Web - DEVISA / População TABNET. Atualizado até 11.02.2019

*Tuberculose formas pulmonares e extrapulmonares

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE*, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2007 A 2018												
ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
nº óbitos	13	11	11	8	9	11	16	10	17	13	19	14
Pop	1050299	1061316	1072418	1080036	1090888	1101875	1113022	1124291	1135623	1173370	1187282	1.199.542
tx.mortalidade	1,24	1,04	1,03	0,74	0,83	1	1,44	0,89	1,5	1,11	1,6	1,17

Fontes: Sistema TB Web - DEVISA / População TABNET. Atualizado até 11.02.2019

*Tuberculose formas pulmonares e extrapulmonares

PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2009 A 2019												
Ano	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Casos Novos	170	141	144	177	172	173	193	220	198	184	180	
Percentual Cura	75,29	79,66	81,35	80,79	80,81	80,92	79,79	76,81	77,27	77,77	81,66	

Fontes: Sistema TB Web - DEVISA. Dados atualizados até 13.05.2019

Obs₁: Refere-se à coorte de casos do ano anterior

Obs₂: Excluídos casos transferidos para outros estados e óbito NTB

Método de Cálculo

Numerador: Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados dividido pelo Denominador: Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial diagnosticados multiplicado por 100.

Fonte: TBWeb

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

Meta

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

Ações:

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	56,9%	Em 2018 foram notificados 195 casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. 111(56,9%) evoluíram para a cura, 10 (5,2%) para óbito, 21(10,7%) abandonaram o tratamento (2 Leste, 6 Noroeste, 3 Norte, 2 Sudoeste, 7 Sul e um com moradia ignorada). 53 (27,2%) pacientes encontram-se ainda em seguimento.

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

Relevância do Indicador

Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes com AIDS, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para o tratamento precoce das duas doenças.

Série Histórica

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

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Prop. Ex.	87,58	86,7	87,34	87,34	97,34	89,05	95,17	96,3	93,65
Fonte: Sistema TB Web - DeVISA									
Dados até 11.02.2019									

Método de Cálculo

Numerador: Numero de casos novos de TB com HIV realizado no ano da avaliação dividido por Denominador: Total de casos novos de TB no ano da avaliação.

Fonte: TBWeb

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	83,19%	Leste 100%, Norte 93,3%, Sudoeste 88,2%, Sul 73% e Noroeste 82%. Meta não atingida, no entanto os casos ainda estão sob tratamento.

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

Proporção de Óbitos com Causa Básica Definida, no município de Campinas

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2018*
% óbitos c/ causa básica definida	97,92%	98,18%	98,26%	98,93%	98,21%	98,46%	98,50%

Fonte: SESSP/CCD - Sistema de Mortalidade (SIM); *2017 e 2018 - SIM municipal

Atualizado em fev/2019

Método de Cálculo

Numerador: Total de óbitos não fetais com causa básica definida dividido pelo Denominador: Total de óbitos não fetais multiplicado por 100.

Fonte: SIM/TABNET

Meta

Meta Campinas: 98%

Meta Regional Pactuada:90%

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

Ações::

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	98,8%	22/1900. Apenas 22 casos tiveram como causa básica as pertencentes aos capítulo XVIII do CID. Este ano iniciou-se um trabalho de recuperação de "garbage codes", que são causas das declarações de óbito sem utilidade epidemiológica. Esta correção é feita através de revisão do prontuário do paciente que foi a óbito. Isto irá qualificar ainda mais nosso sistema de mortalidade.

Observações:

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

Indicador3.i.8. Coeficiente de incidência de Câncer por sexo, no município de Campinas.

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER, POR SEXO, NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Período	Tipos de notificação	Homens	Mulheres
2001 - 2005	Casos novos	3445	3351
	Pele não Melanoma	268	279
	Carcinomas "in situ"	23	2304
	Taxa de incidência padronizada pela população mundial	122,16/100.000 hab.	164,31/100.000 hab.
2010	Casos novos	1762	1745
	Pele não Melanoma	832	889
	Carcinomas "in situ"	80	283
	Taxa de incidência padronizada pela população mundial	312,98/100.000 hab.	241,80/100.000 hab.
2011	Casos novos	1779	1724
	Pele não Melanoma	850	907
	Carcinomas "in situ"	93	277
	Taxa de incidência padronizada pela população mundial	326,83/100.000 hab.	236,67/100.000 hab.

Fonte: RCBP, disponível na página do TABNet/Campinas - www.campinas.sp.gov.br/saude.
Atualizado em fev/2019.

Método de Cálculo

Numerador: Nº de casos novos de câncer no ano dividido pelo Denominador: População de Campinas, distribuída por sexo, no ano multiplicado por 100.000.

Fonte: RCBP – INCA basepop web

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre

Observações:

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

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

*Indicador novo

Método de Cálculo

Número de publicações por ano

Fonte: Coordenadoria de Informações Epidemiológica/DEVISA

Meta

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

Ações

	Ações para viabilizar a produção do indicador	Responsáveis
3.i.9.a.	Realizar e divulgar as informações de morbimortalidade por estratos da população e vulnerabilidade social, para subsidiar o planejamento e ações de saúde para a população mais vulnerável.	DEVISA e Coordenadoria de Informações Epidemiológicas
3.i.9.b.	Parceria com a área de epidemiologia do Departamento de Saúde Coletiva –FCM, para produção de análise, boletins e publicação das informações de saúde da SMS.	
3.i.9.c.	Adequação dos números de técnicos para este trabalho, que deve ser definido de acordo com as atribuições da Coordenadoria de Informações Epidemiológicas.	
3.i.9.d.	Adequação do espaço físico e infraestrutura para o trabalho da coordenadoria de Informações Epidemiológicas.	
3.i.9.e.	Definição dos indicadores a serem monitorados, que correspondam às necessidades dos gestores, profissionais e sociedade civil.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre

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

Relevânciado Indicador

Expressa o número de casos novos de AIDS, na população de menores de 5 anos, residente em determinado local, no ano considerado. Mede o risco de ocorrência de casos novos de AIDS nessa população, principalmente, por transmissão vertical.

Série Histórica

NÚMERO DE CASOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS												
Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº AIDS < 5 anos	4	4	5	1	4	0	0	1	1	0	1	0

Fonte: SINAN-DEVISA

Dados até 31.01.2019

Método de Cálculo

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

Meta

Meta Campinas: 01 caso

Meta pactuação Regional: 01 caso

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.10.a	Ofertar exames de HIV para todas as gestantes, conforme protocolo, e no momento do parto.	CR DST/AIDS, DS, VISAs, Laboratório Municipal, DA, unidades assistenciais que compõe a Rede Cegonha
3.i.10.b	Garantir a realização dos exames de sorologia de HIV para gestantes.	
3.i.10.c	Encaminhar as gestantes infectadas pelo HIV para seguimento de Pré-Natal em unidades de Referência (CRDST/AIDS, CAISM, HMCP).	
3.i.10.d	Acompanhar e monitorar a adesão das gestantes à terapia antirretroviral.	
3.i.10.e	Garantir a prescrição de antirretrovirais no momento do parto para a gestante e o recém-nascido conforme o protocolo nas maternidades do município.	Maternidades
3.i.10.f	Fornecer fórmula láctea infantil às crianças nascidas de mães portadoras do HIV.	DA, DS e unidades básicas de saúde
3.i.10.g	Investigar junto aos pacientes do sexo masculino infectados pelo HIV se suas parceiras foram testadas e, encaminhar as não testadas para oferta de teste anti-HIV.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.h	Investigar em todas as mulheres infectadas pelo HIV, as com diagnóstico recente do HIV e nos óbitos por AIDS a existência de filhos menores de 20 anos de idade e verificar se todos realizaram o teste anti-HIV.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.i	Realizar monitoramento da gestação e do aleitamento	CR DST/AIDS e rede

	materno em mulheres soronegativas, parceiras de homens infectados pelo HIV, assim como a orientação periódica do casal para prática sexual protegida, alertando para o risco de transmissão vertical do HIV e possibilidade de profilaxia pós-exposição (PEP) nos casos necessários.	assistencial
3.i.10.j	Realizar testagem mensal para o HIV em gestantes com sorologia negativa para o HIV, parceiras de pacientes infectados pelo HIV.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.k	Realizar testagem mensal e o seguimento de mulheres soronegativas, parceiras de pacientes infectados pelo HIV matriculados no serviço, durante o período de aleitamento materno, com testagem mensal para o HIV e orientação até seis meses após o término da amamentação.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.l	Orientar uso de preservativo nas relações sexuais em gestantes e mulheres em aleitamento materno parceiras de pacientes infectados pelo HIV, ainda que o exame tenha resultado negativo para o HIV,	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.m	Ofertar testagem para HIV para lactantes com novas parcerias sexuais.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.n	Interromper imediatamente a amamentação no caso da mulher adquirir o HIV durante o período de aleitamento.	CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.o	Acompanhar e notificar todas as crianças expostas até a definição do status sorológico.	VISAs; CR DST/AIDS e rede assistencial
3.i.10.p	Investigar todas as crianças e adolescentes menores de 20 anos de idade, com sorologia desconhecida para o HIV, filhos de pais infectados pelo HIV.	CR DST/AIDS e rede assistencial

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	0	Sem casos no período. Mantidas todas as ações.

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV COM O 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/mm ³									
Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
1º CD4 até 199	78	81	91	76	79	69	68	63	
Total de pacientes	262	325	295	294	320	307	240	239	
Percentual	29,8	24,9	30,8	25,9	24,7	22,5	28,3	26,4	
Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST e do HIV/AIDS e das Hepatites virais-MS.									
Indicadores e dados básicos de monitoramento clínico do HIV									
Dados atualizados até: 31/12/2018									
* Dados não disponíveis									

Método de Cálculo

Numerador: Número de pacientes HIV+ maiores de 15 anos com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³ dividido pelo Denominador: Número de pacientes HIV+ maiores de 15 anos que realizaram 1º CD4 multiplicado por 100.

Fonte: SINAN

Meta

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.11.a.	Garantir realização de sorologia para HIV em toda a rede SUS de Campinas.	VISA, DEVISA, UBS
3.i.11.b.	Estimular a realização de sorologia para HIV na rotina das UBS.	VISA, DEVISA, UBS, Distritos, DS
3.i.11.c.	Manter a capacitação e matriciamento em aconselhamento e diagnóstico rápido para HIV para a Rede SUS.	CR DST/AIDS
3.i.11.d.	Monitorar o fluxo entre o diagnóstico e a entrada do usuário na referência.	CR DST/AIDS
3.i.11.e.	Aumentar o acesso ao diagnóstico rápido para HIV das populações mais vulneráveis (HSH, travestis, profissionais do sexo e UD).	CR DST/AIDS, e toda rede assistencial
3.i.11.f.	Aumentar a oferta de diagnóstico de HIV para a população do município com a ampliação do uso do Teste rápido diagnóstico nas UBS.	CR DST/AIDS, DS, Distritos e UBS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	Meta anual	Indicador anual. Os dados são fornecidos apenas pelo MS. Cabe destacar que a série histórica foi refeita, de acordo com dados atualizados, inclusive retroativamente, disponíveis no painel de indicadores em HIV do Ministério da Saúde. Ainda que entre 2017 e 2018 tenha havido redução no percentual, a meta que seria de 25,5% não foi atingida. Para este ano de 2019, a meta esperada é de 23,8%.

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HEPATITE C REALIZADOS							
Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Número de exames de hepatite C (CTAs e LMC)	43.764	52.611	52.106	63.937	38.875	37.493	9.311

Fonte: CAC/Campinas
Dados até 31.03.2019

Método de Cálculo

Somatório do número de testes sorológicos anti-HCV realizados.

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

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	Aumentar em 10% em relação ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico	Aumentar em 10% em relação ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico	Aumentar em 10% em relação ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico	Aumentar em 10% em relação ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	9.311 exames	Resultado abaixo da meta no entanto houve incremento em relação ao primeiro quadrimestre de 2018.

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS PARA HIV REALIZADOS						
Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº de exames	2143	623	642	817	1565	1706	1135
Fonte: SIA/DATASUS							
Dados até 31.12.2018							

Método de Cálculo

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

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

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

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

0202031020 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA;

0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE;

0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV.

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

Meta

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

Ações

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	2.454 testes	Dados disponibilizados pelo DATASUS até 31/03/2019. Este indicador considera apenas os exames registrados e aprovados no SIA/SUS para residentes em Campinas, a fim de pontuar para recebimento de recursos no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). Considerando os dados do Laboratório Municipal e e-SUS temos o registro de 4.185 exames realizados.

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS DE HANSENÍASE NAS COORTES DE PAUCIBACILARES E MULTIBACILARES, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2018									
Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% Cura	88,73	83,05	94,23	100	95,91	89,58	81,39	75	93,33

Fonte: SINAN NET. Atualizado em 11/02/2019.

Método de Cálculo

Numerador: Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação dividido por Denominador: Número total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes multiplicado por 100.

Meta

Meta Campinas: 90%

Meta Regional Pactuada: 70%

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	69,23%	Na coorte de 2018 referente aos paucibacilares tivemos 4 casos, e na coorte de 2017 referentes aos multibacilares tivemos 9 casos, totalizando 13 casos. Desses casos, 9 (69,23%) evoluíram para cura, 2 (15,37 %) continuam em tratamento (MB), houve 1 (7,7%) óbito, e 1 (7,7%) abandono (PB-SUL).

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

Relevância do Indicador

Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de outros. Neste caso está sendo indicado para o período avaliativo imediatamente anterior para medir a precocidade da avaliação dos contatos de casos novos de hanseníase.

Série Histórica

PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE DE CASOS NOVOS EXAMINADOS*, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2018

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018**
% Contatos exam.	89,92	90,95	89,3	90,71	82,57	83,09	92,31	97,22	43,7

Fonte: SINAN NET- atualizado em 11.02.2019

*refere à coorte de um ano anterior para casos novos paucibacilares e de 2 anos anteriores para casos novos multibacilares até 2017.

**refere -se aos contatos domiciliares dos casos novos diagnosticados em 2018

Método de Cálculo

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

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	0	O indicador refere-se ao exame de contatos de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano de avaliação (2019). Nesse ano foram diagnosticados 2 casos novos paucibacilares sendo um da Sudoeste com 3 contatos e um da Sul sem contatos e 2 casos multibacilares da Sul e Sudoeste, respectivamente com 3 e 1 contato

		registrado. Nenhum contato foi avaliado até o momento.
--	--	--

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Nº DE ÓBITOS, Nº DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE DENGUE												
ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº óbitos	2	0	0	3	1	0	0	10	20	0	0	0
Nº Casos	11442	306	200	2647	3178	979	6976	42109	66.239	3.388	131	18.301
Coef. Letal./1000 dengue	0,2	0	0	1,1	0,3	0	0	0,2	0,3	0	0	0
Fonte: DEVISA. Atualizado em fev/19												

Método de Cálculo

Numerador: Óbitos por dengue dividido por Denominador: total de casos de dengue notificados no ano multiplicado por 1000.

Fonte: SINAN

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	0,22/1.000 casos notificados	No ano de 2019 foram registrados dois óbitos por dengue, ambos do sexo feminino uma criança de 5 meses e uma jovem de 19 anos, moradoras do distrito sul e norte respectivamente, ambas atendidas na rede privada do município.

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

*Indicador de pactuação 2017.

Método de Cálculo

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

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

Fonte: Relatório específico no SISAWEB.

