



Prefeitura
Municipal de
Campinas



SUS

Sistema
Único
de Saúde

Secretaria
Municipal de Saúde
de Campinas

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



Plano Municipal de Saúde Campinas/SP 2018-2021

Sumário

| | |
|--|-----------|
| Secretaria Municipal de Saúde de Campinas | 1 |
| Sumário | 2 |
| Introdução | 8 |
| Metodologia de Elaboração do Plano Municipal de Saúde | 9 |
| <i>Momento Um:</i> | 10 |
| <i>Momento Dois:</i> | 10 |
| EIXO I – ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE | 11 |
| 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..... | 11 |
| <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>11</i> |
| Indicador 1.i.1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica..... | 11 |
| Indicador 1.i.2. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do ProgramaBolsa Família | 13 |
| Indicador 1.i.3. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica..... | 14 |
| Indicador 1.i.4. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos..... | 17 |
| Indicador 1.i.5. Percentual de Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três tipos de práticas do programa da saúde integrativa | 19 |
| Indicador 1.i.6- Proporção de medicamentos padronizados disponibilizados para Atenção Básica, de forma humanizada e qualificada: | 20 |
| Indicador 1.i.7 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)..... | 21 |
| <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>24</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:..... | 24 |
| Indicador 1.ii.2. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos:..... | 26 |

| | |
|--|-----------|
| Indicador 1.ii.3. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos:..... | 27 |
| População fem.40 a 49 anos (total)..... | 28 |
| Indicador 1.ii.4. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para residentes e população de mesma residência..... | 28 |
| Indicador 1.ii.5. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade para residentes e população de mesma residência..... | 31 |
| <i>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.....</i> | <i>33</i> |
| Indicador 1.iii.1. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de média complexidade de residentes e população de mesma residência..... | 33 |
| Indicador 1.iii.2. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência..... | 34 |

EIXO II – INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE E LINHAS DE CUIDADO.....36

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.....36

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.36

| | |
|---|----|
| Indicador 2.i.1. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente..... | 36 |
| Indicador 2.i.2. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio..... | 37 |
| Indicador 2.i.3. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. | 38 |
| Indicador 2.i.4. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos..... | 39 |
| Indicador 2.i.5. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar..... | 40 |
| Indicador 2.i.6. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida..... | 41 |
| Indicador 2.i.7. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS..... | 42 |
| Indicador 2.i.8. Ações de Matriciamento realizadas por Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS) com equipes de APS..... | 43 |

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.....46

Indicador 2.ii.1. Taxa de Mortalidade infantil46

Indicador 2.ii.2. Razão da Mortalidade Materna.....47

Indicador 2.ii.3. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados49

Indicador 2.ii.4. Proporção de óbitos maternos investigados.50

Indicador 2.ii.5. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.....51

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...52

EIXO III – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO54

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.54

Objetivo 3.i. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando osdeterminantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.54

Indicador 3.i.1.Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano.....54

Indicador 3.i.2. Número de testes de sífilis por gestante56

Indicador 3.i.3. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação58

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.....59

Indicador 3.i.5. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial61

Indicador 3.i.6. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.....62

Indicador 3.i.7. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida....63

Indicador 3.i.8. Coeficiente de incidência de Câncer por sexo, no município de Campinas.64

| | |
|---|-----------|
| Indicador 3.i.9. Número de publicações da análise da situação de saúde de Campinas | 66 |
| Indicador 3.i.10. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos..... | 67 |
| Indicador 3.i.11. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3 | 68 |
| Indicador 3.i.12. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados | 69 |
| Indicador 3.i.13. Número de testes sorológicos para HIV realizados..... | 70 |
| Indicador 3.i.14. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes | 72 |
| Indicador 3.i.15. Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados | 73 |
| Indicador 3.i.16. Coeficiente de letalidade por dengue..... | 74 |
| Indicador 3.i.17. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue | 75 |
| 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 | 76 |
| Indicador 3.i.19. Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador notificados no SINAN, no Município de Campinas | 77 |
| Indicador 3.i.20. Proporção de acidentes de trabalho (AT) fatais notificados e investigados na área de abrangência do CERESTde Campinas, exceto os ocorridos no trânsito. | 78 |
| Indicador 3.i.21. Proporção dos acidentes de trabalho graves notificados e investigados em Campinas, exceto os ocorridos no trânsito..... | 79 |
| 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 | 80 |
| Indicador 3.i.23. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho | 81 |
| Indicador 3.i.24. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados na área de abrangência do CEREST | 83 |
| 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 .. | 84 |
| 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 | 84 |
| Indicador 3.ii.2. Proporção dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) com controle sanitário realizado no ano..... | 85 |
| Indicador 3.ii.3. Proporção dos serviços hemoterápicos inspecionados no ano, no município de Campinas..... | 86 |

| | |
|--|----|
| Indicador 3.ii.4. Proporção de Hospitais inspecionados ao ano, no município de Campinas | 87 |
| Indicador 3.ii.5. Proporção de indústrias de medicamentos e insumos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano..... | 88 |
| Indicador 3.ii.6. Proporção de indústrias de produtos para saúde classe III e IV inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano..... | 89 |
| Indicador 3.ii.7. Proporção de indústrias de saneantes e cosméticos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano..... | 90 |
| Indicador 3.ii.8. Número de reuniões técnicas realizadas com gerentes de lojas e gerentes regionais de hipermercados e supermercados ao ano..... | 91 |
| Indicador 3.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. | 92 |

EIXO IV – GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - SUS FORMADOR93

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.93

Objetivo 4.i. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.....93

Indicador 4.i.1. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas no Município.....93

Indicador 4.i.2. Proporção de serviços de saúde do SUS no Município SUS como campo de prática para atividades ensino serviço.94

Objetivo 4.ii. Recomposição do quadro da Secretaria Municipal de Saúde, considerando parâmetros e procedimentos para avaliação das necessidades de cada local.95

Indicador 4.ii.1. Proporção de serviços de saúde do SUS no Município com estudo de dimensionamento da força de trabalho realizado e atualizado.....95

EIXO V – GESTÃO COMPARTILHADA E CONTROLE SOCIAL.....98

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.98

Objetivo 5.i. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.....98

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.98

Objetivo 5.ii. Alimentação de forma qualificada os dados (mensal e sistemática) dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas:.....99

Indicador 5.ii.1. Proporção de serviços de serviços de saúde sob gestão Municipal do SUS informatizados.....99

EIXO VI – APOIO LOGÍSTICO E FINANCEIRO102

Diretriz 6. Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto equalificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.102

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.....102

Indicador 6.i.1. Percentual de gastos em saúde no Município de Campinas ..102

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.....103

Indicador 6.ii.1. Número de equipamentos adquiridos para Atenção Básica em Campinas103

Indicador 6.ii.2. Número de equipamentos adquiridos para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência em Campinas104

Indicador 6.ii.3. Número de equipamentos para imunobiológicos adquiridos em Campinas (Câmaras fria e caixas térmicas para transporte de vacina)105

Indicador 6.ii.4. Número de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Básica106

Indicador 6.ii.5. Número de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência.....107

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 ordenadora 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 do cuidado 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.

Metodologia de Elaboração do Plano Municipal de Saúde

O Núcleo de Planejamento e Orçamento da SMS, composto por representantes dos Departamentos, Distritos e Unidades de Saúde pautou sistematicamente as discussões do Plano Municipal de Saúde no segundo semestre de 2017, intercalando discussões com o Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

O início dos trabalhos teve por finalidade a discussão da atualização do Mapa da Saúde 2017 e a articulação dos diversos documentos de planejamento do Sistema Único de Saúde para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, objetivando a consonância entre as diversas camadas do planejamento Municipal, sejam elas próprias do Município ou referentes ao planejamento do Município de Campinas articulado com outras instâncias do SUS.

São documentos de referência intrínsecos ao Município: o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, o relatório preliminar da IX Conferência Municipal de Saúde, o Relatório Anual de Gestão 2016, a Programação Anual de Saúde 2017, os Relatórios Quadrimestrais de Gestão de 2016, os Indicadores de Metas do Governo e o Plano Plurianual (PPA) 2018-2021.

São documentos de referência nacional para o Planejamento do SUS o Decreto 7.508/2011 e a Portaria 399/2006.

São documentos de articulação do Município de Campinas com outras instâncias do SUS: o Plano Estadual de Saúde de São Paulo 2016– 2019, o Plano Nacional de Saúde 2016– 2019, a pactuação interfederativa do SISPACTO 2018, Resolução nº08

da CIT, as pactuações das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o Mapa de Saúde da Região de Saúde de Campinas e os documentos do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS).

Após discussões definimos pela continuidade da utilização da organização do Plano Nacional de Saúde 2016– 2019, como estruturante da nova proposta do Plano Municipal de Saúde do Município de Campinas, para o período de 2018-2021, visando consonância com as diretrizes, metas e indicadores que deverão ser analisados periodicamente.

A definição dos indicadores municipais partiu do alinhamento com as esferas de administração do SUS através da adoção dos indicadores pactuados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) estabelecidos na resolução CIT n. 8/2016, são 22 indicadores, dos quais 13 são comuns com o Plano Nacional de Saúde 2016-2019. A reestruturação dos indicadores do Plano Nacional de Saúde, saindo de 75 indicadores para 29 indicadores foi avaliada como positiva, destes 18 foram incorporados ao Plano Municipal de Saúde, juntamente com 7 indicadores do IDSUS e 3 indicadores do PMAQ escolhidos em função da disponibilidade do dado no SISAB, perfazendo um total de 34 indicadores nacionais, passíveis de comparação no nível regional, estadual e nacional. Ainda assim foi avaliado a insuficiência em algumas áreas de modo que foram introduzidos indicadores municipais como estruturantes para o monitoramento do Plano Municipal de Saúde.

Momento Um:

O momento Um do Plano Municipal de Saúde, contendo elementos da Situação de Saúde de Campinas, está contido no “Mapa de Saúde da Região de Campinas”, anexo ao Plano, que subsidiou a elaboração de diagnóstico das necessidades de saúde e a priorização de diretrizes, objetivos, indicadores, ações e metas.

Momento Dois:

O momento Dois consiste na elaboração de diretrizes, metas e indicadores para o período 2018 a 2021. Seguindo esta metodologia elaboramos o Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 com as seguintes Diretrizes.

Momento Três:

O momento três consistiu da pactuação regional da Região Metropolitana de Campinas– SISPACTO para o ano de 2018, com metas regionais em atenção a Resolução nº 08 de 2016 Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

Momento Quatro:

Este quarto momento consistirá das reuniões com os Conselhos Distritais de Saúde e com o Conselho Municipal de Saúde visando a inclusão, se necessária, de indicadores e/ou ações que tenham a finalidade de trabalhar de forma acendente e participativa com o controle social.

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 e 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 |
| População | 1.080.999 | 1.090.000 | 1.100.970 | 1.112.050 | 1.123.241 | 1.134.546 | 1.142.620 |
| Nº ESF | 102 | 97 | 98 | 106 | 166 | 171 | 163 |
| Cob. CAMPINA | 32,55% | 30,70% | 30,71% | 32,89% | 50,99% | 52,00% | 49,22% |

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

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

Método de Cálculo

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

em determinado local e período

_____ x 100

Denominador: Estimativa populacional do ano anterior

Meta:

Aumentar 5% ao ano a partir de 2018 até 2021

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

*Fonte: Fundação SEADE

Ações:

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

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

Relevância do 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 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|-------|
| Prob. Bolsa Família | 89,66 | 49,99 | 29,91 | 41,71 | 53,18 | 34,62 | 40,17 | 44,74 | 39,53 | 35,5 | 40,4 | 50,17 |

Fonte: DRS 7 e DS - SMS

Método de Cálculo

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

x 100

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

Meta:

Aumentar em 5,5% em 4 anos até 2021

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

Ações:

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

| | | |
|----------|--|---------------|
| | dentro da proposta das equipes da saúde da família; | |
| 1.i.2.d. | Garantir e envolver a Intersetorialidade nas discussões dos territórios. | DS, Distritos |

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

| COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ano | 2010' | 2011' | 2012' | 2013' | 2014' | 2015' | 2016' |
| | 1.080.999 | 1.090.000 | 1.100.970 | 1.112.050 | 1.123.241 | 1.134.546 | 1.142.620 |
| Nº equipes | 153 | 140 | 142 | 139 | 146 | 159 | 150 |
| Proporção | 42,51 | 38,4 | 38,69 | 37,43 | 39,12 | 42,13 | 39,38 |
| Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS, com pop. SEADE | | | | | | | |

Método de Cálculo

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

em determinado local e período.

x 100

Denominador: população no mesmo local e período.

Meta:

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

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

*Fonte: Fundação SEADE

Ações:

| Código | Ações | Responsáveis |
|----------|---|------------------------|
| 1.i.3.a. | Negociar a contratação de dentista e Auxiliar de Saúde Bucal - ASB por meio de concurso público; | Gabinete SMS, SRH, DS. |
| 1.i.3.b. | Adequar carga horária dos profissionais existentes para garantir a constituição de equipes em diferentes unidades | DS, Distritos |

| | | |
|----------|---|-----------------------------------|
| 1.i.3.c. | Manter Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado; | DS, Distritos,CS e DGDO |
| 1.i.3.d. | Vincular aumento das equipes de bucal ao aumento das equipes de PSF; | Gab. SMS, DS, Distritos, DGTES, |
| 1.i.3.e. | Garantir acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade. | DS, Distritos, CS |
| 1.i.3.f. | Desenvolver junto ao DGTES da SMS uma revisão da política de RH visando agilidade no processo de reposição e contratação de profissionais para a área a partir de uma efetiva avaliação dos quadros atuais. | Gabinete SMS, SRH, DS, Distritos. |
| 1.i.3.g. | Desenvolver junto ao DGTES da SMS ações sobre as necessidades de contratação imediata através de concurso público de Auxiliares de Saúde Bucal, em unidades com esta necessidade e de Técnicos de Saúde Bucal (TSB) garantindo a contratação de pelo menos 1 (uma) TSB em cada unidade. | Gabinete SMS, SRH, DS, Distritos. |
| 1.i.3.h. | Desenvolver junto ao DGTES da SMS ações sobre as necessidades da realização do concurso para Cirurgiões Dentistas, e propor a realização de concursos para Cirurgiões Dentistas especialistas para as diferentes especialidades. | Gabinete SMS, SRH, DS, Distritos |
| 1.i.3.j. | Adotar política de educação permanente, estabelecendo parcerias com instituições de ensino odontológico (ACDC, PUCC, UNICAMP , F.O São Leopoldo Mandic e outras) para a realização de capacitações técnicas em saúde bucal para profissionais da rede. | DS, Distritos, DGTES, CETS |
| 1.i.3.k. | Estabelecer junto CETS ações efetivas para a realização de capacitações técnicas e educação permanente voltadas para profissionais da rede. | DS, Distritos, CS, DGTES, CETS |
| 1.i.3.l. | Criar espaços de troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes (reuniões periódicas) nos diversos Distritos visando o compartilhamento dos processos de trabalho, articulado com o processo de educação permanente. | DS, Distritos,CS DGTES, CETS |
| 1.i.3.m. | Realizar campanhas de prevenção e detecção precoce de câncer bucal anualmente | DS, Distritos,CS DGTES, CETS |
| 1.i.3.n. | Intensificar a divulgação e a vinculação da campanha de prevenção junto a da vacinação do idoso nos diferentes veículos de comunicação. | DS, Distritos,CS DGTES, Gab. SMS |
| 1.i.3.o. | Estimular a maior participação de outros profissionais das equipes na capacitação prévia à campanha. | DS, Distritos,CS DGTES, |
| 1.i.3.p. | Realizar capacitação para toda a equipe de referência das UBSs abordando os aspectos de prevenção em câncer bucal . | DS, Distritos,CS DGTES, CETS |
| 1.i.3.q. | Incluir a participação dos profissionais da saúde bucal nos vários grupos inseridos nas UBS principalmente alcoolismo e tabagismo. | DS, Distritos,CS DGTES, |
| 1.i.3.r. | Manter a realização dos procedimentos coletivos nos espaços sociais das áreas de abrangências das Equipes de Referências , criar estratégias resolutivas para a viabilização das ações preventivas nas unidades e envolver toda equipe multiprofissional no processo . | DS, Distritos,CS DGTES, |
| 1.i.3.s. | Garantir a realização das ações de procedimentos coletivos no mínimo 2 (duas) vezes ao ano independente da meta a | DS, Distritos,CS |

| | | |
|---------|--|--|
| | ser atingida pelo RDQA e compra de insumos (escova, creme dental, fio dental e flúor tópico) suficientes para tais realizações. | 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 | <p>Estabelecer parcerias mais estreitas e em caráter oficial com a Secretaria de Educação, visando à incorporação de práticas ligadas à saúde bucal.</p> <p>Recomendações :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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 <p>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.</p> | 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, |

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.