Meta

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

Ações

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

Observações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações																												
1º RDQA 2019	0	<p>O trabalho de visitas domiciliares no município de Campinas não é baseado em ciclos de visita de casa a casa. As visitas são realizadas conforme avaliação de risco baseada em análise epidemiológica e avaliação de vulnerabilidade do território. No primeiro quadrimestre de 2019 foram registradas 257.827 visitas correspondendo a 60% dos imóveis visitados.</p> <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Visitas SISA</th><th>Imóveis cadastrados SISA</th><th>Cobertura</th></tr></thead><tbody><tr><td>350950 Campinas NOROESTE</td><td>73009</td><td>64414</td><td>113%</td></tr><tr><td>350950 Campinas LESTE</td><td>56155</td><td>86564</td><td>65%</td></tr><tr><td>350950 Campinas NORTE</td><td>18188</td><td>75741</td><td>24%</td></tr><tr><td>350950 Campinas SUDOESTE</td><td>52619</td><td>74206</td><td>71%</td></tr><tr><td>350950 Campinas SUL</td><td>57856</td><td>130154</td><td>44%</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>257827</td><td>431079</td><td>60%</td></tr></tbody></table> <p>Em função da epidemia que o município está enfrentando há acúmulo de ações realizadas que ainda não foram inseridas no sistema de informação.</p>		Visitas SISA	Imóveis cadastrados SISA	Cobertura	350950 Campinas NOROESTE	73009	64414	113%	350950 Campinas LESTE	56155	86564	65%	350950 Campinas NORTE	18188	75741	24%	350950 Campinas SUDOESTE	52619	74206	71%	350950 Campinas SUL	57856	130154	44%	TOTAL	257827	431079	60%
	Visitas SISA	Imóveis cadastrados SISA	Cobertura																											
350950 Campinas NOROESTE	73009	64414	113%																											
350950 Campinas LESTE	56155	86564	65%																											
350950 Campinas NORTE	18188	75741	24%																											
350950 Campinas SUDOESTE	52619	74206	71%																											
350950 Campinas SUL	57856	130154	44%																											
TOTAL	257827	431079	60%																											

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

Proporção de análises de água para consumo humano quanto a: coliformes totais, CI residual livre e turbidez							
Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% de análises realizadas em água de consumo humano	16,56	19,15%	19,56%	12,90%	5,93%	18,83%	41,38%*

Fonte: SESSP/CCD/CVS - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano/SISA Água - *RAG (alcançando a meta estadual).

**Esta série histórica tem como denominador a meta nacional para o programa em Campinas (696 coletas).

Método de Cálculo

Numerador: N° de amostras analisadas no ano dividido por Denominador: N° de amostras previstas no ano multiplicado por 100.

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

Meta

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

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

Diretriz estadual 2019: alcançar 50% da diretriz nacional com 30 coletas mensais, ou seja 354 análises ao ano, para Campinas. Em 2018 a meta foi de 40% da meta nacional (276 amostras/ano – 23 mensais).

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

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.18.a	Realizar coletas de água do sistema de abastecimento público em locais definidos pelas Visas regionais de acordo com cronograma determinado pelo IAL Campinas.	DEVISA
3.i.18.b	Garantir a aquisição de equipamento para realização de análise em campo do cloro residual.	DEVISA e DA
3.i.18.c	Cumprir 100% o cronograma de oferta do Instituto Adolfo Lutz (IAL)	DEVISA
3.i.18.d	Manter o SIS-Água alimentado	DEVISA
3.i.18.e	Analisar e avaliar as informações do SIS-Água	DEVISA
3.i.18.f	Inserir as amostras de coleta de água e validar os resultados das análises no Sistema de Informações Laboratoriais -GAL	DEVISA
3.i.18.g	Trabalhar de forma integrada entre VE e VS para coleta e análise da água	DEVISA

Observações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	Colif. totais = 100% Turbidez = 100% Cloro Res. Combinado = 100% Total= 120análises	No quadrimestre, foram realizadas 96 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 120 análises em campo de cloro residual combinado, conforme pactuado na Diretriz Estadual (3.i.18.a/ 3.i.18.b/ 3.i.18.c). Meta municipal e estadual alcançadas. De maneira geral, os resultados das análises de água atendem aos padrões de potabilidade de água para consumo humano, estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 5/2017 - Anexo

		<p>XX (3.i.18.e). De modo que as desconformidades, foram alvo de notificação do Sistema de Abastecimento de Água para adoção de medidas corretivas, as quais também foram compartilhadas com a Coordenadoria de Vigilância Sanitária/ Núcleo Ambiental para ciência dos encaminhamentos, haja vista sua competência de regularização sanitária e controle do Sistema de Abastecimento de Água (3.i.18.g).</p> <p>Além disso, todos os dados de análises microbiológicas, físico-químicas e organolépticas constantes nos laudos emitidos pelo GAL- Ambiental foram validados no SISAGUA pelo Devisa Central (3.i.18.d/ 3.i.18.f).</p> <p>Quanto a análise e avaliação de informações do Proágua nas Vigilâncias em Saúde Regionais, o Devisa Central elabora boletim mensal com informações a respeito do plano de amostragem, resultados das análises e encaminhamentos, no intuito de subsidiar a análise territorial (3.i.18.e/ 3.i.18.g).</p>
--	--	---

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

Número de notificações dos agravos a Saúde do Trabalhador, em Campinas						
Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº de notificações	1131	1126	805	771	768	800
Fonte: SINAN/CEREST - Atualizado em fev/2019						

Método de Cálculo

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

Fonte: SINAN

Meta

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

Ações

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

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

Observações:

*A situação econômica do país e da região de Campinas aponta para uma diminuição das condições de empregabilidade da população em geral; historicamente, cenários de instabilidade no setor levam ao decréscimo de notificações de agravos à saúde do trabalhador. O fato ocorre devido a omissão por parte do trabalhador sobre as condições que se deram o acidente, temendo a perda do emprego. Diante destas perspectivas, a meta para este indicador mantiveram-se conservadoras para os próximos anos.

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	188 notificações (22,9% da meta para 2019)	Total de notificações 2018: 800 Total de notificações (1º quadrimestre/2018): 184 Total de notificações (Meta 2019): 820 Total de notificações (1º quadrimestre/2019): 188 Dados obtidos no SINAN em 13/05/2019. Frequência por Município segundo ano de notificação. Comparando os dados de 2018 e 2019 no mesmo quadrimestre (1º), verifica-se que a meta pode ser atingida.

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de Acidentes de Trabalho fatais notificados e investigados CEREST					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% de Acidente de Trabalho fatais investigados	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SINAN/CEREST. Atualizado fev/2019

Método de Cálculo

Numerador: Número de Acidentes de Trabalho fatais investigados dividido por
Denominador: Número total de Acidentes de Trabalho fatais notificados multiplicado por 100

Fonte: SINAN

Meta

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

Ações

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

Observações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	100%	Meta atingida. Registro de ocorrência de 04 (quatro) acidentes de trabalho fatais, sendo 01(um) típico e 01 (um) de trajeto em Campinas e 02 (dois) típicos em Sumaré. Todos os AT típicos foram investigados.

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção dos acidentes de trabalho graves investigados em Campinas					
Ano	2014*	2015*	2016*	2017*	2018
% de AT graves investigados	2%	5%	10,20%	10%	12%
Fonte: SINAN/CEREST. Atualizado em fev/2019					
*Até 2017 a meta era investigar 5% dos acidentes de trabalho graves.					

Método de Cálculo

Numerador: Número de AT Graves investigados

_____ x 100

Denominador: Número total de AT Graves notificados em Campinas

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	12,3%	Meta atingida. Foram notificados 57 (cinquenta e sete) acidentes de trabalho típicos graves (AT), sendo 7 (sete) acidentes graves em Campinas investigados. Os demais acidentes continuarão sendo investigados no próximo quadrimestre.

Observações:

Nesta meta são priorizados os AT de maior gravidade, ou seja aqueles envolvendo: crianças e adolescentes, corte, amputação, esmagamento, queimadura, choque elétrico, queda de altura, soterramento; conforme conceito apresentado na publicação: Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006

Indicador 3.i.22. Número de egressos do Curso de Especialização / Extensão em Saúde do Trabalhador, e Capacitações em Saúde do Trabalhador realizados em Campinas, sob responsabilidade do CEREST, segundo cada público alvo

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo/reformulado.

Método de Cálculo

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

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Nº egressos	30	30	60	60

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	27	As capacitações técnicas com os municípios da área de abrangência do CEREST são realizadas 1x/mês, na primeira 4ªfeira do mês, no período da manhã. Neste quadrimestre totalizamos 12 participantes da área de abrangência do CEREST não compareceram os municípios de Cosmópolis, Artur Nogueira e Nova Odessa. 15 profissionais do CEREST receberam capacitação de qualificação de sua prática. O gestor do CEREST tem estabelecido contato com os municípios da sua área de abrangência, a fim de facilitar a liberação dos profissionais para a participação.

Observações:

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

Indicador3.i.23. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações ST no SINAN					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018*
% de campo "ocupação" preenchido notificação SINAN	99,20%	99,81%	99,29%	94,46%	94,32%

Fonte: Sistema de Informação de Notificação - SINAN/TABNet SESSP e *RAG

Método de Cálculo

Numerador: Número de notificações de agravos com o campo "ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, em determinado ano e local de ocorrência do caso. dividido por Denominador: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência multiplicado por 100

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

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	90,86% (Cps) 72,97% (região)	Meta não atingida: Neste indicador são monitorados os acidentes com exposição a material biológico relacionado ao trabalho, acidentes de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes) e intoxicação exógena relacionada ao trabalho, para este último agravo o campo ocupação não é de preenchimento obrigatório no sistema, o que caracteriza como um desafio a completude dos dados. Além disso não estão incluídas na análise as identificações de “ignorado” e “em branco”.

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de municípios da área do CEREST com notificação de doenças ou agravos em Saúde Trabalhador							
Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% de municípios da área de abrangência CEREST com notificação em ST	88,89%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SINAN/CEREST. Atualizado fev/2019

Método de Cálculo

Numerador: N° de Municípios com doenças e agravos relacionados ao trabalho notificados por município de residência dividido por Denominador: N° de municípios da área de abrangência do Cerest de Campinas multiplicado por 100.

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	100%	Todos os municípios da área de abrangência do CEREST (*) notificaram agravos de Saúde do Trabalhador. Apesar da meta cumprida, identificamos grande heterogeneidade na sensibilidade dos municípios quando na notificação de casos. (*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa. Recomendação: manter estratégias de qualificação e apoio técnico aos municípios. Utilizar estratégia de aproximação e sensibilização nos municípios que notificaram menos agravos de ST.

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de implementação das ações de Vigilância Sanitária em Campinas					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% de implementação das ações de vigilância sanitária no município	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: DEVISA/CVS. Atualizado em fev/2019

Método de Cálculo

Numerador – Considerar 1 (um) para cada grupo de ação de vigilância sanitária realizada dividido por Denominador – Sempre será 7 (somatório dos grupos de ações que deverão ser realizadas) multiplicado por 100.

MetaManter 100% dos grupos das ações implementadas

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

Ações

	Ações	Responsáveis
3.ii.1.a.	Cadastrar e inspecionar estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária.	DEVISA, Coordenadoria e Setores da Vigilância Sanitária, CEREST
3.ii.1.b.	Instaurar processos administrativos de Vigilância Sanitária.	

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	100%	Os sete grupos de ações foram executados neste quadrimestre.

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção dos serviços de Terapia Renal Sanitário com controle sanitário anual					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% TRS com controle sanitário realizado	92%	92%	83%	100%	100%
Fonte: DEVISA/CVS. Atualizado em fev/2019					

Método de Cálculo

Numerador: Número de serviços de TRS inspecionados dividido por Denominador: Total de estabelecimentos que realizam TRS

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	0%	Serão realizadas a partir do segundo quadrimestre. A mesma equipe que realiza inspeções nesses serviços também é responsável pelos serviços hemoterápicos e hospitais, sendo que esses últimos foram priorizados para o início do ano. Para avaliação de risco e prioridades, é considerado o histórico do estabelecimento (fichas de procedimento no SIVISA, autuações anteriores, etc.). A equipe passou por mudanças de gestão no início do ano e está em fase de reorganização dos processos de trabalho através do estabelecimento de critérios de risco sanitário e informatização dos processos administrativos, visando otimizar os recursos já existentes.

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de serviços hemoterápicos inspecionados no ano, em Campinas					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% Serviços hemoterápicos inspecionados	100%	61%	72%	100%	68,75%

Fonte: DEVISA/CVS. Atualizado em fev/2019.

Método de Cálculo

Numerador: Número de serviços hemoterápicos inspecionados dividido por
Denominador: Total de estabelecimentos com serviços hemoterápicos multiplicado por 100.

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	6%	Para avaliação de risco e prioridades, é considerado o histórico do estabelecimento (fichas de procedimento no SIVISA, autuações anteriores, etc.). A equipe passou por mudanças de gestão no início do ano e está em fase de reorganização dos processos de trabalho através do estabelecimento de critérios de risco sanitário e informatização dos processos administrativos, visando otimizar os recursos já existentes.

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de hospitais inspecionados ao ano, no município de Campinas					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% hospitais inspecionados	100%	80%	95,60%	95,80%	70,83%

Fonte: DEVISA/CVS. Atualizado em fev/2019.

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados dividido por Denominador: Total de estabelecimentos que realizam o tipo de serviço em questão multiplicado por 100

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	19%	Foram priorizados hospitais de grande porte para o início do ano, que demandam vários dias de inspeção <i>in loco</i> , além do tempo necessário para elaboração de relatórios, autos e acompanhamento dos processos administrativos subsequentes. Para avaliação de risco

		e prioridades, é considerado o histórico do estabelecimento (fichas de procedimento no SIVISA, autuações anteriores, etc.). A equipe passou por mudanças de gestão no início do ano e está em fase de reorganização dos processos de trabalho através do estabelecimento de critérios de risco sanitário e informatização dos processos administrativos, visando otimizar os recursos já existentes.
--	--	---

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de indústrias de medicamentos e insumos inspecionados anualmente					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% Indústrias de medicamentos e insumos inspecionados	100%	50%	100%	100%	67%
Fonte: DEVISA/CVS. Atualizado em fev/2019.					

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados dividido por Denominador: Total de estabelecimentos que realizam atividade fabril de medicamentos e insumos multiplicado por 100.

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	33%	Foram inspecionados 02 (dois estabelecimentos). A meta está sob reavaliação por parte do nível estadual; por estar indicando a inspeção conjunta dos três níveis de gestão.

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

O indicador foi reformulado, não dispondo de série histórica.

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados dividido por Denominador: Total de estabelecimentos que realizam atividade fabril em questão 11 ("n" de 2019) multiplicado por 100.

Meta

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.ii.6.a	Realizar as programações e as inspeções ao longo do ano com equipe multiprofissional.	Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Setor da Vigilância

3.ii.6.b	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	Sanitária de Produtos e DEVISA
----------	--	--------------------------------

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	9%	Foi inspecionada 01 (uma) indústria. Mesmo considerando a insuficiência de recursos planejamos cumprir a meta nos próximos quadrimestres.

Observações:

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

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

Classe I – baixo risco

Classe II – médio risco

Classe III – alto risco

Classe IV – máximo risco.

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados dividido por Denominador: Total de estabelecimentos que realizam atividade fabril de saneantes e cosméticos - 11 ("n" de 2019) multiplicado por 100.

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	0%	Neste quadrimestre priorizamos os indicadores 3.ii.5 e 3.ii.9. Planejamos destacar uma equipe para cumprir a meta nos próximos quadrimestres.

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Este indicador foi inserido somente na PAS 2016.