Relevância do Indicador

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

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

Série Histórica

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

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

Método de Cálculo:

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

x 100

Denominador: Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e

curativos selecionados no mesmo local e período.

Meta:

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

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Perc. exotondia estimado | 8,4% | 8,3% | 8,2% | 8,1% |

Ações:

| Código | Ações | Responsáveis |
|----------|--|-----------------------------|
| 1.i.4.a. | Ampliar ações de promoção e prevenção à saúde Bucal; | DS, Distritos |
| 1.i.4.b. | Priorizar acesso à população de maior risco e vulnerabilidade | DS, Distritos |
| 1.i.4.c. | Ampliar acesso à especialidade endodontia e implantar CEO's nos Distritos Sul, Leste e Norte; Recomendações : * Transformar o CEO Ouro Verde de tipo I para Tipo II (ampliar ofertas de endodontia e prótese) * Que a incorporação de RH para os CEOs a serem implantados não implique na perda de RH pelas unidades básicas. * Construção de sede própria para o CEO Noroeste e até a sua finalização, garantir o aluguel de um prédio adequado para o funcionamento provisório deste serviço. | DS, Distritos, Gabinete SMS |
| 1.i.4.d. | Promover acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade; | DS, Distritos |
| 1.i.4.e. | Fomentar acolhimento humanizado (a 100%) da demanda espontânea em tempo integral de funcionamento da unidade | DS, Distritos |
| 1.i.4.f. | Manutenção do Projeto de Prótese Dentária com elaboração de estratégias de ampliação dos serviços atualmente ofertados, tendo como oferta mínima de 36 hs da especialidade por Distrito. | DA, DS, Distritos |
| 1.i.4.g. | Manutenção da clínica de Referência em Diagnóstico Bucal em parceria com a ACDC e elaborar estratégias para ampliação de ofertas de consultas. | DS, Distritos, Gabinete SMS |
| 1.i.4.h. | Realizar discussões que apontem na possibilidade da aquisição de serviços para as especialidades de maior demanda reprimida (Ex : radiografias panorâmicas e tratamentos endodônticos). | DS, Distritos |
| 1.i.4.i. | Buscar parcerias com universidades como PUCC ,UNIP e São Leopoldo Mandic para o aumento de ofertas de especialidades na área odontológica. | DS, Distritos, Gabinete SMS |
| 1.i.4.j. | Discutir a proposta de Implantação de referência em odontopediatria para os Distritos. | DS, Distritos, Gabinete SMS |
| 1.i.4.k. | Discutir a proposta da implantação de referência em atendimento a pacientes com necessidades especiais para os Distritos que não possuam CEOs implantados. | DS, Distritos, Gabinete SMS |
| 1.i.4.l. | Criar estratégias de discussão para a viabilidade de implantação da referência em ortodontia preventiva, interceptadora e ortopedia funcional em toda sua | DS, Distritos |

| | | |
|----------|---|-----------------------------|
| | integralidade. | |
| 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 |

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Passará a ser avaliada a partir de 2018

Método de Cálculo

Número de unidades básicas de saúde com três programas

x100

Número de unidades básicas de saúde no município

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

Meta:

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

Ações:

| Código | Ações | Responsáveis |
|----------|--|---------------------|
| 1.i.5.a. | Manter ações de educação permanente em saúde integrativa: Lian Gong, fitoterapia, auriculoterapia, microssistemas de acupuntura, Caminhada, Chikung, Tai Chi Chuan, Do-In e Meditação. | DS, Distritos, CETS |
| 1.i.5.b. | Manter qualificação para os instrutores nas práticas de saúde integrativa: Lian Gong, fitoterapia, auriculoterapia, microssistemas de acupuntura, Caminhada, Chikung, Tai | DS, Distritos |

| | | |
|----------|---|------------------------------------|
| | Chi Chuan, Do-In e Meditação. | |
| 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 |

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Número de medicamentos disponíveis no município no período

_____ x 100

Número de medicamentos padronizados para Atenção Primária

Meta:

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

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

utilizado para avaliação da atenção especializada ambulatorial, da regulação das internações e da gestão hospitalar.

Série Histórica

| PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ano | 2008' | 2009' | 2010' | 2011' | 2012' | 2013' | 2014' | 2015' | 2016' |
| ICSAP | 18,83 | 20,1 | 20,71 | 18,45 | 19,14 | 20,53 | 23,62 | 24,7 | 23,4 |
| Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC. Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC | | | | | | | | | |

Método de Cálculo

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

x 100

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

Meta:

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

Ações:

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

| | | |
|----------|---|-----------------|
| | Cuidado, visando à integralidade da assistência. | 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.

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

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

Relevância do indicador:

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

Série histórica nacional:

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

Série histórica região sudeste:

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

Série histórica Campinas

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

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

Método de Cálculo

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

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

Meta:

Meta de Campinas:0,42

Meta Pactuada Regional: 0,45

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

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

Ações:

| Código | Ações | Responsáveis |
|-----------|---|---|
| 1.ii.1.a. | Consolidar a execução de capacitação para médicos da saúde da família e equipe de enfermagem para aumentar a coleta qualificada das citologias oncóticas | DS, Distritos, CETS |
| 1.ii.1.b. | Buscar alteração da Resolução do COFEN em relação a proibição de coleta pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, a fim de garantir a oferta de exames de rastreamento para o câncer de colo de útero. | Gabinete do Secretário, Assessoria Jurídica do Gabinete e DS e DRS7 |
| 1.ii.1.c. | Formalizar programa de rastreamento organizado em parceria com o CAISM e Fundação Pio XII – Hospital de Barretos Hospital do 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, CS |
| 1.ii.1.g. | Incentivar a realização de grupo em sala de espera | Distritos, CS |
| 1.ii.1.h. | Apoiar e monitorar a implementação do SISCAN | DGDO/CII, DS e Distritos, |

Observações:

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

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

Relevância do indicador:

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

Série histórica nacional:

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS -
Série Histórica Nacional

| Ano | 2010' | 2011' | 2012' | 2013' | 2014' | 2015' |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Proporção | 0,20 | 0,23 | 0,27 | 0,30 | 0,32 | 0,31 |

Série histórica região sudeste:

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

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

Série histórica em Campinas:

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS

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

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

Método de Cálculo

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

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

Meta:

Meta de Campinas:0,32

Meta Pactuada Regional: 0,34

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

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

Ações:

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

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

Relevância do indicador:

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

Série histórica nacional:

Não é monitorada nesta faixa etária

Série histórica em Campinas:

Passará a ser monitorado a partir de 2018

Método de Cálculo

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

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

Meta:

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

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

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

| Ano | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Prop. Amb. Média Compl. | 1,52 | 1,96 | 2,23 | 2,1 | 1,71 | 2,21 | 2,24 | 2,21 | 3,35 |

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

Indicador 07: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente: físico produzido por Forma de Organização

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

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

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Método de Cálculo

Numerador: Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade.

x 100

Denominador: População residente mesmo local e período.

Meta

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

Ações

| Código | Ações | Responsáveis |
|-----------|--|---------------------|
| 1.ii.4.a. | Implementar ações de apoio matricial, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os | DS, Distritos, DGDO |

| | | |
|-----------|--|--|
| | encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis; | |
| 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 Contratação nº 3410/2014 (Ministério da Saúde); | DS, Distritos, DGDO |
| 1.ii.4.c. | Incorporar novas tecnologias fundamentadas em evidências científicas, visando o acesso da população a recursos efetivos e seguros e com impacto positivo na qualificação da assistência ofertada à população (equipamentos, laboratório, digitalização de laudos, etc); | DS, Distritos, DGDO |
| 1.ii.4.d. | Implementar o processo de informatização das Unidades de Saúde (a imagem objetiva é a implantação do prontuário eletrônico e laudos online); | DS, Distritos, DGDO |
| 1.ii.4.e. | Implementar os protocolos de acesso existentes e implantar novos, junto à Atenção Primária, a fim de reduzir o tempo de espera para acesso ao recurso especializado, de acordo com os princípios da integralidade e da equidade; | DS, Distritos, DGDO |
| 1.ii.4.f. | Efetivar a regulação, pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso/SMS Campinas, de ações e serviços de saúde elencados como prioritários, para garantir equidade e qualificar o acesso (por ex. cirurgias eletivas); | DS, Distritos, DGDO |
| 1.ii.4.g. | Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório; | DS, Distritos, DGDO |
| 1.ii.4.h. | Adequar a estrutura física e ambiência das Unidades de Referência para a atenção humanizada aos usuários; | DS, Distritos, DGDO, DA |
| 1.ii.4.i. | Implantar cartão SUS metropolitano para rastreamento das ações de saúde; | DS, Distritos, DGDO, Gabinete da Saúde |
| 1.ii.4.j. | Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório. | DS, Distritos, DGDO |
| 1.ii.4.k. | Rediscutir o protocolo vigente da especialidade em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do CHOV em especial a área de cirurgias ortognáticas. | DS, Distritos, DGDO |
| 1.ii.4.l. | Rediscutir o protocolo vigente das especialidades odontológicas com Ambulatório do HC da UNICAMP. | DS, Distritos, DGDO, Gabinete da Saúde |
| 1.ii.4.m. | Reforçar o sistema de Referência e Contra Referência das especialidades em odontologia implantadas, CEOs, Centro de Referência DST-AIDS, HMMG e Clínica de Diagnóstico Bucal da ACDC, garantindo a integralidade do cuidado. | DS, Distritos, DGDO |
| 1.ii.4.n. | Qualificar o fluxo institucional para tratamento de pacientes com necessidades especiais em centro cirúrgico no HMMG e CHOV. Recomendações : * Ofertar procedimentos nas áreas de dentística e endodontia além de cirurgia. * Que sejam contemplados atendimentos de pacientes crônicos vinculados ao SAD e garantidos o transporte para estes pacientes. | DS, Distritos, DGDO |
| 1.i.i1.o | Garantir a inclusão do profissional nutricionista nos SAD e nos | Gabinete da SMS, |

| | | |
|--|--|------------|
| | Ambulatórios de Atenção Especializada. | DGETS e DS |
|--|--|------------|

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

Série Histórica

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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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

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

Método de Cálculo

Numerador: Total de procedimentos ambulatoriais de Alta complexidade.

x 100

Denominador: População residente mesmo local e período.

Méta:

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

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

Ações:

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

| | | |
|-----------|---|--------------------------------------|
| | cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório; | DGDO |
| 1.ii.5.i. | Efetivar a regulação das ações e serviços de oncologia, visando oferecer assistência efetiva e em tempo oportuno à população; | DS, Distritos, DGDO |
| 1.ii.5.j. | Implantar cartão SUS metropolitano para rastreamento das ações de saúde. | DS, Distritos, DGDO, Gabinete da SMS |

Observações

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

| RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO- CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ano | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Internações Média Compl. | 2,7 | 2,78 | 2,78 | 2,8 | 2,64 | 2,93 | 2,86 | 3,04 | 2,93 |
| Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC. | | | | | | | | | |
| Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC | | | | | | | | | |

Método de Cálculo

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

x 100

. Denominador: População residente mesmo local e período.

Meta:

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

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

Ações:

| Código | Ações | Responsáveis |
|------------|--|---------------------|
| 1.iii.1.a. | Elaborar, 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 |
| 1.iii.1.b. | Monitorar os casos de indicação cirúrgica, acompanhar as filas. | DS, Distritos |
| 1.iii.1.c. | Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde. | DS, Distritos, DGDO |
| 1.iii.1.d. | Formular protocolos de acesso aos serviços conveniados pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso, visando otimizar a capacidade instalada. | DS, Distritos, DGDO |

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

Relevância do Indicador

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

| Produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|
| Sub-grupo de procedimentos | 1º Quad 2014 | 2º Quad 2014 | 3º Quad 2014 | 1º Quad 2015 | 2º Quad 2015 | 3º Quad 2015 | 1º Quad 2016 | 2º Quad 2016 | 3º Quad 2016 | Tendência 2014 a 2016 | |
| Proced p/ diagnose | 18 | 11 | 19 | 14 | 20 | 12 | 19 | 13 | 16 | | |
| Int. clínicas | 563 | 531 | 505 | 356 | 173 | 148 | 186 | 189 | 152 | | |
| Int. Cirúrgicas | 908 | 819 | 961 | 931 | 857 | 894 | 944 | 1.176 | 1.037 | | |
| Transplantes | 25 | 21 | 25 | 22 | 34 | 20 | 31 | 33 | 33 | | |
| Interc. pós-transpl | 108 | 97 | 87 | 95 | 75 | 68 | 86 | 67 | 69 | | |
| Total | 1.617 | 1.479 | 1.597 | 1.418 | 1.159 | 1.142 | 1.266 | 1.478 | 1.307 | | |

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

| | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|
| População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCUE: | 1.124.291 | 1.135.623 | 1.173.370 |
|---|-----------|-----------|-----------|

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

| Indicador 10' Produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade por prestador | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|
| Hospital SP (ONES) | 1º Quad 2014 | 2º Quad 2014 | 3º Quad 2014 | 1º Quad 2015 | 2º Quad 2015 | 3º Quad 2015 | 1º Quad 2016 | 2º Quad 2016 | 3º Quad 2016 | Tendência 2014 a 2016 | |
| 2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS | 2.363 | 2.252 | 2.436 | 1.685 | 1.444 | 1.318 | 1.333 | 1.498 | 1.276 | | |
| 2081482 BOLDIRINI CAMPINAS | 271 | 231 | 179 | 213 | 251 | 306 | 308 | 333 | 295 | | |
| 2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS | 279 | 215 | 284 | 292 | 268 | 303 | 347 | 333 | 336 | | |
| 2082128 HOSPITAL MATERINIDADE CELSO PIERRO | 472 | 450 | 497 | 514 | 474 | 460 | 458 | 595 | 573 | | |
| 2084252 SOBRAPAR CAMPINAS | 50 | 52 | 49 | 48 | 58 | 49 | 38 | 47 | 64 | | |
| 6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ONES | 15 | 13 | 20 | 11 | 9 | 7 | 13 | 9 | 33 | | |
| Total | 3.450 | 3.213 | 3.465 | 2.758 | 2.504 | 2.443 | 2.507 | 2.815 | 2.557 | | |

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Método de Cálculo

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

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 1000$$

Denominador: População residente mesmo local e período.

Meta

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

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

Ações

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

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

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos hospitalares por acidente.

x 100

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

Meta

Manter acima de 64,00%

Ações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC.

Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos das internações por IAM.

_____ x 100

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

Meta

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

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

Ações

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

| | | |
|--|---|------|
| | credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo. | DGDO |
|--|---|------|

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

Relevância do indicador:

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

Série Histórica

| PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ano | 2008' | 2009' | 2010' | 2011' | 2012' | 2013' | 2014' | 2015' | 2016' |
| Proporção | 83,34 | 82,41 | 82,84 | 82,52 | 78,99 | 79,19 | 78,68 | 80 | 80 |
| Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. | | | | | | | | | |
| DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. | | | | | | | | | |
| Dados atualizados em 13/01/2017, sujeitos à revisão. | | | | | | | | | |

Método de Cálculo

Numerador: Número de nascidos vivos de mães residentes

(em determinado local e ano) com sete ou mais consultas de pré -natal .