Número reuniões técnicas com hipermercados e supermercados no ano			
Ano	2016	2017	2018
Nº de reuniões técnicas com hipermercados e supermercados	8	8	6

Fonte: DEVISA/CVS. Atualizado fev/2019.

Método de Cálculo

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

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	06	06	06	06

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	1	Foi realizada apenas uma reunião (com profissionais da rede Extra Hipermercados), pois neste quadrimestre priorizamos inspecionar indústrias de alimentos e atender aos comunicados de início de fabricação. As demais reuniões estão programadas para os próximos dois quadrimestres.

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados dividido por Denominador: Total de esterilizadoras a ETO no município - **02** ("n" de 2019) multiplicado por 100

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	50%	Existem três esterilizadoras a óxido de etileno no município, contudo uma delas está interditada há mais de um ano. Neste quadrimestre vistoriamos uma e, planejamos realizar a segunda inspeção, nos próximos quadrimestres.

Observações:

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

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

Diretriz 4. Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

Fonte: Serviços de Saúde da SMS e CETS

Método de Cálculo

Numerador: Número de ações de EPS realizadas/ implementadas dividido por Denominador: Total de ações EPS previstas multiplicado por 100.

Fontes: CETS

Periodicidade de monitoramento: quadrimestral

Periodicidade para avaliação: anual.

Meta:

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
4.i.1.a.	Registrar o número de participantes e as ações de educação	Serviços de Saúde e

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	16	No total participaram de ações de EPS realizadas e/ou apoiadas pelo CETS 1736 profissionais. Fonte: Lista de presença das ações realizadas no 1º quadrimestre de 2018

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo

Método de Cálculo

Numerador: serviços de saúde do SUS Campinas como campo de prática para atividades de ensino-serviço dividido por Denominador: serviços de saúde do SUS Campinas sob gestão municipal

Fontes: Todos serviços de gestão municipal do SUS e CETS

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	67 serviços Fonte: Planilha de Estágios monitoradas pelo CETS, 1º semestre 2019	Dentre os 67 serviços que foram campo de prática de formação no período, 55 são de Atenção Básica, 08 de Atenção Especializada, 01 de Saúde Mental, 01 de Vigilância em Saúde, 01 de apoio Diagnóstico e 01 de práticas Integrativas Para que estas ações se realizassem durante o período ocorreram 46 fóruns de avaliação e pactuação, sendo 20 com Cursos de Graduação, 05 com Programas de Residência Médica, 11 com Programas de Residências Multiprofissionais, 05 com Cursos Técnicos de Enfermagem e 05 ações internas (CETS, Distritos e Unidades). Além disso, o CETS realizou um estágio de vivência introdutório aos estágios no SUS para os residentes multiprofissionais do HMMG e CHPEO que iniciaram o programa de residência em 2019.

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

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

Relevância do Indicador

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

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

Método de Cálculo

Numerador:= numero de serviços de saúde do SUS Campinas com dimensionamento realizado e atualizado dividido por Denominador: total de serviços de saúde do SUS Campinas sob gestão municipal multiplicado por 100

Fontes: DGTES

Meta

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

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
4.ii.1.a.	Estabelecer parâmetros e indicadores que possíveis de serem utilizados pela SMS de Campinas	DGTES, DEVISA, DS/ Distritos e DGDO
4.ii.1.b.	Elaborar coletivamente o dimensionamento por categoria profissional	DGTES, DEVISA, DS/ Distritos e DGDO
4.ii.1.c.	Aprimorar (elaborar e atualizar) sistema de informações referente ao dimensionamento por categoria profissional e serviços	DGTES e CII
4.ii.1.d.	Realizar adequações no dimensionamento conforme as políticas públicas vigentes para cada setor e esfera de governo	DGTES
4.ii.1.e.	Manter atualizado quadro dos servidores da ativa e quadro de ingresso e egresso de servidores da SMS	DGTES
4.ii.1.f.	Desenvolver junto ao DGTES da SMS uma revisão da política de RH visando agilidade no processo de reposição e contratação de profissionais para a área a partir de uma efetiva avaliação dos quadros atuais. Recomendações : * Estabelecer critérios claros para a priorização de contratação	Gab. Do SMS, DGTES, DS/ Distritos e CS

	<p>(utilizando indicadores) e pactuarmetas para os recursos adquiridos; utilização do documento sobre “ Dimensionamento RH ” doDGTES nas discussões na área de RH.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Solicitar que o DGTES estabeleça com clareza e divulgue as regras para os remanejamentos ,ampliações de jornada e os critérios para alocação de novos profissionais para as unidades. * Solicitar ao DGTES reavaliações dos valores do ICV pago aos profissionais da área de saúde bucal. * Garantir recursos humanos segundo o dimensionamento das equipes de saúde bucal de cada UBS e para cada novas unidades à serem inauguradas. 	
4.ii.1.g	<p>Desenvolver junto ao DGTES da SMS ações sobre as necessidades de contratação imediata através de concurso público de ASBs, em unidades com esta necessidade e de TSBs garantindo a contratação de pelo menos 1 (uma) TSB em cada unidade.</p>	Gab. Do SMS, DGTES, DEVISA, DS/ Distritos e CS
4.ii.1.h	<p>Desenvolver junto ao DGTES da SMS ações sobre as necessidades da realização do concurso para CDs, e propor a realização de concursos para CDs especialistas para as diferentes especialidades.</p> <p>Recomendações :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Garantir o processo seletivo para os profissionais CDs da rede que já são especialistas para a ocupação de vagas em serviços de referências. * Discutir quais as especialidades odontológicas que deverão ter concurso próprio. 	Gab. Do SMS, DGTES, DEVISA, DS/ Distritos e CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	90% da AB e 70% da VISA	<p>Considerações: O Projeto de Dimensionamento no eixo Atenção Básica foi finalizado, sendo realizada a revisão e adequação ao novo Modelo de Saúde do município de Campinas.</p> <p>Recomendações: Revisão do Projeto de Dimensionamento no eixo Atenção Básica, com finalização prevista para Agosto de 2019.</p> <p>Revisão do Projeto de Dimensionamento no eixo Vigilância, com início previsto para o 2º quadrimestre de 2019.</p>

Observações:

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

EIXO	Atenção Primária (AB)	VISA	Especialidades e Referências		Outros	Total
	Centro de Saúde	Serv. VISA	CAPS e TEAR	POL e CR	CII/CMR/AC	
Nº de serv.	66	9	4	11	3	93
Nº de serv. Inf.	66	5	1	3	3	78

Percent. Inform.	100,0%	55,6%	25,0%	27,3%	100,0%	83,5%
------------------	--------	-------	-------	-------	--------	-------

INGRESSO QUALIFICADO

Em 2019, no período de janeiro a abril, tendo como fim último a assistência integral e com qualidade à saúde da população de Campinas e a valorização e fixação do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, o setor de Ingresso Qualificado do DGTES realizou as seguintes ações visando à entrada de novos profissionais ou à movimentação de servidores:

MOVIMENTAÇÃO DE SERVIDORES

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA

No primeiro quadrimestre de 2019, o Programa Permuta Qualificada contava com **296** servidores inscritos à espera de possibilidade de mudança de lotação.

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA		
Categoria Profissional	Nº de Permutas	Nº Profissionais Envolvidos
Agente Administrativo	1	2
Agente de Consultório Dentário	2	4
Assistente Social	1	2
Técnico em Enfermagem	1	2
TOTAL	5	10

*Não computadas tentativas não efetivadas

PROCESSO SELETIVO INTERNO DE REMANEJAMENTO

No primeiro quadrimestre de 2019, o Processo Seletivo Interno de Remanejamento ofertou, individualmente, a possibilidade de remanejamento devido a admissões, para Médicos nas especialidades Clínica Médica, Neurologia e Infectologia, mas sem interesse dos servidores nas vagas ofertadas. Para os demais cargos o remanejamento não era possível por haver uma única lotação para o com **296** servidores inscritos à espera de possibilidade de mudança de lotação.

PROCESSO SELETIVO INTERNO DE REMANEJAMENTO		
Categoria Profissional	Nº de Participantes	Nº Profissionais Remanejados
ACS	81	42
Auxiliar de Enfermagem 1	64	19
Auxiliar de Enfermagem 2	35	21
Técnico em Enfermagem 1	28	13
Técnico em Enfermagem 2	42	21
TOTAL	250	116

*Não computadas tentativas não efetivadas

INGRESSO DE PROFISSIONAIS CONCURSO PÚBLICO e PROCESSO SELETIVO PÚBLICO

No primeiro quadrimestre de 2019, de um total de 248 vagas oferecidas, houve admissão de 180 profissionais, sendo que 34 profissionais estão em processo de admissão.

CARGO	VAGAS OFERECIDAS	EM ADMISSÃO	ADMITIDOS	VAGAS ABERTAS	OBS
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	51	1	50		
Agente Operacional	2		0	-	Edital expirado. 02 vagas não preenchidas.
Assistente Social	1	1			
Condutores Empilhadeira	2	2			
Fonoaudiólogo	1	1			Remanej. DPSS
Técnicos em Enfermagem (pedido 1)	60	3	54		Edital expirado. 03 vagas não preenchidas.
Técnicos em Enfermagem (pedido 2)	90	23	60		Edital expirado. 07 vagas não preenchidas.
Médico Clínica Médica	20		3	-	Sem candidatos restantes. 17 vagas não preenchidas.
Médico Radiologia	2		2		
Médico Cardiologia	3		1	1	1 servidora não entrou em exercício.
Médico Gastroenterologia	2		2		
Médico Hematologia	1		1		
Médico Infectologia	4	1	3		
Médico Neurologia	4		2	-	Sem candidatos restantes. 2 vagas não preenchidas.
Médico Oftalmologia	2		2		
Médico Pneumologia	1		0	-	Sem candidatos restantes. 1 vaga não preenchida.

Terapeuta Ocupacional	2	2			
TOTAL	248	34	180	1	33 não preenchidas

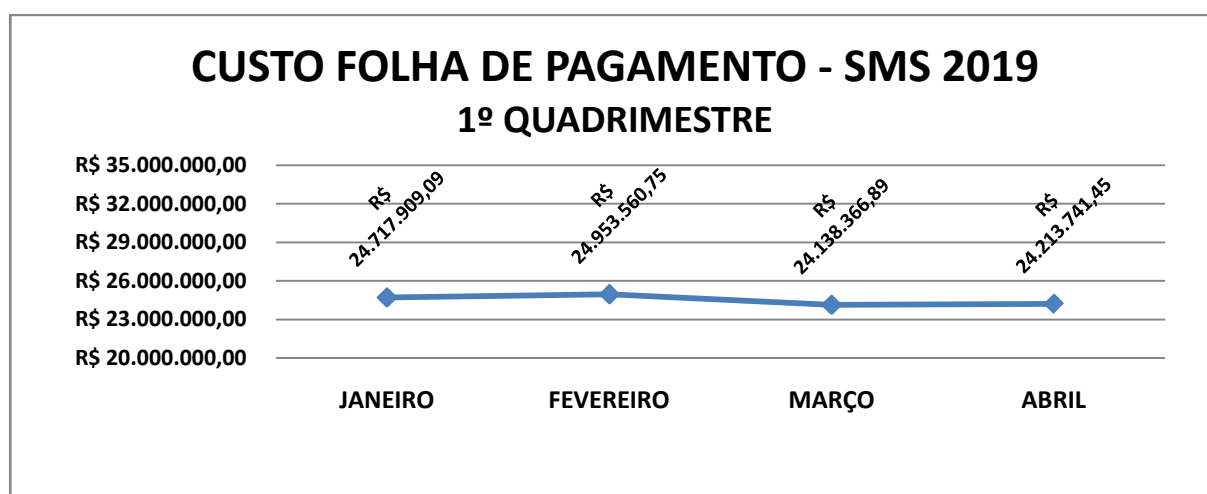
Foi autorizada pelo Senhor Prefeito a abertura de Concurso Público para diversos cargos da saúde, dentre eles: Auxiliar de Saúde Bucal, Agente Farmacêutico, Técnico em Análises Clínicas, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo, Dentista (Geral) e Médicos (Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Família e Comunidade, Pediatria, Psiquiatria e Veterinário).

A empresa organizadora contratada é a VUNESP e os editais e cronogramas encontram-se em processo de preparação.

A Secretaria Municipal de Saúde solicitou a abertura de novos editais de concurso público para diversos cargos da saúde, dentre eles: Agente de controle ambiental, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Agente de manutenção (Geral, Construção Civil e Elétrica, Hidráulica, Telefonia), Agente de Suporte de Tecnologias, Agente Operacional, Biólogo, Dentistas (Endodontia, Estomatologia e Periodontia), Engenheiro Clínico, Especialista em Análises Clínicas, Médicos (Cardiologia, Coloproctologia, Dermatologia, Endoscopia, Geriatria, Homeopatia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Preventiva e Social, Nefrologia, Neurologia, Neuropediatria, Patologia Clínica e Medicina Laboratorial, Pneumologia e Urologia), Técnico de Manutenção Equipamento e Odontológico, Técnico em Agropecuária, Técnico em Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal.

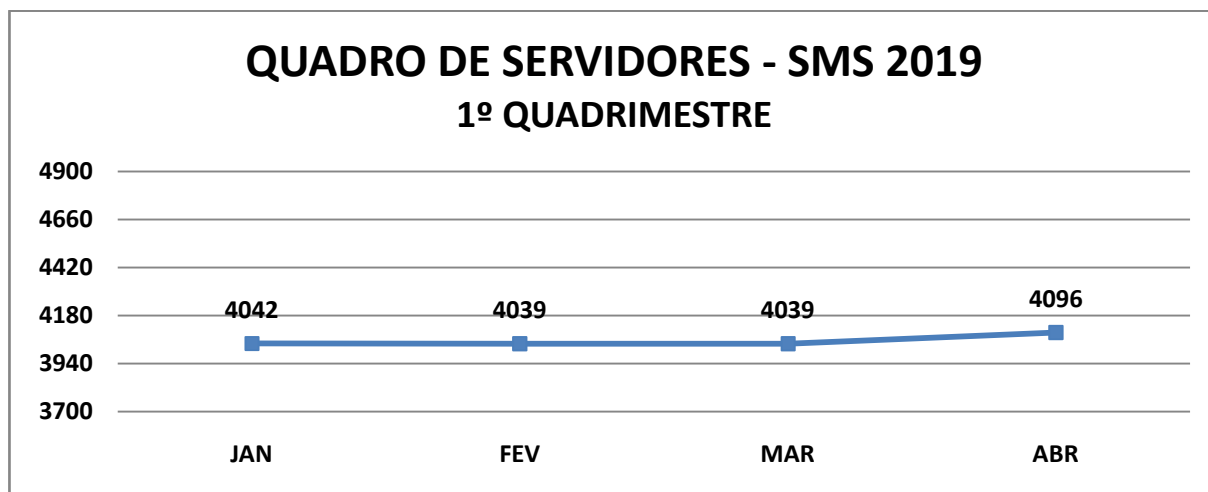
EVOLUÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES

CUSTO FOLHA DE PAGAMENTO - SMS 2018		
MÊS	QUADRO	VALOR
JANEIRO	4042	R\$ 24.717.909,09
FEVEREIRO	4039	R\$ 24.953.560,75
MARÇO	4039	R\$ 24.138.366,89
ABRIL	4096	R\$ 24.213.741,45
	16216	R\$ 98.023.578,18