_____ x 100

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

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

Meta

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

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

Ações:

| Código | Ações | Responsáveis |
|----------|--|-----------------------------|
| 2.i.3.a. | Fortalecer as ações de qualificação na Linha do Cuidado binômio mãe-filho; | DS, Distritos |
| 2.i.3.b. | Capacitar as equipes das UBS para diagnóstico, tratamento e controle da sífilis na gestação; | DEVISA, DS, Distritos, CETS |

| | | |
|----------|--|---|
| 2.i.3.c. | Reorganizar as equipes de saúde, incluindo ginecologista a partir de novas contratações após resultados do último concurso.; | DS, Distritos, SRH |
| 2.i.3.d. | Contratar e treinar para diagnóstico e controle da sífilis na gestação número suficiente de agentes comunitários de saúde; | Gab. Secretário, DS, Distritos, DGES, SRH |
| 2.i.3.e. | Realizar busca ativa de gestantes faltosas no pré-natal | DS, Distritos |

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

Relevância do Indicador

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

Série histórica nacional:

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

Série Histórica do Município de Campinas

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

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

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

Método de Cálculo

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

x 100

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

Meta

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

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

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

Parâmetro nacional de referência:

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

Série Histórica do Município de Campinas

| PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL DE MÃES RESIDENTES EM CAMPINAS | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Ano | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| vaginal | 5.423 | 4.997 | 5.069 | 5.440 | 5.634 | 5.441 | 4.917 | 5.155 | 4.945 | 5.210 | 5.655 | 5.454 |
| cesaria | 8.224 | 8.373 | 8.602 | 8.788 | 8.902 | 9.271 | 9.547 | 9.657 | 10.073 | 10.421 | 10.136 | 9.699 |
| ignorado | 9 | 16 | 30 | 8 | 12 | 8 | 12 | 0 | 2 | 13 | 7 | 0 |
| total | 13.656 | 13.386 | 13.701 | 14.236 | 14.548 | 14.720 | 14.476 | 14.812 | 15.021 | 15.644 | 15.798 | 15.153 |
| Proporção | 39,7 | 37,3 | 37,0 | 38,2 | 38,7 | 37,0 | 34,0 | 34,8 | 32,9 | 33,3 | 35,8 | 36,0 |
| Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 14/08/2017 sujeitos à revisão. | | | | | | | | | | | | |

Método de Cálculo

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

x 100

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

Meta

Aumentar 0,5% a proporção de parto vaginal.

Ações:

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

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

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$$

Denominador: Total de recém-nascidos a serem acompanhados

Meta:

No mínimo 25% dos recém-nascido 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 |

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: $(N^{\circ} \text{ Caps I} \times 0,5) + (n^{\circ} \text{ Caps II}) + (N^{\circ} \text{ Caps III} \times 1,5) + (N^{\circ} \text{ de Caps IJ}) + (N^{\circ} \text{ Caps AD}) + (N^{\circ} \text{ de Caps AD III} \times 1,5)$ em determinado local e período.

_____ x 100.000

Denominador: População residente no mesmo local e período.

Meta:

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

Ações:

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

Obs.:

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

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

Relevânciado Indicador

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



Método de Cálculo

Número de UBS matriciadas por CAPS

x 100

Número total de UBS do município

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

Meta

100% das unidades matriciadas:

Ações:

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

Observações:

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

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

Indicador 2.ii.1. Taxa de Mortalidade infantil

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

| TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL | | | | | | | | | | | |
|---|------|-------|------|-------|-------|------|-------|------|------|------|------|
| Ano | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Taxa de Mort. Inf. | 10,7 | 10,23 | 8,59 | 11,09 | 10,34 | 9,17 | 10,19 | 9,91 | 8,07 | 7,9 | 9,04 |
| Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. | | | | | | | | | | | |
| DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. | | | | | | | | | | | |
| Dados atualizados em 14/08/2017, sujeitos à revisão. | | | | | | | | | | | |

Método de Cálculo

Numerador: Nº de óbitos em menores de 1 ano.

x 1.000

Denominador: Nº de nascidos vivos.

Meta

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

Ações

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

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

Observações

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

Indicador 2.ii.2. Razão da Mortalidade Materna

Série Histórica

| SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE MATERNA RES. DA MÃE - CAMPINAS | | | | | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ANO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| NASCIDOS VIVOS | 13.581 | 13.891 | 14.451 | 14.806 | 14.997 | 14.767 | 15.122 | 15.342 | 15.996 | 15.798 | 15.153 |
| ÓBITOS MATERNOS | 7 | 6 | 4 | 8 | 2 | 5 | 5 | 9 | 9 | 6 | 5 |
| RAZÃO MORT. MATER. | 51,54 | 43,19 | 27,68 | 54,03 | 13,34 | 33,86 | 33,06 | 58,66 | 56,26 | 37,98 | 33,00 |

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

Método de Cálculo

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

x 100.000

Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes.

Meta

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

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

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

Monitoramento: quadrimestral (acompanhar número de óbitos maternos)

Avaliação: anual

Ações

| | Ações | Responsáveis |
|----------|---|-------------------------------|
| 2.ii.2.a | Fortalecer o pré-natal de alto risco. | DS, Distritos, DGDO |
| 2.ii.2.b | Capacitar ESF para acompanhamento de pré-natal de baixo risco. | DS, Distritos, CETS |
| 2.ii.2.c | Organizar o processo de trabalho visando à qualificação do pré-natal. | DS, Distritos |
| 2.ii.2.d | Fortalecer a implementação dos componentes da Rede Cegonha. | DS, Distritos, DGDO |
| 2.ii.2.e | Utilizar eventos sentinela para qualificar as equipes de saúde no atendimento pré-natal e prevenir a ocorrência de outros eventos. | DS, Distritos |
| 2.ii.2.f | Participar do Comitê Regional de Vigilância a Morte Materna, Infantil e Fetal. | DS e DEVISA |
| 2.ii.2.g | Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil. | DS, Distritos, VISAs e DEVISA |
| 2.ii.2.h | Desenvolver estratégias, em todos os serviços, para prevenção, diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno, da Infecção de Trato Urinário (ITU), com monitoramento de cura pós-tratamento, priorizando mulheres grávidas. | DS, Distritos |
| 2.ii.2.i | Intensificar a imunização de mulheres durante a gestação, e priorizar a vacinação contra a Coqueluche. | DS, Distritos, UBS |
| 2.ii.2.j | Proporcionar assistência qualificada no pré-natal (realizar todos os exames e vacinas conforme protocolo) e parto (garantir leito de UTI adulto). | DS, Distritos, UBS e DGDO |
| 2.ii.2.k | Adequar oferta de pré-natal de alto risco e (garantir leito de UTI adulto). | DS, Distritos e DGDO |
| 2.ii.2.l | Articular a Rede Cegonha no Município de Campinas e os Comitês de Mortalidade Infantil e Materna. | DS, Distritos, DGDO e DEVISA |
| 2.ii.2.m | Atender adequadamente às intercorrências na gravidez e pós-parto. | DS, Distritos, UBS e DGDO |
| 2.ii.2.n | Aumentar oferta de vagas de pré-natal de alto risco no Município. | DS, Distritos, DGDO |

| | | |
|----------|---|-----------------------|
| 2.ii.2.o | Qualificar os comitês de mortalidade para investigação dos casos. | DS, Distritos, DEVISA |
|----------|---|-----------------------|

Observações

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

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

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

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

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

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

Relevância do indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: total de óbitos de MIF investigados

Denominador: total de óbitos de MIF

Fator de multiplicação: 100

Meta

Meta pactuada Região: 90%

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

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

Relevância do indicador:

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

Série Histórica

| SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE MATERNA DE CAMPINAS (residentes) E INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ANO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| NASCIDOS VIVOS | 13.581 | 13.891 | 14.451 | 14.806 | 14.997 | 14.767 | 15.122 | 15.342 | 15.996 | 15.798 | 14.797 |
| ÓBITOS MATERNOS | 7 | 6 | 4 | 8 | 2 | 5 | 5 | 9 | 9 | 6 | 5 |
| PERC. ÓB. MATER. INVES | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Fonte: SIM e SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. DEVISA - Comitê de Mortalidade Materna | | | | | | | | | | | |

Método de Cálculo

Numerador: total de óbitos maternos investigados.

_____ x 100

Denominador: total de óbitos de maternos.

Meta:

100% dos óbitos maternos investigados

Ações:

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

Indicador 2.ii.5. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.

Relevância do indicador:

Identificar determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de adotar medidas direcionadas a resolver o problema, evitando a ocorrência de eventos similares.

Série Histórica

| ANO | obitos infantis | | óbitos fetais | | |
|---|-----------------|-------|---------------|-------|--|
| | nº | % | nº | % | |
| 2014 | 122/130 | 93,85 | 121/126 | 96,03 | |
| 2015 | 129/129 | 100 | 134/135 | 99,26 | |
| 2016* | 113/137 | 82,48 | 84/108 | 77,78 | |
| Fonte: SIM/CII dados até 01/02/2017 | | | | | |
| * - Dados provisórios - período de investigação de até 120 dias | | | | | |

Método de Cálculo

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

_____ x 1.000

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

Meta:

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

| | | | | |
|-------|-----|-----|-----|-----|
| Valor | 91% | 92% | 94% | 95% |
|-------|-----|-----|-----|-----|

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

| TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (< 70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS QUATRO PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Ano | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Taxa mort. Prematura (< 70 anos) | 334,94 | 311,02 | 307,58 | 307,93 | 297,62 | 299,13 | 290,93 | 286,65 | 284,37 | 307,06 | 282,95 |
| Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 03/02/2017, sujeitos à revisão. | | | | | | | | | | | |

Método de Cálculo

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

_____ x
100.000

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

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

Meta

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

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

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

Ações:

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

Observações:

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

EIXO III – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

| NÚMERO DE SÍFILIS EM GESTANTES RESIDENTES EM CAMPINAS, DE SÍFILIS CONGÊNITA, TAXA DE DETECÇÃO E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ANO | 2010' | 2011' | 2012' | 2013' | 2014' | 2015' | 2016' |
| Sífilis Gestantes | 95 | 103 | 137 | 179 | 270 | 314 | 323 |
| Sífilis congênita | 37 | 34 | 33 | 57 | 71 | 83 | 84 |
| Taxa de detecção de sífilis gestante | 6,34 | 6,98 | 9,06 | 11,67 | 16,88 | 19,46 | 21,36 |
| Coeficiente de incidência sífilis congênita | 2,47 | 2,3 | 2,18 | 3,72 | 4,44 | 5,14 | 5,55 |
| Fonte: DeVISA Campinas atualizado até 23.03.2017 | | | | | | | |

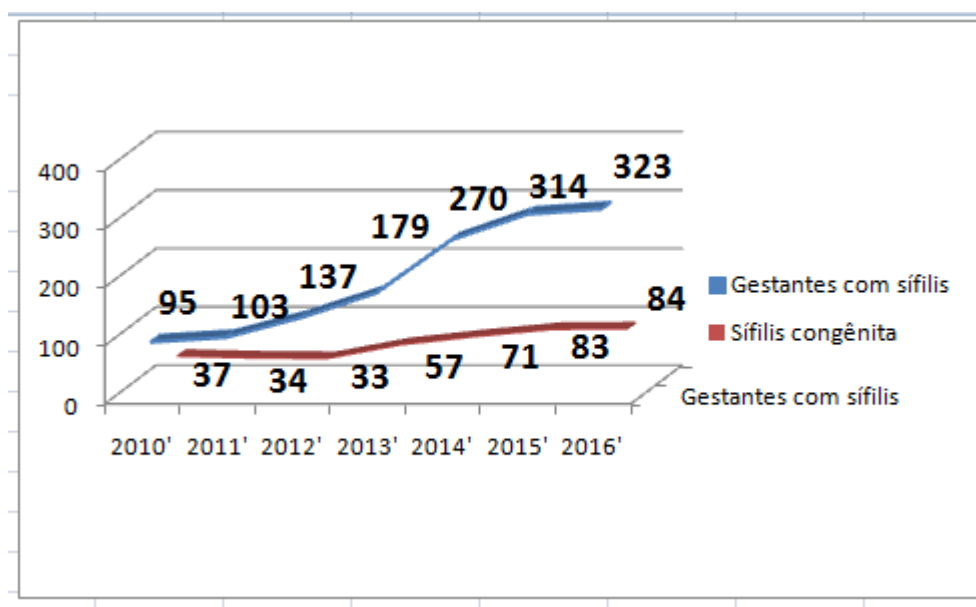
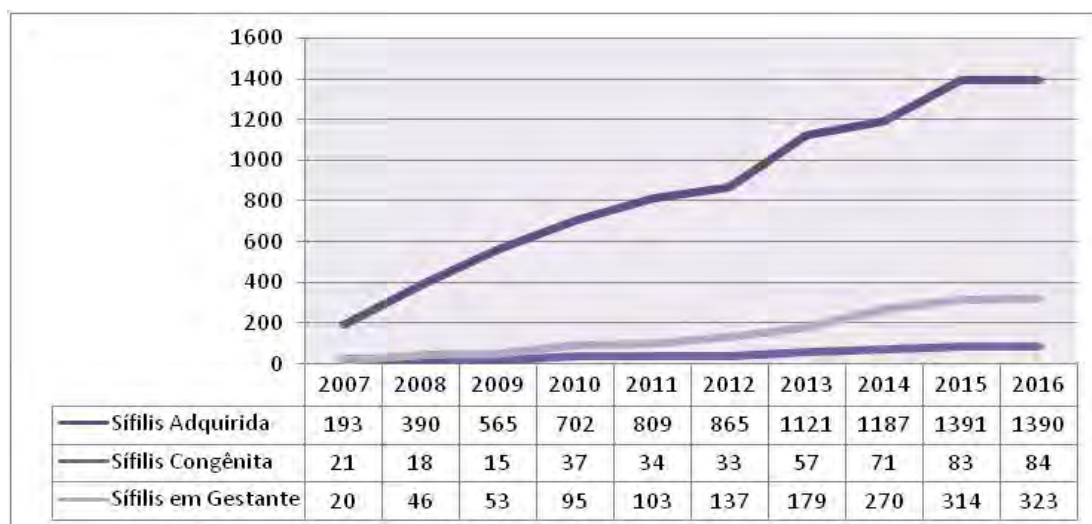
Frequência por Agravos Compulsórios segundo Ano de Diagnóstico

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

CI: Coeficiente de incidência para cada 1000 nascidos vivos

TD: Taxa de detecção para cada 1000 nascidos vivos

DEVISA: atualizado até 23.03.2017



Método de Cálculo

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

Meta

Nº absoluto de casos:

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

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

Ações:

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

Observações:

Parâmetro esperado para 2017 0,5 casos de sífilis por 1.000 nascidos vivos. Considerando a alta incidência de sífilis nos últimos anos, a meta é reduzir 20% ao ano o número de casos de sífilis congênita

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

Relevância do indicador:

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

Série Histórica

Nº DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE

| Ano | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nº teste sífilis em gestante | 0,26 | 1,18 | 1,19 | 1,26 | 2,84 | 2,78 | 2,75 | 2,07 | 2,54 |

SI.A. - DATA SUS e Lab. Munic. E SINASC

Método de Cálculo

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

0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE;

0214010082 TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE.

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

0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO;

0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO;

0411010034 PARTO CESARIANO;

0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.

Periodicidade para avaliação: anual

Monitoramento: quadrimestral

Meta:

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

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

Periodicidade para avaliação: anual

Monitoramento: quadrimestral

*Nota técnica nº 01/2016- SMS-Campinas

Ações:

| | Ações | Responsáveis |
|---------|---|----------------------------------|
| 3.i.2.a | Ofertar exames de sífilis para todas as gestantes, no primeiro e terceiro trimestre (testes laboratoriais) e na 24ª e 34ª semana de gestação (testes rápidos). | Unidades de saúde, VISAs |
| 3.i.2.b | Tratar todas as gestantes com sífilis no tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina. | |
| 3.i.2.c | Tratar as parcerias sexuais da gestantes com sífilis. | |
| 3.i.2.d | Garantir a aquisição de penicilina benzatina para o tratamento da gestante com sífilis | Departamento Administrativo |
| 3.i.2.e | Garantir os exames de sorologia de sífilis para gestantes | Departamento de Saúde |
| 3.i.2.f | Ter disponível teste rápido para sífilis em todos os serviços de saúde | Almoxarifado da saúde e CRT/AIDS |
| 3.i.2.g | Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido; aconselhamento do paciente; interpretação dos resultados laboratoriais e tratamento da gestante e seu parceiro. | CRT/AIDS |
| 3.i.2.h | Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis | Departamento de Saúde e DEvisa |

| | | |
|---------|---|-------------------|
| 3.i.2.i | Aumentar a meta para 4 exames durante a gravidez, conforme protocolo de pré-natal sendo as sorologias de rotina no Pré-Natal (1º e 3º trimestre) e mais dois testes rápidos na 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 |

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Fonte: tabnet.saude.sp.gov.br

Método de Cálculo

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

_____ x 100

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

*Relatório gerado automaticamente para esse fim no SINAN.