Fonte: Folha Consist

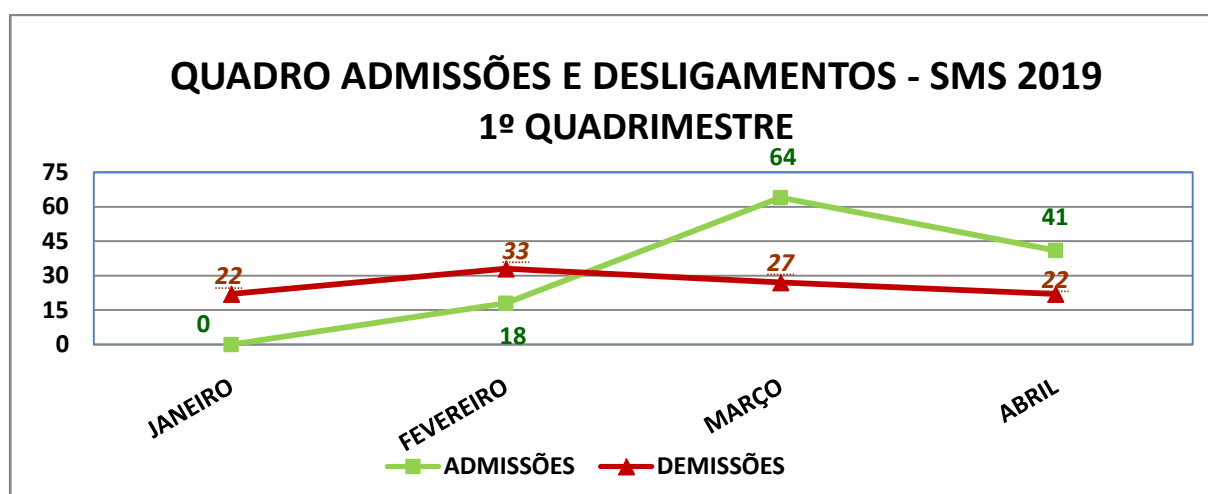
EVOLUÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES - SMS 2019				
CARGO AGRUPADO	jan	fev	mar	abr
ADMINISTRATIVO	220	220	220	219
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	693	691	689	723
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	657	651	646	642
AUXILIAR DE SAUDE PUBLICA	4	4	4	4
DENTISTA	185	186	185	185
ENFERMEIRO	389	390	384	381
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	106	106	106	105
EQUIPE FARMACIA	154	153	153	153
EQUIPE SAUDE BUCAL	135	135	135	133
ESTAGIARIO	31	38	36	36
FARMACEUTICO	56	56	56	56
MEDICO	575	574	569	573
OPERACIONAL	170	167	166	171
OUTROS NIVEL MEDIO	16	15	15	15
OUTROS NIVEL TECNICO	71	72	72	72
OUTROS UNIVERSITARIOS	276	277	276	276
TECNICO EM RADIOLOGIA	10	10	10	10
TECNICO ENFERMAGEM	294	294	317	342
Total geral	4042	4039	4039	4096



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

EVOLUÇÃO DO QUADRO DAS ADMISSÕES - SMS 2019				
CARGO AGRUPADO	janeiro	fevereiro	março	abril
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	0	0	9	35
EQUIPE ENFERMAGEM	0	5	44	3
MEDICO	0	0	9	2
ESTAGIARIO	0	13	2	1
Total	0	18	64	41

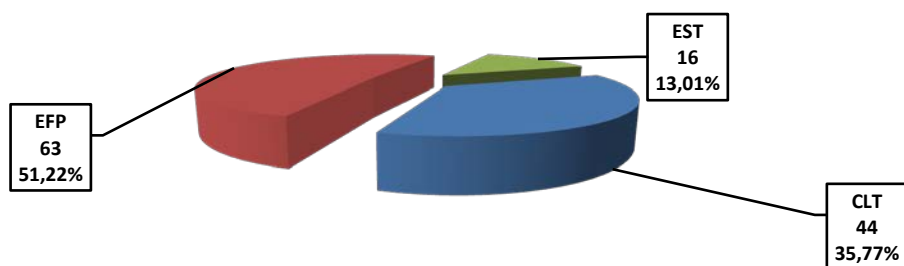
EVOLUÇÃO DO QUADRO DOS DESLIGAMENTOS - SMS 2019				
CARGO AGRUPADO	janeiro	fevereiro	março	abril
ADMINISTRATIVO	1	0	0	0
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	1	3	1	3
DENTISTA	2	1	1	0
ENFERMEIRO	1	1	7	3
EQUIPE ENFERMAGEM	5	10	9	7
EQUIPE FARMACIA	1	1	0	0
EQUIPE SAUDE BUCAL	0	0	0	2
MEDICO	8	5	5	6
MOTORISTA	0	2	1	1
MOTORISTA DE AMBULANCIA	0	0	1	0
OPERACIONAL	0	1	0	0
OUTROS NIVEL MEDIO	0	1	0	0
OUTROS UNIVERSITARIOS	1	1	1	0
ESTAGIARIO	2	7	1	0
Total geral	22	33	27	22



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

ADMISSÕES POR CATEGORIA - SMS 2019				
CATEGORIA	janeiro	fevereiro	março	abril
CLT	0	0	9	35
EFP	0	5	53	5
EST	0	13	2	1
Total geral	0	18	64	41

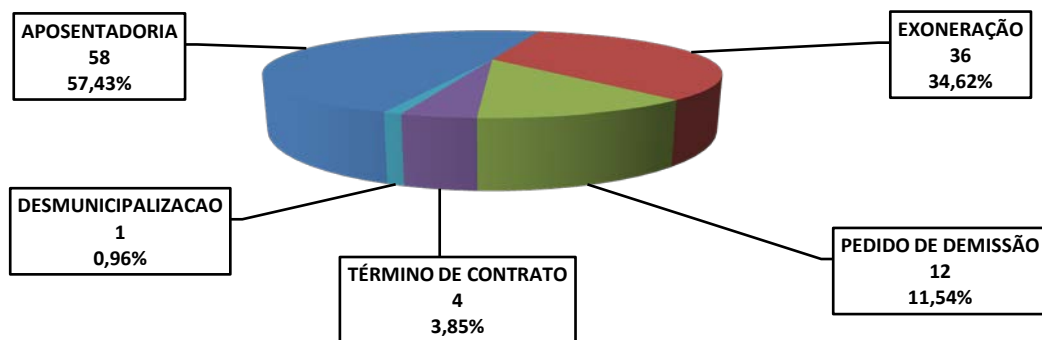
ADMISSÕES POR CATEGORIA - SMS 2019 1º QUADRIMESTRE



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2019				
MOTIVO	janeiro	fevereiro	março	abril
Aposentadoria	13	12	12	14
Exoneração	7	10	13	6
Pedido de Demissão	0	8	2	2
Término de Contrato	2	2	0	0
Desmunicipalização	0	1	0	0
Total geral	22	33	27	22

DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2019 1º QUADRIMESTRE



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

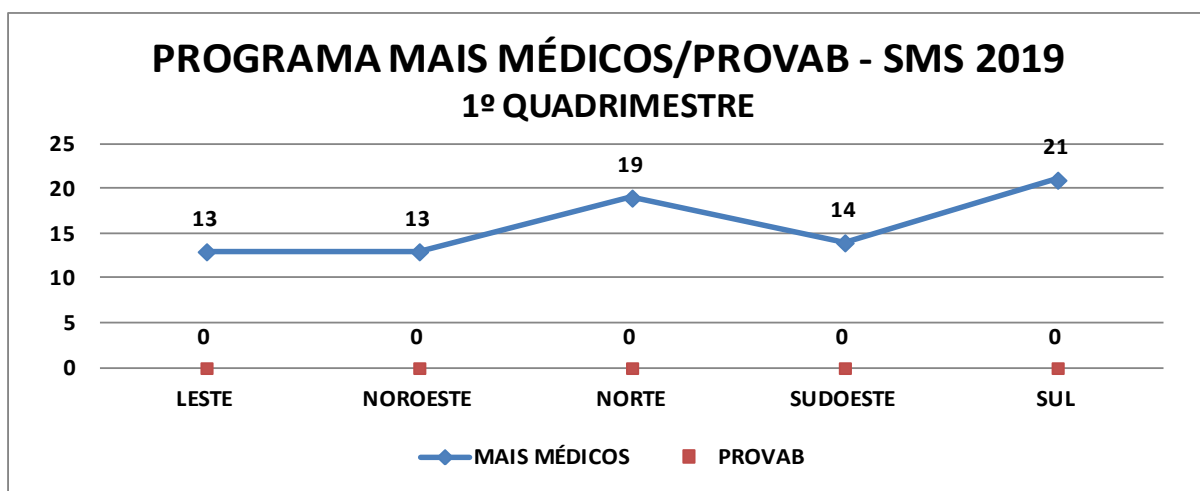
CONVÊNIOS & PROGRAMAS

Em 2019, no período de janeiro a abril, tendo como fim último a assistência total aos profissionais lotados nas Unidades de Saúde de Campinas e a valorização do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, o setor de Programas e Convênios do DGTES realizou as seguintes ações:

PROGRAMA MAIS S/PROVAB - SMS 2019	
DISTRITOS	UNIDADES DE SAÚDE (PROFISSIONAIS "MAIS S")

LESTE	CENTRO DE SAUDE ANTONIO DA COSTA SANTOS (CONCEICAO)
	CENTRO DE SAUDE CONEGO MILTON SANTANA (TAQUARAL)
	CENTRO DE SAUDE COSTA E SILVA
	CENTRO DE SAUDE IGOR CARLOS C D GUERCIO (31 DE MARÇO)
	CENTRO DE SAUDE SAO QUIRINO
	CENTRO DE SAUDE SOUSAS
NOROESTE	CENTRO DE SAUDE DR. PEDRO AGAPIO A NETTO(BALAO DO LARANJA)
	CENTRO DE SAUDE INTEGRACAO
	CENTRO DE SAUDE ITAJAI
	CENTRO DE SAUDE JARDIM FLORENCE
	CENTRO DE SAUDE LAURA SIMOES C AMICUCCI (PERSEU)
	CENTRO DE SAUDE LISA
	CENTRO DE SAUDE MARGARIDA SANTOS SILVA (FLORESTA)
	CENTRO DE SAUDE PARQUE VALENCA
	CENTRO DE SAUDE ROSSIM
	CENTRO DE SAUDE SANTA ROSA
	CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS
NORTE	CENTRO DE SAUDE ANCHIETA
	CENTRO DE SAUDE ATILLIO VICENTIN (BARAO GERALDO)
	CENTRO DE SAUDE BOA VISTA
	CENTRO DE SAUDE JARDIM AURELIA
	CENTRO DE SAUDE JARDIM EULINA
	CENTRO DE SAUDE ROSALIA
	CENTRO DE SAUDE SAN MARTIN
	CENTRO DE SAUDE SANTA BARBARA
	CENTRO DE SAUDE SAO MARCOS
CENTRO DE SAUDE VILLAGE	
SUDOESTE	CENTRO DE SAUDE AEROPORTO
	CENTRO DE SAUDE CAMPOS ELISEOS
	CENTRO DE SAUDE DIC I
	CENTRO DE SAUDE SANTA LUCIA
	CENTRO DE SAUDE SAO CRISTOVAO
	CENTRO DE SAUDE UNIAO DE BAIROS
	CENTRO DE SAUDE VILA UNIAO/CAIC
	CENTRO DE SAUDE VISTA ALEGRE
SUL	CENTRO DE SAUDE ANTONIO MONETA JUNIOR (OZIEL/M.CRISTO)
	CENTRO DE SAUDE CAMPO BELO
	CENTRO DE SAUDE CARVALHO DE MOURA
	CENTRO DE SAUDE DR. MANOEL RIOS MURARO (PARANAPANEMA)
	CENTRO DE SAUDE ESMERALDINA
	CENTRO DE SAUDE FERNANDA
	CENTRO DE SAUDE FIGUEIRA
	CENTRO DE SAUDE OROSIMBO MAIA
	CENTRO DE SAUDE SAO DOMINGOS

	CENTRO DE SAUDE SAO JOSE	
	CENTRO DE SAUDE VILA YPE	
	CENTRO DE SAUDE SAN DIEGO	
	CENTRO DE SAUDE ZIZI CINTRA JUNQUEIRA (SAO BERNARDO)	
DISTRITOS	QUADRO "MAIS S"	QUADRO "PROVAB"
LESTE	13	0
NOROESTE	13	0
NORTE	19	0
SUDOESTE	14	0
SUL	21	0
TOTAL GERAL	80	0



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

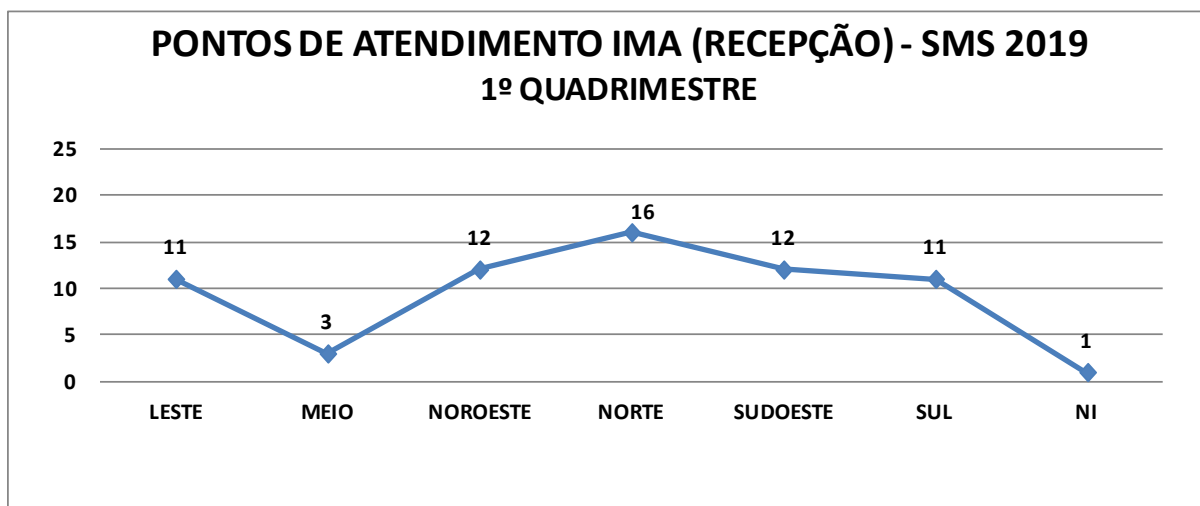
Referente ao Projeto Mais s para o Brasil, das **98** vagas autorizadas pelo Ministério da Saúde, o município de Campinas possui **80** profissionais em atividade.

Não haverá mais reposições pelo Ministério da Saúde em virtude do programa atender regiões com perfil com maior classificação prioritária. Ao encerrar a missão dos s, os mesmos serão desligados e o programa se encerrará por definitivo no município de Campinas.

PONTOS DE ATENDIMENTO IMA (RECEPÇÃO) - SMS 2019	
DISTRITO	LOCAL DE TRABALHO
LESTE	CENTRO DE SAUDE BOA ESPERANCA
	CENTRO DE SAUDE CONEGO MILTON SANTANA (TAQUARAL)
	CENTRO DE SAUDE COSTA E SILVA
	CENTRO DE SAUDE DR. MARIO DE C BUENO JR (CENTRO)
	CENTRO DE SAUDE IGOR CARLOS C D GUERCIO (31 DE MARÇO)
	CENTRO DE SAUDE JOAQUIM EGIDIO
	CENTRO DE SAUDE SAO QUIRINO
	CENTRO DE SAUDE SOUSAS
	POLICLINICA I
MEIO	AMBULATORIO DE DOENCAS SEXUAL. TRANSMIS.
	CENTRO DE REAB. FISICA E DOENCAS REUMAT.

	CENTRO DE REFERENCIA A SAUDE DO IDOSO
NOROESTE	CENTRO DE SAUDE DR. PEDRO AGAPIO A NETTO(BALAO DO LARANJA)
	CENTRO DE SAUDE INTEGRACAO
	CENTRO DE SAUDE IPAUSSURAMA
	CENTRO DE SAUDE ITAJAI
	CENTRO DE SAUDE JARDIM FLORENCE
	CENTRO DE SAUDE LAURA SIMOES C AMICUCCI (PERSEU)
	CENTRO DE SAUDE LISA
	CENTRO DE SAUDE MARGARIDA SANTOS SILVA (FLORESTA)
	CENTRO DE SAUDE PARQUE VALENCA
	CENTRO DE SAUDE SANTA ROSA
	CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS
	NORTE
CENTRO DE SAUDE ATILLIO VICENTIN (BARAO GERALDO)	
CENTRO DE SAUDE BOA VISTA	
CENTRO DE SAUDE CASSIO RAPOSO AMARAL	
CENTRO DE SAUDE JARDIM AURELIA	
CENTRO DE SAUDE JARDIM EULINA	
CENTRO DE SAUDE ROSALIA	
CENTRO DE SAUDE SAN MARTIN	
CENTRO DE SAUDE SANTA BARBARA	
CENTRO DE SAUDE SAO MARCOS	
SUDOESTE	CENTRO DE SAUDE CAMPOS ELISEOS
	CENTRO DE SAUDE DIC I
	CENTRO DE SAUDE DR. MOISES LIBERMAN (SANTO ANTONIO)
	CENTRO DE SAUDE SANTA LUCIA
	CENTRO DE SAUDE SAO CRISTOVAO
	CENTRO DE SAUDE UNIAO DE BAIROS
	CENTRO DE SAUDE VISTA ALEGRE
	LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
CENTRO DE SAUDE DIC VI	
SUL	CENTRO DE SAUDE DR. MANOEL RIOS MURARO (PARANAPANEMA)
	CENTRO DE SAUDE FERNANDA
	CENTRO DE SAUDE OROSIMBO MAIA
	CENTRO DE SAUDE SANTA ODILA
	CENTRO DE SAUDE SAO DOMINGOS
	CENTRO DE SAUDE SAO JOSE
	CENTRO DE SAUDE VILA RICA
	POLICLINICA II
	POLICLINICA III
	CENTRO DE SAUDE SAN DIEGO
	CENTRO DE SAUDE ZIZI CINTRA JUNQUEIRA (SAO BERNARDO)
NI	* LOTACAO NAO CADASTRADA
DISTRITOS	
LESTE	
QUADRO	
11	

MEIO	3
NOROESTE	12
NORTE	16
SUDOESTE	12
SUL	11
NI	1
TOTAL GERAL	66

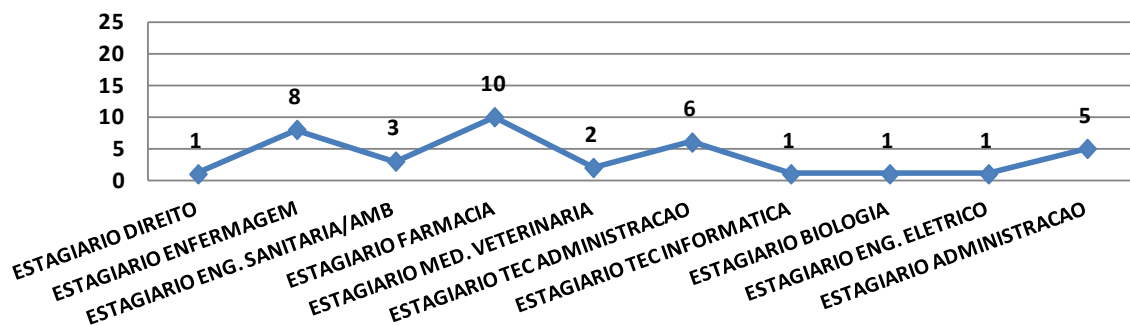


Fonte: Folha Consist/RH Gestão

Apesar da grande rotatividade de funcionários, ocasionando ausência em algumas unidades, e também considerando a no novo contrato de prestação de serviços (Posições de Atendimento Recepção – IMA), o município encerrou este quadrimestre com todas as **66** posições de atendimento contratadas preenchidas, sendo **65** em atividade e **1** profissional classificado como **NI – Lotação Não Cadastrada** realizando revezando de férias.

ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2019 "PMC"	
CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO DIREITO	1
ESTAGIARIO ENFERMAGEM	8
ESTAGIARIO ENG. SANITARIA/AMB	3
ESTAGIARIO FARMACIA	10
ESTAGIARIO MED. VETERINARIA	2
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	6
ESTAGIARIO TEC INFORMATICA	1
ESTAGIARIO BIOLOGIA	1
ESTAGIARIO ENG. ELETRICO	1
ESTAGIARIO ADMINISTRACAO	5
TOTAL GERAL	38

ESTÁGIO REMUNERADO - SMS 2019 "PMC" 1º QUADRIMESTRE

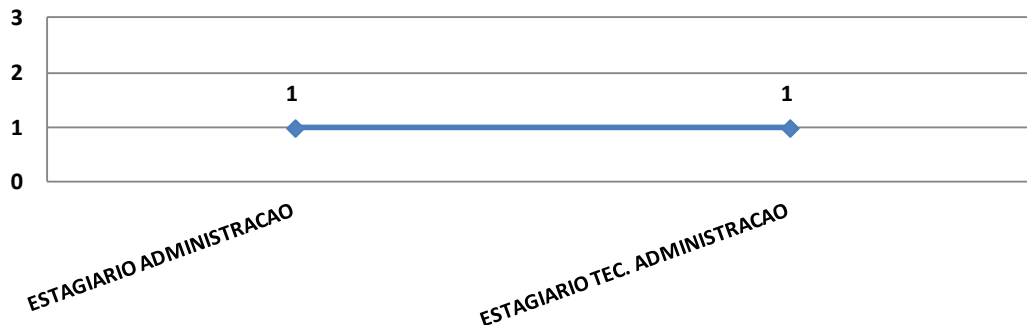


Fonte: Folha Consist/RH Gestão

ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2019 "HMMG"

CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO ADMINISTRACAO	1
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	1
TOTAL GERAL	2

ESTÁGIO REMUNERADO - SMS 2019 "HMMG" 1º QUADRIMESTRE

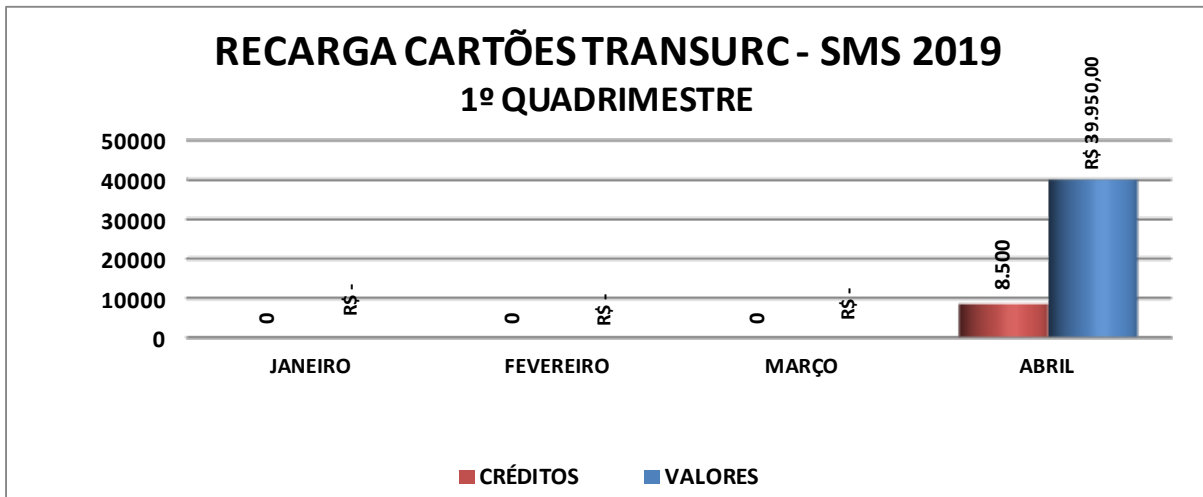


Fonte: Folha Consist/HMMG Gestão

Neste quadrimestre de 2019, ingressaram 14 estagiários na Rede PMC e não haverá reposição de estagiários na Rede Mario Gatti.

RECARGA CARTÕES TRANSURC - SMS 2019

MÊS	CRÉDITOS	VALOR
JANEIRO	0	R\$ -
FEVEREIRO	0	R\$ -
MARÇO	0	R\$ -
ABRIL	8.500	R\$ 39.950,00
	8.500	R\$ 39.950,00



Fonte: Convênios & Programas

Referente ao transporte público para as diversas atividades em campo, a Secretaria Municipal de Saúde possui atualmente **763** cartões de passes ativos, sendo que o valor unitário da passagem é de **R\$ 4,70** (em vigor desde janeiro/2018).

EIXO V – GESTÃO COMPARTILHADA E CONTROLE SOCIAL

Diretriz 5. Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.

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

Indicador 5.i.1. Plano Municipal de Saúde enviado ao Conselho Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior.

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Nº de PMS, PAS, RAG e RDQA enviados aos conselhos de saúde dividido por Denominador: Total de PMS, PAS RAG e RDQA elaborados para cada ano

Meta

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
5.i.1.a.	Manter o Núcleo de Planejamento e Orçamento (NPO) da SMS	Gab. do Secretário
5.i.1.b.	Estimular e dar suporte as ações de planejamento na SMS	Gab. do Secretário e Colegiado Gestor da SMS
5.i.1.c.	Manter a periodicidade das reuniões do NPO	Gab. do Secretário e Colegiado Gestor da SMS
5.i.1.d.	Realizar reuniões distritais, periodicamente, para estimular, analisar, monitorar ações de planejamento na SMS, visando maior capilaridade e o planejamento	Colegiado Gestor da SMS, Distritos de Saúde e NPO

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

Resultados

RDQA	Valor	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	01	Os dados apresentados no 1º RDQA mostram a necessidade de intensificação junto aos distritos para que o documento tenha maior capilarização junto às equipes das unidades de saúde e junto ao controle social. Mantidas as reuniões com os Distritos de Saúde e conselhos distritais para avaliação do 1º RDQA, a partir de junho. Mantidas as reuniões periódicas do Núcleo de Planejamento e Orçamento para apoio aos Distritos e unidades, no intuito de horizontalizar as decisões entre colegiado de gestores da SMS, entretanto, necessário intensificar o estímulo de ampliação das discussões do Planejamento junto aos trabalhadores. Avaliar em conjunto do Conselho Municipal de Saúde a construção de oficina de Planejamento para formação de conselheiros.

Observações:

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

Indicador 5.i.1. Plano Municipal de Saúde enviado ao Conselho Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Relatórios Detalhado do Quadrimestre Anterior.

Ações	Consolidado Municipal		Leste	Noroeste	Norte	Sudoeste	Sul
5.i.1.a.1. Participa de reuniões distritais, periodicamente, para estimular, analisar, monitorar ações de planejamento na SMS, visando maior capilaridade e o planejamento ascendente.	58	91%	9	13	11	11	14
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.	36	56%	4	11	5	8	8
5.i.1.a.3. Reune a equipe e discute a matriz do RDQA trimestralmente.	35	55%	7	8	8	6	6
5.i.1.a.4. Apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde todo trimestre	20	31%	2	2	3	7	6
5.i.1.a.5. Apresentou o RDQA no CLS no trimestre anterior.	25	39%	4	4	3	6	8
5.i.1.a.7. Não apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde	5	8%	1	2	0	0	2

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Nº de Unidades de saúde da SMS informatizadas dividido por
Denominador: Total Nº de Unidades de saúde da SMS multiplicado por 100

Meta:

Informatizar 100% das Unidades de Saúde da SMS até 2021

Ações:

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

	<p>* Apontar , solicitar junto à SMS e monitorar a aquisição de computadores para digitação on line e anecessidade urgente de completa informatização dos serviços de saúde (salas odontológicas), com estrutura adequada de equipamentos e conexão de internet de qualidade e estável.</p> <p>* Reforçar a importância do registro das planilhas de produção nos sistemas. E-SUS para a Atenção Básica e SIGA para as Especialidades.</p> <p>* Discutir e propor o desenvolvimento de indicadores de avaliação para os serviços de especialidade(CEO).</p>	
--	---	--

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	31,43% (total de serviços de saúde) E 43,94% (CS)	<p>Unidades totalmente informatizadas: CAPS AD Sudoeste, CS Boa Esperança, CS Campo Belo, CS Capivari, CS Carlos Gomes, CS Centro, CS DIC III, CS DIC VI, CS Florence, CS Joaquim Egídio, CS Orozimbo Maia, CS Oziel, CS Perseu, CS Rossin, CS Rosália, CS San Diego, CS San Martin, CS Santo Antônio, CS São Cristovão, CS São Domingos, CS São Marcos, CS São Quirino, CS São Vicente, CS Satélite Iris I, CS Tancredo Neves, CS Taquaral, CS União dos Bairros, CS Vila Rica, CS Vila União, CS Village, Policlínica I, VISA Noroeste e VISA Sul.</p> <p>Unidades totalmente cabeadas: CS 31 de Março, CS Aurélia, CS Barão Geraldo, CS Campina Grande, CS Carvalho de Moura, CS Cássio Raposo do Amaral, CS Costa e Silva, CS DIC I, CS Eulina, CS Fernanda, CS Figueira, CS Ipaussurama, CS Itajaí, CS Paranapanema, CS Santa Mônica, CS Santa Odila, CS Santa Rosa, CS Sosas, CS Vila Ipê.</p> <p>As demais unidades de saúde se encontram parcialmente cabeadas.</p>

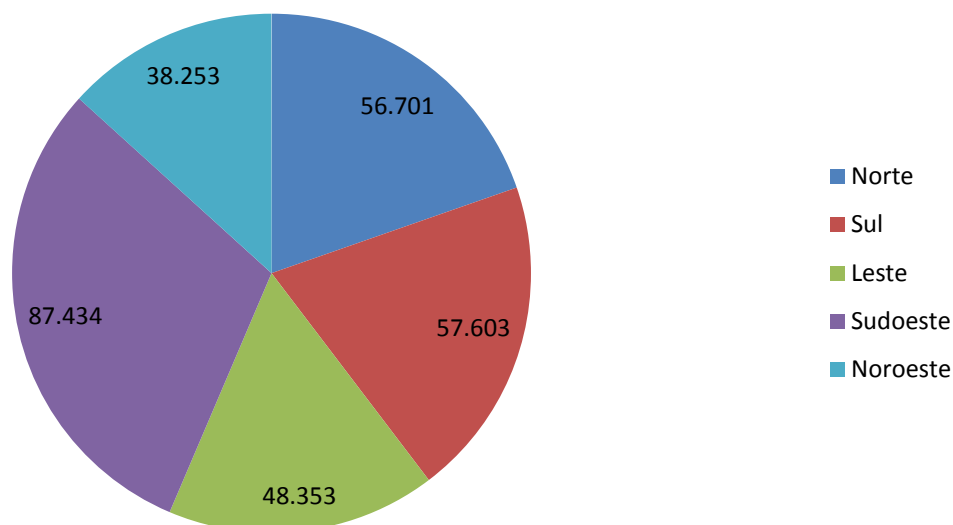
Observações:

Eixo	Atenção Primária	Urg/Emerg		Visa	Especialidades e referências		Outros	Total
		Pront. Atend	SAMU		Caps e Tear	Poli e CR		
Serviços	Centro de Saúde			Serv. Visa			CSI/CSAPTA/CSRA	
nº serviços	66	3	1	9	5	11	3	98
nº serv. Inf.	29	0	0	2	1	1	3	36
percent Inform.	44%	-	-	22%	20%	9%	100%	37%

Gráfico. Apresentação gráfica do aumento no número absoluto de cadastros registrados no Sistema e-SUS AB, de 01/01/2019 a 30/04/2019.