Meta

Meta de Campinas: 80%

Meta Regional Pactuada: 80%

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

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

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

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

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

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

Série Histórica

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

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

Método de Cálculo

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

Fonte: SIPNI

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

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

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

_____ x 100

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

Meta

Meta de Campinas: 75%

Meta Regional Pactuada: 75%

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

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

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

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

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

Fonte: Sistema TB Web - DEVISA / População SEADE

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

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

Fonte: Sistema TB Web - DEVISA / População SEADE

*Tuberculose formas: pulmonar e extrapulmonar

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

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

Fonte: Sistema TB Web - DEVISA

Método de Cálculo

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

x 100

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

Fonte: TBWeb

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

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 85% | 85% | 85% | 85% |

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador = N° de casos novos de TB com HIV realizado no ano da avaliação.
_____ x 100

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

Fonte: TBWeb

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 95% | 95% | 95% | 95% |

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

_____ x 100

Denominador: Total de óbitos não fetais.

Fonte: SIM/TABNET

Meta

Meta Campinas: 98%

Meta Regional Pactuada: 90%

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 98% | 98% | 98% | 98% |

Ações::

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

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Município de Campinas – Período de 2001 a 2005

| Período | Tipos de notificação | Homens | Mulheres |
|-------------|----------------------|--------|----------|
| 2001 - 2005 | Casos novos | 3445 | 3351 |
| | Pele não Melanoma | 268 | 279 |

| | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|
| | Carcinomas "in situ" | 23 | 2304 |
| | Taxa de incidência padronizada pela população mundial | 122,16/ 100.000 hab. | 164,31/ 100.000 hab. |

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

Método de Cálculo

Numerador: N° de casos novos de câncer no ano

_____ x 100.000

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

Fonte: RCBP – INCA basepop web

Meta

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

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

*Indicador novo

Método de Cálculo

Número de publicações/ ano

Fonte: Coordenadoria de Informações Epidemiológica/DEVISA

Meta

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

Ações

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

Meta

Nº absoluto

Meta Campinas: 01 caso

Meta pactuação Regional: 01 caso

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

Ações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

_____ x 100

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

Fonte: SINAN

Meta

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

Ações:

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Somatório do número de testes sorológicos anti-HCV realizados.

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

Meta

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

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

| Ano | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------|--------|--------|------|------|------|
| Número de testes | 53.163 | 58.397 | 642 | 762 | 1243 |

Método de Cálculo

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

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

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

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

0202031020 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA;

0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTE;

0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV.

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

Meta

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

Ações

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

| PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS DE HANSENÍASE NAS COORTES DE PAUCIBACILARES E MULTIBACILARES, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2014 | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ano | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| % Cura | 83,67 | 78,37 | 93,54 | 85,71 | 82,85 |
| Fonte: SINAN NET- atualizado em 02.06.2015 | | | | | |

Método de Cálculo

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

_____ x 100

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

Meta

Meta Campinas: 90%

Meta Regional Pactuada: 70%

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

Ações

| | Ações | Responsáveis |
|-----------|---|-------------------|
| 3.i.14.a. | Realizar diagnóstico precoce e acompanhamento adequado dos pacientes. | VISA, DEVISA, UBS |
| 3.i.14.b. | Garantir a realização de baciloscopia e biopsia de pele para diagnóstico. | |
| 3.i.14.c. | Identificar pessoas com Sinais e Sintomas sugestivos de | VISAs, DS, |

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

_____ x 100.

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

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

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 80% | 80% | 80% | 80% |

Ações

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

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

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

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

Fonte: SINAN e CVE. 21/11/2016

Método de Cálculo

Numerador: Óbitos por dengue

x 1.000

Denominador: total de casos de dengue notificados no ano

Fonte: SINAN

Meta

| Ano | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Valor | Igual ou menor | Igual ou menor | Igual ou menor | Igual ou menor |

| | | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | que 0,30/1000. | que 0,30/1000. | que 0,30/1000. | 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 |

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

Relevância do 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.

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Fonte: tabnet.saude.sp.gov.br

Método de Cálculo

Numerador: Nº de amostras analisadas no ano

x 100

Denominador: Nº de amostras previstas no ano

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

Meta

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

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

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

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

Ações

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

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Fonte: SINAN/RAG

Método de Cálculo

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

Fonte: SINAN

Meta

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

Ações

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

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

| Ano | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------------------------------|------|------|------|
| % de Acidente de Trabalho fatais | 100% | 100% | 100% |

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| investigados | | | |
|--------------|--|--|--|

Fonte: CEREST/RAG

Método de Cálculo

Numerador: Número de Acidentes de Trabalho fatais investigados

x 100

Denominador: Número total de Acidentes de Trabalho fatais notificados

Fonte: SINAN

Meta

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

Ações

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

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

| Ano | 201 | 2015 | 2016 |
|-----|-----|------|------|
|-----|-----|------|------|

| | | | |
|-----------------------------|----|----|-------|
| | 4 | | |
| % de AT graves investigados | 2% | 5% | 10,2% |

Fonte: CEREST/RAG

Método de Cálculo

Numerador: Número de AT Graves investigados

x 100

Denominador: Número total de AT Graves notificados em Campinas

Meta

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

Ações

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

Observações:

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

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 |

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

_____ x 100

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

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

Meta

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

Ações

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

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Nº de Municípios com doenças e agravos relacionados ao trabalho notificados por município de residência

_____ x 100

Denominador: Nº de municípios da área de abrangência do Cerest de Campinas

Meta

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

Ações

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

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

_____ x 100

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

Meta Manter 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 Permanente junto aos profissionais da VISA | DEVISA e CETS |

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de serviços de TRS inspecionados

x 100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam TRS

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 100% | 100% | 100% | 100% |

Ações

| | Ações | Responsáveis |
|--|-------|--------------|
|--|-------|--------------|

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

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de serviços hemoterápicos inspecionados

x 100

Denominador: Total de estabelecimentos com serviços hemoterápicos

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 100% | 100% | 100% | 100% |

Ações

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

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x 100

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

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 100% | 100% | 100% | 100% |

Ações

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

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x 100

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

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 100% | 100% | 100% | 100% |

Ações:

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

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

O indicador foi reformulado, não dispondo de série histórica.

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

_____ x 100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam atividade fabril em questão

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 50% | 50% | 50% | 50% |

Ações:

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

Observações:

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

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

Classe I – baixo risco

Classe II – médio risco

Classe III – alto risco

Classe IV – máximo risco.

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

_____ x 100

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

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 50% | 50% | 50% | 50% |

Ações:

| | Ações | Responsáveis |
|--|-------|--------------|
|--|-------|--------------|

| | | |
|-----------|--|--|
| 3.ii.7.a. | Realizar as programações e as inspeções ao longo do ano com equipe multiprofissional. | Coordenadoria de Vigilância 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. | |

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 a população. Tem o objetivo de proteção e promoção à saúde.

Série Histórica

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

Este indicador foi inserido somente na PAS 2016.

Método de Cálculo

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

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 06 | 06 | 06 | 06 |

Ações:

| | Ações | Responsáveis |
|-----------|---|---------------------------------------|
| 3.ii.8.a. | Realizar as reuniões técnicas com gerentes de loja e gerentes regionais de hipermercados e supermercados ao longo do ano. | Coordenadoria de Vigilância Sanitária |

| | | |
|-----------|--|---|
| 3.ii.8.b. | Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias. | e Setor da Vigilância Sanitária de Alimentos. |
|-----------|--|---|

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados
_____ x 100

Denominador: Total de esterilizadoras a ETO no município

Meta

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------|------|------|------|------|
| Valor | 100% | 100% | 100% | 100% |

Ações:

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

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 despreciação e a democratização das relações de trabalho

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

| PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA SMS | | | |
|--|------|------|------|
| Ano | 2014 | 2015 | 2016 |
| Percentual | 100% | 100% | 98% |
| Fonte: Serviços de Saúde da SMS e CETS | | | |

Método de Cálculo

Numerador = Número de ações de EPS realizadas/ implementadas

x 100

Denominador = Total de ações EPS previstas

Fontes: CETS

Periodicidade de monitoramento: quadrimestral

Periodicidade para avaliação: anual.