Distrito de Saúde	Pop. Estimada 2018	nº Pessoas Cadastradas até 30/04/2019	Percentual de cadastros até 31/04/2019 relativo a pop. Estimada
Norte	226.272	61.651	29%
Sul	327.127	47.249	15%
Leste	259.210	48.353	18%
Sudoeste	216.368	87.861	41%
Noroeste	170.565	38.253	22%

Número de Pessoas Cadastradas por Distrito de Saúde em 30/04/2019



SUBFUNÇÃO	ACAO	PRODUTO	EMPENHADO META	PERCEMPDOT META	PAGOMETA	META	REALIZ.	JUSTIFICATIVA
126	023	EQUIPAMENTOS ADQUIRIDO	R\$ 1.376.982,00	R\$ 240,15	R\$ 12.596,30	880	738	350 comput, através do Projeto Saúde em Ação. Convenios: 114002 (23 desktop); 114008 (27 desktop); 114009 (64 desktop e 08 Notebook); 114013(97 desktop e 07 Notebook); 114015 (89 desktop e 13 Notebook); recurso proprio DEVISA (60 desktop).
126	025	COMPUTADORES ADQUIRIDO	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	2	0	A finalização da Ata de Registro de Preços ocorreu em dezembro de 2018, após o encerramento do exercício fiscal do Ano. Os equipamentos serão adquiridos no primeiro

INDICADOR 5.ii.1		SUB-FUNÇÃO 126		ATENÇÃO BÁSICA
PROPOSTAS	OBJETO	SETOR	VALOR	PROTOCOLO ENCAM. EXECUÇÃO
13704.311000/1177-12	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA.	REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	R\$ 800,00	PMC.2018.00015488-52
TOTAL DE RECURSOS ENCAMINHADOS PARA EXECUÇÃO INFORMÁTICA:			R\$ 800,00	

EIXO VI – APOIO LOGÍSTICO E FINANCEIRO

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

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: RDQA com percentual de gastos em saúde, enviados aos conselhos de saúde dividido por Denominador: Total de RDQA elaborados para cada ano multiplicado por 100.

Meta:

Manter 100% nos próximos 4 anos

Ações:

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

Resultados

RELATÓRIOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS APRESENTADOS PELO FMS

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (301) do PPA

Método de Cálculo

Número absoluto de equipamentos adquiridos para Atenção Básica

Fonte: Departamento Administrativo e DS

Meta:

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.ii.1.a.	Realizar previsão e solicitação destes equipamentos junto ao DA	DS e Distritos
6.ii.1.b.	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas aquisições	DA e SMA
6.ii.1.c.	Informar ao DA e DS o efetivo repasse financeiro por meio das portarias ministeriais	NCG/ DGDO e FMS
6.ii.1.d.	Manter ações do Núcleo de Convênios Governamentais (NCG) - DGDO	NCG/ DGDO
6.ii.1.e.	Manter organizada e atualizada, periodicamente, a necessidade de equipamentos por tipo de serviço de saúde	DS
6.ii.1.f.	Elaborar propostas para aquisições de equipamentos	DS, DEvisa, DGDO
6.ii.1.g.	Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições	NCG/ DGDO e FMS
6.ii.1.h.	Informar periodicamente (quadrimestralmente) os equipamentos adquiridos e entregues no Almoxarifado	DA
6.ii.1.i.	Estabelecer com a Comissão de esterilização da SMS fluxos efetivos em relação aos processos inerentes a esterilização da área . Recomendações : * Estabelecer rotinas e normas sobre processos de esterilização padronizados dos instrumentais odontológicos. * Garantir a realização de testes biológicos nas UBSs.	DA, DS, Distritos e CS

	* Garantir a participação de profissionais da ponta, incluindo algum profissional da equipe de saúde bucal para participar da comissão de esterilização.	
6.ii.1.j	Estabelecer com a Comissão de esterilização da SMS fluxos efetivos em relação aos processos inerentes a esterilização da área . Recomendações : * Estabelecer rotinas e normas sobre processos de esterilização padronizados dos instrumentais odontológicos. * Garantir a realização de testes biológicos nas UBSs. * Garantir a participação de profissionais da ponta, incluindo algum profissional da equipe de saúde bucal para participar da comissão de esterilização.	DA, DS, Distritos e CS
6.ii.1.k	Manter de maneira contínua uma política eficaz nos processos de planejamento e aquisição de materiais , instrumentais e equipamentos e periféricos odontológicos, estabelecendo fluxos efetivos com o Departamento Administrativo , Comissão de esterilização e Comissão de Farmácia e Terapêutica da SMS objetivando a agilidade nos processos . Recomendações : * Constituir um grupo de trabalho composto por profissionais das UBSs , Distritos e nível central quando da necessidade de realizar análises de padronizações de novos materiais e instrumentais. * Divulgar sistematicamente para toda a rede as alterações em relação as padronizações e retirada da lista de novos materiais e equipamentos.	DA, DS, Distritos
6.ii.1.l	Manter a política de revisão periódica das listas oficiais padronizadas e suas respectivas cotas nas unidades e criar mecanismos de alterações efetivas quando necessário. Recomendações : * Garantir agilidade e qualificação dos processos descritivos dos insumos , instrumentais e equipamentos odontológicos.	DA, DS, Distritos
6.ii.1.m	Contribuir para a garantia de um suporte técnico resolutivo e também da política de manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos, propor a ampliação do quadro de técnicos de manutenção com distritalização e a qualificação dos serviços terceirizados e do serviço de manutenção da PMC. Recomendações : * Implantar documento de retorno de pós manutenção dos equipamentos para arquivo nas UBSs. * Melhorar a comunicação entre o setor de manutenção e as UBSs. * Garantir que as empresas terceirizadas prestadoras apresentem qualificação.	DA, DS, Distritos

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º RDQA 2019	82	Autoclaves para Unidades Básicas: há compra de 27 autoclaves em andamento nos processos: SEI PMC 2017.00017839-24 (aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde): Abertura das propostas e disputa marcadas para 07/05/19 (Edital 150/2018) Processos em andamento para Aquisição de mobiliário administrativo,

		<p>mobiliário hospitalar, eletroeletrônicos e outros equipamentos médicos: SEI PMC 2017.00021123-31 -Aquisição de equipamentos eletrônicos :homologado e empenhos emitidos SEI PMC 2018.00015180-15 - Aquisição de equipamentos e material permanente : em instrução processual SEI PMC2018.00014354-97 - Aquisição de equipamentos e material permanente : em instrução processual Para viabilização de veículos à Rede de Saúde, temos: Contratos de Manutenção e Fornecimento de peças originais de 33 veículos (por AMIL), através dos processos: Processo SEI PMC 2018.00023705-51 :empenhos emitidos Processo SEI PMC 2018.00023650-42 :empenhos emitidos Processo SEI PMC2018.00015180-15 - Aquisição de equipamentos e veículos: em instrução processual . Foi anexado a esse Processo SEI PMC 2018.00015489-33, totalizando a aquisição de 19 veículos. Processo SEI PMC 2018.00018922-19 - Contratação de empresa de serviços de manutenção de veículos: em instrução processual :O Comitê Gestor solicitou readequação do quantitativo. Processo SEI 2017.00020613-29 : Locação de veículos através da Administração - os contratos foram assinados em 16/01/2019 e está em fase de apresentação de apólice de seguros. Processos de Aquisição de 39 Veículos, com recursos de emendas parlamentares : PMC SEI 2017.00021115-21: em instrução processual: em fase de inserção no SIM para aprovação PMC SEI 2018.00008432-14: em instrução processual: em 02/04 para responder a questionamentos das pregoeiras.</p>
--	--	--

Observações:

Prestação de contas de emendas parlamentares/ repasses federais

<p>AÇÃO PPA : 23 - Adquirir bens para móveis para saúde: equipamentos, máquinas, e veículos e equipamentos operacionais para saúde SUB FUNÇÃO : 301 - Atenção Básica -Equipamentos adquiridos META FIXADA: 1917 META ADQUIRIDA: 82</p>						
<p>INDICADOR matriz RDQA: 6.ii.1 - Percentual de equipamentos adquiridos para Atenção Básica em Campinas META : 1917 META ALCANÇADA: 82 - 4,27%</p>						
PROCESSO SEI	EMENDA	VALOR TOTAL DA EMENDA	Valor da indicação da dotação orçamentária da emenda	Valor total empenhado	Nº ITENS empenhados ou a adquirir	Nº itens adquiridos
2017.0002115-21	13704.311000/1160-03	R\$1.398.700,00	R\$394.562,30	xx	9 veículos a adquirir	xx

	13704.311000/1160-06	R\$ 201.600,00	R\$131.370,80	xx	3 veículos a adquirir	xx
2017.00017839-24	13704.311000/1150-03	R\$ 600.000,00	R\$ 644.505,73	xx	9 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1140-13	R\$ 499.800,00	R\$ 28.627,22	xx	14 itens a adquirir	xx
	13704311000/1140-15	R\$ 444.820,00	R\$ 56.178,07	xx	25 itens a adquirir	xx
	13704311000/1140-19	R\$ 149.700,00	R\$ 167.669,39	xx	23 itens a adquirir	xx
	13704.311000/1150-18	R\$ 225.600,00	R\$ 242.491,15	xx	42 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1160-03	R\$ 1.398.700,00	R\$ 1.073.754,76	xxx	130 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1160-06	R\$ 201.600,00	R\$ 82.716,36	xx	15 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1160-10	R\$ 2.150.000,00	R\$ 2.223.613,36	xx	28 itens a adquirir	xxx
	2017.00021123-31	13704.311000/1140-13	R\$ 499.380,00	R\$1.052,65	xx	1 item a adquirir
13704.311000/1160-09		R\$ 49.730,00	R\$11.364,59	R\$6737,70	16 itens a adquirir	5 itens (ventiladores)
13704.311000/1177-03		R\$ 200.000,00	R\$25.116,49	R\$17.444,45	52 itens a adquirir	30 itens (ventiladores)
13704.311000/1177-05		R\$400.000,00	R\$200,95	R\$200,95	1 item a adquirir	xxx
13704.311000/1177-06		R\$ 24.000,00	R\$1.895,85	R\$433,83	4 itens a adquirir	2 itens (ventiladores)
13704.311000/1177-16		R\$ 230.000,00	R\$8.069,78	R\$6.014,26	9 itens a adquirir	4 itens (ventiladores)
13704.311000/1177-20		R\$9.750,00	R\$1.462,02	xx	1 item a adquirir	xx
13704.311000/1177-19		R\$126.570,00	R\$8.085,06	R\$3.699,00	5 itens a adquirir	xx

	13704.311000/1170-02	R\$ 400.000,00	R\$77.026,34	R\$47.439,82	87 itens a adquirir	41 itens (ventiladores)
	13704.311000/1140-15	R\$ 444.820,00	R\$2.090,68	xx	2 itens a adquirir	xxx
2016.00003124-21(anexados : 2018.00015344-79, 2018.00021126-38, 2018.00014354-97)	13704.311000/1177-03	R\$ 200.000,00	R\$ 34.931,66	XX	153 itens a adquirir	XX
	13704.311000/1177-05	R\$ 400.000,00	R\$ 662,34	xx	2 itens a adquirir	xx
	13704.311000/1177-06	R\$ 201.600,00	R\$ 2071,04	xx	8 itens	xx
	13704.311000/1177-19	R\$ 126.570,00	R\$ 1203,00	xx	3 itens	xx
	13704.311000/1177-20	R\$ 9750,00	R\$ 1470,35	xx	7 itens	xx
	13704.311000/1177-15	R\$ 676.000,00	R\$ 1022,36	xx	4 itens	xx
	13704.311000/1177-11	R\$ 123.410,00	R\$ 775,91	xx	3 itens	xx
	13704.311000/1177-16	R\$ 230.000,00	R\$ 46.510,47	xx	208 itens a adquirir	xx
	13704.311000/1170-02	R\$400.000,00	R\$64036,70	xx	341 itens a adquirir	xx
	13704.311000/1140-02	R\$ 159.530,00	R\$ 15.285,14	xx	71 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-17	R\$ 301.030,00	R\$ 207.925,76	xx	979 itens a adquirir	xx
	13704.311000/1140-09	R\$ 285.760,00	R\$ 95.081,29	xx	367 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-11	R\$51.290,00	R\$ 40.319,00	xxx	121 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-13	R\$ 499.380,00	R\$ 19.549,66	xx	60 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-15	R\$ 444.820,00	R\$ 30.428,63	xx	103 itens a adquirir	xxx
2016.00002641-92 (anexados: 2017.00021060-	13704.311000/1140-13	R\$ 499.800,000	R\$ 24.272,17	xx	20 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1170-02	R\$400.000,00	R\$65.027,475	xx	106 itens a adquirir	xxx

12 e 2018.00015475-38)	13704.311000/1177-03	R\$200.000,00	R\$65.103,34	xx	63 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1177-06	R\$24.000,00	R\$4.813,12	xx	7 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1177-16	R\$230.000,00	R\$54.493,82	xxx	61 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1177-11	R\$123.410,00	R\$5.189,82	xxx	7 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1160-06	R\$201.600,00	R\$5.087,84	xxx	2 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1177-05	R\$400.000,00	R\$5.087,84	xxx	7 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1177-19	R\$126.570,00	R\$10.371,82	xxx	5 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1177-20	R\$9750,00	R\$5.138,38	xxx	3 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-15	R\$ 444.820,00	R\$ 51.808,06	xxx	41 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1160-03	R\$ 1.398.700,00	R\$14.186,62	xxx	14 itens a adquirir	xxx
2016.0002653-26	3704.311000/1140-15	Fechado o protocolo e está inacessível	xxx	xxx	xxx	Protocolo finalizado
2018.0008432-14	13704311000/1140-15	R\$ 71.234,80	R\$ 69.717,03	xxx	02 veículos a adquirir	xxx
	13704311000/1177-19	R\$ 126.570,00	R\$ 91251,60	xxx	02 veículos a adquirir	xxx
	13704311000/1177-16	R\$ 230.000,00	R\$ 45625,80	xxx	01 veículo a adquirir	xxx
	13704311000/1177-15	R\$676.000,00	R\$ 699.843,80	xxx	15veículos a adquirir	xxx
	13704311000/1177-05	R\$ 400.000,00	R\$ 45.625,80	xxx	01 veículo a adquirir	xxx
	13704311000/1140-13	R\$ 210.450,15	R\$ 210.450,15	xxx	06 itens a adquirir	xxx
2018.00015180-15 (anexados: 17.00025535-40,	13704311000/1177-03,	R\$ 200.000,00	xx	xxx	37itens a adquirir	xxx
	13704311000/1160-11,	R\$48.000,00	xx	xx	3 itens a adquirir	xxx

18.00015489-33, 18.00015488-52, 18.00015486-91, 18.00009675-33)	13704311000/1177-05	R\$ 400.000,00	xx	xxx	5 itens a adquirir (1 veículo)	xxx
	137043110001177-11	R\$ 123.410,00	xx	xxx	2 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-16	R\$ 230.000,00	xxx	xxx	32 itens a adquirir (1 veículo)	xxx
	13704311000/1177-15	R\$676.000,00	xx	xxx	15 veículos a adquirir (15 veículos)	xxx
	13704311000/1170-02	R\$ 400.000,00	xx	xxx	63 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-19	R\$ 126.570,00	xx	xxx	06 itens a adquirir (2 veículos)	xxx
	13704311000/1177-06	R\$ 24.000,00	xx	xxx	2 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-20	R\$ 9.750,00	xx	xxx	02 itens a adquirir	xxx
SEI 2018.00015344-79	13704311000/1170-02	R\$ 400.000,00	xx	xxx	341 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-03	R\$ 200.000,00	xx	xxx	134 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-05	R\$ 400.000,00	xx	xxx	02 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-06	R\$ 24.000,00	xx	xxx	8 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-16	R\$ 230.000,00	xx	xxx	210 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-11	R\$123.410,00	xx	xxx	03 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-20	R\$ 9.750,00	xx	xxx	7 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-15	R\$ 676.000,00	xx	xxx	2 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-19	R\$ 126.570,00	xx	xxx	3 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-16	R\$ 230.000,00	xx	xxx	1 veículo a adquirir	xxx
	13704311000/1177-15	R\$ 676.000,00	xx	xxx	15 veículos a adquirir	xxx
	13704311000/1177-05	R\$ 400.000,00	xx	xxx	1 veículo a adquirir	xxx

2018.00014354-97	13704311000/1177-03	R\$ 200.000,00	xx	xxx	52 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1170-02	R\$4000.000,00	xx	xxx	87 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-06	R\$24.000,00	xx	xxx	4 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-05	R\$ 400.000,00	xx	xxx	1 item a adquirir	xxx
	13704311000/1177-19	R\$ 126.570,00	xx	xxx	5 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-16	R\$230.000,00	xx	xx	9 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-20	R\$9.750,00	xx	xx	1 item a adquirir	xxx

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (302) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.ii.2.a.	Realizar previsão e solicitação destes equipamentos junto ao DA	DS
6.ii.2.b.	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas aquisições	DA e SMA
6.ii.2.c.	Informar ao DA e DS o efetivo repasse financeiro por meio das portarias ministeriais	NCG/ DGDO e FMS
6.ii.2.d.	Manter ações do Núcleo de Convênios Governamentais (NCG) - DGDO	NCG/ DGDO
6.ii.2.e	Manter organizada e atualizada, periodicamente, a necessidade de equipamentos por tipo de serviço de saúde	DS

6.ii.2.f.	Elaborar propostas para aquisições de equipamentos	DS, DEVISA, DGDO
6.ii.2.g.	Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições	NCG/ DGDO e FMS
6.ii.2.h.	Informar periodicamente (quadrimestralmente) os equipamentos adquiridos e entregues no Almoxarifado	DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1ºRDQA 2019	05	<p>Autoclaves para Unidades Básicas : há compra de 27 autoclaves em andamento no processo: SEI PMC 2017.00017839-24 (aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde) - Abertura de propostas e disputa marcadas para 07/05/2019 (Edital 150/2018).</p> <p>- Processos em andamento para Aquisição de mobiliário administrativo, mobiliário hospitalar, eletroeletrônicos e outros equipamentos médicos: SEI PMC 2017.00021123-31: homologado e empenhos emitidos (equipamentos eletrônicos valor total das emendas R\$ 993.930,00) SEI PMC 2018.00015180-15:instrução processual (equipamentos e material permanente valor total das emendas R\$ 1.536.659,00). SEI PMC2018.00014354-97: instrução processual (equipamentos e material permanente valor total das emendas R\$ 854.000,00).</p> <p>- Para viabilização de veículos à Rede de Saúde, temos: - Contratos de Manutenção e Fornecimento de peças originais de 33veículos (por AMIL), através dos processos: SEI PMC2018.00023705-51 (empenhos emitidos) SEI PMC 2018.00023650-42 (empenhos emitidos)</p> <p>- Processo SEI PMC2018.00015180-15: Aquisição de veículo sem instrução processual . Foi anexado a esse Processo SEI PMC 2018.00015489-33, totalizando 19 veículos.</p> <p>- Processo SEI PMC 2018.00018922-19 para Contratação de empresa de serviços de manutenção de veículos: o Comitê Gestor solicitou readequação do quantitativo.</p> <p>- Processo SEI PMC 2017.00020613-29 :Locação de Veículos através da Administração - os contratos foram assinados em 16/01/2019 e está em fase de apresentação de apólice de seguros.</p> <p>- Processos de Aquisição de 39 veículos, com recursos de emendas parlamentares : SEI PMC2017.00021115-21 em fase de inserção no SIM para aprovação SEI PMC 2018.00008432-14 em 02/04 para responder a questionamentos das pregoeiras.</p>

Observações:

Prestação de contas de Emendas Parlamentares

AÇÃO PPA : 23 - Adquirir bens móveis para saúde: equipamentos, máquinas, e veículos e equipamentos operacionais para saúde SUB FUNÇÃO : 302 - Especialidades - equipamentos adquiridos META: 153 META ATINGIDA:05						
INDICADOR matriz RDQA : 6.ii.2 - Percentual de equipamentos adquiridos para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência em Campinas META FIXADA: 153 META ATINGIDA: 5 - 3,26%						
PROCESSO SEI	EMENDA	VALOR DA EMENDA	Valor da indicação da dotação orçamentária	Valor total empenhado	Nº ITENS empenhados ou a adquirir	Nº itens adquiridos
2017.00021123-31	13704.311000/1160-09	R\$ 49.730,00	R\$ 11.364,59	R\$ 515,00	5 itens empenhados	5 ventiladores
2018.00015344-79	13704.311000/1170-04	R\$ 299.500,00	xxx	xxx	1 item a adquirir	xx
2017.00017839-24	13704.311000/1150-01	R\$ 395.500,00	R\$ 425.147,13	xxx	26 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1160-07	R\$ 39.870,00	R\$ 35.461,21	xxx	3 itens a adquirir	xxx
2018.00015180-15 (anexados: 2018.00015484-52, 2019.0000223-84, 2019.00002246-71)	13704311000/1177-12	R\$247.499,00 do total da proposta de R\$ 249.999,00	xxx	xxx	13 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1170-04	R\$ 284.700,00 do total da proposta de R\$ 299.500,00 -	xx	xxx	14 itens a adquirir	xxx
	51885242000/1110-03	R\$420.000,00	xx	xxx	3 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1180-05	R\$ 200.000,00	xx	xxx	13 itens a adquirir	xxx
2017.00021072-56 (anexado: 2018.0009271-59)	13704311000/1170-04	R\$299.500,00	R\$10.440,00	R\$10.440,00	7 itens empenhados	xx
	13704311000/1160-09	R\$49.730,00				

SEI 2016.00003124- 21 (anexado: 2018.00015344- 79)	13704311000/11 70-04	R\$ 299.500,00	xx	xxx	1 item a adquirir	xxx
2016.00002641- 92(anexados: :2017.00021060- 12 e 2018.00015475- 38)	13704.311000/11 60-07	R\$ 39.870,00	R\$809,33	xxx	1 itens a adquirir	xx
	13704.311000/11 60-09	49.730,00	R\$ 12.494,16	xxx	10 itens a adquirir	xx
	13704.311000/11 77-12	R\$1.700,00 do total de R\$249.999, 00	R\$1.120,72	xxx	1 item a adquirir	xxx
	13704311000/11 70-04	R\$299.500, 00	R\$7.117,06	xx	4 itens a adquirir	xx

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

Relevância do Indicador

Permite monitorar a incorporação de equipamentos para imunobiológicos, na SMS

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (305) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.ii.3.a.	Realizar previsão e solicitação destes equipamentos junto ao DA	DEVISA e DS
6.ii.3.b.	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas aquisições	DA e SMA
6.ii.3.c.	Informar ao DA e DS o efetivo repasse financeiro por meio das portarias ministeriais	NCG/ DGDO, DEVISA e FMS
6.ii.3.d.	Manter ações do Núcleo de Convênios Governamentais (NCG) - DGDO	NCG/ DGDO

6.ii.3.e.	Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições	NCG/ DGDO e FMS
6.ii.3.f.	Informar periodicamente (quadrimestralmente) os equipamentos adquiridos e entregues no Almoxarifado	DA

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º2019	0	<ul style="list-style-type: none"> - Processo SEI PMC 2017.00017839-24: Aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde (64 câmaras de vacina) - Abertura das propostas e disputa marcadas para 07/05/2019 (Edital 150/2018). <ul style="list-style-type: none"> - Para viabilização de veículos à Rede de Saúde, temos: <ul style="list-style-type: none"> - Contratos de Manutenção e Fornecimento de peças originais de 33 veículos, através dos processos: <ul style="list-style-type: none"> . SEI PMC 2018.00023705-51 (empenhos emitidos) . SEI PMC 2018.00023650-42 (empenhos emitidos) - Processo SEI PMC2018.00015180-15 - Aquisição de equipamentos e veículo sem instrução processual . Foi anexado a esse Processo SEI PMC 2018.00015489-33, totalizando 19 veículos. - Processo SEI PMC 2018.00018922-19 - Contratação de empresa de serviços de manutenção de veículos.O Comitê Gestor solicitou readequação do quantitativo. - Processo SEI 2017.00020613-29 : Locação de veículos através da Administração - os contratos foram assinados em 16/01/2019 e está em fase de apresentação de apólice de seguros. - Processos de Aquisição de 39 Veículos, com recursos de emendas parlamentares : <ul style="list-style-type: none"> . PMC SEI 2017.00021115-21 em fase de inserção no SIM para aprovação . PMC SEI 2018.00008432-14 em 02/04 para responder a questionamentos das pregoeiras.

Observações:

Prestação de contas de Emendas Parlamentares

<p>AÇÃO PPA : 23 - Adquirir bens móveis para saúde: equipamentos, máquinas, e veículos e equipamentos. operacionais para saúde</p> <p>SUB FUNÇÃO : 305 - Vigilância Epidemiológica - equipamentos adquiridos</p> <p>META FIXADA: 52</p> <p>META ATINGIDA: 0</p>						
<p>INDICADOR matriz RDQA: 6.ii.3 - Percentual de equipamentos para imunobiológicos adquiridos em Campinas (Câmaras fria e caixas térmicas para transporte de vacina) META: 520</p> <p>META ATINGIDA: 0</p>						
PROCESSO SEI	EMENDA	VALOR DA EMENDA	Valor da indicação da dotação orçamentária	Valor total empenhado	Nº ITENS empenhados ou a adquirir	Nº itens adquiridos
2017.00017839-24	13704.311000/1150-03	R\$ 600.000,00	R\$ 644.505,73	xx	07 (autoclaves) a adquirir	xx

	13704.311000/1160-03	R\$ 1.398.700,00	R\$ 869.075,00	xx	64 itens a adquirir	xx
	13704.311000/1160-10	R\$ 2.150.000,00	R\$ 2.207.113,36	xx	23 (autoclaves) a adquirir	xx
2017.00021115-21	Convênio AGEMCAMP	R\$ 55.355,30	R\$ 55.355,30	xx	01 veículo a adquirir	xx

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 24 (301) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações			
1º RDQA 2019	4	<i>Status de Obras</i>			
		Unidade	Tipo de obra	1º RDQA - 2019	
		CS Capivari	Ampliação	Prot. 2014/10/18109 - Obra em andamento. Empresa R&K Construções, Reformas e Arquitetura Previsão de conclusão: 10/2019	
		CS Santo Antônio	Ampliação	Prot. 2013/10/51390 -Obra em andamento. Empresa: Construtora Ediza Incorporação e Comércio Ltda. EPP Previsão de conclusão: 06/2019	
		CS Santa Odila	Ampliação	PROT. 2013/10/29694 -Obra paralisada. Empresa: Engetech Construções e Comércio Ltda. Obra paralisada.	
		CS Vila Ipê	Reforma	Prot. 2015/10/38166 - Obra concluída em dezembro de 2018	
		CS Rosália	Reforma	Prot. 2015/10/38465 -Obra concluída em fevereiro de 2019	
		CS Santa Rosa	Reforma	Prot. 2015/10/38164 - Obra em andamento. Empresa: Construtora Alpha Vitória Ltda. EPP Previsão de conclusão: 08/2019	
		CS Lisa	Construção	Prot. 2013/10/29693- Obra em andamento. Empresa: Construtora Ediza Incorporação e Comércio Ltda.-EPP Previsão de conclusão: 12/2019	
		CS Village	Construção	Projeto elaborado, aguardando previsão orçamentária e execução de rede de esgotos no local.	

		CS Campina Grande	Construção	Prot. 2013/10/32538 - Projeto arquitetônico concluído. Na SMI para atualização do orçamento . Previsão para licitação: 2019
		CS São Vicente	Ampliação	Em andamento a execução de adequações ao projeto para permitir sua implantação no local.

Observações:

Prestação de contas de emendas parlamentares

AÇÃO PPA : 24 - Construir, reformar e/ou ampliar unidades de saúde SUB FUNÇÃO: 301 - AB - Obras entregues Meta: 7 Meta cumprida: 04				
INDICADOR matriz RDQA - 6.ii.4 : Percentual de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Básica Meta: 07 unidades Meta atingida: 4 unidades - 57,14 %				
OBRAS	PROCESSO	CONVÊNIO	VALOR EMPENHADO	VALOR PAGO
CS Capivari- Obras em andamento	Prot. 2017/10/09106	FEDERAL/CEF	R\$ 382.113,79 - FED R\$ 222.286,13 - PMC	R\$ 57.983,14
Santa Odila - Obras em andamento	Prot. 2013/10/29694	FEDERAL/CEF	R\$ 167.087,97 - FED R\$ 133.964,97 - PMC	R\$ 42.198,68
CS Rosália - OBRA ENTREGUE	Prot. 2015/10/38465	FEDERAL/FNS	R\$ 61.585,20 - SUS	R\$ 61.585,20
CS Lisa - Obras em andamento	Prot. 2013/10/29693	FEDERAL	R\$ 773.000,00 - FED R\$ 1.377.673,49 - PMC	R\$ 113.747,59
CS Santo Antônio - Obras em andamento	Prot. 2013/10/51390	FEDERAL/CEF	R\$ 257.268,70- FED R\$ 240.000,00 - PMC	R\$ 301.413,77
CS Santa Rosa - obras em andamento	Prot. 2015/10/38164	FEDERAL/FNS	R\$ 279.161,03 - PMC	R\$ 55.867,26

Com relação às obras do Programa "Saúde em Ação" **foram concluídas** neste quadrimestre as seguintes obras: Centro de saúde DIC VI, Centro de Saúde Florence e Centro de Saúde Satélite Íris II.