Meta:

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

Ações:

| | Ações | Responsáveis |
|--|-------|--------------|
|--|-------|--------------|

| | | |
|----------|--|---|
| 4.i.1.a. | Registrar o número de participantes e as ações de educação permanente implementadas/realizadas | Serviços de Saúde e CETS |
| 4.i.1.b. | Coordenar ações de educação permanente nos serviços de saúde sob gestão municipal | CETS |
| 4.i.1.c. | Estimular e atualizar as equipes de apoio para matriciamento das ações de EP junto aos serviços de saúde | DS, DEVISA, DGDO, DGTES/CETS e distritos |
| 4.i.1.d. | Manter ações que estimulem a realização e implementação da Educação Permanente na SMS | DS, DEVISA, DGDO, DGTES/CETS, DA e distritos |
| 4.i.1.e. | Corroborar os processos de suporte às ações de educação permanente que demandem estrutura, lanches e alimentação dos participantes | DA |
| 4.i.1.f. | Adotar política de educação permanente, estabelecendo parcerias com instituições de ensino odontológico (ACDC, PUCC, UNICAMP , F.O São Leopoldo Mandic e outras) para a realização de capacitações técnicas em saúde bucal para profissionais da rede. | Gab. SMS, DS, DGDO, DGTES/CETS, Diistritos 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, Diistritos 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, Diistritos 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, Diistritos e CS |

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo

Método de Cálculo

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

_____ x 100

Denominador = serviços de saúde do SUS Campinas sob gestão municipal

Fontes: Todos serviços de gestão municipal do SUS e CETS

Meta

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

Ações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

_____ x 100

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

Fontes: DGTES

Meta

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

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

Ações:

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

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

Observações:

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

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

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 concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

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

Meta

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

Ações:

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

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

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.

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Nº de Unidades de saúde da SMS informatizadas

_____ x 100

Denominador: Total Nº de Unidades de saúde da SMS

Meta:

Informatizar 100% das Unidades de Saúde da SMS até 2021

Ações:

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

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

Observações:

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

EIXO VI – APOIO LOGÍSTICO E FINANCEIRO

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

x 100

Denominador: Total de RDQA elaborados para cada ano

Meta:

Manter 100% nos próximos 4 anos

Ações:

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

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

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

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 | <p>Estabelecer com a Comissão de esterilização da SMS fluxos efetivos em relação aos processos inerentes a esterilização da área .</p> <p>Recomendações :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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 | <p>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 .</p> <p>Recomendações :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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 lista de novos materiais e equipamentos. | DA, DS, Distritos |
| 6.ii.1.l | <p>Manter a política de revisão periódica das listas oficiais padronizadas e suas respectivas cotas nas unidades e criar mecanismos de alterações efetivas quando necessário.</p> <p>Recomendações :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Garantir agilidade e qualificação dos processos descritivos dos insumos , instrumentais e equipamentos odontológicos. | DA, DS, Distritos |
| 6.ii.1.m | <p>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.</p> <p>Recomendações :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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 |

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (302) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

| | Ações | Responsáveis |
|-----------|---|------------------|
| 6.ii.2.a. | Realizar previsão e solicitação destes equipamentos junto ao DA | DS |
| 6.ii.2.b. | Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas aquisições | DA e SMA |
| 6.ii.2.c. | Informar ao DA e DS o efetivo repasse financeiro por meio das portarias ministeriais | NCG/ DGDO e FMS |
| 6.ii.2.d. | Manter ações do Núcleo de Convênios Governamentais (NCG) - DGDO | NCG/ DGDO |
| 6.ii.2.e | Manter organizada e atualizada, periodicamente, a necessidade de equipamentos por tipo de serviço de saúde | DS |
| 6.ii.2.f. | Elaborar propostas para aquisições de equipamentos | DS, DEVISA, DGDO |
| 6.ii.2.g. | Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições | NCG/ DGDO e FMS |
| 6.ii.2.h. | Informar periodicamente (quadrimestralmente) os equipamentos adquiridos e entregues no Almoxarifado | DA |

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

Relevância do Indicador

Permite monitorar a incorporação de equipamentos para imunobiológicos, na SMS

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (305) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 24 (301) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

| Ano | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------------|------|------|------|------|
| 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 unidades ou após reformas , os consultórios estejam dentro dessas normas. Recomendações : * Sanar de forma efetiva os problemas encontrados nos atuais consultórios odontológicos das UBSs. * Readequar o número de cadeiras odontológicas por unidades. | Gabinete do Secretário, DS e Distritos, NCG/ DGDO e DA |
| 6.ii.4.h. | Efetivar grupo técnico interdepartamental da SMS para discussões, levantamento de necessidades e planejamento das ações de adequação das unidades próprias, de acordo com as normas sanitárias vigentes . Recomendações : * 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 |

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 24 (302) do PPA

Método de Cálculo

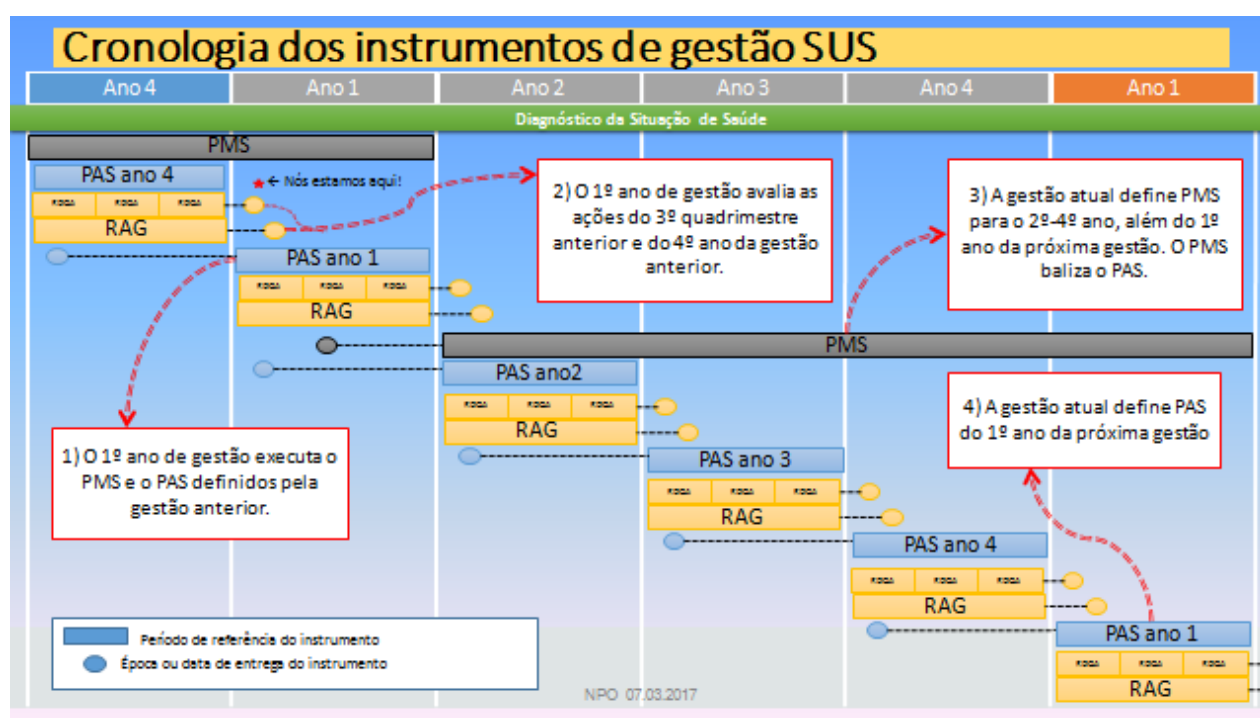
Número absoluto de Unidades de Saúde entregues (construção, reforma e ampliação)

Meta:

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

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 |



Cronologia dos instrumentos de gestão SUS + orçamentários