Cronograma de Obras - Programa " Saúde em Saúde"

UNIDADE	ENDEREÇO	PREVISÃO DE CONCLUSÃO
CS NOVA AMÉRICA	RUA ANTONIO FIDELIS S/N, QUADRA A	SET/19
CS ESMERALDINA	RUA VITOR MEIRELES, 275	NOV/19
CS BOA VISTA	RUA DOS SALGUEIROS, 296	SET/19
CS SÃO QUIRINO	AV. DIOGO ÁLVARES, 1450	NOV/19
CS JARDIM	RUA CAIRI, 315	JUL/19
CS SÃO JOSÉ	AV. JOSÉ CARLOS AMARAL GALVÃO, 184	OUT/19
CS INTEGRAÇÃO	RUA ZOCCA, 161 - VL CASTELO BRANCO	AGO/19
CS Pq. FLORESTA	RUA FLÁVIO MARINHO MENDES Nº 150	NOV/19
CS JARDIM	RUA DR. SILVINO DE GODOY, 40	OUT/19
CS COSTA E SILVA	RUA JOAQUIM MANOEL DE MACEDO,	SET/19
CS SÃO CRISTÓVÃO	RUA MARTINHO LUTERO, 121	NOV-19
CS IPAUSSURAMA	AV. MARCIO EGIDIO DE SOUZA	OUT/19
CAPS CASTELO	RUA ZOCCA, Nº 150	ABR/20
CS BASSOLI	RUA LEONEL FERREIRA GOMES, 1061	JUL/20

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 24 (302) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações		
1ºRDQA 2019	1	Unidade	Tipo de obra	1º RDQA - 2019
		P.S Ouro Verde	Reforma	Prot. 2018/10/01058- Obra em andamento. Empresa: Referma Engenharia e Construção Ltda. Previsão de conclusão: 09/2019
		P.S Metropolitano	Construção	Prot. 2016/10/36657 -Obra em andamento. Empresa: Construtora Alpha Vitória Ltda. - EPP Previsão de conclusão: 2021
		CRAIM	Construção	Projeto concluído e encaminhado à Caixa Econômica Federal para análise e aprovação.
		Jardim dos Sentidos	Construção	Prot. 2013/10/49454 - Obra em andamento. Empresa: América Latina Construção Civil Eireli - EPP Previsão de conclusão: Jul/2019

Observações:

Prestação de contas emendas parlamentares/repasse federal

AÇÃO PPA : 24 - Construir, reformar e/ou ampliar unidades de saúde

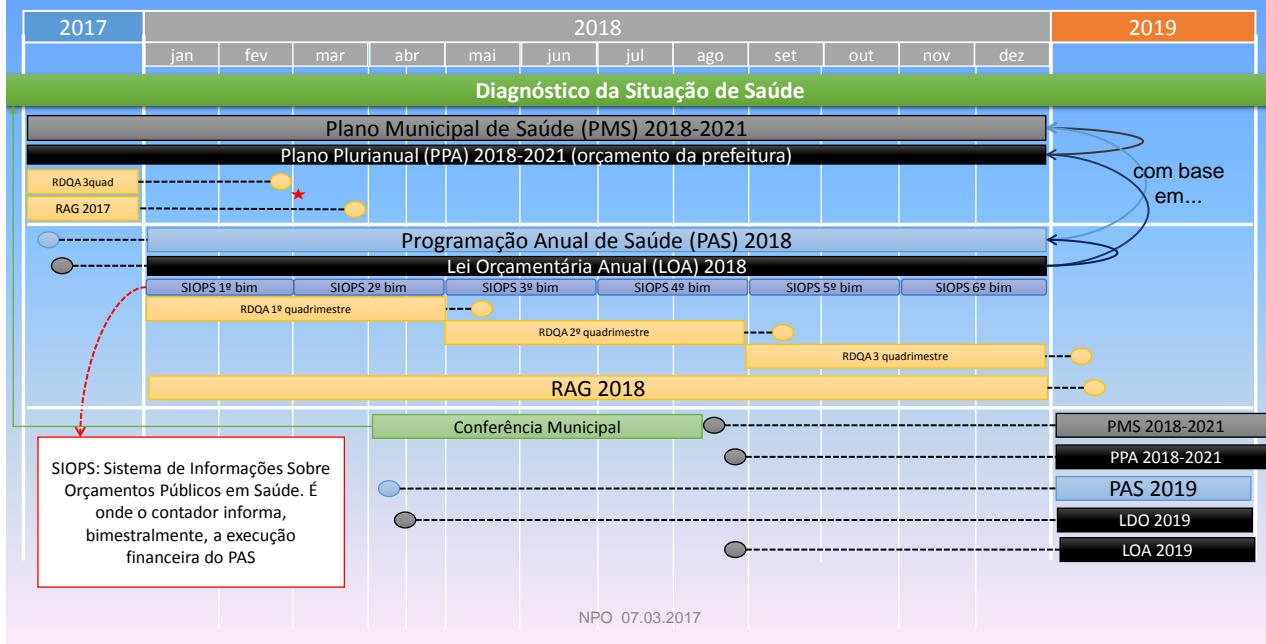
SUB FUNÇÃO: 301 - AB - Obras entregues

Meta: 1 Meta cumprida: 1				
INDICADOR matriz RDQA - 6.ii.4 :Percentual de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Básica Meta: 1 unidade Meta atingida: 1 unidade - 100 %				
OBRAS	PROCESSO	CONVÊNIO	VALOR EMPENHADO	VALOR PAGO
Jardim dos Sentidos - Obras em andamento	Prot.2013/10/4945 4	TAC	R\$ 303.923,81 - PMC	R\$ 149.943,03
P S Metropolitano - Obras em andamento	Prot.16/10/36657	FEDERAL	R\$ 4.049.101,81 - FED R\$ 653.732,98 - PMC	R\$ 2.108.857,7 3
P S Ouro Verde - Obras em andamento	Prot.2018/10/0105 8	FEDERAL	R\$ 1.760.734,20 - FED R\$ 409.460,89 - PMC	R\$ 1.938.101,6 6

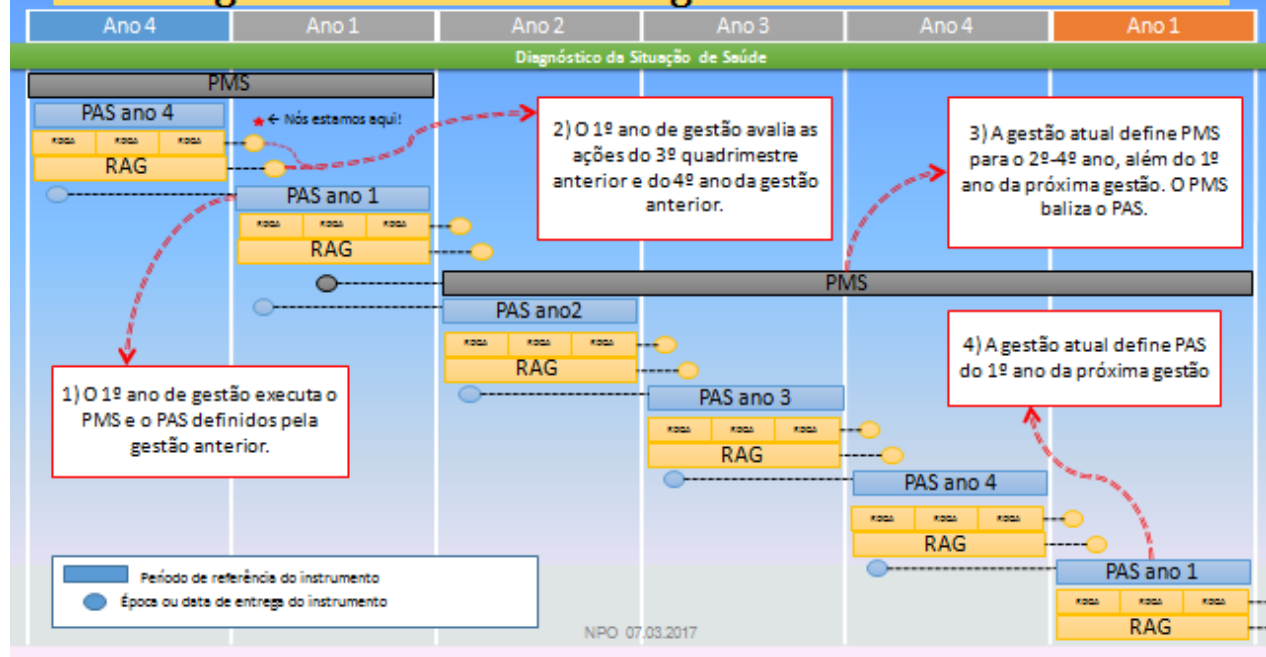
Obras - Programa " Saúde em Ação"

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

Cronologia dos instrumentos de gestão SUS + orçamentários





































































Cronologia dos instrumentos de gestão SUS











ANEXOS:

RELATÓRIOS ATENÇÃO BÁSICA




















-  1RDQA2019_LESTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM CAPIVARI.pdf
-  1RDQA2019_LESTE - CENTRO DE SAUDE JOAQUIM EGIDIO AB_v2.5_2_.pdf
-  1RDQA2019_LESTE - CENTRO DE SAUDE TAQUARAL.pdf
-  1RDQA2019_LESTE - CSBOAESPERANCA (1421915).pdf
-  1RDQA2019_LESTE- cssaoquirino-AB.pdf
-  1RDQA2019_LESTE__Centro_de_Saude_Carlos_Gomes.pdf
-  1RDQA2019_LESTE_cssaoquirino_AB.pdf
-  1RDQA2019_LESTE_31MARCO_AB.pdf
-  1RDQA2019_LESTE_CENTRODESAUDEDESOUSAS_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_LESTE_CSCENTRO_AB.pdf.pdf
-  1RDQA2019_LESTE_CSCOSTAESILVA_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE - CENTRO DE SAUDE CAMPINA GRANDE - 6032141.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE - CENTRO DE SAUDE INTEGRACAO AB.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE - CENTRO DE SAUDE LISA - 6032362 AB.PDF
-  1RDQA2019_NOROESTE - CENTRO DE SAUDE PARQUE FLORESTA AB_v2.5.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE - CENTRO DE SAUDE PARQUE VALENCA AB.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE - CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS I_FINALIZADO.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE_Centro_de_Saude_Jardim_Ipaussurama_1RDQA2019.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE_centrodesaudejardimflorencia_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE_CSPEDROAQUINO_1RDQA2019AB.PDF.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE_CSPERSEULEITEDEBARROS_1RDQA2019AB.PDF
-  1RDQA2019_NOROESTE_csrossin_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE_CSSANTAROSA_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS I.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE CSITAJAI1RDQA2019AB.PDF.pdf
-  1RDQA2019_NOROESTE SATELITE_IRIS_II_1RDQA2019AB_v2.5.pdf
-  1RDQA2019_NORTE_CSVILLAGE_1RQA2019.pdf
-  1RDQA2019_NORTE CENTRO DE SAUDE JARDIM EULINA AB_v2.5_concluido_1_.pdf
-  1RDQA2019_NORTE CENTRO DE SAUDE JARDIM SANTA MONICA AB_v2.5.pdf
-  1RDQA2019_NORTE CS_Pe_Anchieta.pdf
-  1RDQA2019_NORTE CS_STA_BARBARA.pdf
-  1RDQA2019_NORTE csbaraogeraldo_AB.pdf

-  1RDQA2019_NORTE CSCassioRaposo_AB_v2.5.pdf
-  1RDQA2019_NORTE CSJAURELIA_AB.pdf.pdf
-  1RDQA2019_NORTE csrosalia_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_NORTE CSSANMARTIN_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_NORTE CSSAO_MARCOS_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE CAMPOS ELISEOS TANCREDO (1454842) AB.pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE DIC I - 2032643 .pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE DIC III (1453450) AB.pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE SANTA LUCIA AB_SantaLucia.pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE UNIAO DOS BAIRROS - 2040719.pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE VILA UNIAO AB.pdf.pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE _CENTRODESAUDEJARDIMAEROPORTO_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE _CS_SANTO_ANTONIO_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE _CSSANTOSDUMONT_1RDQA2019 SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM ITATINGA AB.pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE _Vista_Alegre_1RDQA2019AB_v2.5.pdf
-  1RDQA2019_SUDOESTE -SAOCRISTOVAO-1RDQA2019AB.pdf.pdf
-  1RDQA2019_SUL _Centro_de_Saude_Sao_Domingos1RDQA_19AB.pdf.pdf
-  1RDQA2019_SUL - CENTRO DE SAUDE CARVALHO DE MOURA - 2023083ab.pdf
-  1RDQA2019_SUL - CENTRO DE SAUDE NOVA AMERICA - 6032397 (1439885).pdf
-  1RDQA2019_SUL - CENTRO DE SAUDE VILA RICA - 2022834 (1445298).pdf
-  1RDQA2019_SUL _CENTRO_DE_SAUDE_DO_CAMPO_BELO_1RDQA2019AB_v2.5.pdf
-  1RDQA2019_SUL _CS_CONCEICAO_AB.pdf
-  1RDQA2019_SUL _CS_SAO_VICENTE_AB.pdf
-  1RDQA2019_SUL _CSESMESRALDINA.pdf
-  1RDQA2019_SUL _csfernanda_AB.pdf
-  1RDQA2019_SUL _CSOZIEL_1RDQA2019AB.pdf.pdf
-  1RDQA2019_SUL _cssaobernardo.pdf
-  1RDQA2019_SUL _cssaojose_1_RDQA2019.AB.pdf
-  1RDQA2019_SUL _CSVILAPE.pdf
-  1RDQA2019_SUL _OrozimboMaia_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_SUL CENTRO_DE_SAUDE_PARANAPANEMA.pdf
-  1RDQA2019_SUL Centro_de_Saude_San_Diego.pdf
-  1RDQA2019_SUL cspqdafigueira_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019_SUL CSSanta_OdilaAB_v2.5_.pdf

RELATÓRIOS SERVIÇOS DE ESPECIALIDADES:

-  1RDQA2019 CEO SUDOESTE.pdf
-  1RDQA2019 CEO_NOROESTE_ESP.pdf
-  1RDQA2019 CRI.pdf
-  1RDQA2019 CRR.pdf
-  1RDQA2019 CTAOUROVERDE.pdf
-  1RDQA2019 POLICLINICA I (1444598).pdf
-  1RDQA2019 Policlínica2_.pdf
-  1RDQA2019 Policlínica3.pdf

RELATÓRIOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL:

-  1RDQA2019SM SUL_CAPS_III_SUL_ANTONIO_DA_COSTA_SANTOS_1RDQA2019SM.pdf.pdf
-  1RDQA2019SM SUL - CAPS INFANTO JUVENIL RODA VIVA .pdf
-  1RDQA2019SM SUL - CAPS III AD INDEPENDENCIA_v1.0.pdf
-  1RDQA2019SM Sudoeste-CapsNovoTempo-1RQDA2019AB.pdf
-  1RDQA2019SM SUDOESTE - CAPS III SUDOESTE NOVO TEMPO CAMPINAS.pdf
-  1RDQA2019SM SUDOESTE - CAPS AD SUDOESTE - 9197257.pdf
-  1RDQA2019SM SO-CAPSIJ ESPAÇO CRIATIVO-1RDQA2019SM.pdf
-  1RDQA2019SM RDOA_caps_ij_carretel_2019_1_QUADRIMESTRE.pdf
-  1RDQA2019SM NOROESTE - CAPS III NOROESTE INTEGRACAO SM_v1.0.pdf
-  1RDQA2019SM Noro_CAPSIJTRAVESSIA_1o_RDQA_2019__Saude_Mental.pdf
-  1RDQA2019SM DSL_CAPSADREVIVER_1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019SM dsl__CapsEsperanca__1RDQA2019B.pdf
-  1RDQA2019SM dsl - CapsEsperança - 1RDQA2019B.pdf
-  1RDQA2019SM leste_consultorio na rua_RDQA 2019.pdf
-  1RDQA2019CECCO DSTLESTE.cecocasadossonhos.1RDQA2019AB.pdf
-  1RDQA2019CECCO DSL_espacodasvilas_1RQDA2019.pdf
-  1RDQA2019CECCO distsul.cecocosadosventos1rdqa2019ab_1_.pdf
-  1RDQA2019CECCO distsul.cecportal dasartes1rqda2019ab.pdf
-  1RDQA2019CECCO _TEAR.pdf